

La Medicina de Familia: mitos y realidad. Family Medicine: myths and reality.

ELVIRA CALLEJO GIMÉNEZ.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación (ABS Valladolid Este). Doctora en Medicina y Cirugía. Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

DOI: <https://doi.org/10.24197/cl.27.2019.12-18>

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria.

Keywords: Family Practice

1. INTRODUCCIÓN

La Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, existe como especialidad vía MIR en este país desde 1978. Sin embargo, y a pesar de que van a dedicarse a ella más del 30 % de los graduados (aunque según recomendaciones de organismos internacionales deberían ser el 50 %), sigue siendo una gran desconocida en las Facultades de Medicina. Afortunadamente en la Facultad de Medicina de la UVA, ya es asignatura obligatoria desde 2014.

2. OBJETIVO

Como dice la Dra. Verónica Casado, reconocida como la mejor médica de familia del mundo por la WONCA en 2018, “uno no se puede enamorar de lo que no conoce”.

Por lo tanto el objetivo de este artículo de opinión, es dar a conocer esta especialidad, desde la reflexión de una profesional con más de 25 años de ejercicio, y desmontar algunos de los mitos que todavía giran en torno a ella, con el fin de “enamorar” a los que lo lean.

3. REFLEXIÓN DESDE MI EXPERIENCIA

Mi padre era cirujano y todo el mundo suponía que sería médico como él. Pero a mí no me gustaba la medicina. No me gustaban las historias de

hospitales, ni lo que se hacía en aquellos ambulatorios masificados. Creía que ya no existía la figura del médico de cabecera tradicional. Pero cuando tuve que decidir qué estudiar, conocí una especialidad joven que estaba empezando a surgir: la Medicina de Familia y Comunitaria; y supe lo que quería ser: Médico de Familia, ninguna otra cosa.

Desde entonces me he sentido siempre orgullosa de esta profesión, de esta especialidad, y esto es lo que quiero compartir con vosotros.

Creo que no hay otra profesión ni otra especialidad médica que se acerque tanto a la condición del ser humano. La cercanía que tenemos con nuestros pacientes y la continuidad de nuestra atención, así como el hecho de tratarles desde edades muy tempranas hasta el final de la vida, y tratar a las familias en conjunto y a ellas dentro de sus comunidades, nos aporta un conocimiento riquísimo de las personas.

Nuestra consulta es una escuela de vida: vemos cómo las personas aprenden a navegar por la vida, disfrutando de sus oportunidades y sufriendo sus reveses; cómo se adaptan a sus cambios corporales en la adolescencia; las dificultades a las que se enfrentan cuando empiezan a amar; cómo se viven los desencuentros; cómo aparece la vida, la deseada y a veces buscada intensamente, y la no deseada que irrumpe de forma inoportuna. Vemos la ilusión con la que se reciben los hijos, y el dolor cuando enferman; a veces les tenemos que acompañar cuando, desafiando las leyes naturales, fallecen. Vemos cómo se preparan para trabajar, y cómo viven y elaboran la pérdida de esos trabajos. Cómo empiezan a envejecer, a adaptarse a las pérdidas fisiológicas, (“veo peor”, “tengo desarreglos”, “empiezo con dolores por todo el cuerpo”) y las no tan fisiológicas, cuando la enfermedad se instaura en sus vidas, alterándolo todo y convirtiéndose en el centro de las mismas. A veces de forma discreta como proceso crónico, cambiando sus costumbres “de toda la vida”, y a veces de forma ostentosa, aguda y definitiva, llevándose por delante sus proyectos y sus ilusiones. Y allí estamos nosotros para ayudarles profesionalmente en todo ello.

Desde nuestra posición de médicos, vamos a conocer el dolor y el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. Pero también la esperanza, la lucha, el valor y la satisfacción profunda de una vida plena. Ponen delante de nuestros ojos un muestrario de cómo podremos enfrentarnos a ello cuando seamos nosotros los protagonistas. Sobre sus aciertos y sus fracasos, nosotros vamos aprendiendo a vivir. Y, porque no decirlo, a morir

En ninguna otra profesión se ve la desnudez humana como en la nuestra; nuestros pacientes, nos muestran abiertamente sus cuerpos, sus almas, sus heridas, en las que hurgamos. Lo hacen para que les ayudemos

profesionalmente; pero no siempre apreciamos lo que eso nos ayuda a nosotros. Crecemos como personas en gran parte, gracias a ellos.

4. DESMONTANDO ALGUNOS MITOS:

“EL MÉDICO DE FAMILIA ES UN MÉDICO GENERAL, FRENTE A OTROS MÉDICOS QUE SON ESPECIALISTAS”

Después de 40 años de existencia de la especialidad vía MIR de Medicina de Familia y Comunitaria, teníamos ya que tener desterrada esa dicotomía de médicos generales y especialistas. TODOS somos especialistas, y es importante cambiar el lenguaje para cambiar el prisma con el que interpretamos las cosas.

Un licenciado o graduado es médico general, pero no está capacitado para ejercer la Medicina de Familia, ni ninguna otra especialidad hasta que se forme en ella.

“EL MÉDICO DE FAMILIA SOLO PUEDE TRABAJAR EN ATENCIÓN PRIMARIA”

Cada especialidad tiene su medio de actuación preferente pero no exclusivo. El especialista en Medicina de Familia ejerce mayoritariamente en los Centros de Salud. Pero por la visión integral que tiene de la persona y por la formación que recibe, es el profesional idóneo para trabajar en otros ámbitos, como los servicios de urgencias (tanto hospitalarios como extrahospitalarios) o los cuidados paliativos.

“LOS MÉDICOS DE FAMILIA SOLO TRATAN CATARROS Y HACEN RECETAS”

Cualquier estudiante que haya rotado por un centro de salud, ha desmontado por sí mismo este mito. Es cierto que en el nivel primario de atención se tratan (y se resuelven) muchos procesos banales. Pero entremezclados con estos, tenemos que identificar, otros muchos motivos de consulta.

Nuestro campo abarca la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; el control de factores de riesgo; el diagnóstico precoz o la sospecha diagnóstica ante los primeros síntomas; el estudio diagnóstico inicial de todo tipo de enfermedad, y el tratamiento de la mayoría de ellas; la integración de las distintas enfermedades en un mismo paciente, incluido el

manejo terapéutico; la utilización de técnicas diagnósticas como la ecografía, MAPA, retinografía o dermatoscopia; y terapéuticas como la cirugía menor, las infiltraciones o el abordaje familiar.

Y tratamos “los catarros” en pacientes pluripatológicos complejos, anticoagulados, inmunodeprimidos, o varias cosas a la vez. ¡Incluso el tratamiento de un catarro no siempre es banal!

En cuanto a hacer recetas, es cierto, regulamos tratamientos, valoramos interacciones, conveniencia de cambiar o suspender una medicación, grado de cumplimiento, motivos de abandono, mejora de la adherencia terapéutica...La polifarmacia es un problema de salud importantísimo que tiene su abordaje preferencial en las consultas de los médicos de familia. ¡Hay que saber mucha “farma” para poder “hacer recetas”!

“EL MÉDICO DE FAMILIA ES COMO EL CURA: LA GENTE VA A CONSULTA PARA DESAHOGARSE”

La consulta de un médico de familia se convierte con mucha frecuencia en una especie de “recinto sagrado” donde las personas vacían su alma y ponen en palabras pensamientos, sentimientos o vivencias que son incapaces de expresar en otros espacios (que no se atreven a decir al psiquiatra ni al cura).

Ganarse la confianza de los pacientes para poder llegar a esas situaciones es una de las habilidades que hay que entrenar para ser médico de familia.

Pero hay que saber qué hacer con ello desde un punto de vista profesional. Somos médicos; no curas, ni trabajadores sociales, ni colegas o familiares de los pacientes. No sirve el simple desahogo. Tenemos que saber ayudar a vivir un duelo complicado, a actuar si detectamos una situación de violencia de género o de abusos sexuales, a manejar la situación cuando un paciente no quiere vivir y detectamos planes suicidas

No, no somos como el cura; somos médicos, somos científicos y somos técnicos conscientes de que trabajamos con personas que sufren y realizamos nuestra tarea considerando esas vivencias como parte integral de nuestro trabajo.

“YA NO EXISTE LA FIGURA DEL MÉDICO CERCANO A LAS PERSONAS. HOY LO QUE LA GENTE VALORA ES LA TECNOLOGÍA”

El médico de familia ha conservado esa cercanía con el paciente, su familia, su entorno y sus circunstancias. Y lo que esperan los pacientes de sus médicos es que sean buenos técnicos con un conocimiento científico actualizado y completo, con capacidad para resolver sus problemas de salud que muestren además, interés en ellos como personas, se preocupen por sus ideas, creencias, expectativas o miedos, les permitan opinar, preguntar, les aconsejen respetando sus valores y les ayuden a tomar decisiones.

“LOS MÉDICOS DE FAMILIA NO TIENEN TIEMPO”

Tenemos que dar la razón parcialmente al que piense esto. Como veis, las competencias del médico de familia son enormemente variadas. Y el tiempo es nuestra mejor herramienta, lo que nos permite solucionar muchos problemas a nuestros pacientes.

Por eso es nuestra tradicional reivindicación: tiempo para pensar, enfocar mejor los problemas de salud; realizar técnicas diagnósticas o terapéuticas, para las que estamos capacitados; realizar actividades comunitarias, que tanta repercusión tienen en la salud de la población, y son tan eficientes para el sistema; la docencia, de especialistas en formación y de estudiantes; la investigación, ya que tenemos una posición privilegiada para estudiar en condiciones reales en un número elevado de pacientes enfermedades, tratamientos, intervenciones, etc. Hay tantas cosas que hacer...

“LOS MÉDICOS DE FAMILIA NO TIENEN EL RECONOCIMIENTO PROFESIONAL NI EL PRESTIGIO DE OTRAS ESPECIALIDADES”

Los Médicos de Familia gozamos del mayor y mejor reconocimiento al que cualquier médico aspira: el de nuestros pacientes. Somos aquel que el paciente considera “mi médico”. Recibimos su agradecimiento, y una elevada puntuación en las encuestas de satisfacción.

Sin embargo la labor de los médicos de familia es aún la gran desconocida por los médicos que ejercen en el medio hospitalario.

Los programas formativos de todas las especialidades contemplan el paso por la atención primaria de los especialistas en formación. Sin embargo son muy pocas las que lo cumplen.

Si eso se hiciera, todos ganaríamos. Todas las especialidades tendrían la oportunidad de conocer el manejo integral de los pacientes, ampliando su visión sobre la importancia que tienen las circunstancias, personales, familiares y sociales en el manejo diagnóstico y terapéutico de las personas. Además sabrían qué es lo que puede aportar ese nivel asistencial en el desarrollo de su propia especialidad.

Conocernos mejoraría la comunicación y coordinación entre niveles asistenciales, y la cooperación y el respeto entre los profesionales.

“LOS MÉDICOS DE FAMILIA GANAN MENOS DINERO QUE LOS ESPECIALISTAS”

Si alguno, leyendo este artículo, se empieza a plantear la medicina de familia como una opción, la buena noticia es que cobramos igual que cualquier otra especialidad, y tenemos la posibilidad de realizar guardias, con libranza posterior asegurada, en la medida de las necesidades de cada uno.

No, los médicos de familia del sistema público de salud, no estamos peor pagados que otros especialistas.

5. ALGO MÁS QUE NOS DISTINGUE: LA PRÁCTICA EN EL MEDIO RURAL

Me gustaría hacer un inciso sobre un ámbito de actuación del médico de familia poco conocido por los estudiantes: LA MEDICINA RURAL. Si poco se conoce la atención primaria, menos la que se desarrolla fuera de las ciudades. Si es importante que el profesional sea competente para resolver muchos problemas de salud, más importante lo es cuando está lejos de los hospitales.

Desde el punto de vista diagnóstico es importante que se maneje con los medios técnicos (la ecografía, la dermatoscopia o la retinografía), que hoy se consideran habilidades propias del médico de familia. En relación con los medios terapéuticos, la cirugía menor, las infiltraciones o el conocimiento de técnicas de inmovilizaciones, le ayudan a resolver muchos problemas de los pacientes. Además, tiene que ser un experto en el manejo de las situaciones urgentes (crisis asmáticas, descompensaciones de EPOC, insuficiencias cardíacas, descompensaciones diabéticas, traumatismos, urgencias psiquiátricas etc.) ya que es la primera atención y en muchas ocasiones la única, que estos pacientes van a recibir o necesitar.

6. PARA TERMINAR

Si elegiste Medicina porque querías ser médico, piensa en Medicina de Familia, el médico especialista en las personas. Nada de lo que les pase a los pacientes nos es ajeno.

Es la especialidad más completa, lo que la hace muy compleja, pero también, enormemente atractiva.