

Yo sí que fui a EGB

Agustina Moraleda Borlado

Médico de Familia

C.S. Honrubia .GAI de Cuenca.

Miembro de la Junta Directiva de SCAMFYC

Cuando me pidieron que, como miembro de Junta Directiva, escribiera este editorial sobre que parte de la Medicina de Familia les gusta más a nuestros Jóvenes Médicos de Familia, desde luego pensé que yo no era la persona más indicada para el mismo, ni soy joven y yo sí que fui a EGB. Sin embargo, me planteé que siendo sénior, quizás también estaría bien hacer de enlace entre ellos y los que ahora vamos teniendo canas. Todos formamos parte de la Medicina de Familia, esta especialidad tan apasionante y rica que nos une, aunque a la vez nos separa por realidades vitales y generacionales, pero desde las que cada uno debemos remar y luchar por un interés común que no es otro que una Medicina de Familia fuerte y situada en el lugar que le corresponde.

En los últimos años ha nacido el concepto de joven médico de familia (JMF), refiriéndose a aquellos que han terminado su residencia en los últimos 5 años, concepto ligado al movimiento Vasco de Gama de WONCA (*World Organization of Family Doctors*).

En España y en Castilla-La Mancha también, en el momento actual ser JMF es tener un contrato precario, que encadena trabajos de días o semanas en distintos centros de salud (salvo contadas excepciones) sin una continuidad a corto o medio plazo y con dificultad para realizar una atención sanitaria de calidad (falta de longitudinalidad, menor polivalencia, aumento de la incertidumbre y favoreciendo una práctica más a la defensiva). Estos aspectos junto a la inseguridad vital podrían crear la desmotivación y pérdida de la ilusión por el trabajo que, según algunos, muestran nuestros jóvenes médicos hoy en día¹.

Ante el panorama actual que presenta la Atención Primaria (AP) para los jóvenes que acaban la residencia, éstos se plantean otras posibilidades como enfoque laboral diferentes de las sustituciones en Equipos de Atención Primaria (EAP), valorando también la opción de trabajar en urgencias hospitalarias, urgencias extra-hospitalarias, emergencias o como técnicos de salud en Gerencias o Unidades Docentes, donde, en ocasiones, los contratos ofertados ofrecen una mayor estabilidad. También están dispuestos a trabajar en Unidades de Cuidados

Paliativos, reforzando la idea de los que opinan que esta práctica debería de ser asumida por los cupos de AP, naturalmente con el apoyo de otras unidades en determinadas ocasiones, pero sin olvidar que el seguimiento de un paciente en estado terminal o enfermo crónico debe pivotar sobre el EAP.

Lo que prima para la mayoría, al acabar su periodo de residencia, es buscar cierta estabilidad laboral, más que el trabajo deseado o soñado como Médico de Familia en un Centro de Salud o un consultorio, contando con un cupo estable de pacientes, donde realizar el trabajo para el que han sido capacitados a lo largo de su formación como especialista. Como establece el Programa de nuestra Especialidad, el perfil del Médico de Familia es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud. Estas características específicas del perfil profesional del Médico de Familia conforman un cuerpo propio de conocimientos derivado, fundamentalmente, de su ámbito de actuación específico, el de la Atención Primaria de Salud, y de una forma propia de llevar a cabo dicha Atención a través de un enfoque biopsicosocial, en el que adquieren verdadero protagonismo la integración de las actividades de curación de la enfermedad con las actividades de promoción y prevención, rehabilitación y cuidado paliativo, y todos estos asegurando una continuidad asistencial².

Ante la imposibilidad de acceder a un contrato estable como Médico de Familia en los primeros años, muchos de ellos optan por esas otras opciones laborales, que son amplias en una especialidad como la nuestra. ¿Y debemos pensar que esto es un fracaso para nuestra especialidad o, por otra parte, que es una riqueza poder tener tantas salidas laborales? Está claro que constituye una riqueza por disponer de una formación tan amplia que con posteriores capacitaciones específicas permite otras salidas laborales en ámbitos tan diferentes.

Pero no debemos olvidar nuestro fin último, para el que se creó la especialidad y para el que nos formamos, trabajar en AP. ¿Y qué es lo que falla para que muchos de nuestros jóvenes decidan emprender otros caminos laborales fuera de ella?

Desde luego, la precariedad de los contratos destaca entre lo que falla. En un estudio de la OMC de 2016, donde analizan la situación laboral de los médicos en España, el 51,3 % de los Médicos de Familia no tienen plaza en propiedad y de éstos el 35,5 % tienen contratos de menos de 6 meses. Entre los menores de 40 años, el 29,9 % de los encuestados había firmado un promedio de 4,81 contratos anuales.

Casi 2/3 de los jóvenes Médicos de Familia son mujeres³. Aquí introducimos un segundo factor como es la progresiva feminización de la profesión. Y lo que supone para muchas JMF en edad reproductiva y con posibilidad de formar una familia encontrarse con las dificultades de conciliación de la vida familiar y laboral que supone la inestabilidad laboral, en ocasiones, les obliga a priorizar entre vida personal y profesional.

Pero, por otra parte, mirando al futuro, vemos que en el mismo informe sobre la situación de los Médicos de Atención Primaria en España de 2016, superan los 51 años más del 60 % y los 60 el 17,7 %⁴. Por tanto, se espera una amplia tasa de jubilación en los próximos años que facilitará el acceso al trabajo estable a estos JMF.

Y ante esta dicotomía actual, precariedad presente frente a jubilaciones en un futuro inminente, ¿por qué no hemos sabido transmitirles a los JMF esta esperanza para hacerles ver que hay un futuro a la vuelta de la esquina ilusionante para ellos en AP? Aquí creo que está nuestra parte de culpa, de los que sí que fuimos a EGB. Es en parte nuestra la responsabilidad de no haber sabido transmitir la ilusión por nuestra especialidad y habernos centrado más en nuestros lamentos durante estos años pasados tan difíciles para todos y en los que tanto ha sufrido la AP, marcados por la reconversión hacia una atención hospitalocéntrica, con la aparición de las Gerencias Integradas, con los recortes sufridos, centrándonos en nuestra propias quejas. Así, no hemos sabido transmitir que el futuro de esta situación tan difícil de estos años está repleto de los cambios que se avecinan y de los que sobretodo ellos deberán ser protagonistas para recuperar el lugar que le corresponde como eje central para responsabilizarse del tratamiento y la prevención de nuestros pacientes, dejando al segundo nivel asistencial como un recurso ante aquellas situaciones no manejables dentro de la Comunidad.

Se necesitan diversas actuaciones hasta llegar a este punto, que será presente de forma inminente. Se requieren, posiblemente, cambios organizativos profundos en AP, principalmente a nivel rural, más en una comunidad como la nuestra donde el 43 % de la población reside en municipios menores de 10.000 habitantes⁵ y donde aunque no hay datos actuales de los Médicos de Familia que trabajan en medio rural ni de sus edades. Se puede extrapolar que al menos un 29 % trabajan en este medio, al tener cupos de tarjeta sanitaria por debajo de las 1000 tarjetas asignadas⁶. Para plantear y decidir esos cambios tendremos que sentarnos juntos Administraciones, Sociedades Científicas, Sindicatos y todos los agentes implicados para tratar de mantener un Sistema de Salud Público que permita seguir ofreciendo una sanidad pública, gratuita de calidad, eficiente y manteniendo la equidad para nuestra población con independencia de donde vivan. Con unos profesionales comprometidos y que cuenten con una situación laboral digna, estable y segura que les permita trabajar desarrollando todas las conocimientos, habilidades y actitudes que han adquirido a lo largo de su formación, será posible mantener la calidad en la atención que prestan y conservarán la ilusión por un trabajo tan gratificante como es el nuestro. Y entre tanto, intentemos entre todos que no pierdan esa ilusión, pensar en futuro y tratar de solventar juntos los obstáculos que nos encontremos. Es preciso que las Administraciones se comprometan a ofrecer contratos dignos y duraderos, entendiendo las circunstancias familiares y personales de sus trabajadores eventuales y más jóvenes. Resulta difícil comprender que se pueda sancionar a alguien en bolsa de trabajo porque debido a circunstancias personales no pueda aceptar un día de trabajo puntual. Hablamos de humanización como eje de nuestro sistema sanitario, pero olvidamos la misma para determinados trabajadores. Y por otra parte, es labor de todos permitir a nuestros compañeros que aun siendo eventuales se sientan partícipes del sistema (mismo acceso a la formación, correos informativos sobre cambios de la actividad habitual o nuevos desempeños...). Esto se puede facilitar si disponen de su espacio dentro de cada Gerencia donde centren su trabajo. Se debe evitar que sean y se sientan personal de segunda y que, aunque no tengan esa estabilidad laboral, puedan acceder a las mismas oportunidades formativas que el resto, para que puedan seguir formándose y prestando una atención sanitaria de calidad como el resto de profesionales, con independencia de su tipo de contrato de ese momento.

Intentemos los que si fuimos a EGB entender su situación y sus demandas, a veces diferentes a las nuestras de hace ya algunos años y en otro contexto. Hoy quizás se busca la inmediatez, se han educado en una sociedad que los ha protegido de otra forma y no están acostum-

brados a la espera. Pero busquemos lo que nos une, re-memos juntos hacia ese futuro para no perder a muchos de estos jóvenes por el camino en otras batallas y enseñémosles a saber esperar, a aprender a adaptarse y a confiar que un futuro inminente puede ser mucho mejor y ese sí que está en sus manos.

Agradecimientos

A Ignacio Párraga Martínez y Teresa Méndez García por la corrección y revisión del texto. Y al resto de Junta Directiva de SCAMFYC por su apoyo sobre el contenido de dicho editorial.

BIBLIOGRAFIA

1. Arés Blanco S, Benedicto Subirá C, Saldaña Alonso, I. Relevo generacional en la Medicina de Familia. AMF 2017; 13 (3):134-140.
2. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid, 17 de enero de 2005. Accesible en: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>
3. Organización Médica Colegial (OMC). Situación laboral de los médicos en España, cuarta oleada, febrero de 2017. (Internet). Madrid: 2017 (consultado el 26 de mayo de 2018). Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/informe_resultados_cuarto_muestreo_encuesta_situacion_laboral_medicos_en_espana_23_febrero_2017.pdf
4. Vocalías de Atención Primaria de la Organización Médica Colegial (OMC) .Situación del Médico de Atención Primaria en España en 2016. Madrid, julio de 2017. (Consultado el 26 de mayo de 2018). Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/estudio_situacion_laboral_ap_2016_omc_cesm.pdf
5. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. Accesible en : <https://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>
6. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad .Portal Estadístico del SNS. Datos 2015. Accesible en : <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisIn-fSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>



Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).