



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



EDITORIAL semFYC

La medicina de familia en positivo. Más imaginación y menos memoria

Positive family medicine. More imagination and less memory

El futuro de la medicina de familia es descrito con frecuencia, especialmente por sus protagonistas, con un alarmismo y dramatismo que realmente tiene poco que ver con el rigor y la perspectiva histórica.

¿Realmente debemos recrearnos en este bucle melancólico de oportunidades perdidas, frustraciones y ausencia de futuro?

Es incuestionable que nos encontramos en una situación de transición por una crisis profunda que afecta tanto a la profesión médica en general como a la medicina de familia. Pero también es cierto que esta crisis es una excelente oportunidad de cambio donde podamos adaptar los valores tradicionales de la profesión y de la medicina de familia a las necesidades sociales y a la complejidad del mundo actual. Veamos cuáles son los puntos más críticos y las oportunidades de mejora.

La crisis de la profesión médica

El modelo social actual ha conducido a una quiebra con las profesiones tradicionales (el sacerdocio, la judicatura o la medicina) en el sentido de su consideración como grupos positivamente privilegiados. Ha desaparecido, en lo que se refiere a la medicina, la impunidad legal, la obediencia ciega, el monopolio de asistencia sanitaria, la libertad clínica plena y la credibilidad ilimitada. No obstante, todavía la medicina se encuentra entre las profesiones en las que más confían los ciudadanos. Y es bueno recordar que aunque el ejemplo de bondad moral no sea siempre inmaculado, la profesión médica en España no ha desintegrado sus valores de forma generalizada por la avaricia o la corrupción; si cabe, se han asumido principios de compromiso social y solidaridad nada despreciables. Todavía la carrera de medicina es una de las licenciaturas más solicitadas entre los estudiantes que acceden a la universidad, pese a no ser precisamente el mejor camino para hacer fama y fortuna.

El conflicto de las especialidades clínicas generalistas

La medicina de familia es un auténtico cruce de caminos dentro del ejercicio de la medicina. Un cruce lleno de complejidad y confusión, pero también de dinamismo y vitalidad. Nos encontramos ante un profesional que aspira nada menos que a ser “especialista en personas”, desde la integridad, la longitudinalidad y la humanización.

Esta aspiración profesional conlleva manejar conocimientos y técnicas compartidas con otras especialidades médicas, pero en una situación de inferioridad. Significa también utilizar elementos de psicología, antropología, psicoterapia, sociología o intervención social, con el *handicap* del descrédito que tradicionalmente ha presentado el manejo de la información “blanda” o “invisible” para los médicos. Finalmente, asumir esta aspiración acarrea la aceptación de que nuestro campo de trabajo permanecerá siempre abierto, que nuestra formación será siempre insuficiente, que nuestro perfil profesional siempre tendrá límites mal definidos, que las interferencias con otros profesionales serán inevitables y que, en su ámbito de conocimientos y tecnología, tenemos algún grado de dependencia de otras especialidades. Son indudablemente malos tiempos para la clínica y para los generalistas; tiempos en los que se identifica el reconocimiento social y profesional con la especialización técnica.

El problema de la medicina de familia en atención primaria

Hay síntomas preocupantes entre los médicos de familia que trabajan en atención primaria.

Podemos hablar de desesperanza. No se ve claramente un horizonte tranquilizador de progreso, quizás estemos mejor

que hace 20 años, pero hemos perdido la expectativa de mejora individual y de grupo.

Podemos hablar de desencuentro con la organización sanitaria, a nivel de gestión y, en mayor medida, con los responsables políticos.

Podemos hablar de una baja autoestima. No nos sentimos queridos y valorados en nuestra competencia y capacidad resolutoria, salvando el reducto de la relación individual médico-paciente.

También es justo reconocer que el trabajo en los EAP tiene una “penosidad” intrínseca a la propia actividad derivada de su variabilidad, incertidumbre y responsabilidad. Pero también la “penosidad” se agrava en la mayor parte de los casos debido a problemas estructurales y organizativos que después de tantos años no se han conseguido atenuar.

Hay dificultades para competir con un espacio hospitalario que se sigue presupuestando por actividad, camas y unidades, pero que posee toda la legitimidad social, mediática y política. Por el contrario, nos movemos en un espacio de primaria financiado per cápita, subsidiario y con permanente necesidad de demostrar tanto su efectividad como su rentabilidad.

De este aparente desánimo y opacidad en la visión del futuro se puede salir si se asume como un tiempo de oportunidades y cambios. Si la profesión médica ha de responder a los requerimientos presentes y futuros de la sociedad, ello requiere inevitablemente fortalecer la figura del médico de familia. En este marco la proyección de la medicina de familia tendrá que desarrollarse en una triple dimensión.

Como profesión sanitaria

La revolución del autonomismo por parte de los pacientes hace irreversible una vuelta atrás del modelo paternalista. La relación médico-paciente se ha vuelto igualitaria, pero asimétrica en cuanto a una exigencia ética superior por parte del médico de compasión, humildad intelectual, justicia, abnegación y fidelidad.

Paralelamente, la despersonalización ha producido grandes perversiones en la relación clínica, parece que cuanto más hemos aprendido a tratar bien las enfermedades más hemos desaprendido a tratar bien a los enfermos. En palabras de Castilla del Pino “*los pacientes de nuestro tiempo ya no pueden aspirar a que les quieran, tan sólo a que les curen*”.

Estos cambios han sido percibidos hace tiempo por los médicos de familia al ser, con mucha diferencia, quienes mejor comunican y empatizan con los pacientes. Una ventaja añadida es el proceso de feminización de la medicina de familia, que aporta un refuerzo añadido de estos valores¹. No obstante, este contexto supone una complejidad y exigencia profesional muy superior a cualquier época anterior. Pese a ello seremos el tipo de médico más preparado para asumir el modelo de relación clínica del siglo XXI.

Como especialidad médica

En el futuro la pregunta no será ¿cuál es su especialidad?, sino ¿vd. que sabe hacer? Y los médicos de familia seremos

quienes más competencias ejerceremos. Debemos encontrar las cualidades que nos hacen únicos y necesarios; destacarlas y venderlas como “imagen de marca”. En definitiva, diferenciarnos, transmitir orgullo y buscar nuestra identidad en la excelencia.

Es preciso profundizar en algunos campos:

- *Unión del colectivo de médicos de familia.* Tenemos una deuda con las nuevas generaciones que no entienden de resentimientos. Una apuesta por la fusión de sociedades de medicina de familia con los cimientos del compromiso en la defensa de la especialidad, en el sistema público y en la estructura federada es inaplazable².
- *Fortalecer el prestigio social y profesional.* El reconocimiento social, además de ser consecuencia del poder académico, profesional y tecnológico, debe ser trabajado de forma individual a través de la respetabilidad, el compromiso y la capacidad resolutoria. La recuperación del prestigio profesional pasa por romper el argumento falaz de que no tenemos perfil o contenido propios.

Albert Planes desde hace una década apostó por definir a los médicos de familia como especialistas en personas³. Hoy podríamos añadir que los médicos de familia, además de poner nombre a los pacientes, le ponen cara y rostro. Rostro que simboliza la personalidad, la desnudez, la fragilidad y la llamada de ayuda de nuestros pacientes. Ésta es nuestra auténtica identidad.

Como médicos de atención primaria

Los estudiantes de medicina y los residentes de medicina de familia consideran atractiva la idea del médico personal, integral, humanista, accesible y resolutivo encarnado en el médico de familia. Choca esta idea con el ejercicio práctico en atención primaria de consultas rápidas, rutinarias y muy burocratizadas, así como de perennes litigios con el nivel hospitalario.

Es responsabilidad de todos romper esta tendencia. Asumamos esa responsabilidad sin que resulte opresiva y paralizante. Volvamos a reilusionarnos y a reencantarnos.

Una ilusión que pasa por reconocer como ideal de trabajo para la medicina de familia, tal como señala Juan Gervas, la máxima calidad, mínima cantidad, tecnología apropiada y adecuada a la necesidad, y tan cerca del paciente como sea posible⁴. Un encantamiento que pasa inevitablemente por un replanteamiento de las relaciones con el nivel hospitalario y cambios radicales en las condiciones de trabajo.

La obligación de toda generación es rebelarse contra la herencia de la generación anterior. Los líderes de la medicina de familia están por encima de los 50 años, y a esa edad se comienza a criticar más a los jóvenes que se tienen por debajo que a la generación que le precedió. La rebelión es una invitación a innovar y a no ser auto-complacientes.

Necesitamos una nueva generación de jóvenes médicos de familia que imaginen un nuevo modelo de atención primaria adaptado a la complejidad, las necesidades sociales y los valores de la medicina de familia. Los valores no han cambiado y son más necesarios que nunca, pero la modificación del medio social, la tecnología y las relaciones

sociales hacen que las nuevas generaciones, con más conocimiento del mundo moderno, deban ser los protagonistas de este cambio⁵. Un cambio que debería ser definido por las palabras joven, vocación y mujer.

Necesitamos ahora que los sueños desplacen a la melancolía para construir el futuro con más imaginación y menos memoria. Ésta será la garantía de continuidad de una medicina de familia inconclusa, limitada, agobiada y sacrificada hoy, pero con un más que atractivo futuro.

Bibliografía

1. Arrizabalaga P, Bruguera M. Feminización y ejercicio de la Medicina. *Med Clin (Bar)*. 2009;133:184–6.
2. Melguizo M. Unir las sociedades científicas profesionales para revalorizar a los héroes anónimos. *Aten Primaria*. 2008;40:313–4.
3. Planes A. Sin excusas. *Aten Primaria*. 2008;40:113–4.
4. Gérvas J. La necesaria transformación de los médicos: de nadadores en piscina a nadadores en el ancho mar. Anexo técnico en: Pardell H, coordinador. *El médico del futuro*. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2009.
5. Scherger JE. Family medicine needs a generation of dreamers. *Fam Med*. 2006;38:363–4.

Miguel Melguizo Jiménez
Centro de Salud Almanjajar, Granada, España

Correo electrónico: oziuglemm@telefonica.net