

La Medicina de Familia y Comunitaria que tiene que venir

Family Practice that has to come

Rosa Magallón Botaya¹, Elena Melús Palazón²

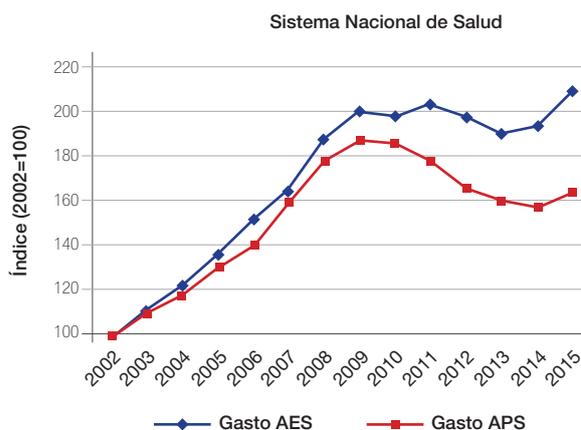
1. Profesora Titular de Medicina de Familia, Universidad de Zaragoza 2. Jefa de Estudios. Unidad Docente AFyC 1. Zaragoza 1 y 2. Grupo de Investigación en AP. B21-17R

Vivimos en un momento de gran transformación social, en un contexto de una profunda crisis económica que ha mermado, dificultado, modificado o como quieran ustedes llamarle, el devenir de la Sanidad en nuestro país. Una Sanidad que tradicionalmente, a efectos fundamentalmente de gestión, se ha disgregado en Atención Especializada y Atención Primaria. Todavía hoy en día este concepto implica de manera consciente o inconsciente la percepción, cuarenta años más tarde del inicio del sistema MIR, de que la Atención Especializada es únicamente la Hospitalaria, y que la Atención Primaria es muy importante, fundamentalmente como puerta de entrada al sistema. Reconocemos que odiamos ese sambenito de “portera” con que se identifica a la Atención Primaria. Pero en cualquier caso, hay un claro sesgo que se perpetúa a lo largo de los años entre los “especialistas” y los que no lo son: los “médicos de familia”. Un aspecto sin duda mejorable, a los que vamos a añadir unos cuantos más.

Intencionadamente hemos omitido, como en tantísimas ocasiones hacemos todos, el segundo apellido de nuestra Especialidad “y Comunitaria”. Son tantas las omisiones que ya incluso se está perdiendo el primer apellido de “Familia” y se está trasladando la nomenclatura, ya cada vez más generalizada con el acrónimo MAP: Médico de Atención Primaria. A pesar de que el Real Decreto 1753/98 de homologación de la Medicina de Familia¹, dice que todas las plazas deben de denominarse de esta manera. Permitánnos los lectores nuestra rebelión ante esta simplificación que viene a contraponer efectivamente a los “Especialistas” con los “MAP”. Cuando vemos un informe clínico, vemos que al paciente lo ha visto su neumólogo, su cardiólogo, pero cada vez más se utiliza el término MAP, no su médico de familia. Reivindicamos a través de este editorial la vuelta a la Denominación de Origen, si quieren abreviada: MFyC. Creemos que es importante, no es una cuestión baladí.

Pero volviendo al tema de la gestión, estos años han sido nefastos para todos, la crisis ha mermado derechos fundamentales en un país ejemplo de Servicios Públicos universales, que no se han conseguido recuperar hasta la fecha. Y en cuanto a los presupuestos, por más que se insista desde las tribunas en la importancia capital a la Atención Primaria como eje del sistema de salud, la realidad es que esta coletilla harto repetida no ha ido en consonancia con la merma sufrida a lo largo de los años, especialmente los de la crisis. Los excelentes análisis de

Juan Simó así nos lo hacen ver claramente en la siguiente figura donde se ve la evolución del gasto dedicado a “Atención Especializada de Salud” y a “Atención Primaria de Salud”².



Paradójicamente, como resultado de la llegada masiva de la generación “baby boom” a la jubilación, y de la falta de planificación a largo plazo de las necesidades de recursos humanos, se está produciendo una mejora de las opciones laborales de los residentes, que disfrutan de unas cuantas opciones de elegir trabajo cuando terminan su especialización, eso sí, precario. Dejamos aquí una pequeña reflexión, surgida de nuestras largas conversaciones con nuestros jóvenes colegas. Ellos han crecido con la crisis, no conocen otra sociedad; los mileuristas de su generación precedente, los de hace más de una década, que todo el mundo lamentaba, son ahora envidiados como unos sueldos más que decentes para los universitarios y jóvenes de hoy en día que se abren al mundo laboral. Son unos salarios aceptables y aceptados por una juventud que no ha conocido más que precariedad laboral, que acepta que es una generación que va a vivir peor que la de sus padres y en la que los jóvenes residentes son unos auténticos privilegiados, aún con las opciones de precariedad a las que pueden optar. Y los que vivimos con vehemencia el inicio de la especialidad no entendemos este conformismo.

Otra cuestión al debate: la contradicción existente entre la fascinación tecnológica, la investigación en grandes avances tecnológicos, moleculares, genéticos etc. para

lograr mínimos cambios en salud en muchas ocasiones, en contraposición a la escasa inversión en investigación en modificación de estilos de vida. Cuando parece que está claro que los estilos de vida son los que más repercuten en el estado de salud^{3,4}. Y ahí tiene mucho que decir la Medicina Familiar y Comunitaria.

Por el contrario, se inicia una corriente muy sibilina pero a la vez persistente en los círculos científicos, y de opinión de la sociedad en general, que nos preocupa francamente. Y es la usurpación de las parcelas que tradicionalmente son atribuibles a la Medicina de Familia y Comunitaria, como la atención a las personas en su contexto familiar y social. Se montan unidades hospitalarias de atención a una enfermedad crónica con actividades y servicios claramente comunitarios, que la persona puede desarrollar en su entorno, y no en un hospital terciario, con el mayor coste que eso supone. Da que pensar, desde luego que no tenemos la exclusiva de la atención global al paciente, pero destaca el hecho del interés súbito de determinados servicios hospitalarios en acometer prestaciones con recursos y dedicación horaria que bien las quisiéramos los médicos y enfermeras de medicina familiar. Con además un pretexto incuestionable, que se da por inamovible: la falta de tiempo del médico familiar y comunitario. ¿Cuándo se ha decidido, en qué momento, que la falta de tiempo de los médicos de familia es inherente a su condición humana? ¿Cuál es el impedimento organizativo de recursos, y de gestión, que impiden dotar al médico de familia del tiempo necesario, para asumir su labor de coordinación global de la asistencia a su paciente, de la atención a la cronicidad, de la atención a sus pacientes en situación terminal, de la atención a intervenciones comunitarias? ¿En qué momento se decide dotar de este tiempo a otros profesionales formados para complementar nuestro trabajo, no para suplirlo? ¿Por qué se desplazan las enfermeras del hospital a cambiar un gotero a un domicilio de un paciente que tiene una enfermera comunitaria asignada? El *súmmum* de la contradicción se resume en el concepto de "hospitalización domiciliaria" asignando enfermeras con coches para recorrer domicilios, obviando que hay unas profesionales capacitadas para ello en los centros de salud y próximas a la cabecera del paciente.

Otro elemento para el debate: la atención pregrado. En Europa y América, la formación de Grado en Medicina de Familia creció paralelamente al desarrollo de la especialización postgrado. Sin embargo en España, y debido a las circunstancias sociales de los años 70 (de nuevo los cambios en la sociedad influyen tanto en nuestra especialidad!) se propició la coyuntura necesaria para la creación del sistema MIR, con la incorporación de la Especialidad de MFyC, paralelamente al resto de Especialidades. Pero no ocurrió lo mismo con la formación pregrado, que quedó estancada. A pesar de que el plan Bolonia ha sido tajante en este sentido, y de que las distintas Conferencias de Decanos han explicitado la necesidad de dotar de

créditos suficientes a la Medicina de Familia en la formación dada en Medicina⁵ seguimos celebrando como auténticos triunfos lo que debería ser una cotidianeidad: la incorporación de la medicina de familia a la enseñanza grado en el rango, rigor y derecho que le corresponde. Habida cuenta además del hecho de que aproximadamente el 40% de los egresados van a ser médicos de familia y comunitarios; y que el 100% "desea una formación generalista", como repetidamente manifiestan en sus foros. El atrincheramiento de las Universidades Españolas en la formación tradicional parece inamovible. Pesan más las inercias y el que "siempre ha sido así", a la necesaria adaptación a una sociedad cambiante, que exige elementos de innovación y nuevas orientaciones en la enseñanza.

Todas estas reflexiones previas tienen a nuestro juicio un peso nada desdeñable en el presente de la Atención Primaria, ¿Cuál es la Medicina de Familia que tiene que venir?

Podríamos hacer un sinfín de propuestas de mejora, pero como las necesidades son infinitas y el espacio es limitado, nos vamos a ceñir a algunos elementos de cambio que consideramos imprescindibles para la Medicina de Familia

1. **Medicina familiar y Comunitaria:** las intervenciones comunitarias deben formar parte real de nuestra labor. La orientación de la OMS hacia el envejecimiento saludable⁶, las Guías de Actividades Comunitarias, como la NICE⁷, ciertas iniciativas, como el Informe Sespas sobre intervenciones comunitarias⁸, etc., todos estos cambios sociales, han favorecido un clima actual de predisposición hacia el reconocimiento de la importancia de nuestra presencia en la comunidad. No dejemos escapar esta oportunidad, no podemos perder la ocasión, por otras tantas décadas como hemos hecho, de perder nuestro segundo, pero no menos importante, apellido.
2. **Bien presupuestada:** no nos dejemos halagar los oídos con nuestra supuesta importancia en el sistema. La Atención Primaria debe estar bien dotada presupuestariamente y esto supone que un 20-25 % del presupuesto de Sanidad vaya destinado íntegramente a la Atención Primaria, la costo-efectividad de esta inversión está más que demostrada. Todo lo demás, castillos en el aire.
3. **Con tiempo:** tenemos tan interiorizado que la falta de tiempo forma parte de nuestra idiosincrasia, que ni siquiera nos molestamos en reivindicar este aspecto fundamental para desarrollar nuestro trabajo, para atender a nuestros pacientes, para revisar casos, para reunirnos, para investigar, para trabajar con la comunidad,para no ir atropellados,

El tiempo para pensar, diagnosticar, acompañar, actuar, evaluar. El tiempo para ejercer una profesión con tan gran responsabilidad como la nuestra

4. **Reconocida:** y eso implica que nosotros recuperemos también esa dignidad que a veces nos hemos dejado en el camino. El reconocimiento que la medicina de familia merece a nivel social, mediático, profesional, laboral, institucional,... El prestigio social de la medicina no va necesariamente asociado a alta tecnología, como nos quieren hacer creer, sino al valor que debe tener la medicina, en este caso de familia, en la sociedad, y en nuestra sanidad. Y desde luego nuestra dignidad reconocida, basada en nuestra responsabi-

lidad y exigencia propia por el trabajo bien hecho.

5. Con **presencia real en la Universidad.** Porque tenemos un cuerpo de conocimientos propio, porque el 40% de los médicos van a ser médicos de familia, porque el 100% de los estudiantes deben de tener una buena formación generalista, porque tenemos mucho que enseñar y los estudiantes lo reclaman. Porque tenemos el derecho y la obligación de enseñar la disciplina académica de Medicina de Familia y Comunitaria en la Universidad Española.

Mucho por hacer !!!

Bibliografía

1. Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-20604>
2. Simó J. Las serpientes autonómicas. [Internet] [Consultado 15 Jul 2017]. Disponible en: http://saludinerop.blogspot.com/2017/07/las-serpientes-autonomicas_3.html
3. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
4. Dahlgren G, Whitehead M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
5. La Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina (CNDMedE). Libro blanco de la titulación de Medicina [Internet]. CND 20 Abril 2005. Disponible en: https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=8184678d-8567-40c3-a555-a2048d-456fa6&groupId=115466
6. Organización Mundial de la Salud. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida [Internet] [Consultado 16 Jul 2019] Disponible en: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities [Internet]. Nice guideline, 4 March 2016. Disponible: [nice.org.uk/guidance/ng44](https://www.nice.org.uk/guidance/ng44)
8. Botello-Díaz B, Cubillo-Llanes J, Gea-Caballero V, March-Llull S, Hernán-García M, Segura-Benedicto A. Informe SESPAS 2018. Salud comunitaria y administración [Internet]. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; octubre 2018, p. 1-102. Disponible en: <https://sespas.es/2018/11/01/informe-sespas-2018-salud-comunitaria-y-administracion-local/>