

“Difícilmente aprenderemos Atención Primaria en consultas subespecializadas del hospital”

Santi Arana



- Estamos viviendo un desplazamiento del ideario colectivo hacia lo individualista y neoliberal.
- El trabajo de la MFyC es, por sí mismo, un desafío intelectual muy estimulante.
- El desmantelamiento de la AP supone una amenaza a la sostenibilidad del propio sistema sanitario.

Santi Arana Ballestar (Pamplona, 1997), actualmente R2 de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en Zaragoza, es un caso especial. Su singularidad proviene de una elección paradójica en estos tiempos donde la especialidad de MFyC es la última prioridad, donde se quedan muchas plazas de residente por cubrir o donde muchos residentes se vuelven a presentar para dejar MFyC y elegir otra especialidad. Santi Arana había elegido cardiología en 2022, se volvió a presentar al MIR en 2023 para pasarse a MFyC y empezó de nuevo la residencia en Zaragoza.

Sr Arana: ¿Qué le ofrece MFyC que no tuviera Cardiología? ¿Qué le hizo «cambiar de pareja»?

Desde mucho antes de mi primer MIR sabía que la MFyC era la especialidad más afín a mis intereses. No obstante, pensaba que como opción laboral debía elegir una especialidad hospitalaria y que podría relegar mi interés por la MFyC a mi tiempo libre. Me equivoqué con los cálculos.

En cualquier caso, la «singularidad» de mi caso se reduce a que me di cuenta tarde de lo que verdaderamente quería hacer: todos los años, muchas compañeras, pudiendo elegir entre otras tantas especialidades, eligen MFyC y lo hacen a la primera.

Para mí no fue un simple cambio de una especialidad a otra, sino un salto desde el modelo de la medicina hospitalaria hacia el paradigma de la MFyC. De una disciplina médica más enfocada en lo biológico y lo técnico hacia otra disciplina también médica, desde luego, pero que incluye además pinceladas de otras tantísimas perspectivas sin las que me resulta difícil conceptualizar la salud, la enfermedad y la medicina.

Hablo, por ejemplo, de salud pública, salud mental, determinantes sociales de la salud, gestión y sostenibilidad del sistema sanitario, medicina basada en la evidencia, sus limitaciones, perspectiva crítica ante la industria farmacéutica, etc. En este sentido, en mi decisión creo que el peso de lo intelectual y lo ideológico fue mayor que el de los motivos estrictamente laborales o profesionales.

¿Conoció la especialidad y fundamentos de MFyC y de la Atención Primaria durante la carrera?

Estudí en la Universidad de Zaragoza, donde la enseñanza de MFyC forma parte del programa obligatorio, aunque el peso que tiene es pequeño. La perspectiva utilizada en las clases sintonizaba bien con la concepción de la medicina que por aquel entonces empezaba a forjar.

Casi a la vez, desde el otro lado de la mesa, conocí la Atención Primaria a través de mi experiencia como paciente y familiar de paciente. Tendré siempre como referentes profesionales a nuestra médica y enfermera de familia por la impresionante labor que desarrollaron durante un proceso muy difícil.

Desde la perspectiva profesional, conocí la realidad de esta especialidad durante mis prácticas de sexto de medicina. Tuve la suerte de poder aprender con una tutora excepcional, tanto a nivel técnico como humano. También conocí, con pena y rabia, las deficientes condiciones de trabajo en AP.

En cualquier caso, me encantó ver cómo mi tutora desarrollaba una combinación de dominio clínico en problemas de salud infinitamente variados, con un sólido conocimiento crítico de la evidencia, capacidad de sintonía y vínculo con sus pacientes, sin olvidar la perspectiva comunitaria.

A todo ello debo añadir la influencia en mi entorno cercano de excelentes médicos y médicas de familia apasionados por su especialidad.

¿Hasta qué punto es estratégico en el fortalecimiento de la especialidad contar con departamento propio en la Universidad?

Creo que la MFyC debe estar en la universidad, pero no como una asignatura más. La universidad debería estar organizada para responder a las necesidades del sistema sanitario. Si de verdad queremos un sistema sanitario público eficaz y eficiente, la medicina familiar debe constituir el eje vertebrador en ambas instituciones.

No lo digo pensando solamente en la formación de futuros médicos de familia, que también (recordemos que la mayoría de problemas de salud pueden resolverse en Atención Primaria y que un tercio de las plazas MIR son de MFyC). Eso de «eje vertebrador» creo que hay que entenderlo también como la orientación general, principios y actitudes del sistema sanitario en su conjunto. Creo que ampliar la docencia del paradigma de la MFyC podría influir positivamente en la labor de todas las especialidades.

En cualquier caso, no creo que una reforma universitaria de estas características por sí misma solucionara los problemas de la MFyC. Aunque pueda ayudar, los determinantes principales son otros.

En relación al programa de formación MIR: ¿qué sobra y que falta en contenidos y en filosofía asistencial?

Creo que el programa actual sufre limitaciones importantes. Por un lado, da demasiado peso a las rotaciones hospitalarias, que se comienzan excesivamente pronto: al cuarto mes de residencia, te despiden del Centro de Salud al que no volverás definitivamente hasta dos años después.

Desde luego, hay rotaciones esenciales donde aprendemos de grandes profesionales. Pero otras veces, la perspectiva con la que se orientan reproduce la idea de que la MFyC no es más que una versión limitada del resto de especialidades. Pero nuestra labor, enfoque, ámbito de actuación y medios son distintos: difícilmente aprenderemos Atención Primaria en consultas subespecializadas del hospital.

"excelentes médicos y médicas de familia apasionados por su especialidad."

Al llegar a R4, el residente de MFyC tiene más de hospitalario que de Atención Primaria, y eso tiene consecuencias. Creo que la exposición tan precoz e intensiva a una perspectiva de la MFyC en la que sus competencias parecen limitarse a las de derivadores, intermediarios y administrativos al servicio de la atención hospitalaria, puede afectar al autoconcepto y la motivación de los residentes: sensación de falta de pertenencia, rechazo hacia la especialidad por creer que carece de conocimientos propios e, incluso, asimilación de una posición subordinada al hospital.

Por otro lado, el programa formativo vigente, que proporciona una formación mixta entre Atención Primaria y Urgencias hospitalarias, supone ciertas limitaciones desde la perspectiva de la MFyC. Las guardias de urgencias, a las que el tiempo dedicado llega a superar el invertido en el Centro de Salud, comienzan precozmente y son más numerosas en los primeros años de residencia. Dado que durante las rotaciones se nos suele relegar a un papel pasivo, y hasta mitad de R3 no se vuelve al Centro de Salud, es en las guardias de urgencias donde cada uno va construyendo su propio estilo asistencial.



Si bien la adopción precoz de un rol activo, con autonomía progresiva, fomenta enormemente el aprendizaje, el estilo de medicina que suele practicarse en estos servicios difiere de muchas características de la MFyC: manejo de la incertidumbre, herramientas de la longitudinalidad y el vínculo, énfasis en la prevención cuaternaria, racionalización del gasto sanitario, etc.

¿Los médicos jóvenes actuales priorizan valores como la disponibilidad de tiempo, el rendimiento económico y la ausencia de vínculos fuertes con el paciente, en vez del elevado compromiso que exige la longitudinalidad de la atención médica primaria?

Si los juzgamos desde el contexto socioeconómico dominante, quizá los valores de la MFyC no tienen demasiado caché.

Por un lado, creo que estamos viviendo un desplazamiento del ideario colectivo hacia lo individualista y neoliberal: crece la devoción por el enriquecimiento, la exaltación del emprendedor independiente y el culto a la falaz meritocracia. Este movimiento podría explicar parcialmente ciertas tendencias en la elección MIR, la fascinación por lo tecnológico, la industria farmacéutica o la sub-subespecialización.

En el extremo opuesto encontramos a la Atención Primaria que, como decía Gemma Torrell recientemente, «va a contracorriente de la lógica de mercado». La sanidad pública es un esfuerzo co-

lectivo para brindar atención sanitaria de calidad al mayor número de personas y al menor coste posible. La Atención Primaria reivindica enérgicamente estos principios, exactamente opuestos a la mercantilización de la salud.

Al mismo tiempo, en un mundo cada vez más líquido, dinámico y efímero, la AP se empeña en defender conceptos tan sólidos, arduos y pesados como longitudinalidad, vínculo o comunidad.

¿Qué necesita MFyC para ser más atractiva? ¿Cómo se prestigia una profesión?

La MFyC es muy atractiva, el problema es que en las condiciones actuales es difícil desarrollarla. La pregunta del millón es cómo reformar el sistema para que sea posible. Por su complejidad, la derivo mediante interconsulta virtual a autores de referencia como Juan Simó, Amando Martín Zurro, Rafael Bravo, Juan Gervas, Gemma Torrell...

En cualquier caso, y relacionado con la pregunta anterior, leía hace unos meses a un médico de familia en Twitter (@TrueColorao) que decía: «Creo que en algunos ámbitos no se es consciente de que hay mucha gente currando en AP que lo hace por militancia». No puedo estar más de acuerdo, y estoy convencido de que de este concepto salen muchas claves.

Un primer objetivo en el camino hasta conseguir una MFyC atractiva sería, simplemente, que dejara de ser aversiva. Que, aunque siempre vaya

a tener cierto carácter activista, no dependa de militantes para subsistir. Que los MIR puedan pensar en ella como una opción más, un trabajo más, una especialidad más. Una alternativa que no provoque miradas de sorpresa, decepción o tristeza cuando alguien verbaliza que se quiere dedicar a ella.

Para lograrlo creo que hay varios aspectos básicos. En primer lugar, si en el hospital se trabaja con más tranquilidad y se cobra mejor, ¿quién va a querer trabajar en AP? Y me refiero tanto a MIR como a especialistas en MFyC.

Por otro lado, el trabajo tiene que ser interesante. Aquí tenemos la ventaja de que el trabajo de la MFyC es, por sí mismo, un desafío intelectual muy estimulante: clínica infinitamente variada,

"Que los MIR puedan pensar en ella como una opción más, un trabajo más, una especialidad más."

prevención y promoción de la salud, comunitaria, etc. Pero tenemos que poder dedicarnos a él, a formarnos y a investigarlo. Para ello, podríamos empezar revirtiendo el expolio de competencias que se produce desde hace años y, aprovechando la inercia, potenciarlas y aumentarlas.

Si en AP «no hay tiempo» para hacer domicilios, atender a pacientes terminales o realizar un estudio diagnóstico ágil de la patología potencialmente grave, en lugar de parchear el problema mediante unidades externas, (contradiendo así los valores del generalismo o la longitudinalidad) quizá habría que enfocarse en el tratamiento etiológico.

Para concretar cómo conseguir todo esto me remito, de nuevo, a los especialistas de referencia ya citados. Por supuesto, estos cambios requerirán, además de un grandes esfuerzos, medios e innovación, una reorganización integral del funcionamiento de todo el sistema... Con los obstáculos y resistencias que supone un SNS que parece guiarse más por electoralismo y corporativismo que mediante una planificación imparcial a largo plazo.

¿Si los médicos de familia ganaran el doble de lo que ganan, MFyC sería la especialidad más elegida?, ¿Hay otros incentivos, además del dinero?

No sería la especialidad más elegida. Desde luego que la retribución es un incentivo importante que hay que revisar, pero hay otros igual de esenciales como lo es trabajar con tranquilidad y que el trabajo sea estimulante e interesante, como acabamos de ver.

En cualquier caso, es preciso señalar las connotaciones tan explícitas que tiene el hecho de que la retribución de las especialidades hospitalarias sea superior a la de los MFyC que trabajan en AP. Cuando esto se combina con diferencias a la inversa en la carga de trabajo, como ocurre tan frecuentemente, la situación resulta indignante.

No solo resulta indignante, sino que supone un sinsentido dado el contexto actual de la AP. Siguiendo el típico ejemplo que enfrenta igualdad con equidad, si al sistema le resulta especialmente difícil atraer y retener médicos en AP, quizá debería ensayar incentivos especialmente atractivos para conseguirlo. Más aún cuando el desmantelamiento de la AP supone una amenaza a la sostenibilidad del propio sistema.

¿Qué opina de propuestas como vincular mediante contrato a los MIR que terminan durante un mínimo de años para que ejerzan en AP en la Comunidad Autónoma donde se han formado?, para minimizar la fuga de médicos de familia a otras Comunidades Autónomas o a ocupaciones como urgencias o atención continuada.

Me remito al razonamiento anterior, y reivindico la utilidad del análisis contextual. Si las nuevas promociones de MFyC se alejan sistemáticamente de la AP, será porque las condiciones en el resto de opciones son, sistemáticamente, mucho más gratificantes.

Si las CCAA quieren aumentar el atractivo de la AP, tendrán que estudiar de qué condiciones se tratan (¿jornada? ¿salarios? ¿carga de trabajo? ¿otros estímulos?) y diseñar incentivos en AP capaces de equipararlos.

E insisto, si las CCAA tienen una necesidad excepcional de reforzar la AP, que tengan valentía para incentivarla excepcionalmente. Por supuesto,



si los contratos a los que se refiere la pregunta implican cadenas, probablemente consigan el objetivo contrario.

¿Cómo animaría a los médicos recién licenciados a que se preparen el MIR para hacer MFyC?

El mejor reclamo será conseguir una MFyC atractiva. Que cuando roten durante la carrera, conozcan unas condiciones de trabajo agradables, una actividad interesante, una retribución equivalente a la hospitalaria.

Actualmente, no sé si MFyC se coge menos de lo que el sistema necesitaría porque no se conoce o, al contrario, porque se conoce. Las condiciones de trabajo actuales son, en general, peores que las de otras especialidades. Esto lo escuchamos constantemente en medios de comunicación y redes sociales, y lo vivimos en primera persona durante las prácticas de la carrera.

Entiendo perfectamente que quien se plantea la MFyC desde una perspectiva más laboral que militante tenga dudas. En mi caso, el temor a las condiciones de trabajo y a sus consecuencias a largo plazo fue uno de los factores que me hicieron decantarme por una especialidad hospitalaria en mi primera elección, a sabiendas de que renunciaba a lo que mejor sintonizaba con mi concepción de la medicina.

Estoy convencido de la importancia de la labor de la MFyC en el sistema sanitario y en la sociedad. Creo que, si queremos mantener un sistema sanitario público sostenible, en el futuro jugará un papel aún más esencial. Pero esta labor tan significativa debe poder apreciarse en el día a día del trabajo en Atención Primaria.

"Un último asunto que me da vergüenza tener que señalar es la contratación en AP de médicos sin la especialidad. Su influencia en el prestigio y atractivo de la MFyC es evidente, pero además supone un atentado contra la seguridad del paciente y la costo-eficacia del sistema. Tiene gracia que lo hagan las mismas CCAA que se quejan de «falta de médicos» o de las plazas sin coger de MFyC en el MIR..."