

Buenas tardes:

Soy Vera González, médica de familia del centro de salud Las Calesas.

Durante gran parte de la carrera quise ser traumatóloga, seguramente porque tuve la suerte de tener unas prácticas estupendas en diferentes cursos. Pero a finales de sexto, cuando tuvimos que elegir centro de salud para hacer las prácticas de clínica médica, pregunté si las podía hacer en mi pueblo. Estudié en Badajoz, pero soy de un pequeño pueblo del norte de Cáceres y me llamó la atención poder experimentar la medicina rural. Me dijeron que sí, siempre y cuando alguna de las médicas del centro de salud tuviera la especialidad de medicina de familia vía MIR. Las dos la tenían. Y fue allí, en aquellas consultas con vistas al Pico Almanzor, donde me enamoré de la medicina de familia. De la cercanía con el paciente, de recorrer las calles de mi pueblo con otra visión para ir a los domicilios, del acompañamiento en la residencia de la tercera edad...

El amor me trajo a hacer la especialidad en Madrid y, tras investigar y preguntar, gracias al que hoy es un de mis mejores amigos y mi mentor, acabé en el CS Calesas, con una gran tutora, en el turno de tarde (por elección) y en el Hospital 12 de Octubre.

Cuando terminé la especialidad, hace ya 6 años, unos meses más tarde que mis compañeros por un infortunio traumatológico, me agobiaba no encontrar trabajo. Ya había pasado el verano y, por tanto, la temporada de suplencias. Pero tuve la suerte de hacer las vacaciones de los que se las cogen en otoño en un centro de salud de Villaverde y, así, empalmando unas con otras, conseguí una comisión de servicios en pocos meses. Tras el COVID y con una movilidad por medio, volví a Calesas hace 2 años y desde el año pasado soy interina.

Soy consciente de la suerte que he tenido en mi vida profesional y que no es lo común para la mayoría de los resis de familia cuando terminan.

Desde que Javier me propuso esta charla llevo dándole vueltas a la cabeza, pensando qué ideas se me ocurrirían para mejorar la Primaria, qué cambios se necesitan para atraer a los jóvenes que terminan. Después de mucho pensar, de divagar sobre cosas que no están en nuestras manos (oposiciones más frecuentes, cada 2 años, como en educación; reemplazo de las jubilaciones; agendas asequibles...), he llegado a la conclusión de que, al menos para mí, lo más importante es algo de lo que ya hablaban ellos, los mayores, los que más sabe: la longitudinalidad.

¿Qué diferencia nuestra especialidad del resto? El conocer a nuestros pacientes, el re-conocerlos. Poder verlos mañana si te han quedado dudas, la semana que viene si les quieres controlar la tensión, dentro de 10 días para quitarle los puntos de una cirugía que has hecho en la consulta, o llamarle en unos días para ver cómo se encuentra tras el fallecimiento de su mujer, a la que has acompañado hasta el final de sus días en el cabecero de su cama. Eso no lo tienen las demás, eso es nuestra seña de identidad y eso no lo podemos perder. ¿Cómo se consigue esto? Con contratos largos. Los jóvenes que terminan (terminamos) no podemos ser los bomberos que apagan los fuegos, un día por aquí, otro por allá, para solventar los problemas estructurales de un sistema que se cae. Necesitamos hacer Primaria, y la forma de hacerlo es con tiempo. Es necesaria una reestructuración que permita este tipo de contratos, pero que ayuden también a la conciliación familiar. Es complicado trabajar en un turno puro de tarde, indudablemente esta subida salarial de los últimos meses ayuda, pero no es suficiente para hacer apetecible la atención primaria. Durante el Congreso de Donosti se proyectó el documental “Estar ahí. Un homenaje al oficio de la medicina de familia y comunitaria. Me gustó todo del documental, las imágenes, las palabras elegidas, los protagonistas... Pero hubo algo que se me grabó. Uno de los médicos contaba: “es que yo le voy a poder contar a este niño que acaba de nacer que conocí a su bisabuela.” Y esto solo lo puede hacer el médico y la médica de familia y comunitaria. Y esto solo se consigue con tiempo.

Otro de los puntos que me parecen importantes son la docencia y la investigación. Es imprescindible que los estudiantes de medicina roten por los centros de salud, pero no un día suelto a la semana. Dos semanas completas, seguidas, al menos. Para poder valorar esa longitudinalidad. Pero es que no solo deberían rotar los estudiantes. Desde mi punto de vista, todos los residentes de cualquier especialidad deberían pasar por Atención Primaria, simplemente por el hecho de conocer el sistema, de conocer el trabajo, las fortalezas y las debilidades y, porque antes o después, compartiremos algún caso y será muy beneficiosa la comunicación bidireccional. Buscando bibliografía para este debate encontré una Resolución del Ministerio de Sanidad de 2006 en el que se indica la obligatoriedad de la rotación por Atención Primaria de casi todos los especialistas hospitalarios, pero no se cumple. Por último, en cuanto a la docencia, me parece indispensable que los médicos de familia y comunitaria

formen parte de las cátedras de las universidades, que haya un departamento específico en cada una de ellas, como lo hay de cirugía o de anatomía. Y, además, que los profesionales que se dediquen a la docencia lo hagan siendo liberados de horas de consulta, como el resto de los compañeros docentes de otras especialidades.

En cuanto a la investigación, qué os voy a decir... ¿Cuándo hacemos investigación? ¿En mitad de la agenda de 30+4? ¿Con 3 avisos y 25 sin cita? ¿O en nuestro tiempo libre? Necesitamos tiempo de verdad para investigar, para que las ideas que surgen durante la consulta se puedan llevar a cabo. Y que este tiempo sea dentro de la jornada laboral. ¿Quizá reducciones de jornada para compatibilizar con investigación? Además, me parece igualmente importante que la investigación se fomente económicamente, con un espacio propio en contrato programa/incentivos, así como con un apartado separado en las baremaciones de oposiciones o carrera profesional. No puede valer lo mismo los puntos conseguidos tras la realización de un Doctorado (con el tiempo y el sacrificio que ello conlleva) que los que se consiguen con unos cuantos cursos patrocinados por la industria farmacéutica.

Podríamos hablar durante horas de los cambios que necesitan la Atención Primaria, muchos de ellos que no están en nuestras manos si no en las de los que nos gobiernan: más presupuesto, más y mejores infraestructuras, ir dejando a un lado el medicalocentrismo y dar cabida en el sistema nacional de salud a todas esas otras especialidades tan importantes como la fisioterapia, la nutrición, la psicología, la óptica y optometría... También el valor de la enfermería especialista en salud familiar y comunitaria (sí, existe y están formadas pero, ¿dónde están?), el déficit de médicas y médicos de familia no pude recaer en ellas y ellos, sobre todo si no reciben la formación adecuada (APADE). Trabajar en un equipo de atención primaria de verdad, con una enfermería motivada, formada y con ganas, es un gustazo. Acordarme también de los compañeros administrativos, que llevan un peso enorme del centro de salud. Siempre he defendido que un buen centro de salud se mide en administración, mi tutora lo primero que me enseñó es la importancia de saberse el nombre de los administrativos con los que trabajas. Son el primer contacto del paciente y son esenciales porque distribuyen el flujo de pacientes, pero hay que adecuar también los que se les pide, sus nuevos cambios, el nuevo rol de personal sanitario, a su salario y su formación.

Pero para acabar con algo positivo y que sí está en nuestras manos, os recomendaría intentar buscar aquello que nos motive o nos guste para hacerlo al menos una vez a la semana: una cirugía menor, una ecografía, algo de investigación, ir al domicilio de nuestro inmovilizado o nuestro paciente en cuidados paliativos... Y, como me dijo una de las pacientes de mi pueblo en aquellas prácticas: “tratar a la gente con agrado”. Nunca sabes cuándo vas a estar del otro lado de la mesa.

Termino con este texto de Iona Heath, que definía los roles esenciales de la APS: ser intérprete, ser guardián, y ser testigo. Es decir, asesorar y ayudar a las personas en su recorrido por el sistema sanitario, protegerlo de los excesos de este, y ser testigo de su proceso de enfermar y morir, y a la vez ser la voz que denuncia las causas por las que las personas enferman.