

## Medicina Familiar y Comunitaria. ¿Una especialidad en crisis?

Juana Sánchez Jiménez

Vicesecretaria general de la SEMG y responsable del área MIR

En 1978, auspiciado por una reforma de la Sanidad del gobierno de UCD, nació la especialidad de Medicina de Familia, que trajo como consecuencia una fractura entre *nuevos* y *viejos* médicos, con desplazamiento de profesionales que llevaban ejerciendo durante largos años en el sistema y cuyas secuelas aún persisten a pesar del tiempo transcurrido: seguimos arrastrando una homologación que desde el principio debía haber sido automática, y mucho habría que opinar sobre este tema, pero no es el fondo de este artículo el análisis de dicha situación.

Una mala previsión sobre los recursos humanos necesarios en el Sistema Nacional de Salud (SNS), con una continua política de restricción de plazas de formación especializada, ha llevado a una situación de déficit acusado, sobre todo en la especialidad de Medicina de Familia.

El perfil médico más demandado por el sistema sanitario en el momento actual es el del médico de familia. En la actualidad, el 42% de los médicos del SNS español son médicos que ejercen en el ámbito de la atención primaria de salud (APS); en el futuro deberían suponer más del 50% y llegar al 60% si se siguen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tenemos una APS universal y equitativa, pero con muchos problemas sin resolver: la falta de profesionales, la insuficiencia financiera, la excesiva medicalización, la presión asistencial y los cambios

demográficos son algunos de ellos. Vivimos una eclosión de cursos y ofertas formativas, aunque con escasa planificación y ajuste a las necesidades de cada profesional. Cada Comunidad Autónoma desarrolla una política en salud con respecto a sus profesionales, que en lugar de ser de cooperación es de competición.

A pesar de las múltiples declaraciones políticas de que la APS en España es el eje del sistema sanitario, en la realidad es cada vez más evidente el crecimiento del sector hospitalario, que presenta un creciente desnivel presupuestario con respecto a la APS, y como ejemplo reciente tenemos los nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid o la apertura de Centros de Alta Resolución de la Consejería de Andalucía, lo que aleja al paciente de su médico de cabecera y de su capacidad de resolución y fractura cada vez más la toma de decisiones (al paciente se le vende que el único lugar donde se pueden resolver sus problemas es en un hospital).

Pero quizás la mayor demostración de la falta de interés por la APS, desde siempre, sea el que los médicos recién licenciados rechazan la especialidad. Cientos de plazas de Medicina de Familia quedan vacantes en las sucesivas convocatorias MIR. Rechazan la especialidad los mejores y los peores, y muchos de los que la eligen deciden cambiar de especialidad y se presentan de nuevo al examen MIR al terminar su periodo formativo.

En 2005, la Comisión Nacional de Medicina de Familia (CNMF) realizó un estudio sobre problemas detectados en los recién licenciados. Las conclusiones fueron: importante distorsión formativa, exhaustivos conocimientos teóricos, importantes carencias en competencias clínicas genéricas, visión reducida de la medicina, limitada a sus aspectos curativos, biomédicos y hospitalocentristas, la inmensa mayoría se plantean otras especialidades hospitalarias en primera opción, no tienen. No tienen modelos profesionales de referencia en APS; desconocen la realidad de ésta y de la Medicina de Familia.

Una de las situaciones reconocidas como posibles causas de este rechazo es la ausencia de la Medicina de Familia de la formación pregrado. Desde los años 80 organismos internacionales promueven la necesidad de mejorar la docencia de pregrado de la Medicina. La Medicina de Familia es reconocida prácticamente en todos los países de nuestro entorno con presencia universitaria y es considerada una de las 18 especialidades universales de la Unión Europea (presente en todos sus miembros). En todos los países desarrollados, sus Facultades de Medicina tienen Departamentos y Profesores de Medicina de Familia. En España la presencia académica es muy pobre (de las 28 facultades de Medicina, sólo 12 cuentan con una asignatura optativa de Medicina de Familia y sólo en 4 es troncal).

El objetivo de una facultad es formar médicos polivalentes que posteriormente, según sus deseos o circunstancias, construyan su perfil profesional. Parece demostrado que la exposición temprana a modelos de medicina de familia y a experiencias longitudinales de APS incrementa la probabilidad de elección vocacional de la medicina de familia en el posgrado.

Medidas globales y específicas, como el aumento del número de centros acreditados (actualmente en España los centros de salud acreditados para la

formación de posgrado son algo más del 20%) pueden facilitar un mayor número de tutores, de forma que haya competitividad entre ellos, y puede ayudar, por diversidad, a la elección de los residentes y a la mejora en el trabajo de los muchos médicos que quieren y están por la labor de enseñar, investigar y compartir conocimientos.

La apertura de los centros de salud al pregrado, con prácticas acreditadas voluntarias, mejorará el conocimiento del trabajo desarrollado en la APS. Actualmente en los Centros de Salud tenemos estudiantes de enfermería; ¿por qué no tenerlos de Medicina? De esta forma se crearía, desde mi punto de vista, mayor dedicación a las tutorías y a la labor del desarrollo y adquisición de competencias. Muchos residentes se quejan de que se les utiliza para pasar consulta y no se les promueve una actitud de iniciativa para desarrollar habilidades; desean mayor autonomía y posibilidades de elección en su formación y no es raro encontrar residentes en nuestros Centros de Salud que buscan aprender de otros compañeros, aunque no estén acreditados como docentes.

El reto del colectivo de todos los médicos de familia, como posibles formadores, es lograr unas mejores condiciones de trabajo para desarrollar nuevas metodologías docentes, así como el empleo de nuevas técnicas en APS, como la ecografía, para garantizar la calidad de la formación y la correcta atención a los ciudadanos, hacer más valorable nuestra labor diaria para toda la sociedad (pacientes y otras especialidades) y finalmente contribuir a aumentar nuestra autoestima.

Desde la SEMG observamos que, a pesar de los cambios que se han producido durante estos años de travesía, sigue persistiendo desconfianza y división irracional entre médicos de APS que, dada la situación actual, reconocida por todos, resulta anacrónica y hasta suicida para el futuro de la misma en el SNS. Existe también dificultad en los accesos a las tutorías, más acentuada para los de

En 2005, la Comisión Nacional de Medicina de Familia (CNMF) realizó un estudio sobre problemas detectados en los recién licenciados. Las conclusiones fueron: importante distorsión formativa, exhaustivos conocimientos teóricos, importantes carencias en competencias clínicas genéricas, visión reducida de la medicina, limitada a sus aspectos curativos, biomédicos y hospitalocentristas, la inmensa mayoría se plantean otras especialidades hospitalarias en primera opción, no tienen. No tienen modelos profesionales de referencia en APS; desconocen la realidad de ésta y de la Medicina de Familia.

Una de las situaciones reconocidas como posibles causas de este rechazo es la ausencia de la Medicina de Familia de la formación pregrado. Desde los años 80 organismos internacionales promueven la necesidad de mejorar la docencia de pregrado de la Medicina. La Medicina de Familia es reconocida prácticamente en todos los países de nuestro entorno con presencia universitaria y es considerada una de las 18 especialidades universales de la Unión Europea (presente en todos sus miembros). En todos los países desarrollados, sus Facultades de Medicina tienen Departamentos y Profesores de Medicina de Familia. En España la presencia académica es muy pobre (de las 28 facultades de Medicina, sólo 12 cuentan con una asignatura optativa de Medicina de Familia y sólo en 4 es troncal).

El objetivo de una facultad es formar médicos polivalentes que posteriormente, según sus deseos o circunstancias, construyan su perfil profesional. Parece demostrado que la exposición temprana a modelos de medicina de familia y a experiencias longitudinales de APS incrementa la probabilidad de elección vocacional de la medicina de familia en el posgrado.

Medidas globales y específicas, como el aumento del número de centros acreditados (actualmente en España los centros de salud acreditados para la

formación de posgrado son algo más del 20%) pueden facilitar un mayor número de tutores, de forma que haya competitividad entre ellos, y puede ayudar, por diversidad, a la elección de los residentes y a la mejora en el trabajo de los muchos médicos que quieren y están por la labor de enseñar, investigar y compartir conocimientos.

La apertura de los centros de salud al pregrado, con prácticas acreditadas voluntarias, mejorará el conocimiento del trabajo desarrollado en la APS. Actualmente en los Centros de Salud tenemos estudiantes de enfermería; ¿por qué no tenerlos de Medicina? De esta forma se crearía, desde mi punto de vista, mayor dedicación a las tutorías y a la labor del desarrollo y adquisición de competencias. Muchos residentes se quejan de que se les utiliza para pasar consulta y no se les promueve una actitud de iniciativa para desarrollar habilidades; desean mayor autonomía y posibilidades de elección en su formación y no es raro encontrar residentes en nuestros Centros de Salud que buscan aprender de otros compañeros, aunque no estén acreditados como docentes.

El reto del colectivo de todos los médicos de familia, como posibles formadores, es lograr unas mejores condiciones de trabajo para desarrollar nuevas metodologías docentes, así como el empleo de nuevas técnicas en APS, como la ecografía, para garantizar la calidad de la formación y la correcta atención a los ciudadanos, hacer más valorable nuestra labor diaria para toda la sociedad (pacientes y otras especialidades) y finalmente contribuir a aumentar nuestra autoestima.

Desde la SEMG observamos que, a pesar de los cambios que se han producido durante estos años de travesía, sigue persistiendo desconfianza y división irracional entre médicos de APS que, dada la situación actual, reconocida por todos, resulta anacrónica y hasta suicida para el futuro de la misma en el SNS. Existe también dificultad en los accesos a las tutorías, más acentuada para los de