

MEDICINA DE FAMILIA, ¿si cambia de modelo seguirá siéndolo?

Recibida el 22-09-2023; aceptada para publicación el 03-12-2023

Moreno Corredor A¹

Especialista en MFyC. Grupo Seniors de la SAMFyC

Sr. Director:

Es mi objetivo principal, de estas reflexiones que a continuación expongo, el transmitir mi visión e interpretación, sobre hechos y acontecimientos que, a mi modo de ver, condicionan o pueden condicionar, de manera sustantiva el contenido, actuaciones y función de nuestra especialidad. Usaré como hilo argumental tres momentos o situaciones ejemplificadoras, de mayor o menor calado, pero que inciden sobremanera en cómo se nos ve o cómo se nos representa, o hacia dónde se dirige una deriva que a modo de rápidas pinceladas vistas desde cerca no sean perceptibles y vayan componiendo un cuadro mayor que represente un progresivo cambio de modelo, que planificado o no, desvirtúe y vacíe de numerosos contenidos nuestra especialidad y su función.

Siguiendo el esquema señalado, describo estos tres momentos o indicios (podían ser otros):

1. Acuerdo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, por la que se cuantifica los actos asistenciales en Atención Primaria de Salud (ya derogado) de cara a conciertos con la Asistencia Privada.
2. La reivindicación de los 10 minutos por paciente.

3. Imágenes en prensa referentes a Medicina de Familia o MIR de la especialidad en la que se reflejan con insistencia cursos de RCP y área de urgencias y emergencias.

Estos tres apartados tienen un punto de congruencia en el que me hacen reflexionar hacia qué tipo de contenido y función tiene nuestra especialidad dentro de la Atención Primaria en particular y en el Sistema Sanitario en General:

1. El acuerdo de Gobierno de la Junta de Andalucía en la que ponía precio (además de posibilidad de conciertos y cesión de locales) al acto médico y otras cuestiones, tuvo su contestación sindical y política, pero yo me centro más en la profesional.

Pensar que la Medicina General que ofrecen las diversas compañías en sus ámbitos de actuación, es equiparable o pueden sustituir al desempeño deseable de la Medicina de Familia en el sistema público, es de un desconocimiento mayúsculo de nuestra formación, capacidades y función, tanto en el aspecto clínico cómo organizacional. Es de un reduccionismo galopante, y dónde limita la actuación del Médico de Familia a algo aproximado a lo que conocemos como consulta a demanda, y quizás ni siquiera eso, pues la adscripción de pacientes es aleato-

ria, cambiante, y mayoritariamente el papel es subalterno, con abundantes limitaciones clínicas que siempre son desempeñadas por especialistas en otras áreas.

Es decir, no se trata del precio que abonaría el sistema público al privado por conciertos, no se trata de como el sistema privado pudiese utilizar las instalaciones del sistema público (que también), sino dónde quedan los elementos esenciales de nuestra función, la continuidad, la longitudinalidad (mejora la calidad de atención, disminuye pruebas innecesarias, salva o prolonga vida...), la atención integral e integrada, nuestro papel de liderazgo de equipo clínico (al que no debemos de renunciar, y no es por cuestiones corporativas) en la movilización de profesionales y recursos para atención de pacientes, complejos, pluripatológicos, estrés familiar y enfermedad, visita domiciliaria, cirugía menor, ecografía...etc.).

Me gustaría saber (o mejor, no) como nuestros responsables sanitarios medirían estas actuaciones, o tal vez ni se les haya ocurrido, porque simplemente lo desconozcan, o lo que es peor que quieran ir dando golpecitos al timón para cambiar de rumbo, ya sea con intención o sin ella (es peor un jefe necio que uno con maldad).

Y aquí es donde debemos posicionarnos y trabajar por evitar esa deriva (sea cual sea el origen) de la complejidad de nuestro trabajo hacia funciones que pueden orillando hacia posiciones que nos recuerdan la Medicina General anterior a la Reforma Sanitaria (solo que más cara), y los que vivimos su transformación sabemos de lo que estamos hablando.

2. En múltiples plataformas, durante las huelgas y manifestaciones que tuvieron lugar entre 2022 y 2023 en Medicina de Familia y Atención Primaria, se proclamaba la necesidad de los 10 minutos por paciente, si es como eslogan o señuelo reivindicativo

para llamar la atención con un mensaje corto puedo estar de acuerdo, pero solo parcialmente, y digo esto porque, aun siendo loable y necesario el aumento del tiempo por paciente, también puede reflejar una imagen miope de nuestro desempeño, centrándolo en un solo tipo de consulta, transmitiendo sin querer que esa es nuestra única actividad, en muy pocas ocasiones ha podido oírse que es preciso dotarse de “tiempo para desarrollar toda nuestra agenda”, pues si con esta reivindicación intentamos defender el modelo de atención, ¿dónde y cómo queda la atención a crónicos, residencias, avisos, atención domiciliaria, atención al embarazo, planificación familiar, citologías, etc.?

En este sentido aparecen una serie de nubarrones en el horizonte que disfrazados de estrategia de “descarga burocrática” o medidas organizativas avancen hacia una dispensarización (o externalización) de estas actividades y sean llevadas a cabo específicamente y exclusivamente por otros profesionales y desvincule al Médico de Familia de la responsabilidad y carácter de liderazgo y conocedor de la atención que se presta a sus pacientes asignados.

Si cortamos estos flecos (programa de la mujer, avisos, visita domicilio, pluripatológicos...) y son sustituidos por otros perfiles, unidades con vehículo y todo... el rol asignado se estrecha y podrá ser otra cosa, pero no es el desempeño de la Medicina de Familia, y ya estaríamos hablando de otro modelo.

3. Veo con cierta frecuencia, en la prensa digital informativa del ámbito sanitario y en la red en general, noticias referentes a la Medicina de Familia (casi siempre negativas) y no pocas veces ilustradas con fotografías de cursos de RCP (además por la edad parecen ser MIR-FIR), y son dos emociones las que me generan, una en relación a la imagen de formación de los nuevos especialistas y otra

la del reduccionismo que representa (ya sé que se trata de una prensa informativa, pero algo refleja).

En el primer caso nuestros MIR-FIR ante su responsabilidad en las guardias precisan, evidentemente, de esa (y muchas otras actividades formativas) experiencia, pero también es el inicio de la fascinación tecnológica, algo tangible a lo que adherirse, cuando esta formación es precisa para todas las especialidades y aún más, es un área competencial en la que confluyen diversas especialidades (Medicina de Familia, Medicina Interna, Medicina Intensiva, Cardiología...) y a ninguna se la relaciona con el mencionado curso y sin embargo sí a la nuestra. Evidentemente soy consciente de que esta área competencial de urgencias-emergencias es una salida profesional para el futuro y que por sí misma y por las condiciones en que se desarrolla en numerosísimas ocasiones la atención en los centros de salud fomenta esta deriva.

Es verdad que dotarse de referencias concretas y protocolos precisos (suelen ser cambiantes con el tiempo) dota de una percepción de seguridad que bajo una visión (exclusivamente biomédica) contiene unas fortalezas que no se perciben inicialmente en la formación en comunicación clínica, entrevista familiar, entrevista a los adolescentes, maltrato, manejo de un brote epidémico, evaluación integral al anciano, al

pluripatológico, lectura científica, investigación, rotaciones... es decir, aquellas que nos permiten el manejo del paciente desde la perspectiva biopsicosocial y quedan eclipsadas por el relumbrón tecnológico y que tan básicas y fundamentales se convierten para el desempeño de nuestra especialidad.

Es verdad, no tenemos aparatos especiales que definan nuestra práctica, pero el conocimiento, la palabra y la atención integral se hacen cada día más precisos en esta atención sanitaria tan sectorizada, fragmentada y no pocas veces descoordinada y yatrógena.

Para finalizar estas reflexiones de un Médico de Familia que aprendió y se desarrolló con la especialidad, señalar que el modelo inicial de los años ochenta hay que adaptarlo a los cambios y necesidades actuales, lo mismo que las competencias de la especialidad se han ido enriqueciendo y complejizando, pero los cambios organizacionales han de saber muy bien hacia dónde se dirigen, cuidado con las ocurrencias puntuales y reivindicaciones de colectivos, pero independientemente de todo esto está el desempeño de los contenidos de la especialidad, y es esto a lo que debemos de estar atentos, una reforma no puede ser aceptable si afecta negativamente a los contenidos, filosóficos, sociales y clínicos de la Medicina Familiar y Comunitaria.

CORRESPONDENCIA

Andrés Moreno Corredor

Correo-e: andresmc6@gmail.com