

20 aniversario de la apertura del primer Centro de Salud de España

El pasado 20 de octubre se celebró el Veinte Aniversario del Centro de Salud de Cartuja de Granada. Se han organizado una serie de actos, tanto de tipo institucional como científico, para celebrar lo que supuso el inicio de un nuevo modelo organizativo y, en palabras de su primer director, Luis de la Revilla, "*el gran taller donde se fraguó la atención primaria de salud de nuestro país y donde se estableció el primer perfil profesional del nuevo especialista en medicina familiar y comunitaria*".

El Consejero de Salud de la Junta de Andalucía, Francisco Vallejo, procedió a la colocación de una placa conmemorativa en el centro de salud. Posteriormente tuvo lugar en la Escuela Andaluza de Salud Pública un acto presidido por el Consejero, acompañado de las autoridades locales y provinciales y del actual Director del centro, Fermín Quesada.

En dicho acto se destacó la importancia del centro de salud de Cartuja como punto de partida de la reforma sanitaria en Andalucía y se hizo *entrega de placas* a miembros de la primera etapa del centro, tanto profesionales de enfermería y de medicina como personal administrativo. Manuel Gálvez, Coordinador de la Unidad Docente de Granada pronunció una *conferencia* sobre la historia del centro. Para finalizar, se celebró una *Mesa Redonda* que fue seguida de un intenso debate.

La celebración de este *Veinte Aniversario*, contó con la asistencia de 250 personas, entre ellas, muchos de los y las profesionales que se formaron en el centro en su periodo de residencia. Hay que destacar también la presencia en estos actos de profesionales de pediatría, trabajo social y enfermería.

A continuación ofrecemos el texto las ponencias presentadas a la Mesa, así como el texto de la intervención del moderador, Luis de la Revilla. Son reflexiones, a nuestro juicio, de un alto interés dado que están basadas en la "práctica tenaz" de tres personas que llevan 20 años trabajando para introducir los contenidos comunitarios en la atención primaria de salud.

Reflexiones en el Veinte Aniversario de la creación del Centro de Salud de Cartuja.

Luis de la Revilla. Director del Centro de Salud de Cartuja en su primera etapa.

Celebramos estos días el veinte aniversario de la creación del Centro de Salud de Cartuja. Este hecho tiene, de una parte, la importancia que supuso la apertura del primer centro de salud en España y de otra, la puesta en marcha de un nuevo modelo organizativo que acercaba la atención y los cuidados de salud a la población.

Aunque ambos hechos tienen la suficiente relevancia como para que dediquemos un tiempo para festejar esa efeméride, me parece que no es sólo eso lo que merece destacarse, puesto que, lo que realmente importa, lo que hace de este aniversario un recuerdo singular, es el hecho de que el centro de salud de cartuja se conformó como el taller, el gran taller donde se fraguó la atención primaria de salud de nuestro país y donde se estableció el primer perfil profesional del nuevo especialista en medicina familiar y comunitaria.

Y donde, en fin, se construyeron los modelos organizativos capaces de responder a las demandas individuales de salud con alto rigor científico, propiciando además la puesta en marcha de nuevas actividades de prevención y promoción de la salud, así como novedosas intervenciones sobre la familia y la comunidad.

Permitid que mencione ahora, aunque sea de pasada, aquellas actividades que se establecieron por primera vez en España y que se constituyeron, con el tiempo en el cuerpo de doctrina de la práctica de la atención primaria. Así:

- Se organiza el primer sistema de registro de atención primaria. Se utiliza por vez primera la historia clínica, junto con los correspondientes registros para las restantes actividades de los programas de salud. Gracias a ello pudimos conocer por vez primera la morbimortalidad en pequeñas comunidades.
- Se pone en marcha el primer programa de inmunizaciones. Se crea en el centro de salud un área específica para cumplimentar y evaluar el programa de vacunaciones.
- Por vez primera los profesionales realizan actividades de atención, prevención y promoción en los niños, con el programa de salud infantil.
- Se instaura el primer programa maternal, con los subprogramas de control de embarazo, planificación familiar y diagnóstico precoz del cáncer genital.
- Somos también los primeros en establecer un programa de salud escolar.
- Y se generan, como otras tantas primicias, actividades tales como el programa de prevención de accidentes de la infancia, cursos de educación sexual para alumnos de bachillerato entre otros.
- Todo lo concerniente a la atención comunitaria le da un carácter muy particular al trabajo del Centro de Salud de Cartuja, así se establece el primer diagnóstico de salud de la comunidad. Gran parte de las acciones, descritas más arriba, lo son de los programas de salud comunitarios, que surgen como consecuencia del diagnóstico.
- En esta misma línea, se pone en marcha el primer consejo de salud, como un modelo de participación comunitaria.
- Se definen por primera vez las actividades y funciones de los centros de salud y se establece un modelo de organización.

Por todo esto, creo que lo que conmemoramos hoy es precisamente el nacimiento de una nueva forma de trabajar en atención primaria, un nuevo estilo de responder a las necesidades de salud de la población. A ese movimiento, que se inicia en Granada y

se extiende a lo largo y ancho de España, lo denominamos el **Espíritu de Cartuja**, esto es, una manera de entender y hacer la medicina de familia, una forma nueva y distinta de organizar las actividades de atención primaria.

Podemos decir sin rubor que este *Espíritu de Cartuja* impregnó de tal manera el proceso de la reforma sanitaria que, en buena medida, las actividades y programas que se establecen para la atención primaria en Andalucía y, posteriormente en otras comunidades, se deben al trabajo realizado hace ahora veinte años.

El *Espíritu de Cartuja*, generador de las nuevas ideas no puede atribuirse a una o dos personas, sino que fueron muchas las que dieron vida a estos sueños, las que se esforzaron, aportando dedicación, trabajo y, sobre todo, imaginación y hasta fantasía. Conviene recordar aquí, dejando los nombres en el corazón para no olvidar a nadie, a los médicos generales, enfermeros, celadores, secretaria de la Unidad Docente, técnica de salud, trabajadores sociales, asociaciones vecinales y sobre todo, a los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, muy especialmente a la primera promoción, sin cuyo entusiasmo y dedicación el centro de salud no hubiera nacido ni hubiera subsistido.

Con el paso de los años se han producido cambios importantes, se ha consolidado el trabajo en los centros de salud y casi se ha completado la reforma sanitaria. Esto es verdad pero ¿a qué precio?. A lo largo de estos años hemos ido perdiendo algunas de las más queridas señas de identidad, nos hemos atrincherado en la soledad de las consultas, hemos cambiado la organización, alejándonos del modelo UAF (Unidad de Atención Familiar), hemos pasado de programas de salud a protocolos de atención, percibimos la visita domiciliaria como un castigo y las actividades de prevención y promoción y la atención a la comunidad no forman parte de nuestro currículo profesional.

Es el momento de preguntarnos a donde vamos, de denunciar la tremenda distancia que separa el perfil profesional teórico del real, y sobre todo es un buen momento para reflexionar.

Han pasado muchos años, veinte, los suficientes para que analicemos qué cambios se han producido en la sociedad, de evaluar qué esperan de nosotros los pacientes, de conocer el perfil profesional que demanda la administración, de averiguar porqué dijimos adiós, sin que al parecer nos doliera la renuncia, a todo lo que de innovador tuvo la atención dirigida a la comunidad.

Esta reflexión sobre nuestra historia reciente, sobre lo que hemos perdido y hemos ganado, nos debe llevar a encontrar caminos nuevos, para hacer si es necesario la reforma de la reforma, la contrarreforma.

Y esta es la tarea que os propongo, que este aniversario sea un encuentro, no sólo para recordar, para traer de la memoria colectiva las distintas y variadas aventuras personales, sino para proponer ideas, para construir nuevas formas de ser médico de familia y de organizar la atención primaria.

Desde el pasado, cargando con el peso de todos estos años, caminar hacia el futuro, desde el *Espíritu de Cartuja* hacia una **Declaración de Cartuja**, donde planteemos qué queremos ser.

Esto os lo demando a los componentes de esta mesa redonda, esto es lo que os pido a todos los que estáis aquí constituidos en asamblea.

La medicina comunitaria y la atención primaria

Ana Delgado Sánchez. Técnica de la Unidad Docente de MFyC de Granada

En sus orígenes, la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria en nuestro país estuvo marcada por unos principios que conformaron la identidad profesional de los médicos de familia (MF en adelante). Podemos recordar que los contenidos de medicina comunitaria marcaron estos inicios con mucha fuerza. No había antecedentes en los que apoyar el trabajo, de esta forma el primer paso que dieron los MF fue conocer las necesidades de salud y el segundo paso planificar en qué y cómo iban a trabajar.

Se pensaron los programas de salud para incluir a las personas con una estrategia de riesgo. Incluso se pusieron en marcha mecanismos de participación comunitaria. La atención primaria se creó en España con importantes contenidos de prevención, promoción, énfasis en las necesidades y en la intervención planificada para enfrentarlas. Las limitaciones de las metodologías usadas en todos estos procesos se analizaron pronto en el tiempo y se corrigieron en algunas experiencias de planificación de los centros de salud.

Actualmente todos esos métodos de trabajo se han abandonado. En la consideración y en el quehacer de los MF las demandas prevalecen sobre las necesidades, algunas de las cuales se conocen y se niegan. Los programas que tenían objetivos poblacionales se han convertido en protocolos de atención casi siempre biomédica, dentro de la consulta, que se da a un paciente individual que demanda. Los MF se encuentran aislados del entorno de su centro de salud por las paredes de su consulta.

Existen razones externas, políticas y sociales que ayudan a explicar este cambio, pero debemos reflexionar sobre los motivos internos, los que derivan de las creencias, las experiencias y las expectativas profesionales de los propios MF.

La identidad profesional del MF sigue siendo extraordinariamente compleja, porque esta integrada por múltiples elementos y existen contextos que facilitan o dificultan que sus componentes se expresen o no en la práctica. En la interacción entre individuos y sistema de trabajo, los primeros tratan de modificar el entorno para adaptarlo a sus deseos al tiempo que se acomodan a las presiones socialmente impuestas. En este juego de interacciones, las diferentes señas de identidad del MF pueden balancearse y dar lugar a perfiles variables. Pero: ¿pensamos como colectivo que las señas de identidad comunitarias han desaparecido?, parece que al menos en el imaginario de algunos MF siguen vivas. ¿Es esto suficiente para seguir hablando de MFyC? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Cómo tenemos que actuar para darles espacio en las prácticas? ¿Quiénes son los aliados posibles para ello?.

Tenemos muchas preguntas y hemos de buscar algunas respuestas.

Todos los MF están de acuerdo en que la atención que prestan debe ser adecuada a las necesidades de salud de la población. Para plantear servicios de AP más acordes a las necesidades de la población es imprescindible conocer estas, es necesario un sistema que agrupe las necesidades de la población como un todo, conocer cuáles son los grupos de riesgo que existen y volcar en ellos recursos especiales. Todos los ciudadanos deben recibir un paquete mínimo de servicios públicos, porque el acceso desigual a la atención médica y a los servicios preventivos aumenta las desigualdades en salud.

Pero también desde los centros de salud se producen desigualdades. Si dejamos a un grupo de niños sin vacunar, a unos cuantos ancianos incapacitados sin atención a domicilio o a unas cuantas adolescentes que sufran embarazos no deseados, estamos aumentando las desigualdades en salud. Sólo los profesionales de atención primaria están en condiciones de trabajar para que las situaciones descritas no se produzcan, pero pensando en esos grupos como personas de la comunidad que es necesario identificar y atender, integrando para ello lo biológico con lo familiar y lo social, y no esperando pasivamente detrás de las paredes del centro de salud. Las personas de los ejemplos anteriores son de las que no vienen a pedir asistencia para esos problemas.

La medicina está llena de incertidumbres sobre el modo de diagnosticar enfermedades y, una vez diagnosticadas, el modo de tratarlas. No suele estar clara la línea entre hallazgos normales y hallazgos anormales en el diagnóstico de una enfermedad. Ante igual constelación de signos y síntomas, dos o más médicos hacen una interpretación clínica diferente y lo mismo ocurre a la hora de decidir sobre el tratamiento. Cada vez conocemos más sobre la magnitud de las variaciones en la práctica de los médicos.

A pesar de toda esa incertidumbre, los MF no dejan de atender a muchos pacientes cada día en sus consultas. Citaré sólo dos ejemplos frecuentes en la práctica diaria.

No conocemos si el impacto negativo sobre el bienestar de las personas a corto plazo producido por el screening y el tratamiento de la hipertensión arterial, supera los beneficios a largo plazo en morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares. Tampoco sabemos si los AINES (anti-inflamatorios no esteroideos como el ácido acetilsalicílico o el paracetamol) tienen más ventajas que efectos secundarios cuando se usan para tratar el dolor. En el Reino Unido se produjeron en un año más de 12.000 ingresos y 2.600 muertes debidas a hemorragias digestivas como consecuencia de su consumo.

Sin embargo, hay cada vez más pruebas científicas de que las personas están sanas o enfermas en función de lo que ocurre en su entorno físico y social y de la cualidad y la calidad de las relaciones que mantienen con el mismo. Diferentes entornos físicos y sociales facilitan o dificultan que se expresen biológicamente las características genéticas de cada individuo. También sabemos, desde la práctica clínica, que el paciente es el agente de su curación, los médicos nos limitamos a ofrecerle ciertos recursos para ello, pero el principal recurso es el propio paciente y el apoyo que le den otras personas de su medio. Es más, el apoyo social se define en estos momentos como factor de protección frente a las enfermedades y tenemos considerables evidencias de las relaciones entre mortalidad y apoyo social, con una fuerza similar a la establecida para la relación entre tabaco y cáncer de pulmón.

La práctica médica es muy sensible a la introducción de un fármaco o de una técnica diagnóstica nueva, pero no a hechos como los señalados. Pero todo el conocimiento que se está acumulando sobre los determinantes de la salud, y que está produciendo un cambio de paradigma, a su vez está acarreando un divorcio cada vez mayor entre nuestra comprensión de dichos determinantes y el énfasis fundamental de la política sanitaria en la asistencia convencional. La dicotomía que separa la biología humana de "las demás cosas" está derrumbándose porque se empiezan a conocer las respuestas biológicas del organismo (mediadas por los sistemas endocrino, neurológico e inmunológico) a su entorno social.

Investigaciones recientes hacen pensar que el estudio de la respuesta biológica de los seres humanos a la tensión puede dar claves para entender como el medio ambiente influye sobre la salud. Los mecanismos con que cuenta una persona para enfrentar las

situaciones de estrés están a veces disponibles de forma natural, en el caso de una familia acogedora, o pueden introducirse a propósito para prestar apoyo, es el caso de los grupos de autoayuda o de redes similares de apoyo social. El planteamiento sería: ante igual predisposición genética, y también, ante igual presencia de factores de riesgo como el tabaco, la biología humana responde mediada por las influencias del entorno social del individuo. Esto sugiere la necesidad de trabajar con las familias y los grupos para mejorar la respuesta del sujeto ante las situaciones de estrés.

Todo este conocimiento nos lleva a cuestionar el coste de oportunidad de las actividades asistenciales que el MF hace diariamente.

Podemos preguntarnos:

- Si los niños que están en guarderías del barrio hacen una dieta incorrecta para su crecimiento y desarrollo ¿es más coste/efectivo trabajar niño a niño en la consulta, con los que vengan al CS, o trabajar en las guarderías con los grupos de madres, con sus creencias, con sus hábitos, con su cultura?.
- Si los diabéticos, con toda su variabilidad biológica, tienen problemas semejantes con el cumplimiento del tratamiento y con los hábitos de vida ¿es más rentable intentar que aprendan y acepten las limitaciones de su enfermedad atendiéndolos uno a uno, un mes tras otro en la consulta, o facilitándoles un espacio de aprendizaje grupal, entre iguales enfermos, entre los iguales que tienen el saber acerca de la diabetes, que comparten las dificultades de ser diabético y las soluciones posibles?.
- Si la salud física y psicológica de las personas que cuidan a los enfermos crónicos y a los ancianos en el hogar esta deteriorada por la sobrecarga del cuidado, y las cuidadoras necesitan de otros recursos sanitarios y sociales para preservar su salud, ¿ es más eficiente trabajar con ellas y sus familias como grupo para movilizar recursos formales e informales, o intentar consolarlas en la consulta individual?

Todos podríamos seguir haciéndonos preguntas similares y nos encontraríamos sin respuestas, estas y otras muchas preguntas similares no han sido investigadas. Aunque sí sabemos que los problemas de salud afectan a muchas personas de la comunidad, que requieren la colaboración entre distintos actores para ser resueltos y que los cambios que se producen en los hábitos y en las conductas son más duraderos cuando las familias y los grupos participan activamente en el proceso.

Pero los MF seguimos trabajando con opciones de un tipo, las que enfrentan a los pacientes de manera individual y aislada dentro de la consulta. ¿Podemos contar con algunas herramientas de uso sencillo y rápido para identificar necesidades de salud comunitarias? ¿Tenemos alguna posibilidad de pensar y actuar en términos comunitarios para atender a grupos de riesgo como los incapacitados? ¿Decidimos, otra vez, que vamos a desarrollar exhaustivamente los protocolos clínicos para los diabéticos, los hipertensos y los hiperlipémicos que nos lo demanden, o decidimos que vamos a utilizar un abordaje comunitario para facilitar el mantenimiento y el desarrollo de las habilidades que tiene la población para cuidar de su salud?.

Perfil profesional del médico de familia

José Manuel Aranda Regules. Médico de familia

¿Por qué hablar del perfil profesional?

Un perfil profesional es un ideal. Y en Cartuja hicimos ese esfuerzo colectivo, que no solo fue teórico porque teníamos que llevarlo a la práctica en otra invención que fue el centro de salud a la que estaba íntimamente ligado. Estas dos ideas trascendieron del pequeño grupo de Granada y configuraron, con otros grupos, las sucesivas normas de distinto rango que definen el papel de la atención primaria en el sistema sanitario español. Profesional y organización íntimamente ligados, casi inseparables. La realidad nos ha mostrado que son dos entidades distintas. Puede haber médicos de familia y atención primaria sin centros de salud, o a pesar de que estos no funcionen.

Pero un perfil profesional no es solo un ideal, también es una práctica. Y la práctica, que se conforma por las condiciones de trabajo, en el fondo es la expresión de lo que en realidad el resto de los sectores sociales implicados por el trabajo del médico de familia esperan de él. La Administración crea las condiciones de trabajo y determina las prioridades, el resto de los profesionales y servicios de salud te colocan en un papel implícito a través de las relaciones que estableces con ellos, los usuarios demandan unas cosas y no otras.

Existe, por tanto, un perfil profesional oculto (no explícito) detrás del teórico. Y es el resultante de las expectativas del propio profesional y del usuario presentes en la relación médico-paciente. Y también de los grandes ausentes-presentes: el colectivo al que perteneces, el resto de profesionales, los jefes, la sociedad en su conjunto.

No hay problema si existe suficiente concordancia entre ambos, pero si no es así las consecuencias pueden ser graves. Frustración profesional, capacitación inadecuada a los médicos residentes, frustración social, despilfarro de recursos.

Es conveniente, después de 20 años, revisar lo que es y lo que hace el médico de familia en su práctica y compararlo con el ideal que construimos. Si la discordancia es importante existen dos opciones extremas: o modificamos el perfil teórico para ajustarlo a las demandas sociales actuales o luchamos por modificar nuestro contexto de trabajo. También existen infinitas intermedias que parecen las más razonables.

Lo malo y lo bueno de 15 años de práctica.

Este año finaliza el proceso de transformación de ambulatorios en centros de salud en Andalucía. La cuestión ahora es ver que está pasando con la asistencia primaria en estos centros.

En el lado negativo hay hechos que resaltar. En general, se puede decir que la asistencia está masificada en la mayor parte de ellos, salvo en las zonas rurales dispersas, donde los problemas son otros. Según la memoria de 1999 de la Consejería de Salud, la media de consultas/día en Andalucía por médico de familia fue de 48.73 de las cuales muchas siguen siendo trámites burocráticos (vaya coste de oportunidad gastar el tiempo de un médico en hacer recetas). Las condiciones de la consulta pueden definirse como de soledad y de extrema dureza. La atención domiciliaria médica está disminuyendo (un 10% en el último año) y es percibida como un castigo.

La medicina comunitaria se ha dejado de practicar o está en manos de "voluntarios" que lo hacen porque quieren (¿hasta cuando?). Los programas se han convertido en consultas protocolizadas, las actividades de planificación orientadas a la salud pública se abandonaron hace tiempo y la gestión está, en el mejor de los casos, en manos del director del centro.

Las relaciones con la comunidad a la que atendemos se desdibujan y nos vamos aislando socialmente: se abandonaron las ideas de participación comunitaria al mismo tiempo que los diagnósticos de salud, desaparecen progresivamente los trabajadores sociales de los centros, nos recluimos en actividades intramuros, nos funcionarizamos. Los horarios de los centros hechos a medida de los profesionales dan cuenta de ello.

Para la Administración somos todos iguales, parece que un médico de familia puede hacer cualquier cosa en un centro de salud, salvo dejar de "*ver a los pacientes*". Recetar o "mandar" al especialista, esas siguen siendo sus prioridades. La valoración de la especialidad en las bolsas de trabajo, a los 20 años de su creación, es una prueba de ello.

Triunfar en medicina de familia es abandonar el puesto de trabajo y pasar a trabajar en la administración o en las unidades docentes, o saber mucho de algo y convertirse en miniespecialista.

Para la mayor parte de los especialistas nuestra misión fundamental es la de filtro en cada caso puntual. Somos una especialidad secundaria y si no filtramos bien, más vale que desapareciéramos.

Pero también hay cosas positivas. A pesar de todo, el modelo de centros de salud y de medicina familiar sigue teniendo un fuerte consenso social y político. La reforma se acaba este año y todos los sindicatos y partidos políticos andaluces la reivindican en sus manifestaciones públicas. El colectivo de médicos de familia sigue teniendo un fuerte compromiso con la sanidad pública (posiblemente es la especialidad con menos índice de práctica privada) y con la lucha contra las desigualdades en salud.

Tenemos ya 15 años de experiencia y somos, en la realidad, los que aseguran la accesibilidad al sistema sanitario y la continuidad asistencial de muchos andaluces con patologías de larga duración o enfermedades crónicas. Es precisamente esto, los vínculos con nuestros pacientes construidos día a día (el capital de relación que decía Balint) lo que da sentido a nuestro trabajo y la fuente de nuestras satisfacciones. Cuando se cierra la puerta de la consulta y te quedas a solas con tu paciente todo lo demás pasa a un segundo plano.

Somos conscientes de que solucionamos la mayor parte de los problemas que nos consultan y que el proceso de aprendizaje que tenemos continuamente nos permite cada día ser más eficaces. No nos podemos aburrir porque ¡tenemos tanto que aprender!.

Desde nuestra posición somos los únicos médicos que podemos abordar la patología psicosocial de una forma integral, la más frecuente con toda probabilidad en el futuro. Los únicos que podemos incorporar en nuestra práctica los cambios en la demanda producidos por el envejecimiento de la población y el aumento de las incapacidades y de enfermos pluripatológicos, la destrucción progresiva de las redes sociales de apoyo con la mayor incidencia de enfermedades mentales y toxicomanías, los problemas de violencia en el hogar, los que se derivan de la emigración.

Somos la opción menos costosa para la promoción de salud y la prevención de la enfermedad. Y por último, y no menos importante, somos los únicos que podemos llevar a la práctica una política de lucha contra las desigualdades en salud desde los servicios sanitarios (la estrategia de riesgo que ya hemos ensayado). Y éste es un problema de nuevo candente por las cuestiones de la emigración y de la marginalidad social en nuestra sociedad de los 3 tercios.

Es decir, frente a un perfil de servicios sanitarios basados en el tratamiento de lo agudo, de orientación biológica-curativa y de alto coste por el uso no controlado de la tecnología biomédica, todavía podemos ofrecer una alternativa de continuidad de cuidados para los pacientes, de visión integral de las enfermedades de larga duración e incapacitantes, con una aproximación psicosocial y de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Algunas cuestiones sobre elementos básicos del perfil.

1. La especialidad horizontal. El médico de las personas.

La tradición de la medicina de familia en España ha dibujado un perfil que recoge los aspectos positivos del clásico médico de cabecera aumentando sus capacidades para los enfoques comunitarios y psicosociales. Sin embargo, el mundo de la medicina moderna occidental es fragmentario y biologicista y las demandas que la mayoría de los pacientes con enfermedades serias colocan en primer plano a su médico de cabecera están orientadas a facilitarles el uso adecuado de la medicina especializada. Es la misión de filtro y ordenación de la circulación de los pacientes en el laberinto asistencial.

Solo cuando la fragmentación no resuelve el problema sino que lo complica, lo que es cada vez más frecuente en enfermos pluripatológicos, aparece una queja del paciente (que no demanda) que el sistema no resuelve.

En este contexto, el médico de familia tiene muy dificultada su labor de globalizar por las siguientes razones: 1) no tiene información precisa de las intervenciones de los especialistas; 2) no es considerado interlocutor válido de estos ni por ellos mismos ni por los pacientes ni por el sistema de gestión y 3) en la mayor parte de los casos el médico de familia siente que no tiene la formación adecuada para ser el "supermédico" que discute las orientaciones de todos los especialistas.

Es decir, en muchos casos somos médicos de las personas hasta que estas consultan a un especialista, incluida salud mental. Desde ese momento y hasta la resolución del problema, o para siempre si es una enfermedad crónica y el paciente no se aburre de que lo maltraten, somos facilitadores de lo importante y acompañantes en el proceso. Intervenimos cuando el sistema de especialistas es lento o falla o están de vacaciones.

2. Saber de todo. Hacer de todo.

El desarrollo profesional de cada médico de familia al finalizar la residencia está guiado por los gustos de cada uno, por lo que estudia, por lo que ve y por las patologías que "trata" con más frecuencia. El prestigio entre los médicos de familia sigue estando en "saber mucho de algo".

Independientemente de las desviaciones que observamos en los centros (dispensarización de servicios, desigualdad de la oferta de servicios a pacientes entre profesionales del mismo centro, sobrecarga de trabajo de los "especialoides"...) se plantea un problema real en el campo de la formación y la práctica con respecto a dónde acaba el médico de familia y empieza el especialista y sobre si la meta es ser miniespecialista de muchas cosas. Por otra parte, la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo y la frustración (expresada como "saber ¿para qué? si no tengo tiempo para ponerlo en practica") son la resultante natural de este proceso de "desarrollo profesional".

3. El abordaje psicosocial.

El planteamiento de integralidad en la atención ha llevado a incluir en el currículum de los médicos de familia elementos de la psicología, la psicoterapia, la sociología y la intervención social, como ejes de su formación. Sin embargo, el camino no es fácil cuando se pasa a la acción.

La primera dificultad está relacionada con las actitudes del profesional que trabaja con el sufrimiento mental. Todos sabemos cuando un residente al que tienes que formar es "resistente" a estos temas, o de la existencia de días (o épocas) en los que "no estás pa ná". La capacidad de contención del sufrimiento ajeno es una característica que muchos desearían que no formara parte de su ejercicio profesional, es más, ni siquiera tienen la posibilidad de planteárselo. Sin embargo, estos elementos son constitutivos de nuestro perfil profesional.

El segundo problema se deriva del contexto de masificación en el que "debemos hacer" abordajes psicosociales. Según la Memoria de la Consejería de Salud de 1999, los médicos generales y pediatras del Servicio Andaluz de Salud, en el caso de utilizar como técnica de diagnóstico y tratamiento solamente una entrevista de 15 minutos, tendrían que dedicar las 2/3 partes de su tiempo de consulta a los 14 pacientes diarios con morbilidad psiquiátrica y 1/3 a los 32 restantes.

Parece pues claro que el problema es complejo y que son necesarias actitudes favorables, capacitación e incluso aumento de los recursos humanos para resolver la atención a la demanda potencial. Pero en este caso también se pone en cuestión el modelo de servicios y su vinculación con otros recursos profesionales y no profesionales de contención del sufrimiento mental.

Los centros de salud no pueden enfrentar este problema solos (ni este ni ningún otro). No nos vale el actual modelo de relación con la atención especializada basado en la derivación. Es necesario algo nuevo.

4. La medicina integral.

Otra de las constantes en nuestra historia es la vocación del médico de familia de integrar las distintas capacidades necesarias para tener una visión completa del paciente, de modo que le permita una relación de ayuda eficaz. La trascendencia de este tema a la hora de definir el perfil profesional merece un cuidadoso análisis.

Ser especialista de alguna materia significa tener un campo definido de trabajo, estudio e investigación. Ser especialista de personas (¿por qué seguimos usando el término especialista si no lo somos?) significa que nuestro campo esta abierto toda la vida profesional, son los pacientes los que determinan qué debemos saber. Significa aceptar el reto cotidiano de "no saber lo suficiente", de que siempre hay alguien que sabe más. Significa destruir el mito de la omnipotencia médica, colocarse con

humildad en segundo plano, ya que el primer plano es el paciente y no otro especialista. Significa tener la capacidad para estar aprendiendo siempre: patologías que vemos y no sabemos de ellas, nuevos escenarios de trabajo, nuevas técnicas, nuevas formas de organizarse. Exige, en suma, aceptar que siempre seremos profesionalmente incompletos. Perfil profesional en búsqueda permanente.

En la practica esto es muy difícil de aguantar. Nos sentimos humillados porque con frecuencia hay que agachar las orejas ante otros que teóricamente (o prácticamente) saben más de algo. Hay que estar estudiando siempre, sabiendo que nunca sabremos lo suficiente. Necesitamos de los compañeros del equipo para que nos cuenten lo que saben y cómo les va (¿cómo encajamos la evidencia aquí?). Permanentemente se nos olvidan muchos temas porque el número de pacientes que tenemos con ese problema es pequeño. Tenemos dificultades con los límites, aprendemos cosas que nos parecen importantes pero no tenemos tiempo de hacerlas y nos quejamos.

Especialmente este ultimo punto nos genera mucha confusión porque tenemos dificultad para organizar bien nuestro trabajo y priorizar. La falta de tiempo y las condiciones de trabajo impuestas por la Administración (numero de pacientes, recursos diagnósticos a nuestro alcance...) son aspectos que también influyen. Por otra parte, qué fácil quejarse siempre de los que mandan (¡que menos que 10 minutos!).

También nos hacemos mayores, el impulso de la juventud se extingue por razones biológicas ¿quién se imagina con la brega de una consulta masificada haciendo de todo a los 65?. Y, por otra parte, las perspectivas de desarrollo profesional contempladas por la Administración son inexistentes (aprovechar de forma distinta las capacidades de los “maduros”).

Las preguntas.

¿Es posible ser un medico global en un mundo de especialistas? ¿A quién le importa? ¿Somos el eje de la atención y en consecuencia el paciente es cedido a otros niveles técnicos pero revierte de nuevo para su seguimiento y evaluación? ¿Somos la puerta de entrada del sistema, el filtro de la atención hospitalaria, un mero mecanismo de reparto de pacientes?.

¿Dónde están los limites de nuestro aprender y de nuestro hacer? ¿Quién los marca? ¿Nuevos servicios, cuáles, hasta cuando? ¿Cuál es el mínimo exigible a un medico de familia?.

¿Cuáles son las vías de desarrollo profesional en la medicina de familia que no impliquen dejar de ser médico de familia? ¿Hay un perfil de médico de familia o varios?.

¿Cómo se enseña, cómo se aprende la aproximación psicosocial? ¿Es posible otra forma de relación con los especialistas? ¿Cuáles son los caminos?.

¿Cómo se puede aguantar dignamente ser medico de familia sin morir en el intento? ¿De donde sacar el tiempo cuando no lo hay para ser medico de familia de tus pacientes?.

Algunas respuestas.

Después de 20 años de ser médico de familia estoy confuso. ¿Quién soy? ¿Para que valgo? ¿Qué quieren de mí? ¿Qué quiero yo?. Parezco un adolescente en plena crisis vital. Hay diferencias: me duelen los huesos al levantarme (por no hablar de la barriga que me crece) y sé que esto es sólo una parte de mi vida. Pero estoy confuso.

Quisiera quitar del discurso posiciones victimistas o de resignación, aunque escribo esto desde lo personal (conviene estar advertido).

Lo que sigue no debe entenderse como que los médicos de familia carecemos del prestigio profesional y social necesario para nuestro desempeño profesional, porque eso en realidad no es lo importante, lo importante es la relación con los pacientes. Pero la relación con nuestros pacientes también necesita del prestigio del médico de familia, por ellos y por nosotros. Solamente quiero señalar algunas metas de desarrollo y el reconocimiento de realidades para no quedarnos tumbados en el camino o perder el norte.

Para aclararme yo, uso un modelo que puede ser útil:

- Lo que es ser médico de familia, nos guste o no. Creo que no podemos renunciar a nuestra esencia que está constituida por la horizontalidad, la diacronía, el ser médicos integrales de nuestros pacientes-personas. Y eso, que es muy bonito, tiene el sapo de que nunca vamos a ser los primeros en esta profesión (la medicina en este mundo occidental). Seremos buenos actores secundarios y acompañaremos en el proceso, pero la fuente del prestigio no está en los conocimientos de relumbrón sino en la función. Somos médicos incompletos y tenemos que hacer el duelo de la omnipotencia que nos inculcaron en la Facultad.
- Hacia dónde nos debemos desarrollar como profesión para adaptarnos a los tiempos modernos. Lo que nos orienta no es un exceso, sino una falta. Falta, cada vez más, el médico que considere a la persona en su contexto y que la aborde sin olvidar los aspectos no estrictamente biológicos de su problema, ni su historia (pasada y futura). Es por tanto que debemos desarrollarnos fundamentalmente en lo psicosocial y en la prevención y promoción de la salud (trabajar con lo invisible). Y como consecuencia (aprender siempre, innovar siempre) tenemos que incluir decididamente entre nuestras habilidades la gestión del tiempo, la organización adecuada de los recursos personales e institucionales: hay mucho trabajo y hay que saber escoger.
- Qué es lo que deberíamos intentar cambiar de nuestro entorno para poder seguir siendo médicos de familia. Con respecto a esto tengo clara una posición irrenunciable: somos la puerta de entrada del sistema, pero una puerta inteligente. Reniego de la función de "filtro", porque ser filtro implica la pasividad de los pacientes y hacer de guardia de la porra en sus aspectos represores de su circulación por el sistema. No sé si eso es lo que quiere la Administración, nosotros creo que no debemos hacerlo.

Más bien me entiendo como facilitador del uso de los recursos y entiendo que en un porcentaje importante mi trabajo será saber transferir y recibir pacientes correctamente, asegurando la continuidad asistencial y evitando los vacíos y saltos donde el paciente queda inerte y sin saber a quien recurrir. Para hacerlo necesito que las otras partes del sistema reconozcan mi función y me den la información y consideración necesaria para cumplirla. Tengo claro que, siendo importante, en esta película soy actor secundario y que lo importante para un paciente que se rompe la cadera es que la prótesis se ponga en el momento y de forma adecuada (yo no se la pongo).

Pero también tengo claro que soy el centro del sistema en un campo que es específico de mi especialidad: el abordaje psicosocial, la prevención y la promoción de la salud. La Administración pública tiene que aclararse y saber qué es lo que quiere de nosotros y ese será su primer paso (con coherencia racional: adecuar fines y medios), el segundo, abrir un espacio de reflexión conjunta para poder tomar decisiones entre todos.

Dos palabras para el resto de los compañeros médicos del sistema. Me vale el ejemplo de la relación con los especialistas más próximos a nosotros: los de salud mental. Está claro que el abordaje de lo "psico" en el sistema sanitario público sólo se puede hacer desde un modelo de cooperación. En un modelo de cooperación están diferenciados los espacios de trabajo de cada nivel con criterios consensuados de transferencia de casos, pero además de ello hay un espacio de trabajo común cuyo resultado para primaria es el aumento de la capacidad real de contención no medicalizadora y para la especializada la despsiquiatrización y despsicologización del sufrimiento mental en un enfoque biopsicosocial. Solo en este contexto de trabajo cobran plenas posibilidades los aspectos psicosociales del perfil del médico de familia.

¿Valdría un enfoque similar para otras especialidades: un espacio para trabajar juntos?

Estas reflexiones sobre nuestro perfil profesional finalizan con una consideración. Esta batalla se juega en el terreno de los valores (la política en el mejor sentido de la palabra) y para eso hay dos cuestiones fundamentales, la organización (nuestra Sociedad Profesional que no decaiga) y una decidida apuesta por estar en los medios de comunicación y opinar de todo sin complejos.