

Médicos Atención Primaria: un colectivo especialmente vulnerable

Los médicos en su trabajo tratan con personas enfermas ¡ no con usuarios ni clientes!

● **Desbaratar paulatinamente el Sistema Público de Salud para entregarlo a la gestión privada** está en la idea de algunos con aspiraciones a gobernar en nuestro país. ¡Qué peligro! En el contexto que no es más cercano, algunas tendencias abogan, en un grado de claridad variable, por externalizar servicios públicos esenciales para el bienestar de la población en general. De la misma manera que la el sector energético, por ejemplo, escapa al control efectivo de los poderes públicos, otro tanto podría suceder en un futuro próximo con otros servicios básicos, como la asistencia sanitaria.

Es curioso observar en algunos estudios de opinión que lo que preocupa especialmente es el empleo, su calidad, la corrupción política, etc. (que obviamente se entiende) no obstante llama la atención de que no se hable tanto de cuanto está relacionado con la Salud pública, y la asistencia sanitaria en general. Posiblemente se explique porque todavía los índices de su deterioro todavía no han llegado al conocimiento de muchos ciudadanos hasta el nivel suficiente como para poner en marcha sus alarmas.

La actual división administrativa y reparto de competencias en nuestro territorio disgrega la presión del colectivo ciudadano y en consecuencia su fuerza reivindicativa. Cabe pensar que no pocos residentes por ejemplo en Andalucía no se interesen por el mal y lo mal que se hace Cataluña, Extremadura, o Aragón, o que los “experimentos” (¡a ver si tragan! y luego lo “exportan”) y las malas gestiones de la sanidad pública en Galicia o Canarias no despierten el interés de andaluces y catalanes. Estaría bien un llamamiento a los políticos de buena voluntad para que se pongan de acuerdo en alcanzar un pacto para proteger la sanidad pública, más aún ante las amenazas que como un cáncer social pululan en el ambiente. Algo mucho más productivo que insultarse mutuamente de manera continua.

Todo esto viene íntimamente ligado a la gestión de nuestro país, en la cual la dirección del voto en las elecciones toma un peso importante. Algunos protagonistas de la escena política ante sus malos resultados se preguntan si su “estrategia” preelectoral no ha sido la acertada; sin embargo quizá la cuestión parece mucho más sencilla, y es reflexionar sobre ¿qué le dan ustedes a los ciudadanos? ¿Qué han hecho por la gente durante su mandato? Y ya se sabe, también algo elemental, cuando el “producto” servido es malo, los “clientes” es lógico que cambien de “proveedor”.

Vamos a repetirlo una vez más. Fondos de inversión, entidades de seguro y otros buitres son los mercaderes de la Salud en la sociedad 3.0. Y un obstáculo para el correcto ejercicio de la Medicina. **“Los médicos deben pensar en la reducción de costes en su tarea, en la rentabilidad de los tiempos y en las exigencias de la dirección del hospital o de los centros de salud en cuanto a eficiencia y beneficios, y menos en realizar una tarea profesional adecuada, y, por tanto, en la salud del paciente”...**“**los errores en el diagnóstico o en el tratamiento aumentarán, fruto de una disminución de la calidad en el desempeño profesional**” (*Los límites del deseo*. ESTEBAN HERNÁNDEZ, 2016). (Ref.- [ASALTO Y DESMANTELAMIENTO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD](#) (I). Los Fondos de inversión. Domesticar a los médicos, maltratar a los pacientes. www.peritajemedicoforense.com .10/abril/2019).

- **Los riesgos psicosociales en el mundo del trabajo son una realidad.** La conciencia de la dimensión del problema se abre paso muy lentamente, no obstante va ganando terreno desde diferentes perspectivas. (Un asunto en penumbra. Riesgos Psicosociales en el Trabajo, febrero/2018. www.peritajemedicoforense.com).

- **Médicos de Atención Primaria, un colectivo especialmente amenazado.** Los recursos humanos para la asistencia sanitaria cada vez son más escasos, con recortes en todos los ámbitos, sobrecargando al personal sanitario en sus tareas, lo que a su vez puede repercutir o repercutir negativamente la su salud de estos trabajadores.

Dentro de los profesionales de la salud, una **particularidad** de los Médicos de Familia/médicos de cabecera es que la inmensa mayoría de ellos se toman un alto grado de implicación con los problemas de “sus” pacientes, pacientes a los que suelen atender durante años o incluso toda su vida profesional (“te casas con el cupo”) acabando de una u otra manera por compartir su sufrimiento.

Por más autodefensa que el facultativo intente para protegerse, el traslado de esa **carga emocional acaba por afectarle**, ya a nivel psíquico, también a veces en su proyección somática, y más aún cuando se ven impotentes y desarmados por una administración sanitaria que no pone a disposición los medios para una atención adecuada; entre otras cosas algo tan básico como disponer del tiempo suficiente para examinar (y hablar: la palabra también cura) con las personas enfermas que acuden a la consulta; demoras interminables para acceder a un especialista. La inquietud que siembra el “por-si-acaso” lleva a una medicina defensiva, entre otras cosas porque la falta de tiempo para detenerse en una exploración correcta, para poder considerar sosegadamente; presiones por las bajas laborales; encargo de tareas para las que a veces no se siente verdaderamente preparados (como fondos de ojo/retinografías); a veces no es fácil distinguir los límites entre lo normal y lo patológico, se agrava cuando hay dificultades para acudir al especialista.

Muchos médicos en sus modestos consultorios del sistema público de salud han de encarar problemas de todo tipo, no sólo en lo estrictamente a lo asistencial; a esto hay que agregar otros que complican la asistencia, como los de naturaleza social, miseria, paro, desigualdad y otras lacras que castigan al tejido social. La precariedad económica en que no pocas personas se encuentran, que lleva, por ejemplo, a buscar el tratamiento más económico (“esto no me lo ponga, que es muy caro”; y de ello también son testigos los boticarios junto a otros que despachan en las farmacias).

Hace años, en un PAC (punto a atención continuada) se presentó una madre con su hija, una mocita de unos 15 años. Había estado por la mañana con su médico de atención primaria, diagnosticando un herpes zoster. No obstante la madre fue por la tarde de nuevo al médico; quería saber si el diagnóstico era el correcto. Y lo era. El motivo de aquella madre de conocer otra opinión no era otro que la carestía del medicamento (sobre 120 €, de lo que tenía que pagar el 40%, esto es, 48 €). Una vez explicada la afección de su hija, aquella mujer sólo pudo decir: “mire señor, es que ahora sólo tengo 8 céntimos”.

No faltaran quienes en su ocurrencia digan que “eso es demagogia”. Pues no. O quizá sí, pero en el planeta particular que viven algunos... Por la “milla de oro” de la capital del reino caminan dos “momias” de cara apergaminada, compañeras de no sé qué ex-ministra en un colegio para “niños-burbuja”... no se fueran a contaminar con la vulgaridad de los-otros. En esto una dice: *oye Pachuqui, ¿es cierto que hay hambre en España?* La otra, muy indignada, responde: *no digas tonterías. Eso es cosa de unos revoltosos, y ese alcalde de pueblo que está loco.*

Dejando a un lado cierta tropa de ignorantes, todo esto de una u otra forma transfiere al facultativo una **carga emocional** que no es fácil de llevar, con un *efecto gota a gota*, tanto que poco a poco va empapando el alma, y se nota. “Al salir de la consulta tengo la sensación de que me voy a mi casa con una mochila muy cargada, cargada con los problemas de mis pacientes” (afirma una facultativa de atención primaria).

Añádase a esto situaciones que tampoco son infrecuentes, como los que se recogen el capítulo de “hechos probados” de la st. Juzgado Social nº 2 de Las Palmas de Gran Canaria (22/marzo/2019): “el centro donde presta servicios la doctora atiende entre 50 y 60 paciente diariamente además de los que asisten a través de servicios de guardia... Es un centro conflictivo... Los trabajadores han tenido muchísimos problemas .. A la doctora le han agredido físicamente en varias ocasiones...”

Igualmente hay **facultativos que trabajan seguidas más de 30 horas** (empezar a las 8 am en la consulta de Atención Primaria, salir a las 15 horas, y acto seguido al PAC/Punto de Atención Continuada, hasta las 8 am del día siguiente, para enlazar de 8 am a 15 horas de nuevo con la consulta de Atención Primaria). Esto es especialmente grave. (Ver ANEXO 1).

Tanto es así que la forma de ejercicio profesional de los médicos de familia toma connotaciones y riesgos psicosociales propias que no se aprecian, o al menos no se aprecian con la misma intensidad, en una consulta de especialista, ya que el contacto con el paciente es más puntual o esporádica.

⇒ **Ganancia para la industria farmacéutica.** Un crecido volumen de receta de medicamentos, es una de las consecuencias de tantas carencias con consultas de escandalosa brevedad, que a su vez explica un mal diagnóstico. Ante una asistencia médica tan precaria la “perdigonada” terapéutica es fácil que se cuele. Más hay un ganador: las **multinacionales del sector farmacéutico**, un “sistema” que se retroalimenta, dada la perversidad que impone un comportamiento a los facultativos que perjudica seriamente a los enfermos.

⇒ “España es uno de los países que más **despilfarra en medicamentos**, principalmente a cargo del erario público”. “En treinta años de investigación sobre el uso de medicamentos en Cataluña, en España y en el mundo, en la Fundació Institut Catala de Farmacologia hemos comprobado y documentado repetidamente este **consumo exagerado, innecesario .e inmoderado**, y hemos documentado asimismo sus **efectos perjudiciales sobre la salud pública**...”. (Ref.- JOAN-RAMON LAPORTE, profesor de terapéutico y farmacología clínica. Universidad Autónoma de Barcelona. Junio 2014 en la presentación edición en lengua española del libro Medicamento que matan y crimen organizado. PETER C. GOTZSCHE. 8º edición 2018).

● **Sentencias Judiciales.-** Últimamente los medios de comunicación se han hecho eco de que algunas administraciones sanitarias han sido **condenadas por sobrecarga asistencial a sus facultativos**

⇒ La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, resolución de mayo/2018, ha condenado al SERGAS (Servicio Gallego de Salud) a indemnizar con 15.000 euros a un **MEDICO de ATENCIÓN PRIMARIA**, por no paliar la **sobrecarga asistencial** que derivó en una baja laboral de varios meses. La sentencia condena al SERGAS por su inactividad y pasividad frente a las solicitudes del médico para reducir su cupo de pacientes, lo que conllevó una nociva sobrecarga de trabajo.

Dice la sentencia el SERGAS hizo caso omiso a las solicitudes del profesional, lo que derivó en un **estrés laboral**, causa a su vez de la patología reactiva a dicho estrés que le condujo a una larga baja laboral; la misma resolución reprocha al Sergas que además **no hubiera realizado la evaluación de los riesgos psicosociales del puesto de trabajo**, lo que acrecienta esa inactividad y pasividad en lo que concierne a la protección de sus trabajadores. Un sentencia que pone en evidencia una situación que por desgracia no es excepcional, sino de una trata queja recurrente del colectivo médico en atención primaria, derivada de la **saturación de las consultas**.

⇒ El Juzgado de lo Social nº 2 de Las Palmas de Gran Canaria, mayo/2018, califica como **accidente laboral la baja por depresión de una MÉDICA de ATENCIÓN PRIMARIA** con el síndrome del “trabajador quemado”. La magistrada consideró que las causas que llevaron a la facultativa a su situación de incapacidad laboral se debían a la **sobrecarga de trabajo** a lo que estaba sometida, al mismo tiempo que la misma **médica ya había denunciado que se había visto obligada a asistir a un promedio de 40/50 pacientes diariamente**.

⇒ Otra sentencia del Juzgado de lo Social nº 2 de Las Palmas de Gran Canaria, 22/marzo/2019, estimó como contingencia laboral/accidente de trabajo el caso de otra médica que sufre un **Síndrome coronario agudo estando pasando la consulta**. Este asunto tiene especial importancia en la manera que revela **la resistencia** (o mala fe, pensaran algunos) en **reconocer por parte de las mutuas en ciertas entidades el carácter de contingencia profesional** de determinados hechos patológicos. Por ser especialmente demostrativo cuando a su vez en su nexo causal, en un razonable criterio médico, esta manifiestamente claro, se reproduce en el ANEXO 2 (caso práctico).

Hostigamiento al trabajador. No son pocos los que piensan que las Mutuas en lugar de cumplir la función que tienen encomendada para con los trabajadores, en su comportamiento no hacen más que ponerle obstáculos. Tanto es así que en general, no tienen buena prensa entre los trabajadores, con abundantes malas experiencias. Inspiran poca credibilidad. Existe descontento de no pocos pacientes sobre el trato personal que recibe de tales entidades. Basta “escarbar” un poco en la red para encontrar testimonios de ello. Más aún, ante la precariedad laboral creciente se ha visto agravado; parecen que se han todavía envalentonado más. En suma se constata un comportamiento para con los trabajadores abusivo. ([Un debate parlamentario pendiente. ¿Qué hacer con las Mutuas? 07/ febrero / 2019. www.peritajemedicoforense.com](#)). Especialmente lamentable es que un médico cuando está enfermo y acude a “la mutua” compruebe que un compañero se comporta como un **mercenario** al servicio de intereses que distan mucho de la moral propia de quienes han escogido el noble oficio medico.

Comentario final.- Lo que antecede es tan sólo una mínima muestra de lo que a diario está pasando en muchas consultas de atención primaria de nuestro país. Hay que subrayarlo, tan sólo una pequeña muestra. Los casos presentados corresponden a aquellos que han tenido la valentía de denunciar su situación. O mejor decir valentía y posibilidad. Hay otros compañeros, como los que no tienen plaza fija, con contratos basura (que acumulan y encadenan durante meses contratos de pocos días) que no pueden dar el paso para acudir a la Justicia, pues si lo hacen saben que los gánsteres que manejan desde la administración pública la gestión de la sanidad no les dejaran volver a trabajar. Lo peor es que el *sistema* protege a los culpables de esta violencia.

© Miguel .Rodríguez Jouvencel

ANEXO 1.- Sueño y trabajo. Una cuestión de fondo que hay que volver a recordar... y resolver, 11/octubre//2014. www.peritajemedicoforense.com. Dado que esto es especialmente grave, se reproduce el apunte que sigue. Está claro que no cabe en cabeza alguna permitir la atención por **un médico embriagado**. *“Los efectos de la fatiga provocada por una larga jornada laboral equivalen a los producidos por la ingesta de alcohol”*. (JAMA, 2005; 294: 1025, 1033 y 1104, 1106.

Los tiempos de servicio del **personal sanitario**, que en su *sobreexplotación* se prologan más allá de establecido constituyen una temeridad que en sus efectos indeseables pueden alcanzar al paciente de diversas maneras, incluso costarle la vida. Ante accidentes e incidentes sanitarios que alcancen a la integridad de los pacientes, sin duda lo primero que hay que preguntarse es si el personal implicado, imputado, acusado, o como proceda en derecho decir en cada caso, había observado los tiempos de descanso y recuperación obligatorios; eto es, si su origen está en un atropello de las normas que rigen la planificación del trabajo.

El Tribunal de Justicia de la Unión Europea, sentencia de 20 de mayo/2010, condenó al estado español por no adaptar en plazo la Directiva 2003/88/CE, dictada por el Parlamento Europeo y el Consejo el 4 noviembre 2003 -EDL 2003/198134-. “...la falta de observación de tal descanso pone en riesgo la asistencia al paciente. En determinados casos la administración sanitaria, ya en establecimientos públicos o/y privados, es quien consiente o asiente, propone o dispone, en todo caso tolera, un estado de cosas que se alejan de una asistencia en condiciones de garantía, tanto que ponen en riesgo o /y peligro la atención y seguridad al paciente. En el mantenimiento de la misma situación concurre personal sanitario que colabora, de forma impuesta u obligada, o que voluntariamente la aceptan”. Una Directiva Europea frecuentemente incumplida La imprudente planificación sanitaria del tiempo de trabajo. www.peritajemedicoforense.com 06/mayo/2014. .

ANEXO 2.- Caso práctico

1.- Antecedentes.- XXX Médica Trabajadora Centro Salud SS desde octubre 1991. A partir de noviembre 1995 desempeño su trabajo en el Consultorio Local, periférico del centro de salud...

► El **22/febrero/2018**, sufre en su puesto de trabajo **dolor de origen coronario agudo**, sobre las 13 horas, acabando la consulta, “sólo me quedaba un paciente por atender”.

Manifiesta la paciente que "comienzo con dolor precordial intenso, como una piedra ardiendo, sudoración intensa; mareos. Estaba sola. Ante la imposibilidad de mantenerme de pie, me tumbo en el sofá del office, y llamo a Administración pidiendo ayuda. Yo misma doy la orden de que me hagan un electrocardiograma. Y de que me administren aspirina". Fue atendida por los compañeros del consultorio. Es trasladada a CHMI en ambulancia soporte vital avanzado, permanezco dos días en UVI y dos en planta. **Alta hospitalaria 26 febrero** con derivación a servicio de Rehabilitación Cardíaca.

► **DIAGNOSTICO:** "Síndrome coronario agudo. Elevación ST en la región inferior anteroseptal. Probable vasoespasmio de descendente anterior /DA" (**Informe Clínico Hospitalario de alta**, 26/02/18).

2.- Cuestión planteada: nexo causal entre la patología de la paciente y sus condiciones y circunstancias de trabajo.- Atendiendo a la documentación médica examinada, y puesta en relación con las características y condiciones en que la paciente desempeña su trabajo, en un razonable criterio médico, la patología coronaria sufrida el 22 de febrero/2018, tienen su origen y causa en el seno de su ambiente de trabajo (con alto nivel de estrés, carga de trabajo, tensión) provocando una respuestas patológicas en la forma que se recoge en los informes facultativos que se acompañan.

El **análisis de la casualidad** se basa en los criterios de:

a) **ausencia de estado anterior:** “sin antecedentes de patología cardiopulmonar conocida”; por otro lado el cateterismo coronario muestra “sin lesiones significativas” (**Informe Clínico Hospitalario** de alta, 26/02/18).

b) **suficiencia diagnóstica del proceso.** La paciente es diagnosticada como: "síndrome coronario agudo. Elevación ST en la región inferior anteroseptal. Probable vasoespasmo de descendente anterior /DA" (**Informe Clínico Hospitalario** de alta, 26/02/18).

c) **topografía lesional.** Afectación cardíaca, que se proyecta de forma de espasmo arterial coronario (vasoespasm) con manifestación en el electrocardiograma (ECG).

d) **cronología sintomática con la ubicación laboral.** El **22/febrero/2018**, sufre **dolor de origen coronario agudo**, estando en su puesto de trabajo, sobre las 13 horas, acabando la consulta, cuando le quedaba un paciente por atender.

Manifiesta la paciente que "comienzo con dolor precordial intenso, como una piedra ardiendo, sudoración intensa; mareos. Estaba sola. Ante la imposibilidad de mantenerme de pie, me tumbo en el sofá del office, y llamo a Administración pidiendo ayuda. Yo misma doy la orden de que me hagan un electrocardiograma. Y de que me administren aspirina". Fue atendida por los compañeros del consultorio.

e) **mecanismo lesional.-** El mecanismo inmediato el dolor coronario tiene su causa en un espasmo de la misma arteria coronaria (“vasoespasm de descendente anterior”) que es lo que desencadena y provoca el dolor en el pecho, ante un abastecimiento insuficiente de sangre la músculo cardíaco. Tal espasmo coronario medicamente puede explicarse por la tensión acumulada a lo largo del día de consulta; en este aspecto es significativo que el hecho cuando prácticamente estaba terminando la consulta (estando en su puesto de trabajo, sobre las 13 horas, acabando la consulta, cuando le quedaba un paciente por atender).

► Por otra parte, hay que considerar elementos remotos como factores de riesgo laborales (riesgos psicosociales en el trabajo) propios su ambiente de trabajo han actuado como **agentes de presión** (“carga externa”) creando a su vez un estado **de tensión emocional** (“carga interna”) en la trabajadora, por una falta de “acomodación” a las presiones ejercidas por el medio. En este aspecto es importante lo que destaca la paciente en su relato que ofrecen un perfil de su puesto de trabajo que se han de interpretar, junto a otros, como factores de riesgos psicosociales: - "la **población** estimada que supera los 10.000 habitantes, **muy demandante, conflictiva y poco respetuosa con las normas**. Es **muy alto el volumen de citas**, pero es **altísimo el volumen de pacientes que acude con carácter de “urgencia”**; "**amenazas, agresiones verbales y físicas reiteradas**. **No dispone de empleados de Seguridad, salvo en alguna ocasión puntual, durante un par de días, tras un episodio de marcada violencia**"... Todo esto representa una carga externa en el ambiente de trabajo que se traslada al operario en forma de carga interna, pudiendo tener diversas consecuencias (psíquicas o/y físicas - somatización -).

En **resumen**, en un razonable juicio médico, examinada la documentación clínica de la paciente, se trata de un caso típico de daño psicosocial, entre cuyas causas el estrés ocupa un lugar muy destacado. La existencia de riesgos psicosociales en el ámbito laboral (como en este caso) en algunos casos toman sustantividad, evolucionando hasta la forma de daños y lesiones, y desarrollando su potencial lesivo de distintos modos, cristalizando con diversas manifestaciones patológicas, pudiendo se, entre otras el daño coronario. (Ver ANEXO.- *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*). Por otro lado, es de dominio común la asociación enfermedad cardíaca, y más en concreto las lesiones coronarias) con el estrés, lo que a su vez está avalado por abundante e incontestables estudios científicos desde hace años.

3.- CONCLUSIONES

3.1. El 22/febrero/2018, la paciente estando en su puesto de trabajo presenta **dolor coronario agudo**, cuando estaba terminando la consulta (sólo le quedaba una persona por atender”;

3.2. Traslada al hospital el diagnóstico es "síndrome coronario agudo”; el electrocardiograma traduce de forma objetiva el diagnóstico en forma de elevación del ST. (Informe Clínico Hospitalario de alta, 26/02/18).

3.3. La paciente carecía hasta el momento de antecedentes cardíacos (“sin antecedentes de patología cardiopulmonar conocida”; por otro lado el cateterismo coronario se muestra “sin lesiones significativas” /Informe Clínico Hospitalario de alta, 26/02/18).

3.4. El mecanismo inmediato el dolor coronario se explica médicamente por un espasmo de la misma arteria coronaria (“vasoespasma de descendente anterior” / Informe Clínico Hospitalario de alta, 26/02/18) que es lo que desencadena y provoca el dolor en el pecho, por un abastecimiento insuficiente de sangre la músculo cardíaco. Tal espasmo coronario, también médicamente, se explica por la tensión acumulada a lo largo del día de consulta; en este aspecto es significativo que el hecho cuando prácticamente estaba terminando la consulta (estando en su puesto de trabajo, sobre las 13 horas, acabando la consulta, cuando le quedaba un paciente por atender).

⇒ Por otra parte, como ya se ha anotado, hay que considerar elementos remotos como factores de riesgo laborales (riesgos psicosociales en el trabajo) propios su ambiente de trabajo han actuado como **agentes de presión** (“carga externa”) creando a su vez un estado **de tensión emocional** (“carga interna”) en la trabajadora, por una falta de “acomodación” a las presiones ejercidas por el medio. En este aspecto es importante lo que destaca la paciente en su relato (Ver **Anexo 1**) que ofrecen un perfil de su puesto de trabajo que se han de interpretar, junto a otros, como factores de riesgos psicosociales: - "la **población** estimada que supera los 10.000 habitantes, **muy demandante, conflictiva y poco respetuosa con las normas**. Es **muy alto el volumen de citas**, pero es **altísimo el volumen de pacientes que acude con carácter de “urgencia”**; "**amenazas, agresiones verbales y físicas reiteradas**. **No dispone de empleados de Seguridad, salvo en alguna ocasión puntual, durante un par de días, tras un episodio de marcada violencia**"... Todo esto representa una carga externa en el ambiente de trabajo que se traslada al operario en forma de carga interna, pudiendo tener diversas consecuencias (psíquicas o/y físicas - somatización -, como, entre otras, daño coronario).