

● ENTREVISTA

Entrevista a Rosa Magallón Botaya, catedrática de Medicina de la Universidad de Zaragoza

Interview with Rosa Magallón Botaya, Professor of Medicine at Zaragoza University

Javier Gállego Diéguez. Director de la *Revista Comunidad*

Carmen Belén Benedé Azagra. Servicio Aragonés de Salud. Coordinación de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón. Gobierno de Aragón. Grupo GII5011. Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón. Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria B21_23R. Zaragoza (España)



Rosa Magallón Botaya

recientemente ha adquirido la condición de catedrática de Medicina con la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad de Zaragoza. Es la primera mujer que lo consigue, antes había solo cuatro hombres. Tiene una experiencia asistencial de más de 30 años en el mismo centro. Esta entrevista fue realizada por Javier Gállego Diéguez y Carmen Belén Benedé Azagra el 26 de mayo de 2025.

Según tu experiencia, ¿cómo ha variado la relación del médico y la médica de familia con sus pacientes? ¿Qué factores influyen en esa relación?

He tenido la suerte de tener una relación de longitudinalidad con las familias a lo largo de más de 30 años, por lo que en ocasiones he conocido a tres e incluso cuatro generaciones, y, durante todo este tiempo, no he observado ningún cambio en la relación médico-paciente. Cuando se crea vínculo de confianza, se consigue una conexión estable. Es posible que la incorporación de las nuevas tecnologías haya hecho que los pacientes vengan a la consulta algo más resabiados de entrada, pero en el momento en que se establece una relación de confianza, el tipo de vínculo es el mismo. Por eso digo que no han cambiado las cosas. El estilo profesional y las habilidades te ayudan a construir una relación de confianza. Las habilidades de comunicación y de estilo de la relación médico-paciente se pueden y deben aprender. Yo aprendí mucho de los grupos Balint en los años noventa, pude ver cosas que nadie me había enseñado en la carrera. Eso me hizo formarme especialmente en comunicación. Cuando un paciente te pide consulta, está preparándola mentalmente toda la semana: lo que nos dirá y también lo que no nos dirá. Para el paciente esos minutos que le dedicamos en la consulta son probablemente los más importantes de la semana. Cuando conoces a las personas y el contexto en el que viven, gracias en buena parte a la relación de longitudinalidad entre médico y paciente, los profesionales podemos comprender y atender mejor sus problemas que nos traen a la consulta. El conocimiento acumulado se desarrolla por la trayectoria de relación.



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

¿Cuál consideras que es la aportación clave de la Medicina Familiar en la salud comunitaria? ¿Cómo se pueden mejorar las competencias de atención comunitaria?

El personal médico de familia, junto con el de enfermería y trabajo social, es el núcleo identificador de los problemas que se perciben desde el centro de salud. Existe, debe existir, un proceso de escucha de las necesidades que se observan en la comunidad a través de la consulta. Y es importante un tiempo de puesta en común y reflexión conjunta del equipo para analizar estas necesidades detectadas y valorar un enfoque comunitario. La atención comunitaria es una competencia esencial de la Medicina Familiar; de hecho, forma parte del apellido de la especialidad. Valoro de manera muy positiva que las/los residentes de enfermería y medicina se formen juntos, ya que ello facilita mucho la colaboración posterior. Las unidades docentes siguen el programa docente que incluye competencias sobre atención comunitaria (recientemente se ha renovado el programa docente de Medicina Familiar afianzándose en esta dirección)¹. Hay que potenciar la formación en atención comunitaria también en medicina, no solo en enfermería.

Considero un problema importante que la gestión clínica de nuestra práctica profesional esté totalmente secuestrada por la mesogestión, cuando debería ser competencia y corresponsabilidad del propio profesional. Esta situación es especialmente grave en la agenda asistencial del médico/médica de familia, cosa que no sucede en otros niveles asistenciales. No trabajamos en una cadena de montaje, trabajamos con personas. La gestión clínica debe estar en manos de los profesionales, no basarse solamente en la asistencia, y es clave que luego se evalúen los resultados. Esta situación limita el desarrollo de la atención comunitaria, de la docencia y de la investigación en Atención Primaria.

¿Cómo se puede mejorar el trabajo en red con las entidades de la zona que están construyendo salud? ¿Cómo potenciar los consejos de salud de zona?

El primer paso es reconocer la importancia de las demás entidades, y el segundo, iniciar un diálogo desde una posición de respeto. Reconocer lo que podemos hacer más allá de lo individual. Para la salud comunitaria, necesitamos contar con el tejido asociativo y el resto de los servicios públicos de la zona que aportan acción comunitaria para resolver las necesidades de salud de la población. Tenemos que establecer un trabajo colaborativo. He participado en diferentes consejos de salud y he visto que las realidades son diversas. A veces las entidades integrantes no coinciden en sus expectativas sobre cómo avanzar en la salud de la comunidad. En el inicio, es clave tener un análisis

compartido de lo que sucede en la zona, pues lo que permite poner el foco en un objetivo común. Los consejos de salud han conseguido muchos avances. Por ejemplo, durante la pandemia, el papel del consejo de salud de Arrabal (Zaragoza) fue clave para posicionar a toda la comunidad; todos participaron, todos dejaron de lado sus pequeñas diferencias y todos se implicaron en un objetivo común, que era afrontar la pandemia en el barrio.

Como catedrática de la Facultad de Medicina, ¿cuál crees que tiene que ser la formación del estudiante de Medicina?

La Facultad de Medicina tiene como misión formar buenos médicos y médicas generalistas, que no es lo mismo que generalismo, y que no quiere decir especialistas en Medicina Familiar, porque eso es otra cosa. Necesitamos médicas y médicos generalistas que sepan cómo explorar y tratar las enfermedades prevalentes y que comprendan el contexto biopsicosocial en las diferentes enfermedades. Al terminar el grado, la persona puede elegir entre las diferentes especialidades médicas, y desde luego una de las especialidades más complejas es la de Medicina Familiar y Comunitaria. La asignatura de Medicina Familiar aporta las competencias y el cuerpo de conocimiento propio y específico de la Medicina Familiar.

En la Facultad de Medicina de Zaragoza, los médicos y las médicas de familia, en estos momentos, somos los responsables de 14 créditos de los 360 de los estudios de medicina. Se incluye comunicación asistencial, bioética, 6 semanas de prácticas en los centros de salud y los 3 créditos de la asignatura de la Medicina Familiar. Está bien, si lo comparamos con lo que ocurre en otras universidades, pero aun así es totalmente insuficiente.

Las facultades de medicina en España tienen un enfoque tradicional orientado a la microespecialización, pero en otras universidades europeas no se hace así. Por ejemplo, en los Países Bajos la formación de los tres primeros cursos la llevan fundamentalmente los médicos de familia. La diabetes y la endocrinología básica la dan los médicos de familia y luego hay seminarios específicos prácticos, con especialistas de endocrino del hospital. La transversalidad es absolutamente necesaria. Nuestro enfoque es que el profesorado de Medicina Familiar se integre proporcionando la formación holística, comunitaria, el manejo de las enfermedades más prevalentes desde un punto de vista general y comunitario.

¿Cómo ves la implicación de los/las estudiantes de medicina con la Atención Primaria? ¿Les supone un cambio el conocimiento de la Medicina Familiar y Comunitaria?

Hay que exigir que haya una rotación obligatoria mir por centros de salud en las diversas especialidades médicas; existe normativamente en muchas de ellas, pero no se cumple. Cuando los estudiantes llegan a quinto curso para hacer la asignatura de Medicina Familiar, tienen una visión absolutamente hospitalaria de la medicina. La Academia de Medicina de Familia de España (AMFE), con la que colaboro, ha elaborado recomendaciones marco para la asignatura de Medicina Familiar². Nuestro objetivo es empezar en los primeros cursos. Nuestra experiencia con las/los estudiantes es positiva. La asignatura les sorprende, les gusta y van comprendiendo el papel de la Medicina Familiar. El estudiante hace un portafolio sobre la asignatura y las prácticas en Atención Primaria, con una reflexión sobre su aprendizaje. Se percibe el cambio y la mejora de su visión de la Atención Primaria en los últimos años. Antes, los estudiantes de medicina decían que el médico o la médica de familia era quien sabía a qué especialistas tenía que derivar a sus pacientes. Ahora empiezan a comprender que esta es una especialidad compleja que tiene que atender de manera integral a las personas.

Tienes mucha experiencia en procesos de innovación didáctica. ¿Cómo se ponen en marcha estos procesos? ¿Qué logros consideras que se ha conseguido con estos procesos de innovación?

En nuestra universidad, como asignatura de Medicina Familiar, llevamos optando y participando hace muchos años en las convocatorias de innovación docente de la Universidad de Zaragoza. Cuando faltan recursos o los recursos que se tienen se usan mal, hay que innovar. Acabamos de formalizar mediante convenio una colaboración informal con la Escuela Municipal de Teatro que mantene-mos desde hace más de 15 años. En los seminarios de entrevista clínica, las y los estudiantes de teatro hacen el papel de pacientes e interactúan con estudiantes de medicina. Son espacios en los que planteamos dilemas éticos y de comunicación. Los estudiantes de ambas disciplinas reciben *feedback* de sus respectivos profesores, así que el beneficio es mutuo. Los estudiantes de medicina ponen en práctica habilidades de comunicación, como saludar, mirar a los ojos, gesticular con las manos, controlar la tensión emocional, autoaprender a partir de la práctica, gestionar el diálogo, hacer preguntas abiertas, hacer una valoración holística, percibir algo que no te están diciendo, extraer la información compleja, dar malas noticias, etc. Desde 2006 utilizamos el portafolio, que es una reflexión del estudiante sobre su práctica. Lo hacemos en las asignaturas de Comunicación, Ética, Medicina Familiar y también en las prácticas que se hacen en los centros de salud. Tenemos un proyecto de innovación muy interesante relacionado con la enseñanza de la medicina a través de las familias. Sin embargo, no se ha conseguido desarro-

llar en su totalidad por la falta de tiempo para la docencia de los médicos y médicas de familia. Hemos innovación también utilizando técnicas de simulación, y ahora vamos a empezar a trabajar con inteligencia artificial.

¿Qué más iniciativas habéis desarrollado en el posgrado?

En los cursos de posgrado, la Medicina Familiar y la atención comunitaria está incluida en el Máster de Investigación y en el Máster de Salud Global. Se contempla en los programas de doctorado de medicina, de enfermería, de ciencias de la salud, de ciencias sociales y de salud global. La investigación en Atención Primaria se ha vinculado a la formación de posgrado y se fomenta el trabajo multiprofesional e interdisciplinar promoviendo el trabajo en red, integrando investigadoras y doctorandas de medicina, enfermería, trabajo social, etc.

¿Cómo promover la investigación en Atención Primaria y especialmente en atención comunitaria?

Los y las profesionales de Atención Primaria deben tener las mismas condiciones que los de atención hospitalaria para su desarrollo profesional. No existe la misma protección para desarrollar una carrera investigadora. Es fundamental disponer de tiempo y apoyo para desarrollar líneas y proyectos de investigación. Hay falta de compromiso en la organización para generar un ambiente que favorezca la investigación en Atención Primaria, una de cuyas áreas prioritarias es la atención comunitaria. Además, existe la brecha de género. ¿Por qué con 65 años se ha conseguido la primera plaza de mujer catedrática con la especialidad de Medicina Familiar? La brecha de género también existe en el hospital, pero se agrava en la Atención Primaria, que no es considerada como un espacio para la investigación. Cuando se otorga un contrato de investigación Río Hortega del Instituto de Salud Carlos III a un profesional de Atención Primaria, aparecen muchos problemas de gestión. Es clave retener y proteger el talento de las y los profesionales de Atención Primaria.

Nuestro grupo de investigación en Atención Primaria, el Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria (GAIAP)³, es el segundo más potente de España en cuanto a impacto de la investigación de Atención Primaria, siendo Aragón una comunidad de 1,3 millones de habitantes. Gracias al apoyo que la Atención Primaria ha recibido del Instituto de Salud Carlos III, con una apuesta firme por la investigación en esta especialidad, hemos crecido. Somos un equipo multidisciplinar que investigamos, entre otras cosas, en modificación de estilos de vida y en intervenciones comunitarias. Esta es una de nuestras líneas de investigación más potentes.

¿Cuáles son los logros más destacables del GAIAP, que tú lideras, relacionados con la atención comunitaria?

La investigación y la tesis doctoral que hizo nuestra investigadora Belén Benedé en 2016 dentro del grupo sirvieron de base para el desarrollo de la Estrategia de Atención Comunitaria en Aragón, una de las primeras en España. También han permitido un trabajo en red con otras comunidades autónomas. Por ejemplo, para el desarrollo de la herramienta EvalGuía de participación⁴ comunitaria o el proyecto EVALRA para el desarrollo de indicadores para la evaluación de la recomendación formal de activos para la salud⁵. También se ha demostrado que funcionan determinadas estrategias innovadoras, determinados softwares (app Cristóbal para la mejora de la salud para camioneros), pequeños cambios en la Atención Primaria que pueden tener una aplicación inmediata y que mejoran la prevención y cambian los estilos de vida.

¿Cómo se puede avanzar para que los resultados de la investigación se puedan trasladar e implementar en el contexto de la Atención Primaria?

La investigación en la Atención Primaria habitualmente genera evidencias muy costo efectivas que son implementables en los servicios de salud a un coste muy bajo y que generarían mejoras en la salud de las poblaciones. Para que los resultados de la investigación se transfieran a la práctica de la Atención Primaria, es necesario, en primer lugar, que los gestores de los servicios sanitarios crean en la utilidad de lo que investigamos. Y que se proporcione visibilidad para que el dinero público invertido en la investigación no quede solo en una publicación. Y, por supuesto, que se genere un trabajo colaborativo entre gestión e investigación para hacer la traslación de forma conjunta.

Para finalizar, ¿cómo se puede conseguir el cambio para que la Atención Primaria de Salud sea verdaderamente el eje del sistema?

La Atención Primaria tiene que mantener el modelo basado en sus características esenciales: —la longitudinalidad, la atención holística comunitaria o la continuidad asistencial—, pero es necesario cambiar su estructura y organización, que es arcaica, para responder a las necesidades actuales del Sistema Nacional de Salud. La atención a la persona y la familia tiene que ser realizada desde un núcleo esencial compuesto por un/una profesional de la medicina y un/una profesional de la enfermería, reforzado por un/una profesional administrativo sanitario con formación en atención a las personas. Actualmente, no hay implantada una formación profesional específica de administrativos sanitarios. También hay que incorporar a los equipos otras disciplinas; ya se cuentan con profesionales de trabajo social, matronas o fisioterapeutas, pero es necesario integrar nuevos perfiles profesionales, como nutricionistas, psicólogos, terapia ocupacional, etc. La incorporación de estos profesionales se dimensionaría de acuerdo con el tamaño de la zona básica y en su caso podrán ser de área de salud. Asimismo, hay que potenciar la salud pública, porque es una complementariedad de la Atención Primaria y Comunitaria. Es necesaria una buena articulación entre profesionales, coordinada por el binomio medicina-enfermería, en el que cada nivel profesional asuma sus competencias y las realice, haciendo también atención comunitaria para que las personas asuman su autocuidado. Si esto sucede, probablemente no serán necesarios más especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria porque estos profesionales de la medicina tendrán entonces el tiempo que necesitan para ocuparse de sus propias competencias médicas, que incluyen, cómo no, las que tienen que ver con el segundo apellido de su especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2005/03/03/scoi1198>
2. AMFE. Recomendaciones AMFE para la asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria. Propuesta de Guía Docente para los planes de estudio. [Internet]. Disponible en: <https://www.semfc.es/storage/publication/assignaturaAMFE%202901.pdf>
3. GAIAP. Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria. [Internet]. Disponible en: <https://gaiap.es/>
4. EVALGUÍA. [Internet]. Disponible en: <https://evaluagps.com/>
5. Proyecto EVALRA. Indicadores para la evaluación de la recomendación formal de activos para la salud en atención primaria. [Internet]. Disponible en: <https://evalra.com/wp-content/uploads/2025/04/Informe-EVALRA-FINAL.pdf>