



VIII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria

**"Medicina Familiar y Comunitaria,
especialidad esencial para la transformación
de los sistemas de salud en el siglo XXI**

La especialización en Medicina Familiar y Comunitaria como requisito para el ejercicio en el primer nivel de atención en España.

Relación entre políticas de formación y Sistemas de Salud

DRA. VERÓNICA CASADO

LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA COMO ESPECIALIDAD

- ✓ AMBITO DE ACTUACIÓN DIFERENCIADO: *PRIMER NIVEL SANITARIO: ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS*
- ✓ CUERPO DE CONOCIMIENTOS PROPIO:
 - *MEDICINA PREVENTIVA CLÍNICA*
 - *MEDICINA DE ALTA PREVALENCIA E INCIDENCIA,*
 - *MEDICINA FAMILIAR Y MEDICINA COMUNITARIA*
- ✓ PARADIGMA DE ACTUACIÓN: *ENFOQUE BIOPSIKOSOCIAL*
- ✓ ORIENTACIÓN ESPECÍFICA: *PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN*
- ✓ TRADICIÓN HISTÓRICA
- ✓ INVESTIGADORES NACIONALES E INTERNACIONALES

- **3 años** (18): Bélgica, Bosnia, Bulgaria, R. checa, Estonia, Hungría, Italia, Lituania, Luxemburgo, Georgia, Holanda, Macedonia, Latvia, Malta, Moldavia, Rumania, Reino Unido, Turquía.
- **3.5 años** (2): Austria, Eslovaquia
- **4 años** (9): Croacia, Eslovenia, **España**, Grecia, Irlanda, Israel, Polonia, Portugal, Serbia.
- **5 años** (6): Dinamarca, Alemania, Islandia, Noruega, Suecia, Suiza
- **6 años** (1): Finlandia

- Euract (WONCA) <https://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database>

La formación específica/especialidad en MF/GP es **obligatoria** en Europa para ejercer



HITOS

- **1978** Constitución española: Derecho a la protección de la salud. OMS Alma Ata. Creación del sistema de formación especializada vía residencia, creación de la especialidad de MFyC (*el MF constituye la figura fundamental del SS y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de una comunidad*).
- **1984** RD de estructuras básicas: Centros de Salud, ZBS y EAP
- **1986** Ley General de Sanidad
- **1989** RD 264/89 curso de perfeccionamiento obtención del título de MFyC
- **1990** La especialidad de MFyC como vía de formación específica en medicina general en España (diario Oficial de la UE C262/2)
- **1995** Entrada en vigor de la Directiva 457/86. MIR específico en MFyC
- **1998** RD 1753/1998 de 31 de julio sobre acceso excepcional al título de Médico especialista en MFyC y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el SNS
- **2001** Reunificación del sistema MIR. Directiva 2001/19/CE 3 años de formación en MG/MF en todos los países de la UE
- **2005** aprobación y puesta en marcha del tercer programa oficial de medicina familiar y comunitaria. *4 años+* <https://www.boe.es/eli/es/o/2005/03/03/sco1198/dof/spa/pdf>

MARCO

- **EQUIDAD:**
 - Financiación pública por impuestos
 - Aseguramiento único: cartera de servicios
 - Accesibilidad geográfica: territorialización de la atención: creación de las áreas de salud, centros de salud y equipos de atención primaria. Unificación en una red única los diferentes dispositivos
 - Gestión fundamentalmente pública
- **EFFECTIVIDAD Y VIABILIDAD**
 - MEJORA EN LA FORMACIÓN
 - Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y procesos de homologación de calidad
- **EFICIENCIA**
 - Mejora en la formación en gestión
 - Eficacia de nivel: atención primaria puerta de entrada y gestora de casos y coordinadora de flujos

El sistema de formación especializada mediante residencia ha tenido un gran impacto no sólo formativo sino que se ha constituido en un auténtico motor de cambio y mejora del sistema sanitario tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria



La formación especializada en España

Prueba de acceso única para todos los candidatos

Programa único por especialidad para toda España

Comisiones nacionales de especialidad (MIR, EIR, FIR, PIR, BIR, QIR)

Consejo nacional de especialidades en ciencias de la salud

Comisión de recursos humanos

NO DEPENDE DE LA UNIVERSIDAD SINO DEL GOBIERNO/CCAA



*No hay viento favorable
para el que no sabe adónde va
Séneca*

INTERVENCIONES EFECTIVAS:

1. Programas formativos sólidos
2. Estancias formativas en los centros de trabajo
3. Encuentros educativos interactivos
4. Intervenciones combinadas de evaluación formativa

GRINMSHAW Y COLS.

Formación especializada. Sistema MIR

Centrado en el aprende



práctica clínica
programada y
retribuida

Programa formativo
Oficial orientado
a competencias

asunción progresiva
de
responsabilidades y
un nivel decreciente
de supervisión

vinculación laboral
entre especialista en
formación y el
Servicio de Salud

Formación especializada. Otros accesos

Desde 1984 vía única
(complementarias:
cursos de nivelación
hasta 1995)

Desde 1995 UE
especialidad/formación
específica. Necesaria
para trabajar en el
sector público.



RD1783/1998:

Homologación del título de
especialista mediante **300**
horas de formación, **5 años**
de trabajo como MF y una
prueba de carácter
eminentemente práctica:
ECO.E.

2002-2013:**11154**
candidatos, coste global
de **4 millones de euros**,
financiado por el
Ministerio de Sanidad.
Suspendidos el 2,41%.



La Medicina Familiar y Comunitaria

“Su objeto de conocimiento clínico, educativo y de investigación es la persona entendida como un todo. Ofrece un abordaje médico continuado sin fragmentación entre lo biológico, lo psíquico y lo social y su objetivo es elevar el nivel de salud no sólo de los individuos, sino también de las familias y de las comunidades a través de la integración de la prevención, promoción, curación, rehabilitación y de los cuidados paliativos”.

Su objetivo es curar, cuidar, aconsejar, atenuar y siempre acompañar

- El médico de familia es experto en lo frecuente, lo amenazante y lo permanente, desde la longitudinalidad y la continuidad organizativa y relacional y será capaz de gestionar la incertidumbre y resolver un elevado número de problemas de salud y hacerlo con efectividad, eficiencia y una adecuación superior a cuando se realiza en otro nivel asistencial



PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>

**P
R
O
F
E
S
I
O
N
A
L**

LOS VALORES PROFESIONALES COMPETENCIAS ESENCIALES:

- La comunicación
- El razonamiento clínico
- La gestión de la atención
- La bioética

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA ATENCION AL INDIVIDUO:

- Abordaje de necesidades y problemas de salud (22 áreas)
- Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo (11 áreas)

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON ATENCION A LA FAMILIA

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON ATENCION A LA COMUNIDAD

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON FORMACION, DOCENCIA E INVESTIGACION

Y la medicina de atención primaria ¿la puede hacer cualquiera?

- La especialidad de medicina familiar determina los niveles de salud
 - La asociación con los niveles de salud es más fuerte con el médico de familia que con médicos generales o con el número de pediatras o de médicos internistas

EVIDENCIAS

En Europa, los países con mejor AP tienen una **población más sana**.

Ejemplos de países con fuerte atención primaria son Países Bajos, Reino Unido, España, Finlandia, Dinamarca.

Se ha notificado que el número de médicos de familia en AP/ 10.000 habitantes se relaciona con reducción promedio de la mortalidad del 5,3% o 49 por 100.000 habitantes/año :

- la mortalidad por todas las causas,
- la mortalidad específica por cáncer, enfermedades cardio y cerebrovasculares,
- la mortalidad infantil,
- el bajo peso al nacer y
- con la mala salud autopercebida.

Una AP fuerte está asociada con una **m** población, mejor salud autopercebida y **h** hospitalizaciones innecesarias.

EVIDENCIAS

Farmer 1991, Shi 1992, Starfield 1994, 2001, Macintyre 2003, Saltman RB 2006, Boerma 2006, Grishaw 2006

2015, Barker 2017; Basu 2018, MS, Hogne 21

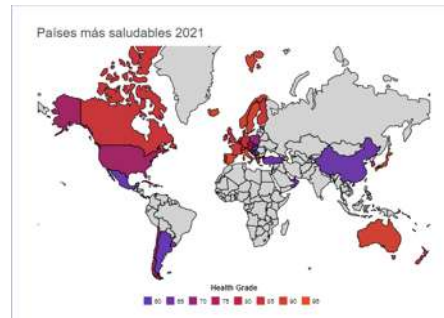
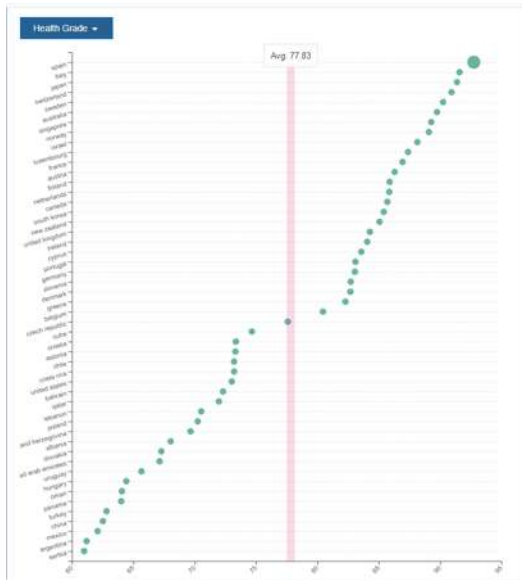
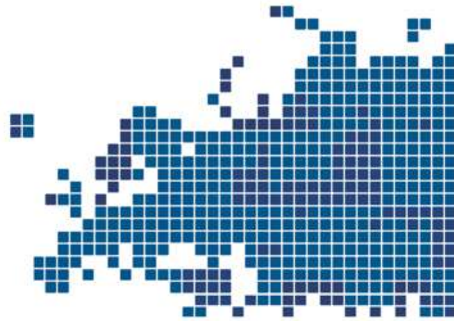
Las personas que sufren enfermedades crónicas que pueden en gran parte ser tratadas en AP (ej: CIC, ACVA, DM, EPOC y asma, pacientes pluripatológicos, frágiles...) **pierden menos**

Las variables claves para el impacto sobre morbilidad evitable, imputable a AP tienen que ver con la longitudinalidad, globalidad y accesibilidad.

Building primary care in a changing Europe

Edited by
Dionne S. Kringos
Wienke G.W. Boerma
Allen Hutchinson
Richard B. Saltman

38
Observatory
Studies Series



Observatorio de la AP de la OMS España tiene una Atención Primaria fuerte:

115 indicadores:
estructura (*gobernanza, condiciones económicas y desarrollo de los recursos humanos*), proceso (*accesibilidad, continuidad, coordinación y resolutiveidad*) y resultados (*calidad, eficiencia y equidad*). 31 países europeos.

España está situada la tercera después de Reino Unido y Países Bajos en cuanto a criterios estructurales-de proceso. En términos de proceso-resultados, los países mejor destacados han sido Dinamarca, España y Reino Unido.

Índice global de salud de Bloomberg
España, el país más saludable del mundo por su alimentación
y por su acceso a una atención primaria de calidad

Atención Primaria

Puerta de entrada al sistema vs
Puerta de entrada a la sociedad

Eje vertebrador del sistema
sanitario con poder de regulación

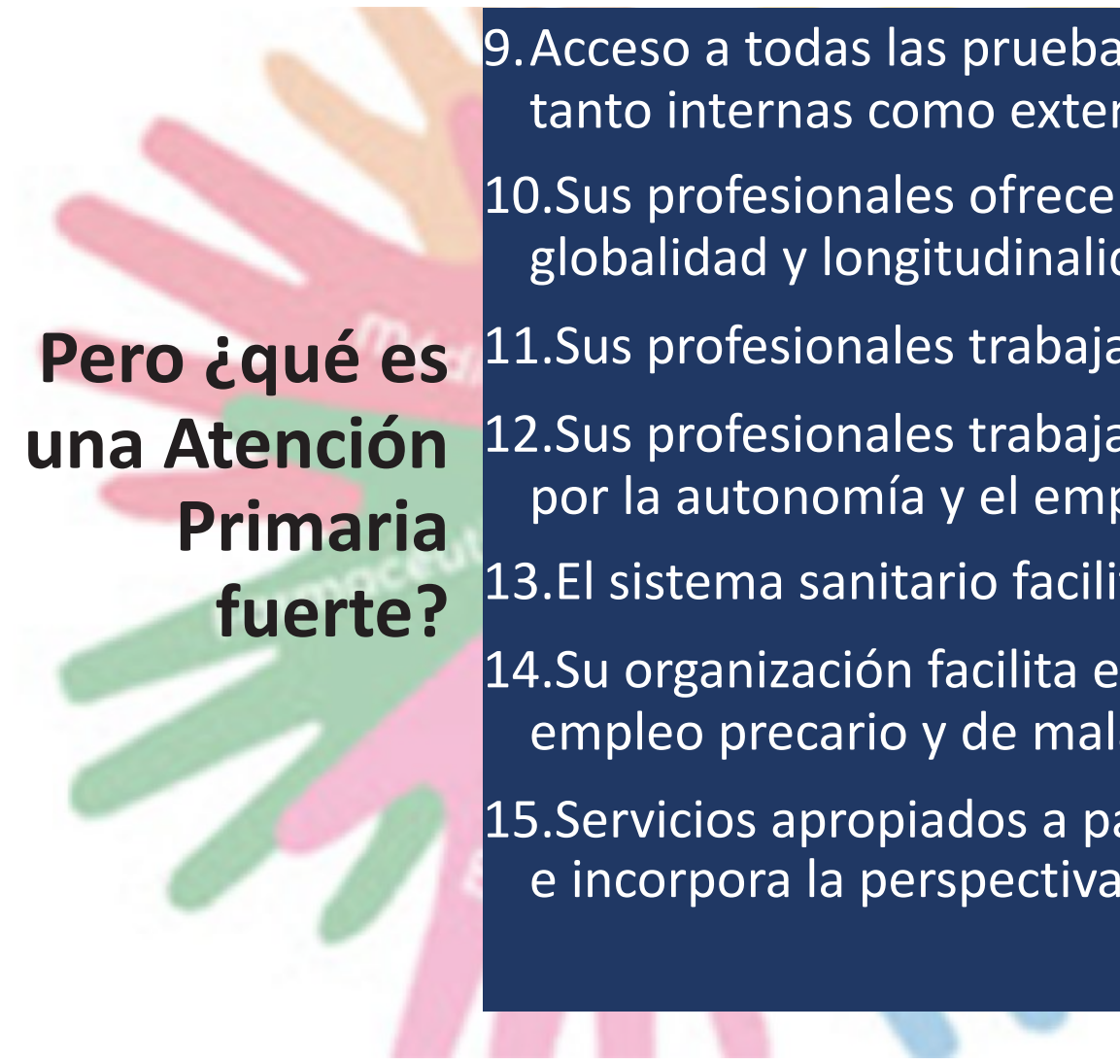
Gestor y coordinador de salud y
Regulador de flujos

Guardián del sistema



**Pero ¿qué es
una Atención
Primaria
fuerte?**

1. Es el núcleo central del sistema y tiene poder y financiación para ello
2. Los profesionales de atención primaria cuentan con el aprecio social y profesional
3. Tienen una formación de altura que les permite ser polivalentes y resolutivos
4. Tiene profesionales activos en investigación
5. Tiene profesionales activos en formación
6. Remuneración adecuada
7. Sus profesionales tienen auto-estima y orgullo de pertenencia
8. Sus profesionales ofrecen eficacia de nivel



**Pero ¿qué es
una Atención
Primaria
fuerte?**

9. Acceso a todas las pruebas complementarias, tanto internas como externas

10. Sus profesionales ofrecen accesibilidad, globalidad y longitudinalidad y coordinación

11. Sus profesionales trabajan con las familias

12. Sus profesionales trabajan con la comunidad por la autonomía y el empoderamiento

13. El sistema sanitario facilita medios y tiempo

14. Su organización facilita estabilidad, evita el empleo precario y de mala calidad

15. Servicios apropiados a pacientes y poblaciones e incorpora la perspectiva de género

- ✓ Mejor atención clínica
- ✓ Actividades de promoción y prevención de la salud
- ✓ Sistemas de información
- ✓ Incorporación de la docencia
- ✓ Incorporación de la investigación
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Práctica familiar
- ✓ Intervención comunitaria
- ✓ Sistemas de mejora de la calidad

Ventajas de la AP como regulador de flujos en el sistema y gestora de casos con su correspondiente impacto sobre efectividad, eficiencia, equidad y satisfacción de los usuarios. Indicadores de morbimortalidad evitable imputable a la AP

FORTALEZAS: Impacto

Abanico importante de prestaciones ofertadas. Alta resolutiveidad
Ampliación de servicios a la población
Transferencias de servicios del hospital a atención primaria

Buena arquitectura del sistema. Red de centros de salud. Estructuras asistenciales y docentes consolidadas
aprovechamiento del MF en el ámbito hospitalario

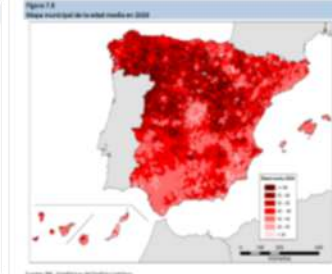
AMENAZAS

- Peligro de no sostenibilidad financiera.
 - Despilfarro guiado. Medicalización de la vida.
 - Hospitalocentrismo en la asistencia, en la formación y en la investigación.
 - Desvío de fondos a la alta tecnología y a farmaindustria.
 - Necesidades ilimitadas, demandas ilimitadas.
- El sistema sanitario como única solución para la salud.
- Sesgos de atención: Infra-atención y supra-atención



AMENAZAS

- Despoblación del medio rural. Dispersión geográfica. Envejecimiento de la población
- No hacer Política Sanitaria sino Política con la Sanidad.
- Reticencias y resistencia al cambio a impulsar nuevos modelos organizativos. Pueden ser naturales o interesadas.
- EL RUIDO



DEBILIDADES

- **Financiación** insuficiente
- No es el núcleo central del sistema y no tiene **poder de regulación. Secretarización de la AP. Uberización de la AP**
- **Riesgo de lesión de las características esenciales** de la AP.
- Déficit de MF (junto a otras 17). **Desastrosa planificación de recursos humanos.** En 3 años no reposición suficiente.
- **Proporción de MF/resto de especialistas** en descenso.
42% al 26%
- Presencia limitada de MFyC en las **Facultades de Medicina.**

DEBILIDADES

- **Desconocimiento** político, sanitario, académico y social del valor de la AP.
- **Sobrecarga asistencial. Medicocentrismo. Burocracia.** Mejorable Atención Familiar y Atención Comunitaria.
- Enorme **heterogeneidad** de la práctica asistencial. **Ausencia del sistema de información** de resultados.
- Dificultad para **compaginar** asistencia, docencia, gestión clínica e investigación
- Profesionales muy cansados, agudizado este extremo tras la pandemia. **Baja autoestima y bajo orgullo de pertenencia**



Stobbe et al. Hum Resour Health (2021) 19:57
<https://doi.org/10.1186/s12960-021-00604-0>

El plan de acción como elemento principal de la reforma



- | | | |
|------------------------|---|----------------------------|
| 1. Financiación | 2. Recursos Humanos | 3. Capacidad de resolución |
| 4. Digitalización | 5. Equipo de Atención Primaria | 6. Cartera de Servicios |
| 7. Calidad Asistencial | 8. Orientación a la Comunidad | 9. Empodera-AP |
| 10. Gobernanza en AP | 11. Accesibilidad y gestión de la demanda | 12. I+D+I |



*La atención primaria ha de dar forma a la reforma
no al revés
Barbara Starfield*

CRITERIOS DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

- SS cuyo eje vertebrador es la AP. Financiación. Territorialización. Red de CS y EAP
- % de MF en relación al resto. Estándar 50-60%
- MF/habitantes: indicador de capacidad de Saltman (Guatemala 8400-11333)
- La oferta de plazas de MF para formación especializada y la homologación de m

gerales

• La

tut

• Ut

en

pal

CRITERIOS

DEMOGRÁFICOS:

- Poblacional: criterios de demografía dinámica de la población y de los médicos
- Tasa de reposición

Factores a considerar para la planificación de recursos

CRITERIOS SANITARIOS

- La oferta de servicios de AP
- Traslado de oferta de servicios desde Hospital a AP
- Ambulatorización de los cuidados
- La frecuentación media en AP

ENLACES WEB DE INTERÉS PARA CONOCER EL SISTEMA SANITARIO, EL SISTEMA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA Y EL PROGRAMA FORMATIVO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE ESPAÑA

- [Ministerio de Sanidad](#)
- [Consulta Interactiva del SNS \(sanidad.gob.es\)](#)
- [Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Sanidad en datos](#)
- [Ministerio de Sanidad - Profesionales - Formación y Ordenación Profesional](#)
- [Microsoft Word - PROGRAMA ESPEC.M.F. y C. 17-01-05.2.doc \(sanidad.gob.es\)](#)
- <https://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database/spain>
- <http://www.boe.es/boe/dias/2013/05/18/pdfs/BOE-A-2013-5218.pdf>
- <https://www.semfyec.es/biblioteca/programa-de-la-especialidad-en-ingles-family-and-community-medicine-training-programme-2005/>
- [La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece en su artículo 20 \(sanidad.gob.es\)](#)
- <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>



"Si creemos en algo, si tenemos en nuestro interior suficiente energía, suficiente pasión y ganas de vivir, podemos encontrar en los recursos que nos ofrece el mundo actual los medios necesarios para hacer realidad nuestros sueños".

Amin Maalouf

*El Médico de Familia no espera tiempos mejores,
los hace mejores.*

POE 2005

Muchas gracias