

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA MEDICINA DE FAMILIA.

Una visión desde la experiencia y la ilusión por el futuro.

Gloria Rabanaque Mallén, Sandra Robles Pellitero, Francisca Gil Latorre.

El XXVIII Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria que tuvo lugar el pasado 24 de Noviembre de 2017 se inició tras las presentaciones oficiales y a través de un formato inaugural innovador con una entrevista a dos Médicas de Familia, Gloria Rabanaque Mallén y Sandra Robles Pellitero.

Francisca Gil Latorre, moderadora de la entrevista, comenzó con la presentación de ambas médicas y la explicación de por qué se había elegido a cada una de ellas, además de con el relato de un suceso que contextualizaba la importancia de los Médicos de Familia.

Durante la conversación se proyectó una presentación que reflejaba la figura del Médico de Familia a lo largo de la Historia del Arte compaginado con reflexiones en torno a esa figura de autores como Iona Heath, Barbara Starfield, Juan Gervas, JL Turabián, Albert Jovell o John Berger, entre otros.

ENTREVISTA

PRESENTACIÓN: (Francisca Gil)

- Bienvenidos a este Congreso organizado por la SoVaMFIC. De nuevo y por segundo año consecutivo sin influencia de la farmaindustria. Gracias a todos por haberlo hecho posible.
- Este año queríamos que el arranque de este Nuestro Congreso fuera un poco diferente, tratando de huir de una tradicional conferencia inaugural y empezar con una reflexión conjunta sobre la Atención Primaria y la esencia de la Medicina de Familia. Es algo muy serio y profundo y nos planteamos cómo podíamos hacerlo. Pensamos intentar adentrarnos en estas cuestiones a través de entrevistar a dos Médicas de Familia cuya visión de la profesión difiere, sobre todo, por la experiencia de cada una, una de las más veteranas y otra de las más jóvenes. Ambas forman parte de varios grupos de trabajo de la SoVaMFIC. Y, además concurre la circunstancia de que compartieron la formación como tutora y médica residente.
- En primer lugar está con nosotros Gloria Rabanaque, Médica de Familia con más de 30 años en el ejercicio de su profesión, tutora de MIR de Medicina Familiar y Comunitaria desde hace más de 20 años. Siempre ha trabajado en Atención Primaria, tanto en medio urbano como fundamentalmente en el medio rural.

- En segundo lugar contamos con la presencia de Sandra Robles, joven médica de familia, que se formó con Gloria como tutora y con tan solo dos años de experiencia tras la adquisición de la especialidad durante los cuales ha trabajado como Médica en Atención Continuada, como Pediatra de Atención Primaria, en una Unidad de Hospitalización a Domicilio o como sustituta de varias consultas de Atención Primaria, entre otras. Ahora compagina el trabajo de Atención Continuada con el de mamá de dos pequeños.
- Nada para iniciar un Congreso de Medicina de Familia como empezar hablando sobre la necesidad de una Atención Primaria potente y de calidad, de la importancia del papel social y sanitario de la Medicina de Familia y resaltar el protagonismo de la figura y del papel de los Médicos de Familia. Cómo era antes, qué cambios ha habido, dónde estamos y hacia dónde vamos.
- Y, antes de dar paso a la entrevista me gustaría, al igual que en el libro de John Berger de “Un hombre afortunado”, comenzar ya la reflexión con un caso clínico real que me contaron Sandra y Gloria: Sucedió un accidente de tráfico en una carretera. Iba una mujer joven con su hija que estaban heridas y con alto nivel de ansiedad y miedo. Pararon varios coches a ayudar, pero también se mostraban inquietos sin saber qué hacer. Pasó una médica y dijo “soy médico”. Todos se tranquilizaron. Los que habían parado a socorrer pensaron que ya había llegado la solución y delegaban. La mamá con la niña pensó en la suerte de que pasara por allí una médica. Pero lo más relevante es que la madre herida manifestó que de lo que más afortunadas habían sido es de que la médica que había pasado por allí era una Médica de Familia y no de otra especialidad como Dermatología, ORL o Ginecología.
- Lo dejamos ahí y preguntamos.

PREGUNTAS:

- ***Gloria ¿qué te pasó por la cabeza cuando te llamamos para ser partícipe de este Congreso?***

Gloria: Es de agradecer la oportunidad de poder hablar de nuestro trabajo con los asistentes a nuestro Congreso. Supone un gran reto y una gran responsabilidad para nosotras. Tuvimos dudas de aceptar. Finalmente nos arriesgamos y nos embarcamos en la lectura y la reflexión conjunta sobre estos temas.

Tenemos muchos puntos de coincidencia que trataremos de compartir con vosotros con la idea de motivar y poner en valor nuestra profesión y nuestra tarea, haciendo alusión al lema del congreso de “ilusión por el futuro”, sin ignorar los problemas de la Atención Primaria y las múltiples trabas que nos encontramos a diario en el ejercicio de la profesión y los obstáculos que tenemos que vencer.

- *Gloria ¿Por qué te hiciste Médica de Familia?*

Gloria: Por la profesión de mi padre, veterinario, hemos ido viviendo por el medio rural en el que he conocido de cerca el trabajo del **Médico de Cabecera**. Me parecía fascinante la **importancia de su figura, su humanidad y la posibilidad de ayudar a los demás. Era imprescindible. Estaba presente** en todas las casas, familias, **en la vida de las personas**, en los acontecimientos graves e importantes. Uno de mis juegos favoritos era mirar muestras de carne de las matanzas en el microscopio. Me gustaba ir a visitar animales con mi padre, acompañarlo a vacunar. Pero me atraía mucho más que llegara un día en que pudiera atender a personas.

- *Y tú, Sandra ¿Por qué te hiciste tú Médica de Familia?*

Sandra: Cuando elegí Medicina como carrera no sabía realmente qué me esperaba ni lo que me iba a encontrar. Yo no había tenido contacto con el mundo sanitario, como Gloria. Lógicamente me sentía atraída por la profesión pero sin saber más allá. Lo que sí que tuve claro muy rápido es que quería ser Médica de Familia. Empezamos las prácticas, siempre en el **Hospital** y aquello me pareció **reduccionista** (cada Especialista se centraba sólo en su “trozo” de persona y si aparecía algo que no pensaba que fuera suyo realizaba una interconsulta rápidamente), **biologicista** (poco centrado en la persona en su conjunto, dándole poca o ninguna importancia a las emociones, ideas y formas de asumir la salud y la enfermedad de los pacientes) y **descontextualizada** (sin valorar los domicilios, ver los barrios, las comunidades o las poblaciones donde viven las personas). Solicité una rotación en un Centro de Salud y me acabó de convencer esta Especialidad.

- *Gloria, ¿Cómo era ser Médica de Familia cuando tú empezaste?*

Gloria: Eran los años ochenta. Un **momento de apertura** tanto **política** como **social** tras la muerte de Franco en 1975. Había una sociedad cambiante con unas necesidades nuevas a las que había que dar respuesta. También en el área de la sanidad y de la atención sanitaria. Los años previos fueron convulsos, reivindicativos, al lado de la sociedad y preparándose para estos cambios en las Facultades de Medicina, estando plasmado en el documental de *Paseo al Mar*, en el que su autora y compañera nuestra Marina Climent entrevista a otros compañeros coetáneos que dejan su testimonio de distintas vivencias de aquella época, relatando incluso cuestiones tales como que fueron los años en que las mujeres españolas accedieron por primera vez y sin censura a los anticonceptivos. Y los nuevos médicos de esta época nacieron con un **alto nivel de conciencia y compromiso social**, asumiendo el reto y la responsabilidad de protagonizar dicho cambio.

Alma-Ata se celebró en **1978** y marcó un **hito para el desarrollo de la Atención Primaria** y el impulso de los MF con el origen y reconocimiento en España de la Especialidad. También se impulsó la **Salud Pública**. Muchos Médicos recién terminados

hicieron máster de Salud Pública y Atención Comunitaria, incluso en Cuba. De hecho algunos llamaron a la nueva Atención Primaria, la Medicina Cubana.

Otro hito fue la promulgación de la **Ley General de Sanidad en 1986** que, con todas las críticas y controversias que levantó **reguló el derecho a la protección a la salud** y así consta en el **Artículo 43 de la Constitución Española**.

A nivel estructural se pasó de consultorios inadecuados a **centros de salud**. Se dotaron de **material fungible y desechable** (jeringuillas, guantes, gasas, fármacos) del que se carecía antes. Comenzó la era de la **esterilidad** en muchas zonas donde se quemaba el instrumental sobre un algodón prendido fuego con alcohol.

A nivel organizativo, se dotó a los Centros de salud de **personal** (pediatras, matronas, enfermeras, celadores, administrativos). Se pasó de trabajar absolutamente solo a tener que aprender a repartir tareas, organizarse y trabajar en **equipo**. Fue el *boom* de **protocolos** para atender a las patologías crónicas y distribución de tareas, de la **intervención comunitaria**, de la **educación** para la salud en las escuelas, el comienzo de las campañas de prevención de caries con flúor en las escuelas, la odontopediatría.

A nivel asistencial se desarrolló una **atención integral, psicofísica y social, integrada, longitudinal, permanente, continua, a demanda, programada, a domicilio**. El MF adquirió gran responsabilidad en la salud de la comunidad.

A nivel formativo fue una ebullición de saber, de ofertas de **formación**, de cursos de arranque en todos los centros de salud para todo el personal.

Otro hito importante fue el desarrollo de los sistemas de registro, la creación e implantación de **la historia clínica de salud en papel** y el historiar y seguir a los pacientes.

A nivel laboral, la apertura de **puntos de Atención Continuada** aparte de contribuir a una AP de calidad integral, integrada, longitudinal, permanente, supuso un avance para los profesionales que ya podían tener momentos de **tiempo libre**, sin pedir permiso para moverse a los alcaldes o al compañero de al lado. Se hacían **guardias** pero **sin libranza** y al principio casi que nos parecía bien. La culminación fue cuando se ganó en un tribunal europeo el derecho a la libranza de la guardia al final de la década de los 90.

No obstante las condiciones de trabajo no eran óptimas, **cupos sobrecargados, poco tiempo por paciente, burocratización extrema**. Ahí es donde también empezó a reivindicarse lo de 10 minutos/paciente.

- *Sandra, ¿Cómo es empezar a ser una Médica de Familia ahora?*

Sandra: Difícil. Me formé viendo la mejor expresión de la Atención Primaria y la Medicina de Familia: la longitudinalidad, la continuidad asistencial, la accesibilidad... y me encontré con **contratos precarios** haciendo sustituciones por días, haciendo cada día de una cosa,

Pediatra, Médica de Atención Primaria, Atención Continuada, trabajando en diferentes centros, Unidad de Hospitalización a Domicilio, zonas rurales, urbanas... Viéndolo con retrospectiva no todo ha sido malo si no que me ha dado **otra visión de la medicina**, me ha enseñado otras formas de trabajar, de organizarse, de funcionar... me ha dado nuevas habilidades y he adquirido conocimientos con los que no contaba y seguramente ni habría pensado de haber estado siempre haciendo lo mismo. Dicho esto, creo que a pesar del lado positivo que le veo ahora, supone una **lacra para los MF y para la AP y el Sistema Sanitario en general y que promueve que especialistas bien formados huyan del país o de su especialidad buscando cierta estabilidad laboral**.

Las mal llamadas políticas de austeridad han supuesto **grandes recortes** que **ralentizan el potencial de la AP** y afectan a profesionales y pacientes.

Por otro lado, poder trabajar en **Centros de Salud bien dotados**, con **acceso rápido** a los **sistemas de emergencias**, con un **sistema informático** bueno, **que funciona, interconectado** dentro de la Comunidad Autónoma y con los hospitales de referencia **supone un lujo** para la asistencia. Que los servicios de **Urgencias** comenzaran, no hace tanto, a **hacer recetas** de forma generalizada o el uso de la **receta electrónica** de forma más universal es un gran **aliciente** a la hora de trabajar.

- *¿Qué cambios consideráis más representativos en este recorrido cronológico?*
- **Gloria:** Hace un siglo sólo había AP. Después de la 2ª Guerra Mundial se comienza a hablar del estado de bienestar con protección de los derechos sociales y protección de la salud. **Se ha avanzado poco en la organización de la AP.** Hay cambios rápidos y acelerados, a los que la AP y los MF debemos adaptarnos y dar respuesta continuamente. Y en este proceso de adaptación **vamos perdiendo partes de la esencia de nuestro trabajo**, sobre todo la dimensión de la experiencia humana de la enfermedad y la relación médico-paciente. Y esto es un **grave riesgo** porque una vez perdido es difícil de recuperar.
Estamos en una sociedad cambiante, con valores inestables, **con fragilidad de los vínculos humanos**, una sociedad que *Zygmunt Bauman* califica de líquida contraponiéndola a la solidez de principios de otras épocas, lo cual conduce a la **precariedad**. Se pasa **de lo colectivo a lo individual**. Una sociedad en la que existe **desigualdad social y en salud**, en la que pesan en la asistencia o en las demandas asistenciales los determinantes sociales.
- **Sandra:** **Precariedad laboral** que implica **inestabilidad** personal, profesional y social y que **acaba con la longitudinalidad de la AP**.
- **Gloria:** A nivel socioeconómico y político, ha habido una **gran crisis económica** que ha dejado la huella de los recortes, pretendiendo mantener la calidad con menos recursos. Y eso es muy difícil.
- **Sandra:** Se ve a la **sanidad como bien de consumo**, favorecido por las clases sociales más poderosas que utilizan seguros privados para satisfacer necesidades

autogeneradas **viendo al MAP como mero secretario** o incluso una figura innecesaria y **proyectando este modelo como el ideal** a conseguir en una **sociedad cada vez más desigual y con más inequidad social y en salud.**

- **Gloria:** Se **mercantiliza la salud** y ha aparecido un **consumismo** de servicios sanitarios y pruebas, no siempre necesarias ni eficaces, una **medicalización de la vida**, una amenaza de la **industrialización de la sanidad**, un **reduccionismo** en ciencia y economía (el cuerpo es una máquina y la medicina una ingeniería). Se tiende a buscar la certidumbre y el control. Se desvían recursos de enfermos para los sanos cuando esto reporta **beneficios económicos**. De la intervención comunitaria se tiende a lo particular. **Hay fascinación por la tecnología.** Y una **brecha de gasto entre la Atención Primaria y Atención Especializada**, e incluso en prescripción.
- **Sandra:** Hay una **tendencia a la devaluación de la AP frente a la AE**, en la elección de plaza MIR, entre los compañeros y entre los estudiantes de medicina, frente a la población general que sigue viendo a **su médico como el mejor valorado**. Esto conlleva una **falta de autoestima y desencanto** entre los profesionales.
- **Gloria:** Los **pacientes** y sus expectativas también **han cambiado**. La medicina del paternalismo de D. José, a la autonomía y el **empoderamiento** de los pacientes, pero de pacientes **bien informados** para poder decidir. El Dr. Google, TICS, blogosfera facilita acceso a información de todo tipo que a veces desinforma. Pero se pide **inmediatez** para todo.
- **Sandra:** Se ha producido una **feminización de la profesión**, con lo que ello implica, incluyendo la **necesidad** de potenciar las políticas de **conciliación sin desprestigiar a la mujer** como buena profesional por tener una vida personal en paralelo.
- **Gloria:** La aparición de registros estandarizados con la **Historia Clínica Electrónica y el acceso a informes hospitalarios** ha supuesto un **gran avance** en la comunicación interdisciplinar y con el paciente.
- **Sandra:** El hecho de que apareciese **la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria** supuso un avance importante en la **homogeneización** de los profesionales y le **ha dado valor** a los mismos que además de ser Médicos de AP tienen una visión comunitaria.
- **Gloria:** La gran transición a nivel estructural fue seguramente la aparición de los **Centros de Salud multiprofesionales**, la introducción de las medidas de **asepsia**, el material fungible desechable, la **desvinculación de los Ayuntamientos**, la aparición de **la Atención Continuada**, la **formación continuada**, el **acceso** a cada vez más **pruebas complementarias** y la **dedicación exclusiva** que, aunque luego se retiró, contribuyó a la calidad asistencial tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, todo ello de la mano de la *LGS del 86*.

- *Después de haber escuchado vuestras experiencias, me gustaría finalizar la entrevista con una reflexión sobre cómo mantener esta ilusión por la Atención Primaria y de cómo poner en valor al Médico de Familia.*

Gloria: Como decía Bárbara Starfield, **hay que redescubrir o refundar la AP** desde las bases, **desde la consulta y poner en valor la figura del MF**, empezando porque nosotros mismos y los médicos jóvenes mejoren su autoestima, explicar bien a la población qué es un MF, qué implicaciones tiene, qué **cualidades insustituibles** para mejorar su reconocimiento y la presencia social. Establecer los atributos que definen una buena AP con capacidad resolutoria. Tenemos responsabilidad de **crear una cultura sanitaria de reconocimiento de la AP y del MF**. Somos nosotros los que podemos y tenemos que desbloquear esta situación.

Hay que **sacar a la superficie la esencia de los valores del MF**. Identificar lo que distorsiona la naturaleza de esta esencia para atajarlo. Denunciar aquellas prácticas o instrucciones que denostan nuestra práctica.

En la MF se interseccionan el arte, la poesía, los valores humanos, la perspectiva histórica, la filosofía, sociología, antropología, cine, política y la complejidad del conocimiento de las relaciones humanas y los vínculos médico-paciente-familia. Realmente, como dice *John Berger* **somos los archiveros de la historia de cada uno y de todos nuestros pacientes**. Conocemos sus crisis, sus flaquezas, sus enfermedades, sufrimientos y alegrías. Como me decía un paciente: “Nos conoces tanto que podrías reconocer nuestros cuerpos e identificarnos por la descripción de nuestros tatuajes, hasta de aquellos de los rincones más escondidos de nuestra piel”. Es simbólico, pero es así.

Y los MF somos los especialistas de múltiples disciplinas, **el médico de lo complejo**, con un vasto saber que permite una **visión caleidoscópica e integral de cada paciente**, somos los especialistas en el **manejo de la incertidumbre**; los únicos capaces de **entender la pluripatología de los pacientes** y poner orden y **coherencia en los tratamientos** para evitar **riesgo cuaternario**, sobre todo al salir del hospital o al visitar a múltiples especialistas. Diversos autores como *Ortún, Casajuana, Gérvas*, afirman que tenemos un papel insustituible en **garantizar la seguridad del paciente**. Sabemos distinguir entre las distintas perspectivas de salud-enfermedad. Podemos **resolver el 90% de las consultas**, e incluso más, lo cual es tremendamente **costoeficiente**. Y somos los **guardianes de la puerta a otras especialidades**, lo que contribuye a soportar los pilares y la **sostenibilidad del sistema sanitario público**. La clave es la combinación de habilidad, conocimiento, experiencia, saber escuchar, mirar y ver y comunicar con empatía.

Hay un eje vertebrador atemporal que es la **humanización de la asistencia**. Y, esto es una clave.

No podemos olvidar que **el sentido de nuestro trabajo es el paciente** y todas **sus vidas son extraordinarias**. Y muchas, las quieren compartir con nosotros. Hay transferencia de sentimientos que nos enseñan a nosotros y nos proporcionan una extraordinaria madurez a lo largo de nuestro ejercicio.

Iona Heath dice que la clave del ejercicio de la MF es una mezcla de arte, intuición y experiencia. Esto se empieza a comprender cuando nos embarcamos en la práctica como jóvenes médicos. La medicina no puede prometer inmortalidad, pero cuando no podemos curar podemos cuidar. Y enfrentarnos a **acompañar en la muerte como parte de la vida** y de la **atención longitudinal** a nuestros pacientes. Es un privilegio de los MF. Quiero resaltar también la consideración de los **determinantes sociales** para llegar a la población vulnerable y **contribuir a la universalidad y equidad de la asistencia sanitaria**.

Resaltar la responsabilidad y la importancia del papel ejemplarizante y de **liderazgo clínico, sanitario y ético de las sociedades científicas**.

Recuperar terrenos perdidos y evitar perder otros en riesgo. **No tolerar actitudes de menosprecio** que puedan denostar la profesión. En los Países del Norte de Europa lo están consiguiendo apostando por la MF e **invirtiendo en I+D en la Atención Primaria**.

Sandra: Sobre cómo poner en valor al MF yo apuntaría:

- Volver a la esencia del MF con **visión comunitaria**. Volver a **leer** la declaración de **Alma-Ata** y su lema de **“Salud para todos, sin excepciones”**.
- **Reconocer** y conocer **la especialidad** y su historia. Se hizo bien y su programa formativo **ha sido modelo** para otras especialidades, siendo la primera que implantó un programa formativo de postgrado.
- Incluir la MF dentro de la **Universidad**, dar a conocer nuestra profesión a los estudiantes antes de cursar el MIR.
- **Empoderar al MAP**. Somos especialistas, igual que los compañeros que trabajan en el hospital. Especialistas en personas, sus contextos, vivencias y familias y en eso somos los que más sabemos, no nos coloquemos en una posición inferior.
- **Hacer para no hacer**. No hacer en beneficio del paciente, evitar intervenciones no eficaces o con mal balance, **prevención cuaternaria**, utilizar racionalmente los medicamentos y también **No hacer a nivel burocrático**, por ejemplo siguiendo la iniciativa 10 actividades burocráticas para no hacer en AP publicado por semFYC.
- Sigamos trabajando desde la consulta por las personas, **defendiendo una sanidad pública** con una **AP de calidad como centro real del sistema**, haciendo que la población nos valore y hable de nuestras capacidades. Haciendo el cambio desde la consulta y la sociedad.

- Revalorizar lo subjetivo, las emociones y la intuición. El **ojo clínico**. Impulsar nuestra medicina que es la medicina *low-cost*, haciendo que **el sillón y el tiempo** se conviertan de nuevo en **herramientas principales** de nuestra práctica.
- **Remunerar sin escatimar** a los equipos, evitando la precarización, retribuir como se merece a los cargos intermedios y que sus **puestos se asignen por competencia profesional**, además de darles **autonomía** para la gestión de los centros. Dar tiempo para la **formación de calidad, sin conflictos de interés**.

Gloria: Para terminar, solo decir que después de más de 30 años de ejercicio de la profesión, amo mi profesión, me sigue apasionando mi trabajo y el contacto con los pacientes me enriquece y me da madurez y serenidad, lo cual les agradezco.

En breve, en estos próximos años, muchos Médicos y Médicas nos vamos a jubilar y para que esto no suponga un grave problema, los más mayores tenemos la responsabilidad de saber transmitir esta pasión a las generaciones de jóvenes Médicos para poder pasar el testigo del relevo y garantizar esa refundación de la AP y el reconocimiento y papel social que el Médico de Familia se merece. Y no solo ante una situación límite como en un accidente, sino en el ejercicio cotidiano.