fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

OPINIÓN

Valoración de un estudiante de 4º de Medicina sobre la Medicina de Familia y Comunitaria y Atención Primaria de Salud en España. Breve revisión histórica.

Review from a student of 4th of Medicine on Family and Community Medicine and Primary Health Care in Spain. Brief historical review.

Guillermo Ferreira Padilla
Estudiante de 4º de Medicina (Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir", UCV).
Investigador en Formación en el Grupo de Investigación "Habilidades de Comunicación y Entrevista Clínica" (ComunVista, UCV).
Diplomado en Fisioterapia por La Universidad de La Laguna (S/c de Tenerife), XIX Promoción: 2005-2008.
Correspondencia: Guillermo Ferreira Padilla. g.ferreirapadilla@hotmail.com

Citar como: Ferreira Padilla G. Valoración de un estudiante de 4º de Medicina sobre la Medicina de Familia y Comunitaria y Atención Primaria de Salud en España. Breve revisión histórica. fml. 2012; 16(6):11p

Recibido el 18/02/2012
Aceptado el 10/05/2012
Publicado el 1/08/2012

Palabras clave (MeSH): Atención Primaria de Salud; Medicina de Familia y Comunitaria; Crisis sanitaria; Reflexiones.

Resumen
El artículo expone el contexto histórico de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) y su situación actual en el MIR, así como el de la Atención Primaria de Salud (APS) en España, realizando una valoración de los aspectos que influyen en el panorama del presente de ambas, aportando argumentos en defensa de su potenciación.

Keywords (MeSH): Primary Health Care; Family and Community Medicine; Sanitary crisis; Musings.

Abstract
The article describes the historical context of the specialty of Family and Community Medicine (FCM) and its current status in the MIR, as well as the the Primary Health Care (PHC) in Spain, performing a review of the aspects that influence the landscape of both present, providing arguments for their empowerment

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons: Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

Contexto histórico de la especialidad de MFyC y APS en España[1-12,] [Anexo I]

Dentro del marco de la Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC en adelante) conviene señalar tres fechas importantes: 6-12 de septiembre de 1978 (Conferencia Internacional en Alma-Ata, Kazajistan)[1], 15 de julio de 1978 (RD 2015/78)[2] y 29 de diciembre de 1978 (RD 3303/78)[3]. Tales acontecimientos supusieron respectivamente: el nacimiento y definición de la Atención Primaria de Salud (APS en adelante), la regulación de títulos por especialidades (donde se reconoció por primera vez la MFyC como especialidad médica) y el desarrollo de la especialidad de MFyC (hito muy vinculado a las recomendaciones derivadas de Alma-Ata).

El desarrollo de la APS supuso una estrategia de accesibilidad al Sistema Sanitario (SS en adelante), siendo el primer nivel asistencial; cuyo objetivo era *"garantizar la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación"*[1,1]. Un año más tarde de la Declaración de Alma-Ata, surgió en España el RD 2015/78[2] que dio origen a la especialidad de MFyC, y que se desarrolló y definió posteriormente en el RD 3303/78 (29/XII/1978), *"de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica"*, donde se reconoció expresamente la relevancia del Médico de Familia (MF en adelante) como *"la figura fundamental del Sistema Sanitario […]"*[3].

Gracias a sendas intenciones y aportaciones, se fue desvaneciendo el auge de las especialidades, inclinándose la balanza a favor de recuperar el prestigio y la estructura de la Medicina General, bajo la denominación de MF (especialistas en MFyC). Paralelamente a lo anterior (entre finales de la década de los 60 y principios de la de los 80), comenzó a respirarse aires de reforma del deslegitimado SS público Español, convirtiéndose posteriormente en Sistema Nacional de Salud (SNS[2,4,5]). En dicho sistema de profundo caos organizativo, surgieron las primeras promociones de MIR (así como numerosas protestas [Anexo I]) que se encontraron, por un lado, con el "desprecio" de algunos especialistas, y por otro, con un clima hostil provocado por los recelos de los Médicos Generales y una ausencia de planificación docente. Para intentar revertir tal panorama, resultó de vital importancia la creación de las Unidades Docentes Extrahospitalarias[6,7] (siendo uno de los aspectos demandados durante las mencionadas protestas y movilizaciones), las cuales desarrollaron un papel imprescindible diseñando el modelo de funcionamiento de los Centros de Salud (CS en adelante). Surgió entonces el RD 2392/82, a partir del cual se desarrollaron las *"Unidades Piloto de Medicina de Familia"*, y posteriormente, la Orden del 19 de diciembre de 1982 para *"regular el desarrollo de la formación en atención primaria de salud la especialidad de MFyC"*[8], donde se establecieron las condiciones que debían cumplir tales Unidades Docentes (UUDD en adelante)[9,10,11]. Sin embargo, mientras el colectivo de MF luchaba por instaurar las ansiadas UUDD, siguió creciendo el desagrado y la presión ejercida por la clase médica frente a la creación de la especialidad de MFyC (quizás, por el temor de que una adecuada atención pública disminuyera la rentabilidad de las consultas privadas de algunos especialistas). Este malestar provocó el abandono de cientos de alumnos que cambiaron de especialidad, a pesar de los esfuerzos y entusiasmo del SEMER (Sociedad Española de Medicina Rural) por solventar tal desoladora situación. Para más inri, el auge de las especialidades, así como la admiración por las nuevas tecnologías, estaba lejos de desvanecerse (contrariamente a lo que se pensó tras el desarrollo de los RD 2015/78 y 3303/78.

Realizando una valoración retrospectiva de las UUDD, queda patente la importancia de su creación y desarrollo, precisamente, desde el presente artículo quisiera mostrar mi solidaridad y animar a todos los profesionales que forman parte de tal estructura (más de 4000 docentes). Además, como estudiante de medicina, entiendo que suponen un nexo de gran riqueza entre las facultades de medicina y los CS donde realizamos las prácticas de MF, ya que *"La potenciación de la medicina de familia en la enseñanza pregraduada española pasa por el establecimiento de relaciones cada vez más intensas entre las unidades docentes que se ocupan de la formación posgraduada y las facultades de Medicina […]"*[12].

Situación actual de la MFyC en el MIR[13,14,] [Anexo II]

En este momento, MFyC es una de las especialidades menos demandadas, concretamente, en la Comunidad Valenciana (CV en adelante), es una de las cuatro menos elegidas[3], de hecho, en el año 2010, el primer alumno que escogió MFyC en la CV presentaba el número 1783 (mientras que el último estudiante en elegir tal especialidad tenía el 8149). En el penúltimo periodo de asignación de plazas MIR a nivel nacional (año 2011), al llegar al

[1] Artículo VI de la Declaración de Alma-Ata[1].

[2] Ley General de Sanidad (1986)[5], en la cual, se establece el marco normativo de la Reforma Sanitaria, adoptándose la terminología de SNS *"para definir el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas […]"*.

[3] Según datos recientes del Colegio Oficial de Médicos de Valencia (noviembre de 2011): MFyC es junto con Análisis clínicos, Bioquímica y Medicina del Trabajo una de las especialidades menos deseadas por los estudiantes a la hora de elegir plaza.

número 2575 sólo se habían escogido 55 plazas de MFyC de las 1919 plazas ofertadas (<3% del total). Sin embargo, en el transcurso de la primera mañana correspondiente al primer día en la elección de especialidad, ya no quedaban plazas de Cirugía Plástica[4]; siendo Cardiología, Neurocirugía y Cirugía Cardiovascular las siguientes especialidades más demandadas respectivamente. Fueron citados 11554 alumnos citados al proceso para elegir 6736 plazas, de las cuales quedaron vacantes 325, perteneciendo 267 de ellas a la especialidad de MFyC, dicho de otro modo, el 82,15% de las plazas sobrantes correspondían a la especialidad de MFyC, de hecho, hubo casos de alumnos que preferían repetir el MIR en el 2012 antes que escoger MFyC.

Durante el último periodo de asignación de plazas MIR (año 2012), MFyC ha vuelto a ser la especialidad más ofertada, suponiendo el 27,7% del total de plazas, aunque el número de plazas ha experimentado una reducción cuantitativa de 1918 a 1860 con respecto al 2011. De los 4.000 primeros aspirantes han escogido MFyC 124 (98 en la convocatoria correspondiente al año 2011). Se ha vuelto a repetir la tónica de los años anteriores con respecto a las especialidades más demandadas (Cardiología, Cirugía Plástica, Dermatología), siendo MFyC, nuevamente, una de las menos deseadas.

Ante esta situación, no puedo dejar de plantearme las siguientes cuestiones: ¿Cómo puede ser que una de las especialidades con más oferta laboral sea una de las menos demandadas?¿A qué se debe esta desbandada?¿Existe alguna relación con los valores prevalentes en nuestra sociedad actual o con los modelos económicos preponderantes?¿Conocemos los alumnos de las distintas universidades españolas la MFyC?¿Es el SNS "justo" con esta especialidad y con la APS?¿Es responsable la tendencia hospitalocentrista de esta situación excluyendo a la APS y desprestigiando la figura del MF en beneficio de otros especialistas?

Valoración sobre los aspectos que influyen en el panorama actual de la MFyC y la APS en España[15-26]

Entiendo que una valoración sobre el panorama actual de la especialidad de MFyC puede enfocarse de distintas formas y desde muy diversos puntos de vista; yo lo haré centrándome en los aspectos que, en mi opinión, deterioran la especialidad de MFyC y la APS, y en la aportación de argumentos para la defensa de la potenciación del mencionado colectivo.

A. <u>Aspectos que deterioran la especialidad de MFyC.</u> Personalmente, veo una serie de factores que limitan el desarrollo de la MFyC, marginándola del eje central de la sanidad (lugar que siempre debió ocupar, tal y como lo refleja la Lesgislación a través del RD 3303/78); siendo los lastres los siguientes:

1. <u>Factores extrínsecos de la MFyC y la APS.</u>

1.1. <u>Políticas basadas en modelos capitalistas</u> donde la economía prevalece sobre las personas; con objetivos meramente ecocómicos desarrollados por gestores (o tecnócratas, atendiendo a los nodelos políticos más recientes).

1.2. <u>Acciones de desprestigio de la sanidad pública</u> en beneficio de los centros privados (o concertados) dotados de los *"últimos avances y medios tecnológicos"* y *"personal altamente superespecializado"* (tal y como se refleja en los anuncios publicitarios de estos centros); obviando que el MF es la piedra angular del SNS y que la APS es el nivel sanitario más eficiente y sostenible.

1.3. <u>Potenciación de la tendencia hospitalocentrista en detrimento de la APS,</u> haciendo caso omiso a las resoluciones de la ONU recomendadas por la OMS y otros expertos[5], y a la Legislación vigente (recordemos el RD 3303/78 donde se reconoce al MF como *"la figura fundamental del SS"*)[3]. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, los pacientes y usuarios del SNS, valoran de forma excelente la APS. La organización y planificación sanitaria no puede (ni debe) depender de la innovación tecnológica, puesto que de este modo sería muy difícil satisfacer las necesidades sanitarias de la sociedad actual, y que además tiende a ser de un perfil de patología crónica.

1.4. <u>Reducido presupuesto económico.</u> La APS en España es la *"cenicienta europea"*[15] en cuanto a lo que el presupuesto económico se refiere. *"La parte ambulatoria del gasto sanitario público español (20,4% en 1985) se ha reducido y lleva estancada desde 1993 en más que insuficiente 16%"*[16]; así pues, no parece que la implantación y el posterior desarrollo del nuevo modelo de APS haya resultado de utilidad para proporcionar los recursos suficientes a este nivel de atención y aproximarlo a Europa. En teoría, la reforma afectaba a la APS, pero, en la práctica, la verdadera reforma (en inyección de recursos) se ha producido en el sector hospitalario público cuyo presupuesto es similar al de resto de países europeos desde 1995. Ello refuerza la teoría de la tendencia hospitalocentrista en detrimento de la APS[17,18].

1.5. <u>Estructura de la APS tal y como se concebió hace 30 años, sin prácticamente sufrir modificaciones</u>, con lo que no se ha adaptado a las necesidades socioculturales actuales (desde luego no a nivel político o gestor,pero sí en la consulta durante la práctica médica diaria), lo que refuerza mi pensamiento de que puede tratarse de un "colectivo" envejecido y agotado (obviamente por

[4] El alumno con el número 346 fue el último en escoger tal especialidad (compárese con el último estudiante en escoger MFyC en la CV el año anterior)

[5] La OMS indica *"que si los países quieren ser equitativos y justos, si quieren proporcionar una atención de calidad, han de orientarse hacia la Atención Primaria".* De hecho, la OMS recomienda que la mitad de los médicos de un país deben ser MF.

motivos ajenos a su voluntad), donde podría resultar de gran utilidad una intervención de refresco y renovación desde el ámbito universitario.

1.6. No inclusión de la MFyC en los planes de estudio. Con los planes de estudios prevalentes y con la ausencia de la asignatura de MFyC en las Facultades españolas, se ha trasladado al alumno la idea de que el desarrollo de una medicina basada en habilidades técnicas específicas, o de manejo de un número muy reducido de patologías, es el único abordaje válido, desprestigiando, una vez más, la visión integral ofrecida por la MFyC. De nuevo, se desoyen las recomendaciones[H], en este caso las del Espacio Europeo de Enseñanzas Superiores[19,20]. Según el semFYC, *"Menos de un 30% de las Facultades de Medicina españolas imparten la asignatura de la especialidad de MFyC"*[6]. Personalmente, veo que la introducción de la MFyC en las Universidades debe ser un objetivo prioritario, no sólo de política sanitaria sino educativa, y que además puede contribuir a subsanar alguno de los problemas que rodean tal especialidad (Ver propuestas[21,22,23]).

- El desconocimiento del estudiante de esta manera no ayuda en absoluto. En mi opinión, a los estudiantes de medicina no nos atrae lo desconocido.
- El hecho de recibir docencia de asignaturas correspondientes a esta especialidad puede ayudar sobremanera a que sea una especialidad valorada a la hora de elegir plaza.
- Según el estudio *"Medicina de Familia y universidad en España: reflexiones iniciales a partir de un proyecto de investigación estatal"*[24], 16 de las 22 Facultades que participaron en la investigación, cuentan con la asignatura; no obstante, en tan sólo 3 de ellas es de carácter obligatorio.

1.7. Los valores prevalentes en una sociedad que parece estar en quiebra moral, el atractivo social y las perspectivas económicas influyen (creo que demasiado) a la hora de elegir una especialidad de MIR. La percepción general que se tiene (no sólo algunos estudiantes de medicina sino la gente ajena al ámbito sanitario) es que el MF tiene un salario bajo, escasas posibilidades de promocionar en su puesto de trabajo ("*nunca será jefe de servicios de cirugía…*"), liderazgo reducido, acceso muy limitado a los avances tecnológicos que tanto nos agrada a los jóvenes (*"nunca trabajarán con un da Vinci…"*), labor muy burocrática y repetitiva (*"lo único que hacen es recetar…","siempre asistiendo a pacientes con la misma patología…"*), especialidad muy desprestigiada… etc. En síntesis, se entiende que una mayor especialización es directamente proporcional al prestigio social y laboral.

2. Factores instrínsecos de la MFyC y la APS.

2.1. Desde mi punto de vista, entiendo que la "plataforma" de la APS pueda estar desgastada, decepcionada y empobrecida, pues desde la Ley General de Sanidad de 1986 se ha intentado orientar el sistema hacia la APS sin obtenerse los resultados esperados, lo que nos lleva a la siguiente cuestión: ¿Se conseguirá ahora por medio del *"Proyecto AP21"*?[25].

2.2. Situación laboral del MF. Veo serias dificultades a la hora de desarrollar una adecuada labor, como consecuancia de un SS desorganizado y saturado, labores burocráticas, consultas de tiempo muy reducido… etc. No obstante, tales limitaciones no pueden ser motivos para infravalorar o empañar la importancia de esta especialidad; de hecho, si aún con dichas circunstancias adversas los MF son capaces de resolver (mediante una correcta entrevista clínica) más del 90% de los problemas de salud de la consulta, ¿Qué serían capaces de conseguir con medios más apropiados?.

2.3. Precarias posibilidades laborales. El MIR de MFyC deberá enfrentarse a un futuro bastante incierto fruto de la actual situación económica; sin embargo, tal panorama de incertidumbre debe ser afrontada por todos los MIR, y no sólo por los que han decidido desarrollar la MFyC.

B. Argumentos en defensa de la potenciación de la MFyC y la APS.

1. Porque tal y como argumenta la OMS[H] y otros expertos, para que un país ofrezca una atención de calidad, las políticas deben orientarse hacia la APS[I].
2. Porque la APS es el eje y núcleo central del SS de los países occidentales, debe tener un papel predominante. Así lo entienden muchos pacientes… pero pocos políticos y gestores (defensores de la tendencia hospitalocentrista y "detractores" de la APS). Mi anterior consideración queda justificada con la capacitación, entrega y labor social del MF.
3. Porque hay que apostar por una forma de medicina que despierte una excelente satisfacción en los usuarios, objetivo que ha demostrado alcanzar con creces la APS (y repito, a pesar de todas las limitaciones).
4. Porque garantiza una atención de calidad, ya que es el nivel asistencial más eficiente y sostenible, pues como comenté anteriormente, sólo con una adecuada entrevista clínica se resuelven más del 90% de los problemas en la consulta; y todo ello con un presupuesto irrisorio (16% del presupuesto total[16]).
5. Porque ante la actual crisis económica prima la eficiencia, y con lo que contar con un SS de mayor calidad, a bajo coste, debe ser una prioridad política y administrativa absoluta; esto supondría romper con el hospitalocentrismo y abogar por la APS.
6. Porque contar con políticas orientadas hacia la APS, supondría la desmasificación existente en las urgencias de los hospitales y consultas de especialistas. No resulta poco frecuente que acuden a urgencias pacientes con patologías banales impropias de una situación de urgencia, porque muchas veces no saben a dónde deben acudir o porque creen que en urgencias se les dará una

[6] Menos de un 30% de las Universidades españolas imparte la MFyC como asignatura. Según un estudio del SEMYC, *"Sólo un 28% de las facultades imparten MFyC"*. http://www.agamfec.com/pdf/noticias/semFYC_MF_Universidad.pdf

mejor asistencia médica que en su CS donde se halle adscrito. De este modo, si se potenciase la APS, el usuario, haría un mejor uso de los servicios sanitarios, dejando de asistir a urgencias y acudiendo a su CS.

7. Porque al descongestionar los hospitales, los CS recibirían más pacientes (¿aún más?) e invirtiendo en APS (personal y construcción de más CS, si fuera necesario) no sólo se crearían puestos de trabajo sino que se ahorraría (disminuyendo el presupuesto destinado a los hospitales y destinándose a la APS).

8. Porque el MF no trata enfermedades sino al individuo en su integridad.

9. Porque la visión integral y holística del paciente que ofrece la MFyC resulta más que imperiosa en un sistema sanitario superespecializado en el que abundan los *"cachitólogos"*, con conocimientos tremendamente profundos sobre una pequeña parcela del cuerpo humano, pero escasos (a veces) sobre su totalidad. Son muchas las especialidades médicas que se hallan alejadas de esta visión general tan importante.

10. Porque el MF tiene los suficientes conocimientos como para desarrollar una labor asistencial de calidad, completa y profunda (sin entrar en el riesgo de la "superespecialización" y perder la visión holística del paciente).

11. Porque la MFyC es la única especialidad que desarrolla una labor social y comunitaria.

12. Porque la figura del MF es, no sólo importante, sino imprescindible, ya que supone el filtro del SS; gracias a su profesionalidad, se derivan menos pacientes a otros especialistas, descogestionando los hospitales y reduciendo en muchos casos las listas de espera para asistir al especialista (que no suelen ser cortas…). Entiendo que tal función de filtro supone ejercer de "organizador" del resto de Médicos.

13. Porque realiza una labor de educación sanitaria integral, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, siendo un elemento esencial dentro del dispositivo del control epidemiológico.

14. Porque se debe apoyar al perfil de médico más demandado actualmente por nuestra sociedad, y éste es el MF. Además, *"el patrón de enfermedades ha cambiado"* [26], habiendo variado la epidemiología, desde las *"enfermedades infecciosas"* (1900-1950), pasando por la *"atención episódica y aguda"* (1950-2000) hasta el patrón actual, las *"enfermedades crónicas"* (2000-2050). Actualmente, *"es habitual un perfil de paciente crónico con dos o tres enfermedades crónicas"*, tipo de paciente que requiere necesariamente una atención integral, siendo la visión ofrecida por la MFyC la única capaz de satisfacer tales necesidades.

15. Porque se ha llegado a esta situación por una gestión desorganizada y obcecada en el hospitalocentrismo, haciendo que aquel médico, que era considerado en el pasado como una auténtica autoridad, reconocido y admirado socialmente, haya sido desprestigiado sin motivo alguno (aunque también es cierto que sigue gozando de un gran reconocimiento entre muchos usuarios del SS, aunque no parece ser así desde el sector político). Entiendo que esta situación debe ser revertida, máxime cuando su labor es eficiente y sostenible. ¿Qué más se puede pedir?.

Conclusión

Aunque muchos dudaban de la viabilidad de aquel "experimento" llamado especialidad de MFyC, en mi opinión, es la clave del SS; y la APS actual debe agradecer los esfuerzos de aquellos médicos que lucharon por la creación de tal especialidad y de los residentes que desoyeron las recomendaciones de cambiar de especialidad debido (entre otras motivos) a la pésima planificación.

Mi valoración sobre la MFyC es la siguiente: entiendo que el MF desarrolla una labor que sólo él puede realizar (filtro del SS, rol social, promoción de la salud y prevención de la enfermedad…etc.), además de otras tareas inherentes al especialista (asistencia de calidad, investigación… etc), convirtiéndose, por méritos propios, y por las necesidades de la sociedad actual, en la piedra angular del SS. Opino que se debe romper por tanto con el hospitalocentrismo y abogar por la APS; pues ha demostrado desarrollar una labor encomiable, a pesar de todas las limitaciones desde su origen. Entiendo que apostar por la APS es garantía de sanidad de calidad, suponiendo además una de las soluciones a las consecuencias sanitarias provocadas por la actual crisis económica y una mala gestión administrativa. Como estudiante de 4º de medicina y como usuario del SNS, abogo por recuperar el prestigio que merece el colectivo de la APS, y porque reciba una financiación adecuada, que además resulte suficiente para asegurar su desarrollo. Desde mi humilde opinión, entiendo que potenciar la APS debe ser una prioridad política.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Conferencia Internacional de Alma-Ata; 6-12 septiembre de 1978; Alma-Ata, Kazajistan. Disponible en URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf

2. Real Decreto 2015/78, de 15 de julio, por el que se regula el título de especialidades médicas. B.O.E. de 29 de agosto de 1978 (núm. 206). Disponible en URL: http://www.boe.es/boe/dias/1978/08/29/pdfs/A20172-20174.pdf

3. Real Decreto 3303/78, 29 de diciembre, de regulación de la Medicina y Familia Comunitaria, como especialidad de la profesión médica. B.O.E. del 2 de febrero de 1979 (núm. 27).

Disponible en URL:
http://www.boe.es/boe/dias/1979/02/02/pdfs/A02735-02736.pdf

4. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras básicas de Salud. B.O.E de 1 de febrero de 1984 (núm. 27). Disponible en URL:
http://www.boe.es/boe/dias/1984/02/01/pdfs/A02627-02629.pdf

5. Ley 14/1986, 25 de abril de 1986, General de Sanidad (B.O.E. núm. 102, de 29 de abril). Disponible en URL:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_normativas2_1

6. Ayala S, Gómez Gascón T, Prados MA, Revilla de la L, Ichaso MS. Desarrollo y planificación de las unidades asistenciales y docentes. En: Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina General. Madrid: Organización Médica Colegial (OMC) 1990. p. 3-10.

7. Martín Zurro A. Las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria (1979-1999). Jano Extra. 1999; LVII (nº1322). p. 67-70.

8. Orden de 19 de diciembre de 1983 por la que se regula el desarrollo de la formación en atención primaria de salud de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (B.O.E. núm 305). Disponible en URL:
http://www.boe.es/boe/dias/1983/12/22/pdfs/A34296-34298.pdf

9. Gómez Martínez D, Robledo de Dios T, Guerrero Arroy JA. Tema 2. Estructuras básicas de Salud. La Ley General de Sanidad. Normas de desarrollo. Fundamentos. Características. Competencias de las Administraciones Públicas. Organización General del Sistema Sanitario Público. Título VI: De la docencia y la investigación. Capítulo I. De la docencia en el Sistema Nacional de Salud. En: Facultativos Especialistas de Área Del Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Temario común y test. 1ª ed. Madrid (España): Editorial MAD, S.L.; 2006. p. 151-155.

10. Amigo Rodríguez, P. Bloque III: Treinta años de medicina familiar y comunitaria como especialidad médica. Capítulo 1: Creación de la comisión de medicina familiar y comunitaria. En: Institucionalización de la medicina familiar y comunitaria como especialidad médica en España (1978-2008). 1ª Ed. Salamanca (España): Editorial Ediciones Universidad de Salamanca; 2011. p. 114-121.

11. Gérvas J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto / error. Red Española de Atención Primaria. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en URL:
http://www.fb4d.com/pdf/20years.pdf

12. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. En: Volumen I. Parte I: Principios de la Atención Primaria de Salud. Capítulo 10: Docencia en Atención Primaria y Medicina de Familia. En: Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª Ed. Madrid (España): Editorial Elsevier; 2005. p. 185-200.

13. Matas Aguilera V. Distribución de las peticiones de plazas MIR en el año 2011. Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada. Disponible en URL:
http://www.smandaluz.com/enlace.htm?link=/sites/default/files/docu_pdf/2011docuPDF/InformeMIR2011.pdf

14. Grupo CTO Medicina. Rankings. Oferta de plazas MIR 2010-2011. Disponible en URL:
http://www.grupocto.es/web/medicina/Matriculacion/ranking.pdf

15. Baena Díez JM, Amatller Corominas M, Núñez Casillas DK, Deixens Martínez B. El gasto sanitario en atención primaria: además de la Cenicienta, el Patito Feo del cuento. Aten Primaria 2005;36:53. –vol.36 núm01. Disponible en URL:
http://www.elsevier.es/en/node/2039406

16. Simó Miñana J. Gérvas Camacho J. Seguí Díaz M. De Pablo González R, Domínguez Velázquez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea. Aten Primaria 2004; 34: 472-481.
Disponible en URL: http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/04/la-cenicienta-1.pdf

17. Simó Miñana J. Capítulo 2. Financiación del hospital y de la Atención Primaria españoles. En: Fundación 1º de Mayo. Expectativas y realidades en la Atención Primaria Española. Madrid (España): Editorial Ediciones GPS; 2010. p. 25-63. Disponible en URL: http://www.fadsp.org/pdf/ATT%20PRIMARIA.pdf

18. Simó Miñana J, Gérvas Camacho J, Seguí Díaz M, De Pablo González R, Domínguez Velázquez J. Demasiados años con pocos recursos para nuestra atención primaria. EL MEDICO 2005, 935: 14-20. Disponible en URL:
http://www.observatoriosanitario.org/Puntoscandentes/Lafinanciaci%C3%B3ndeficitariadelaAPrimaria/tabid/93/Default.aspx

19. Bonal Pit P. Medicina de familia y Espacio Europeo de Educación. Aten Primaria. 2010;42:5-6. –vol.42 núm. 01. Disponible en URL:
http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/medicina-familia-espacio-europeo-educacion-superior-13146036-editorial-2010

20. Casado Vicente V, Bonal Pitz P. La medicina de familia, clave en el sistema universitario español ante el reto del Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Aten Primaria. 2004;33:171-3. –vol.33 nº04.
Disponible en URL:
http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/la-medicina-familia-clave-sistema-universitario-espa%C3%B1ol-13058771-editorial-semfyc-2004

21. Cátedras de Medicina de Familia, Academia de Medicina de Familia de España-semFYC. Competencias, contenidos, metodología y sistema de evaluación de la asignatura medicina de familia [internet]. Barcelona (España): Universitat Pompeu Fabra; enero de 2009. Disponible en URL:
http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemq/_pdf/asigmedfamilia.pdf

22. Cátedras de Medicina de Familia, Academia de Medicina de Familia de España-semFYC. Prácticas tuteladas en centros de salud [internet]. Barcelona (España): Universitat Pompeu Fabra; enero de 2009. Disponible en URL:
http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemq/_pdf/practicas_tuteladas.pdf

23. Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa formativo de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Madrid. Disponible en URL:
http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf

24. Martín Zurro A, Villa Jiménez J, Monreal Hijar A, Mundet Tuduri X, Otero Puime, A. Medicina de Familia y universidad en España: reflexiones iniciales a partir de un proyecto de investigación estatal. Aten Primaria. 2011. doi: 10.1016/j.aprim.2010.06.004. Disponible en URL:
http://www.elsevier.es/en/revistas/atencion-primaria-27/family-medicine-and-university-in-spain-initial-90001993-articulo-especial-2011

25. Ministerio de Sanidad y Consumo. PROYECTO AP21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Madrid.
http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

26. Bengoa, R., Nuño Solinís, R. Capítulo 2. Curar y cuidar. En: Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. 1ª Ed. Barcelona (España): Editorial MASSON; 2008. p. 17-30.

27. Borrell Carrió, F. La reforma de la Atención Primaria en España: perspectiva de una década desde la Medicina de Familia. Aten Primaria (editorial), 1994; 13: 277-278.

28. Ferreira Padilla G. Ponencia en mesa redonda: Medicina de Familia, mi especialidad. Valoración personal de la MFyC. En: SVMFYC editores. I Jornadas de MFyC para estudiantes de la Universidad Católica de Valencia *"San Vicente Mártir" (UCV)*; 23-24 de noviembre de 2011; Valencia (España). Disponible en URL.
http://www.svmfyc.org/files/eventos/11%20jorn%20estudiantes/GFerreira_VALORACI%C3%93N%20PERSONAL%20SOBRE%20LA%20MFyC.pdf

29. Ferreira Padilla G. Medicina de Familia en el ámbito universitario: reflexiones de un estudiante de 4º de medicina. Aten Primaria. 2012. http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.011

Noticias en prensa de actualidad sobre la MFyC y la APS

– González A. España necesita 25000 médicos de familia más. Diario Público (Edición de Madrid). 10 de marzo de 2007 (Actualizado: 04/10/2007). Disponible en URL: http://www.publico.es/espana/3916/espana-necesita-25-000-medicos-de-familia-mas

– Equipo de redacción de medicosypacientes.com. El 56% de los médicos de familia creen que la atención primaria no mejorará en los próximos años. Diario digital medicosypacientes.com. (Edición de Las Palmas de Gran Canaria) 13 de febrero de 2009. Disponible en URL: http://www.medicosypacientes.com/sociedades/2009/02/09_02_13_SEMFYC

– Sevillano E. No quiero ser médico de familia. El País (Edición online). 07 de junio de 2010: Secc. Sociedad. Disponible en URL: http://www.elpais.com/articulo/sociedad/quiero/ser/medico/familia/elpepisoc/20100607elpepisoc_1/Tes

– Equipo de redacción de medicosypacientes.com. Entrevista con el presidente de la semFYC, el doctor Josep Basora: *"Los médicos de familia tenemos que ser capaces de tratar de tú a tú a las otras especialidades".* Diario digital medicosypacientes.com. (Edición de Madrid). 10 de noviembre de 2010. Disponible en URL: http://www.medicosypacientes.com/sociedades/2010/11/10_11_10_semfyc

– Oto J. Sanidad pretende más tiempo en consulta y menos papeleo. El Periódico de Aragón (Edición de Aragón). 11 de noviembre de 2011: Secc. Noticias de Aragón. Disponible en URL: http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/sanidad-pretende-mas-tiempo-en-consulta-y-menos-papeleo_714120.html

– Ferran Balsells. Los médicos de familia pasarán consulta como especialistas en Cataluña. El País (Edición online). 28 de noviembre de 2011: Secc. Sociedad. Disponible en URL: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/11/28/actualidad/1322434805_850215.html

Anexo I: Revisión bibliográfica de las noticias de prensa sobre las protestas y movilizaciones desarrolladas Junio de 1982 en Madrid.

Cabe destacar el encierro desarrollado en junio de 1982 durante 19 días en el Colegio de Médicos de Madrid bajo la organización del *"Colectivo de Médicos Residentes de Medicina Familia"* (ver fotografía al final de la presente página), con el objeto de conseguir la creación y desarrollo de CS Pilotos como base de la Reforma Sanitaria y que, además, dichos CS fueses concebidos para realizar el tercer curso de la residencia de MFyC.

– Redacción del periódico El País. Huelga de médicos de familia. El País (Edición online). 25 de mayo de 1982. Secc. Sociedad (Archivo, hemeroteca). Disponible en URL: http://elpais.com/diario/1982/05/28/sociedad/391384808_850215.html

– [7]Redacción del periódico ABC. Los nuevos especialistas en medicina familiar no tienen donde ejercer. ABC (Edición de Madrid). 02 de junio de 1982: Secc. Hemeroteca. Disponible en URL: http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1982/06/02/032.html

– Redacción del periódico El País. Los médicos de familia prolongan la huelga hasta el 6 de junio en defensa de sus reivindicaciones profesionales. 02 de junio de 1982: Secc. Sociedad (Archivo, hemeroteca). Disponible en URL: http://elpais.com/diario/1982/06/02/sociedad/391816805_850215.html

– Redacción del periódico El País. Los médicos de familia se consideran insultados por el director del Insalud. El País (Edición online). 04 de junio de 1982: Secc. Sociedad (Archivo, hemeroteca). Disponible en URL: http://elpais.com/diario/1982/06/04/sociedad/391989605_850215.html

– Redacción del periódico El País. Los médicos de familia se consideran insultados por el director del Insalud. El País (Edición online). 04 de junio de 1982: Secc. Sociedad (Archivo, hemeroteca). Disponible en URL: http://elpais.com/diario/1982/06/04/sociedad/391989605_850215.html

– Redacción del periódico El País. Los médicos dudan de la existencia del proyecto de unidades experimentales. El País (Edición online). 06 de junio de 1982: Secc. Sociedad (Archivo, hemeroteca). Disponible en URL: http://elpais.com/diario/1982/06/06/sociedad/392162405_850215.html

– Redacción del periódico El País. Libertad de elección de médico para la medicina general. El País (Edición online). 17 de septiembre de 1982: Secc. Sociedad (Archivo, hemeroteca). Disponible en URL: http://elpais.com/diario/1982/09/17/espana/401061604_850215.html

– Pérez Oliva M. Los nuevos médicos de familia multiplican por seis el tiempo dedicado a cada paciente. El País (Edición online). 19 de noviembre de 1982: Secc. Sociedad (Archivo, hemeroteca). Disponible en URL: http://elpais.com/diario/1982/11/19/sociedad/406508401_850215.html

Los especialistas de la Medicina Familiar y Comunitaria, constituidos en asamblea permanente en el Colegio de Médicos de Madrid.

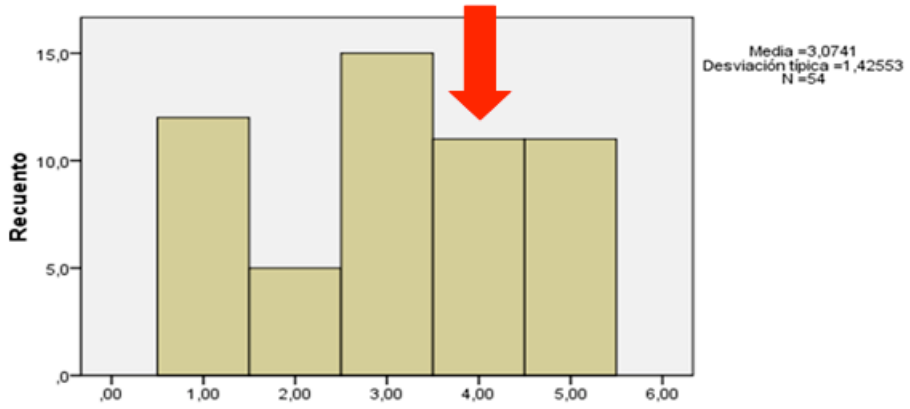
[Los especialistas de la Medicina Familiar y Comunitaria, constituidos en asambleas permanentes en el Colegio de Médicos de Madrid] [Fotografía]. [Madrid]: Revista Salud 2000; nº21, 12 de junio de 1982. 1 fotografía: blanco & negro, 11x9 cm.
Disponible en URL: http://www.fadsp.com/

[7] Surge posteriormente el RD 137/1984[4], *sobre Estructuras básicas de Salud*. que definió y sentó las bases de la actual red de APS.

Anexo II: Resultados de los cuestionarios de la investigación sobre habilidades de comunicación y entrevista clínica en los alumnos de pregrado de medicina. Grupo ComunVista[8] (UCV).

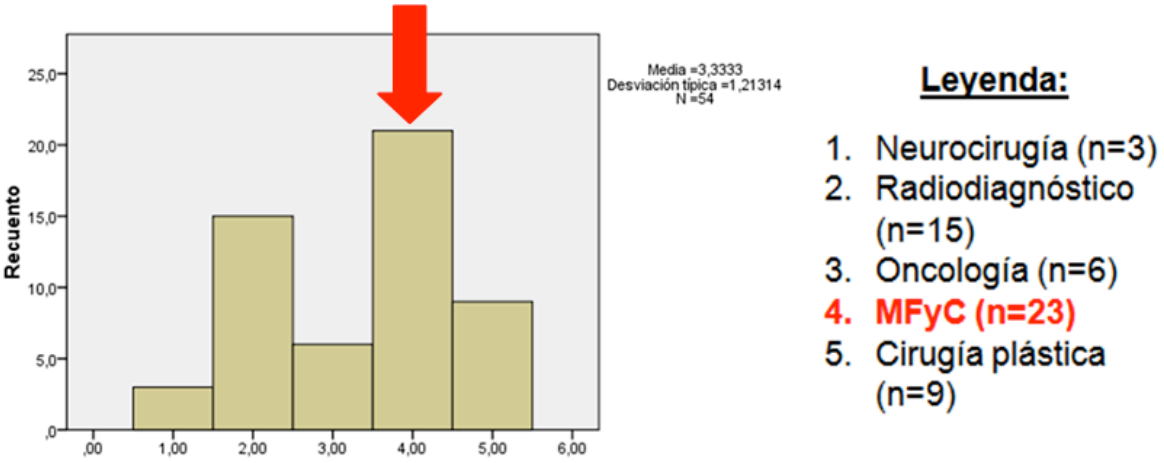
En el contexto de una investigación realizada durante el curso 2010-2011 en la Universidad Católica de Valencia *"San Vicente Mártir",* hemos invitado a los alumnos del primer curso de medicina (que aún no han recibido docencia de Entrevista Clínica[9] ni de MFyC[L]) a responder a una serie de preguntas y test (de empatía de Cambridge y de Asertividad de Rathus). En una de las cuestiones, le solicitábamos al alumno que señalase, por orden de preferencia, entre cinco especialidades médicas que los investigadores habíamos elegido previamente (Ver **Figura 3**), siendo los resultados los siguientes:

Figura 1: *"Especialidad médica elegida como primera opción por el alumno de 1º de medicina"*



Siendo Oncología la especialidad más elegida como primera opción (15 alumnos, es decir, 27,77%). Como vemos, la MFyC también ha sido muy escogida como primera opción por los alumnos (11 alumnos, equivalente al 20,37%).

Figura 2: *"Especialidad médica menos deseada por el alumno de 1º de medicina"*



Sin embargo, si atendemos a la especialidad menos deseada por los alumnos, es decir, la elegida en 5º lugar en un mayor número de veces (concretamente 23, es decir 40,74%) nos encontramos con la MFyC. Con lo que concuerda con la situación actual de la MFyC en el MIR durante el periodo de asignación de plazas.

[8] Dr José Baleriola Júlvez (Primer investigador. Coordinador), Guillermo Ferreira Padilla (Segundo investigador. Investigador en Formación) y Teresa Ferrández Antón (Tercer investigador. Alumna colaboradora). Grupo de Investigación de la UCV sobre *"Habilidades de Comunicación y Entrevista Clínica"* (ComunVista).

[9] Ver Programa de las asignaturas de *"Laboratorio de Entrevista Clínica y habilidades de comunicación"* (2º de Medicina) y *"Medicina de Familia y Comunitaria"* (5º de Medicina). Disponible en URL: https://ucv.es/estudios_plan_guias.asp?t=34&g=2&a=1&f=1

Figura 3. Pregunta extraída del Cuaderno de Recogida de Datos de la investigación:

17.- De las siguientes especialidades médicas, indique con cuál se siente más identificado (1: Mayor preferencia → 5: Menor preferencia)

- Neurocirugía _____
- Radiodiagnóstico (Ej: Radiología) _____
- Oncología médica _____
- Medicina familiar y comunitaria _____
- Cirugía plástica y reconstructiva _____

Esta investigación ha sido presentada como Comunicación tipo Póster en el XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), Bilbao (13-15 junio de 2012): *"Opinión a priori de los Pregrado en medicina y fisioterapia sobre la entrevista clínca"* (**Figura 4**. Ver Póster en la siguiente página).
En el XXXIV Congreso SEMERGEN de Málaga, presentaremos una Comunicación oral sobre un Proyecto de Investigación para conocer el perfil comunicacional de los estudiantes del primer curso de todos los Grados de Ciencias de la Salud de la UCV[10]. Tal investigación se desarrollará en dos fases, previa y posteriormente a recibir docencia sobre *"Habilidades de Comunicación y Entrevista Clínica"*.

[10] Emplazamiento de la Investigación: Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Logopedia, Medicina, Odontología, Podología, Psicología y Terapia Ocupacional (Grados de la UCV).

Figura 4. Grupo ComunVista, Comunicación tipo Póster, XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), Bilbao (13-15 junio de 2012):

ID: 166

OPINIÓN "A PRIORI" DE LOS PREGRADO EN MEDICINA y FISIOTERAPIA SOBRE LA ENTREVISTA CLINICA.

Baleriola Júlvez, José [1]. Ferreira Padilla, Guillermo[2]. Ferrández Antón, Teresa[3]. Gollarte García, Fermín[4]

[1] Médico de Familia, EAP La Vall D'Uixó (Castellón). Profesor de MFyC de la UCV.

[2,3] Estudiantes de 4º de Medicina de la Universidad Católica de Valencia *"San Vicente Mártir"* (UCV).

[1-3]Grupo de Investigación sobre *"Habilidades de Comunicación y Entrevista Clínica",* ComunVista (UCV)

[4] Profesor de Geriatría de la UCV.

OBJETIVOS

Se diseñó esta experiencia con el doble objetivo de conocer las opiniones y las actitudes que "a priori" tenían, con respecto a la entrevista clínica, los alumnos del pregrado de medicina y fisioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS

A todos los inscritos por primera vez en la signatura de entrevista clínica, se les invitó a responder un cuestionario, anónimo y autocumplimetado, previamente a ser impartida dicha asignatura, en el que se recogían diferentes cuestiones sobre la entrevista clínica y habilidades de comunicación (ECyHC).

Total de alumnos 130
Participantes n= 79
Varones = 53%
Mujeres = 47%
Grado medina = 60
Grado fisioterapia = 19

- Consideraron la entrevista como una herramienta importante en su labor profesional con 7.92 puntos de media sobre 10
- Pensaban que la entrevista clínica, capaz de resolver por si misma el 60% de los problemas planteados en la consulta
- De las características que debería reunir un buen entrevistador en una escala Likert de 0 a 5:
  - ✓ calidez la mejor valorada media de 3.51,
  - ✓ asertividad con 3.19 puntos de media.
  - ✓ El respeto fue la cualidad peor valorada con una puntuación de 2.51.

No se encontró correlación estadísticamente significativa entre:
- ✓la importancia que concedieron a la entrevista y la nota de expediente académico,
- ✓ni tampoco con la capacidad de resolución de problemas.

Si se encontró una correlación significativa entre la importancia concedida y el hecho de tener mayor edad ($p<0.001$).

CONCLUSIONES.

Los alumnos consideran de importancia la entrevista clínica por su utilidad futura y creen que ésta, por si sola, tiene una alta resolución en la práctica clínica.

De las cualidades de un entrevistador será necesario incidir en el respeto a la hora de impartir la asignatura ya que es lo menos valorado.

APLICABILIDAD

De utilidad para docentes que impartan conocimientos sobre la ECyHC a la hora de diseñar las guías docentes de la misma ya que algunas cualidades deberán ser trabajadas con mayor intensidad.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Todos los participantes firmarán una autorización para la realización del cuestionario.

XXXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA
13, 14 y 15 de junio de 2012 Euskalduna Jauregia Bilbao Palacio de Congresos y de la Música
¡Súbete! semFYC
BILBAO'12