



MÉDICO DE FAMILIA

Jaime Morató



- **Trabaja en:** CAP Raval Sud (Barcelona) como director médico desde hace 22 años
- **Hace 25 años...** Era director médico en el CAP Ciudad Meridiana
- **Lo mejor y lo peor de la AP:** Lo mejor fue incorporar todo un equipo de profesionales que tenían como función controlar y cuidar la salud de la población. Lo peor es que se pretenda que la AP se comporte como un vigilante económico del gasto clínico y farmacéutico de la sanidad.
- **Un deseo (sanitario) para nuestro cumpleaños:** Que se desburocratice el mundo sanitario, que pueda volver a ser más sencillo el trabajo para los profesionales, y que no exista un excesivo control sobre unos objetivos que, en ocasiones, son perversos.

—¿Cuál fue su primer trabajo como médico de familia?

—Yo venía del mundo hospitalario, estuve 9 años y allí me especialicé en Medicina Interna y Endocrinología, y posteriormente me pasé a la primaria por motivos personales y porque quería dejar el hospital. Fui a parar al ambulatorio de Canteras, un clásico de 2 horas, pero que a los pocos meses fue de los primeros que pasaron a ser Centro de Atención Primaria, junto con La Mina y Ciutat Badia.

—¿Qué recuerda del nacimiento y de los primeros pasos de la atención primaria?

—Pues que era muy cansado, que era empezar a funcionar con historias clínicas, intentar convencer a la población de que el médico no servía sólo para dar recetas, de que trataba una serie de patologías que no precisaban acudir al especialista, de que el Médico de Familia también era un especialista y que el contacto con el hospital ya no se limitaba simplemente al típico volante de urgencias.

Viví todo el cambio, el trabajar con historias, con enfermeras que no sólo pedían recetas, sino que también tomaban la presión, pesaban, aconsejaban y acompañaban al enfermo... Era el inicio de la Atención Primaria. Fue un cambio largo, que costaba y que no contaba con muchos recursos; se fue incorporando el trabajador social, las enfermeras tuvieron que formarse, los administrativos adaptarse...

—¿Cómo es actualmente su día a día?

—Soy de los pocos directores médicos que junto con la enfermera, que también es referente, vemos enfermos. A la gestión nos dedicamos algún día a la semana para organizar el organigrama del personal sanitario y administrativo, valorar sesiones, objetivos... Pero el día a día es ver a una serie de enfermos, con un horario de unos 8-10 minutos en función de la demanda, y controlar distintas patologías.

Compaginar la gestión con la práctica clínica me permite seguir viendo lo que es el día a día, lo que es estar en la calle, y puedo entender mejor todo el funciona-

miento del equipo porque formo parte de él y el equipo me siente más próximo. Es una práctica recomendable.

—¿Cómo es su centro de salud?

—Es un centro ubicado en la zona más pobre de Barcelona, y seguramente de Cataluña. Es una zona que ha ido cambiando. Inicialmente era una zona con pocos recursos, con una población mayoritariamente mayor -el 35% era mayor de 65 años-, y esto ha ido cambiando a una población con un 10% de ancianos y una mayoría de inmigración. En este barrio tenemos un 60% de pacientes inmigrantes en adultos y cerca del 70% en pediatría. Esto tiene un problema, y es la barrera idiomática. No es lo mismo tener un paciente latinoamericano con el que te puedes entender, que un filipino, hindú, paquistaní, etc. Además, el paciente pobre tiene una serie de patologías que muchas veces están relacionadas con la pobreza, como tuberculosis -que a pesar de todo, el centro ha ido controlando en los últimos años- SIDA, drogas, cirrosis, enfermedades mentales... Esto quiere decir más enfermedades, más demanda, más recursos sociales; es de los pocos centros que tiene dos trabajadores sociales, y aún así las demandas son ilimitadas.

—De estos últimos 25 años de atención primaria, ¿qué cambios destacaría?

—Los avances han sido que la historia clínica pueda consultarse desde el hospital, pero este acceso se ha desarrollado en los últimos 2 años y aún hay algunos hospitales a los que no tenemos acceso y ellos tampoco a nosotros. Gracias a este acceso se consigue que no se dupliquen analíticas y pruebas complementarias.

Una de las cosas que ha ido a peor es el control a base de muchos objetivos, que no se individualizan en función del centro teniendo en cuenta que las patologías, los profesionales, la población no son los mismos. No se puede pretender unificar todo. También te pueden pedir unos objetivos que son imposibles y que no dependen solo de los sanitarios. Por ejemplo, que la gente deje de fumar, de beber, de ser obesa... no sólo depende del médico o de la enfermera, también depende

de los políticos, de los recursos económicos, de las alternativas a los problemas.

En aspectos científicos y médicos ha habido avances, porque la información es más accesible desde la versión *on-line*, y puedes estar al día de cualquier patología, no solamente como antes, con las típicas revistas a las que tenías acceso.

En cuanto al médico de familia, antes era más médico, en el contexto clínico, y ahora se limita muchas veces a ser un mero registrador de una serie de demandas. No tiene ocasión de hablar más con el enfermo porque está obligado a registrar una cantidad de aspectos que muchas veces son inútiles. No hace falta registrarlo todo, lo importante es controlar bien al paciente y no rellenar una serie de ítems que te exigen en una pantalla del ordenador. Nosotros intentamos cubrir ambos aspectos, pero muchas veces estamos rellenando una serie de pantallas de la historia clínica que no serían necesarias para dar una buena asistencia sanitaria y que incluso nos dificultan nuestro trabajo diario.

–¿Qué recuerda con más cariño de estos 25 años?

–Sin duda el equipo con el que he trabajado (incluyendo los 163 residentes que hemos formado), y con el que hemos llegado a ser un grupo de buenos amigos y amigas, y que por suerte conseguimos aislarnos de esta tensión burocratizada que nos viene de arriba.

–¿Qué cree que se ha quedado en el camino respecto a la concepción inicial de la Atención Primaria?

–La humanidad. La mayoría de la gente que va llegando ahora a médico está obligada a pasar los exámenes de MIR y ha perdido todo un concepto de vida, de otras capacidades que no son medicina, que van desde los conocimientos en literatura, cine, música... se han limitado al estudio y han perdido el lado humano, de la comprensión y el altruismo.

Esto no lo entienden los gestores porque es inmediato. Un abrazo, una mirada, acompañar a un moribundo...esto es inregistrable.

–¿El modelo de Atención Primaria sigue siendo un modelo válido?

–Sigue siendo un modelo válido, porque la mayoría de los profesionales aún siguen teniendo unas capacidades técnicas y humanas que deseo puedan revertir esta presión de los registros.

–¿Es posible luchar contra la burocracia?

–Es posible, pero actualmente la mayoría de directores médicos y de enfermería son jóvenes y basan su mandato en la autoridad, y lo que hay que conseguir es que basen su mandato en el liderazgo. Que entiendan que las cosas por liderazgo funcionan mejor que por autoridad. ■