

Presente y futuro de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España

Verónica Casado Vicente

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Profesora asociada y coordinadora de la Unidad
Docente Universitaria de Medicina Familiar
y Comunitaria. CS Universitario Parquesol.
Valladolid (España).

«El futuro tiene muchos nombres.
Para los débiles, es lo inalcanzable.
Para los temerosos, lo desconocido.
Para los valientes, es la oportunidad».

VICTOR HUGO

Por muy grandes que sean las debilidades y amenazas actuales, que lo son, no debemos olvidar nunca nuestras fortalezas. La competencia de las médicas y los médicos de familia (MF) de nuestro país, entre otros factores, ha influido de manera importante sobre la morbimortalidad evitable imputable a la Atención Primaria que nos posicionó entre las tres mejores de 31 países europeos en 2015¹ y que ha significado un gran motor de cambio.

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) nace en España como especialidad al amparo de la creación de «la formación especializada vía residencia» para todas las especialidades médicas, en 1978^{2,3}. En constante desarrollo desde entonces, su pasado no ha sido un camino de rosas. Se pueden identificar tres grandes crisis.

La primera, en su nacimiento, ya que surge apoyada por los planificadores del Sistema Nacional de Salud (SNS), pero en contra de la Sociedad Española de Medicina Rural (SEMER, en aquel momento) y de los colegios de médicos (CGCOM). Y es importante recordar que para su programa formativo recibió la influencia clínica de los internistas y la influencia de la salud comunitaria de los salubristas, que componían la primera comisión de la especialidad. Los inicios fueron dificultosos, y la primera promoción no disponía de centros de salud donde formarse. Tras una huelga y un encierro en 1982, se crearon las unidades piloto de la MFyC, germen futuro de los centros de salud, y se gestó el primer programa de la especialidad.

La segunda gran crisis se produjo en 1995, por la directiva europea que exigía una formación específica de al menos 2 años (en aquel momento eran 3 años). SEMER, colegios de médicos y facultades de medicina contrarios a esta directiva movilizaron a los estudiantes para crear una vía alternativa al MIR. La actuación de la sociedad científica, las Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y de la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) ayudó a resolver el problema. Se optó por ampliar plazas y se hicieron dos convocatorias MIR, separando la MFyC del resto de especialidades durante 6 años.

La tercera crisis, originada en 2007, se relaciona con la mala planificación de las necesidades de especialistas del Sistema Nacional de Salud (SNS), que es una de las múltiples causas que aplastan a nuestra Atención Primaria actual⁴⁻⁶.

A lo largo de 40 años, la especialidad se ha ido configurando de la mano de los cinco programas de la especialidad, tres de ellos oficia-

les. El programa aún vigente se publicó en 2005⁷. Dicho programa, con un alto nivel de consenso en sus contenidos y metodologías innovadoras, contaba con un gran apoyo interno y externo, pero el limitante más importante para su aprobación por el Ministerio fue el paso de 3 a 4 años. Se trata del primer programa de especialidad basado en competencias de España.

En estos años, la CNE de MFyC insiste especialmente en planificar la oferta MIR general y de residentes en MFyC, en especial, con reajuste entre especialidades y entre comunidades autónomas, y propiciar la fidelización laboral por el sistema sanitario y la mejora de las condiciones laborales de la Atención Primaria, así como su presencia nuclear en la universidad, para evitar la no elección de esta especialidad o su emigración. Ya en 2013-2014, la CNE concluye en su informe que la oferta global de plazas debe ser como mínimo de 2.514 para MFyC (40,9% del total de la oferta). Estas demandas nunca fueron atendidas (se convocaron 1.671 plazas, el 22,7% del total), y en la actualidad nos sorprendemos de no tener especialistas en MFyC y de que la brecha entre especialistas del primer nivel con respecto al segundo haya aumentado.

Las debilidades propias de la Atención Primaria, que evidentemente afectan a la formación de sus especialistas, tienen que ver con su financiación, planificación, organización y gestión. La desastrosa planificación de necesidades de especialistas en los últimos 15 años, que llevan al déficit de MF (junto a otras 17 especialidades), con superávit de otras que ya no nutren al SNS público, habiéndose generado una importante falta de equilibrio entre oferta y demanda.

Actualmente, nos encontramos con que hay mucha más necesidad de cubrir puestos que profesionales disponibles, y eso lleva a la ley inversa de atención de Tudor Hart⁸. Muchos MF, si pueden, eligen quedarse en ciudades y en zonas con menos dificultades de desempeño. Pero el problema es tan grave en la actualidad que toda la Atención Primaria tiene dificultades de desempeño y cobertura. Se ha pasado de una situación de paro médico hace 40 años a no tener médicos en algunas especialidades, situación que puede agravarse enormemente por el importante porcentaje de jubilaciones que van a producirse en los próximos 3 años, por otra parte, fenómeno conocido y previsible. Y esto solo tiene un nombre: mala planificación de las necesidades de especialistas, y no por falta de estudios⁹. Por otra parte, es muy difícil planificar sin el deseado y nunca establecido Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

A las debilidades propias de la Atención Primaria, se añaden las vinculadas a la propia especialidad y su programa.

Entre las amenazas, tanto para la Atención Primaria y, por ende, para la especialidad, se añaden otras amenazas en un momento de dramático déficit de MF, y es querer parcelar la especialidad por una supuesta desviación de nuestros MF jóvenes a otros entornos, en vez de analizar lo que realmente está pasando en la Atención Primaria y atención continuada. Y se apuesta por el hospitalocentrismo una vez más, en vez de apostar por reordenar y reforzar ambas y por una superespecialización desde la MFyC, a través de las Áreas de Capacitación Específica, en aquellas actividades asistenciales que se precisen, haciendo que el sistema sea más eficiente, más flexible, más útil y fácil de implementar.

Los 17 años transcurridos con el programa de 2005, aún vigente, y las experiencias acumuladas nos permiten juzgar tanto sus fortalezas como sus debilidades (tabla 1) e identificar áreas de mejora en unas capacidades que no hemos logrado desarrollar y que tienen que ver con nuestros dos apellidos, «familiar y comunitaria», y con el «método clínico centrado en el paciente» (MCCP)^{10,11}.

La gestión clínica individual debe profundizar en el MCCP y en la inclusión de nuevas áreas clave, como el abordaje a los pacientes crónicos, complejos y avanzados, frágiles, con multimorbilidad y polimedicación, la perspectiva de género, la soledad, la atención a personas vulnerables, la violencia de género y las otras violencias, los cuidados paliativos, la muerte digna, la eutanasia, los trastornos mentales, las adicciones nuevas y no tan nuevas, el abordaje de la sexualidad, etc., que incluya el método científico para el enfoque biopsicosocial, la desmedicalización, el control del sobrediagnóstico, la conciliación de diagnósticos y tratamientos, la desprescripción, las prácticas seguras. También debe realizarse el despliegue de habilidades clínicas como la ecografía clínica como «complemento» a «nuestra» exploración física, la polisomnografía, la retinografía, la dermatoscopia, el eco-Doppler, la espirometría, la medición ambulatoria de la presión arterial (MAPA), la cirugía menor y otros procedimientos terapéuticos, la inserción de dispositivo intrauterino (DIU)/implantes, las competencias digitales...

La gestión clínica familiar va más allá de entender a la persona en su contexto familiar. La familia en sí es objeto de abordaje e intervención y precisa conocer y manejar sus propias herramientas.

La gestión clínica poblacional¹²⁻¹⁴, que es la gestión de la población como grupo que el MF tiene a su cargo, es decir, la «gestión clínica del cupo». Y para ello hay que conocer las características de la población adscrita, basada en información suficiente, demográfica y sanitaria, de utilización de recursos y de resultados de las intervenciones, y tomar decisiones operativas para el cuidado de su salud y el mantenimiento de la equidad, en función de ese conocimiento generado. Esto capacitará al MF para, desde la consulta, ver más allá y realizar la denominada «atención meso-comunitaria», aprender a implantar acciones de mejora en lo que sería un primer nivel de enfoque poblacional desde la consulta, como elemento previo necesario a la adquisición de competencias en promoción de la salud y salud comunitaria basada en activos¹⁵.

Tabla 1. Algunas fortalezas y debilidades/amenazas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

FORTALEZAS	DEBILIDADES Y AMENAZAS
La morbimortalidad evitable imputable a la AP ha mejorado en estos más de 40 años de especialidad	Hospitalocentrismo en la asistencia, en la formación y en la investigación
Programa basado en competencias y alta resolutivez	Mala planificación de necesidades de especialistas
Definición de los valores del MF	Desconocimiento político, académico, sanitario y social del valor de la AP y de la MF
Definición del perfil profesional	Escaso número de residentes que elige MFyC en los 500 primeros puestos
Flexibilidad y pluripotencialidad	Parcelación de la formación y de la asistencia
Inclusión de niveles de prioridad y niveles de responsabilidad	Algunos profesionales consideran el programa extenso y, en general, poco leído por tutores y colaboradores docentes y residentes
Aumento del tiempo de formación en el centro de salud al 50%	Ninguna especialidad se forma más tiempo en otros servicios que en el suyo propio. No valoración de la MFyC externa ni internamente
Definición de las figuras docentes. Amplia red de tutores	Tutores muy cansados. No hay carrera profesional, incentivar económica y no económica para el tutor, en general, en toda España
Importante red de centros de salud docentes acreditados	No se valora «el perfil del cupo» ni las presiones asistenciales para consultas docentes asistenciales. Dificultad para compaginar asistencia, docencia, gestión clínica e investigación
Clínicos altamente cualificados	Escaso desarrollo de la atención familiar de la atención y salud comunitaria
Incorporación de innovaciones en metodologías docentes y evaluativas	Implementación de las innovaciones heterogéneas. No se considera la evaluación formativa y evaluativa para el acceso al mercado laboral
Renovación innovadora del libro del especialista en formación	El libro del especialista es considerado excesivo y poco útil por algunos tutores y residentes
Actualización de los grupos de atención poblacional	Nuevos condicionantes sociales y demográficos
Asignaturas de MF y de prácticas tuteladas en las facultades de medicina	La presencia de la MFyC en la universidad no es nuclear ni en las materias impartidas ni en las prácticas
El barómetro sanitario identifica que el/la MF es los mejores valorados del SNS	Prestigio académico y social aún limitado

AP: Atención Primaria; MF: médica/médico de familia; MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria; SNC: Sistema Nacional de Salud.

Nos consta el enorme trabajo que está realizando la actual CNE para la elaboración del nuevo programa que ya está preparado y que debería haberse publicado ya en 2022. Su actualización permite revisar las competencias, tiempos, itinerarios formativos, metodologías y algunos contenidos que precisan ser actualizados, reforzar e incentivar la figura del tutor y definir su perfil, definir las áreas competenciales y la acreditación de todas las figuras docentes de los centros de salud docentes, de las unidades docentes, así como los criterios de homologación de calidad.

Es evidente que en estos momentos nos estamos jugando mucho; no solo nuestro futuro, sino la salud de nuestra población.

«Mi convicción profunda es que el futuro no está escrito en ningún sitio; será lo que nosotros hagamos de él. [...]

Para el ser humano, el destino es como el viento para el velero.

El que está al timón no puede decidir de dónde sopla el viento, ni con qué fuerza, pero sí puede orientar la vela. Y eso supone a veces una enorme diferencia».

AMIN MAALOUF

BIBLIOGRAFÍA

1. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Building primary care in a changing Europe: Case studies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015 [consultado el 22 de diciembre de 2022]. PMID: 29064645. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf
2. Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. (BOE [Internet] número 206 de 29/8/1978). [consultado el 22 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-22162>
3. Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. (BOE [Internet] número 29 de 2/2/1979). [consultado el 22 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-3116>
4. Casado Vicente V. La historia de la Medicina de Familia en España (1978-2018). AMF. 2018 [consultado el 22 de diciembre de 2022]; 14(3); ISSN (Papel): 1699-9029 I ISSN [Internet]: 1885-2521. Disponible en: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/la-historia-de-la-medicina-de-familia-en-espana-1978-2018>
5. Fajardo Alcántara A. El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980. [Internet.] Tesis doctoral. Universidad de Granada. Granada. 2007 [consultado el 21 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2010/08/16925506.pdf>
6. Amigo Rodríguez P. Institucionalización de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad médica en España (1978-2008). [Internet.] Tesis doctoral. Ediciones de la Universidad de Salamanca. Salamanca. 2011 [consultado el 21 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76389/1/DPPMMLHM_Amigo_Rodriguez_P_Institucionalizacion_de_la_medicina.pdf
7. 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.] [consultado el 22 de diciembre de 2022]. Disponible en: URL <https://www.mssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediFamiliar07.pdf>
8. Tudor Hart J. THE INVERSE CARE LAW. Lancet [Internet]. 1971 [consultado el 22 de diciembre de 2022];297(7696):405-12. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067367192410X>
9. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Informes sobre Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2021-2035), (2018-2030), (2010-2025), (2006-2030), (2008-2025). [Internet.] Grupo de Investigación Economía de la salud. EcoSalud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria Ministerio de Sanidad. [consultado el 22 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/profesionales/necesidadEspecialistas/home.htm>
10. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The Patient-Centred Clinical Method. 1. A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine. Fam Pract [Internet]. 1986 [consultado el 22 de diciembre de 2022];3(1):24-30. Disponible en: <https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/3.1.24>
11. Foundation TH. Person-centred care made simple. What everyone should know about person-centred care [Internet]. Foundation TH, editor. 2016 [consultado el 22 de diciembre de 2022]. p. 45. Disponible en: https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple_0.pdf
12. Rosen R. Clinical governance in primary care: Improving quality in the changing world of primary care. BMJ [Internet]. 2000 [consultado el 22 de diciembre de 2022];321(7260):551-4. Disponible en: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.321.7260.551>
13. Buja A, Toffanin R, Claus M, Ricciardi W, Damiani G, Baldo V, et al. Developing a new clinical governance framework for chronic diseases in primary care: an umbrella review. BMJ Open [Internet]. 2018 [consultado el 22 de diciembre de 2022];8(7):e020626. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-020626>
14. Ghavamabad LH, Vosoogh-Moghaddam A, Zaboli R, Aarabi M. Establishing clinical governance model in primary health care: A systematic review. J Educ Health Promot [Internet]. 2021 [consultado el 22 de diciembre de 2022];10:338. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34761024>
15. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit. [Internet]. 2016 [consultado el 22 de diciembre de 2022];30:93-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391111630125X>