

Recorte de las guardias rurales

El autor analiza las consecuencias que a su juicio puede acarrear la implantación del nuevo plan de urgencias rurales

Luis Mendo



EL nuevo plan de las urgencias rurales vende como novedad y mejora de la calidad a los pacientes que el equipo médico en el punto de guardia realizará a la vez una consulta con cita y atenderá a la vez los avisos urgentes. Esto producirá las siguientes situaciones:

Se asignará cita en horario de tarde en la población con centro de salud, pero no en los consultorios, dando lugar a desplazamientos de los pacientes de las poblaciones con consultorios a las del centro de salud. En el modelo actual te atienden en tu pueblo.

El equipo médico que atienda por la tarde será cada día diferente, pasando de una atención personalizada a una atención por diferentes médicos. Se rompe el seguimiento de atención primaria (AP).

Las citas de tarde se verán interrumpidas por los avisos urgentes y a domicilio no demorables, generándose retrasos de 45 minutos a una hora en la atención no garantizándose la atención en la hora asignada. Esta situación será frecuente y no es de sentido común.

Se pretende citar por las tardes pacientes crónicos como diabéticos, hipertensos, y la visita será cada día por un profesional diferente, pudiendo ser interrumpidas por cualquier urgencia y además con desplazamiento de una población a otra. Ahora lo hacen en su población y con los mismos profesionales. Se rompe la continuidad de cuidados de la AP.

El médico de AP atende en su jornada a personas de 15 años o más, en horario de guardia asume además la pediatría, el nuevo plan sitúa al mé-

dico de jornada, no de guardia. ¿Quién va a realizar la atención pediátrica hasta las 20 horas cuando entra el equipo de guardia en muchos centros?, ¿quién le va a explicar esto a los padres y madres? Actualmente, una vez deriva el 112 al niño al centro de salud, la atención es inmediata. Ahora será diferida o con mayor desplazamiento, si van al hospital.

El decreto dice que por las tardes se atenderán pacientes en cuidados paliativos. ¿Cada día por un equipo médico diferente? En caso de aviso del 112 se interrumpirá la visita dejándola a medias. Un despropósito más de este plan. Actualmente reciben los cuidados por la mañana de su equipo médico, con el apoyo del equipo de guardia y coordinado con los equipos de paliativos. Lo necesario es favorecer el trabajo de atención primaria por la mañana y potenciar los equipos de paliativos.

En los centros de salud de guardia, al no haber administrativo ni personal de seguridad, en caso de salida del equipo médico los pacientes con cita de tarde tendrán que esperar en la calle la vuelta del médico. Si se quedan dentro, ¿quién se responsabiliza de recetas, medicaciones (mórficos), ordenadores etc...?

La organización del trabajo tiene situaciones espermáticas, como equipos de guardia que cambian de un centro a otro a las 20 horas porque superan el límite de horas de presencia física. Qué ocurre si uno de los dos equipos tiene por ejemplo un aviso de un accidente de tráfico a las 19.30 horas, no podría acudir al otro centro y uno de los centros se queda sin médico. El ejemplo demuestra las situaciones límite que se fuerzan con este sistema, cuando el modelo actual de guardias rurales lleva funcionando 30 años. En otros puntos el/la médico acaba su jornada a la seis de tarde, después de atender diez horas de agenda con pacientes, ¿quién hace las dos horas que quedan hasta las ocho cuando empieza la guardia? ¿Se va a obligar e imponer a continuar dos horas más? ¿Cómo encaja esto en la normativa actual de función pública?

Este sistema es un castillo de naipes y sometido a situaciones de urgencia cae por su propio peso. Los responsables son el director de AP y su equipo, que ejecutan la orden de sus superiores diseñando un plan que camufle el recorte, intentando cuadrar el círculo, eliminando un sistema de guardias cada vez más usado por la población, y que lleva más de 30 años dando una asistencia urgente de calidad, eficaz y eficiente.

Todos los estamentos en contra, nos han ignorado, espero que no tenga que verse afectada gravemente una persona delante de un centro cerrado o que se llegue tarde a un accidente, infarto, para que esto cambie.

El 14 de enero quieren imponer el recorte, pero sin consensuar con los profesionales camina directo al fracaso.

“Recortar la urgencia rural disminuye la calidad del servicio que se presta”, así lo acaba de expresar la Organización Médica Colegial.

Semergen rechaza cualquier medida de recorte que afecte a la calidad de la atención de los pacientes.

Luis Mendo Giner es médico de Cadreita. Presidente de Semergen Navarra (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)

