

La Medicina General/de Familia en España al comienzo del siglo XXI: de las expectativas excesivas al desánimo insondable*

J. Gervas Camacho

Médico de Canencia de la Sierra. Equipo CESCA. Madrid.

La Medicina General/ de Familia en España ha pasado de unas expectativas excesivas, infundadas, en los setenta y ochenta del pasado siglo, a un desánimo insondable, generalizado y destructivo al comienzo del siglo XXI. Los médicos de cabecera se ven desbordados por el trabajo, mal organizado y mal resuelto, y creen en la solución de falsas promesas, de fijación del tiempo dedicado al paciente y de reducción del tamaño del cupo, entre otras.

¿Qué nos ha llevado a una depresión colectiva, y qué nos puede llevar al suicidio (es decir, a la desaparición de la Atención Primaria del esquema organizativo sanitario, que puede pasar a ser íntegramente de especialistas)? El avasallamiento por el nivel hospitalario no es suficiente, aunque la hipertrofia de especialistas y de hospitales no es nada teórico cuando los políticos de “uno y otro” signo prometen “hospitales a un máximo de 10 minutos del paciente más alejado”.

En mi opinión son, al menos, 12 los errores capitales que explican la atonía y atenazan el desarrollo de los médicos de cabecera, que consideraré brevemente y que pueden ampliarse en la bibliografía citada del firmante.

1. *Olvido de la historia.* Como buenos españoles creemos que la historia empieza hoy. Da ternura (y pena), por ejemplo, oír hablar de la Atención Primaria en España y ver que empiezan su historia con la implantación de la especialidad de Medicina de Familia, o con el decreto de las Estructuras Básicas de Salud, como si no hubiesen existido los “físicos” y la legislación de Alfonso X el Sabio y una larga historia que pasa, también, por la iniciativas durante la Segunda República.

*Una versión previa de este trabajo se presentó en la IV Jornada d'Atenció Primària de Salut a les Terres de Ponent, sobre “L'atenció primària en crisi: nous temps, nous valors”, celebrada en Llérida el día 5 de octubre de 2002.

Correspondencia:
J. Gervas Camacho.
Equipo CESCA.
C/ Travesía de la Playa, 3
28730 Buitrago de Lozoya. Madrid.

2. *Debilidad de la alternativa escogida, única y universal, los Centros de Salud.* La Atención Primaria se puede organizar de cien formas distintas dentro de un sistema público y gratuito en el punto de prestación del servicio. Pero en España se ha entendido que eso era sólo posible con médicos funcionarios y asalariados, agrupados en falsos “equipos” que protegen a vagos y maleantes. Otras alternativas y otras propuestas se han visto y tratado como ofensas a la inteligencia y al sistema público. Seguiremos, pues, la senda marcada por Finlandia, de centros despersonalizados que abandonan los médicos generales en cuanto les permiten utilizar las recetas públicas en las consultas privadas (es decir, ya).

3. *Predominio de la burocracia sobre la clínica.* Las decisiones sobre el trabajo de los médicos de cabecera las han tomado siempre burócratas y/o médicos de salón, ignorantes de la realidad del trabajo clínico. El resultado es, por ejemplo, el actual modelo de receta de la Seguridad Social, que convierte la medicación en el eje del sistema sanitario y el principal motivo para tomar contacto con él. Un modelo de receta que responde a una concepción fascista del Estado, y que no han cambiado ni socialistas ni populares. El modelo de receta es el indicador de una organización en contra del trabajo clínico, como demuestra el modelo de baja laboral, la necesidad de visado para recetas y otras mil opciones degradantes con las que convivimos a diario.

4. *Falta de personal auxiliar de calidad.* Con la reforma se propuso y desarrolló un modelo de enfermería que disminuyera el “poder” de los médicos de cabecera. Así, no existe demostración de que el drenaje brutal de enfermeras de hospitales a primaria haya mejorado la salud de la población ni la calidad ofrecida a los pacientes por los médicos de cabecera. En mi opinión, el enjambre de enfermeras de los Centros de Salud se dedica, salvo excepciones, a tareas anecdóticas, rutinarias, inútiles, carentes de fundamento científico, y absurdas, como la consulta del niño sano, y las consultas de crónicos según protocolos (con algunos pacientes ultraseleccionados y obedientes, de un par de patologías, capaces de resistir la tortura de las consultas de

enfermería). Hay excepciones personales, pero la generalidad no admite ni siquiera la crítica, o responde en forma corporativa y sin análisis de la misma. Esa respuesta inhibe la crítica positiva de los médicos y lleva al deseo, expresado vehementemente por algunos, de sustituir a las enfermeras en los centros de salud por auxiliares de clínica que ayuden al médico en el trabajo clínico diario. El médico se ve agobiado con la consulta a demanda frente a la consulta tranquila de citados —que fallan con frecuencia— de la enfermería.

5. *Selección negativa de los médicos de cabecera.* Año tras año los futuros residentes de Medicina de Familia eligen la especialidad porque *no* hay otra; la seleccionan, pues, por un criterio negativo. En muchos hospitales los residentes de familia están a la cola de las prioridades y de la organización, y su formación es más que defectuosa, pues es vicariante, excesivamente anclada en la visión de los especialistas hospitalarios. Los médicos de cabecera aprenden en carne propia que la ciencia sólo existe en los hospitales y que fuera de ellos sólo hay brutalidad y desasosiego. Se imita el modelo de los especialistas lo mismo en la consulta (predominio de lo técnico) que en las sesiones clínicas, por ejemplo.

6. *Debilidad del pensamiento científico.* Ser médico de cabecera es ser especialista en todo, es ser generalista (aunque Lázaro Carreter discrepe acerca de tal término), lo que exige una formación extensa y una necesidad imperiosa de continua actualización. Ser un buen médico general es mucho más complicado que ser un simple especialista, con un campo de conocimiento acotado. Pero los médicos de cabecera españoles hemos hecho dejación de la actualización y de la formación, y son los especialistas los que marcan la pauta. Los médicos de cabecera nos convertimos en colaboradores necesarios en el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico a que someten los especialistas a los pacientes. Por ejemplo, utilizando cerivastatina y atorvastatina, o promoviendo la medicalización de la menopausia y el uso de las hormonas, o promoviendo el cribado del cáncer de cuello de útero o del melanoma. La “medicina basada en pruebas” no ha hecho más que confirmar a los especialistas como intérpretes interesados de los resultados de los ensayos clínicos que les interesan, y de su aplicabilidad en la práctica. Cuantos más “expertos” participan en la génesis, desarrollo y divulgación de los protocolos y guías, más sesgado y falto de ciencia es el producto.

7. *Excesivo protagonismo de la industria farmacéutica.* La formación continuada y la misma existencia de las agrupaciones y sociedades científicas de Atención Primaria depende excesivamente de la industria farmacéutica. Por ejemplo, los congresos anuales de dichas sociedades son un vergonzoso espectáculo para quien mantenga un mínimo de independencia, y en su perversión generan un círculo que cada vez los hace más dependientes de la industria. No es que la industria farmacéutica no sea necesaria, no, lo que es innecesario es que los médicos de cabecera acaben abducidos por la misma. Los especialistas destacan como eslabón científico entre la industria y los

médicos de cabecera, a los que se difunden las novedades envueltas en el halo de la “medicina basada en pruebas”. Cuando hay muertos, como con la cerivastatina, nadie sabe nada, y el médico general honrado queda expuesto, cautivo y desarmado, en primera línea ante su paciente (y ante su conciencia). Y, por supuesto, el médico que no recibe a los representantes es un “bicho raro”, al que no le llegan ni los productos científicos (financiados por la industria) que elaboran las sociedades a que pertenece.

8. *Endogamia.* La profesión termina siendo la única cuestión que llena la vida de los médicos de cabecera, incluso la privada, tanto en su fase maniaca (rara) como en su fase depresiva (habitual y persistente). Es frecuente que no se lea ni el periódico, y que como mucho se hojee alguna de las revistas profesionales que llegan gratis al domicilio. Los amigos son de la profesión, y hasta los familiares (cónyuges y amantes). Es raro leer revista científica, ni *Atención Primaria* ni *SEMERGEN*, ni *Medicina Clínica*, ni, por supuesto, nada en inglés; y rarísimo es seguir publicaciones multidisciplinares como *Science* o *Nature*. ¡Qué decir de los aspectos humanos de la profesión que exigen leer poesía y novela, o ir al cine o al teatro, o leer *Dimensión Humana*! Los conocimientos y habilidades se difunden por vasos comunicantes, sin crítica ni esfuerzo personal: el resultado es que lo último, lo nuevo y lo deslumbrante se equipara a lo mejor.

9. *Baja calidad científica y humana del trabajo clínico.* Las consultas se viven como una carga, como un enfrentamiento con pacientes insaciables cuya demanda casi nunca se justifica. La respuesta es un trabajo de rutina, pésimo en lo científico y terrible en lo humano. Empleamos los antibióticos a mansalva, por ejemplo, y somos la reserva occidental de cepas resistentes a los mismos. El perfil de prescripción español es terrible, pero también lo es el de uso del laboratorio, o de la radiología. Al final los pacientes terminan en urgencias hospitalarias, para una tos, y para el diagnóstico de un cáncer. Escapan, claro, los ricos y los privilegiados (políticos, funcionarios y trabajadores de algunas empresas) que pueden pagarse un seguro privado, o tener acceso al mismo a través de MUFACE, empresas colaboradoras y demás. Es decir, el sector público se deja para indigentes e inmigrantes, para la clase baja, y los médicos de cabecera ofrecemos el mal trabajo que se espera.

10. *Pérdida de la autoestima.* El trabajo de baja calidad, la falta de formación continuada, la excesiva dependencia de la industria farmacéutica y de los especialistas (muchas veces meros representantes de la misma), la endogamia y la falta de expectativas por el peso de la burocracia llevan a la pérdida colectiva de la autoestima, a la aceptación de un bajo estatus personal y científico. Los médicos de cabecera se refugian en el “equipo” para soportar un trabajo clínico que rechazan, y para optimizar su tiempo (puesto que se paga por salario, lo que se compra es nuestro tiempo, y cuando llegamos tarde, nos vamos pronto, y tomamos café, mucho café, nos estamos aumentando el sueldo). Sienten y viven su rol profesional como una condena a trabajos forzados, y como tal se desenvuelven.

11. *Desestructuración de la respuesta colectiva.* Las organizaciones colectivas democráticas generales fueron barriadas por los socialistas, y los populares gozan ahora de dicha limpia. Así, la respuesta colectiva de los médicos de cabecera carece de vitalidad democrática y tiene la falta de organización de la sociedad civil que afecta a todos los ámbitos de la política española. Las sociedades científicas que nos representan son múltiples, y muchas veces están enfrentadas, y no es mucho mejor el panorama de los sindicatos, o de los colegios profesionales a los que (todavía) pertenecemos por obligación legal. La Administración, pues, lo tiene fácil. Ni somos capaces de reaccionar frente a brutalidades que atentan contra la Humanidad, como el bombardeo continuo de Irak y la mortalidad infantil consiguiente, ni imponemos criterios de racionalidad en la organización, como concursos de traslado anuales.

12. *Debilidad de las gerencias.* Los gestores de Atención Primaria no son nada frente a los de los hospitales, y al desarrollo hospitalario se destina una porción cada vez mayor del gasto sanitario. Los políticos no se cansan de proclamar las ventajas de la Atención Primaria, pero con la hipocresía habitual (hay excepciones, insólitas) trabajan a diario para mayor gloria de la atención hospitalaria, especializada y mecanizada ("alta tecnología" la llaman). Nuestros gerentes se refugian en el desarrollo de protocolos inútiles y peligrosos, en aplicaciones infames e ilegales de la tecnología de la información (por ejemplo, la historia clínica informatizada circulando completa por Internet) y en el control de lo incontrolable, el gasto farmacéutico (los políticos son incapaces de hacer política farmacéutica, y cargan a los médicos generales con el pesado fardo de su ignominia). Todos ellos ven y piensan en los médicos de cabecera como profesionales de dura testuz, mal formados, vendidos a la industria farmacéutica, y sin capacidad de diálogo. Por si acaso, jamás acuden ni políticos generales ni sanitarios a nuestras muy humildes consultas, salvo excepciones anecdóticas.

CONCLUSIÓN

El comienzo del siglo XXI no tiene nada mágico y no tiene nada de especial en lo que respecta a la situación de la Medicina General/ de Familia en España. La falta de expectativas y el desánimo insondable que afectan a los médicos de cabecera no es algo que preocupe demasiado ni a los políticos ni a la sociedad en general. Los buenos indicadores sanitarios (debidos al nivel de vida, a las mejoras de la distribución y limpieza del agua, a la dieta y el estilo de vida mediterráneo, y a otros condicionantes no médicos) actúan de escudo cegador que impide apreciar el problema. Es hora de que los médicos de cabecera aceptemos que el futuro está sólo en nuestras manos, y que las empleemos con sentimiento e inteligencia para hacer de nuestro trabajo diario una fuente continua de satisfacción y sano orgullo. Lo necesitamos nosotros y lo necesitan, sobre todo, nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Gérvás J. Análisis crítico y personal de la reforma socialista de la Atención Primaria. Cuadernos Gestión Profesional Aten Primaria 1996;2:173-6.
- Gérvás J. As diversas formas de pagamento do médico de clínica geral e a sua repercusao na prática clínica. Rev Port Clín Geral 1996;13:130-40.
- Gérvás J. Experiencia, ciencia y «medicina basada en pruebas» en Atención Primaria. SEMERGEN 2002;28:302-4.
- Gérvás J. Fisiopatología de los equipos de Atención Primaria. SEMERGEN 1998;24:552-3.
- Gérvás J. La reforma de la Atención Primaria: una propuesta pragmática. Gac San 1989;3:478-81.
- Gérvás J. La resistencia a los antibióticos, un problema de salud pública. Aten Primaria 2002;25:589-96.
- Gérvás J. Screening for serious illness. Limits to the power of medicine. Eur J Gen Pract 2002;8:47-9.
- Gérvás J, Albert V. Organización y gestión clínica. SEMERGEN 2002;28:295-6.
- Gérvás J, Carra B, Fernández Camacho MT, Pérez Fernández M. La docencia en un centro de salud no docente. Med Clin (Barc) 1998;111:218-21.
- Gérvás J, Hernández Monsalve LM. La autoestima de los médicos y la reforma sanitaria. Med Clin (Barc) 1994;103:421-2.
- Gérvás J, López Miras A, Pastor Sánchez R. Atención Primaria en Europa. Aten Primaria 1993;12:294-300.
- Gérvás J, Palomo L, Pastor Sánchez R, Pérez Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en Atención Primaria. Aten Primaria 2001;28:472-7.
- Gérvás J, Pastor Sánchez R, López Miras A, Pérez Fernández M. La organización y la práctica de la medicina general/ de familia en Europa. Rev Salud Pública 1997;5:33-48.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. El resultado es un cambio del estado de salud atribuible al antecedente de la atención sanitaria. Pharm Care Esp 2002;4:118-22.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. El resultado intermedio como problema clínico y de salud pública. A propósito de la mortalidad por cervicatatina. Med Clin (Barc) 2002;119:254-9.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. SEMERGEN 1999;25:239-48.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. Bol AES 2002;45:8-9.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Gestión en Atención Primaria (consejos para un novel gerente). El Médico (Anuario) 2000;756 (Suppl):54-6.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Incertidumbre en la evolución (im)previsible de la Atención Primaria en Europa. Salud 2000 2001;84:5-8.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. La historia clínica electrónica en Atención Primaria. Fundamento clínico, teórico y práctico. SEMERGEN 2000;26:7-32.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Las hiperlipemias y la prevención primaria de la cardiopatía isquémica. Med Clin (Barc) 1997;109:549-52.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Propuestas para mejorar el modelo español de Atención Primaria. Cuadernos Gestión Profesional Aten Primaria 1996;2:131-9.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Reforma de la Atención Primaria. ROL Enfermería 1990;138:13-7.
- Gérvás J, Pérez Fernández M, Albert V, Martínez Pérez JA. El caso clínico en Medicina General. Aten Primaria 2002;30:405-10.
- Gérvás J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Aten Primaria 1995;16:501-6.
- Gérvás J, Ortún V. Propuesta de incentivos para una Medicina General por cuenta ajena. Gac Sanit 1996;10:34-9.
- Pérez Fernández M, Gérvás J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. Med Clin (Barc) 2002;118:65-7.
- Pérez Fernández M, López García G, García García E, Gérvás J. Contenido y organización de una consulta de enfermería. Aten Primaria 1988;5:272-6.
- Ortún V, Gérvás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc) 1996;106:97-102.
- Ripio Lozano MA, Gérvás J, Alda C, Pérez Fernández M. Aproximación al impacto de las conferencias de consenso celebradas en España. Aten Primaria 1992;9:478-82.