



***Medicina Familiar y Comunitaria y la Atención Primaria de Salud en España:
entrevista con Mar Sacristán, Médica del servicio madrileño de salud***

Family and Community Medicine and primary care in Spain: interview with Mar Sacristán, Doctor at the Madrid health service

Medicina de Família e Comunidade e Atenção Primária à Saúde em Espanha: entrevista com Mar Sacristán, Médica do Serviço de Saúde de Madrid

Licenciada en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina familiar y comunitaria vía MIR. Experiencia laboral en el Servicio madrileño de salud. Miembro de la Sociedad Española de Medicina familiar y comunitaria (SEMFYC), con participación en el grupo sobre Inequidades en salud. Tutora de 2 médicas residentes. Interés en los sistemas sanitarios comparados, particularmente en el campo de la atención primaria, así como en la gestión clínica, temas sobre los cuales ha realizado cursos y rotaciones clínicas en diversos contextos.

Correo electrónico: marsacristan4@yahoo.es



ENTREVISTA

1. ¿Cuál es el contexto de la atención primaria en España y cuál es el papel de los médicos de familia y comunidad (MFC)?

El sistema sanitario en España es un sistema nacional de salud (SNS) modelo Beveridge, esto es: financiado a través de impuestos generales y de cobertura en teoría universal, aunque con bolsas de exclusión sanitaria que afectan a migrantes desde 2012 y ciertos grupos de funcionarios que utilizan mutualidades.

La gestión sanitaria está transferida a las Comunidades autónomas (las regiones en las que se divide España, y que tienen autonomía gestora y financiera) de manera que la atención primaria tiene ciertas características aplicables a todo el territorio español, y otras específicas en cada región.

La atención primaria ha sido clásicamente la base del sistema. Los servicios se ofrecen en los centros de salud cercanos a la población, donde trabajan médicos de familia, enfermeras y auxiliares clínicos, administrativos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, odontólogos.

Cada paciente tiene unos profesionales concretos asignados. Cada profesional tiene un cupo concreto de pacientes. Clásicamente el sistema español se ha caracterizado por tener unos buenos resultados a un coste razonable en relación a países del entorno.

La atención primaria ha buscado cumplir con sus características de cercanía, longitudinalidad, atención integral, trabajo en equipo, gestión de recursos propios y de la incertidumbre clínica, trabajo con perspectiva comunitaria en coordinación con otros recursos locales... buscando la resolución de necesidades clínicas de la forma más eficiente y equitativa posible. Esto se ha conseguido en mayor o menor medida dependiendo del lugar y del momento histórico, pero con un deterioro progresivo.

El médico de familia debe trabajar en coordinación con los especialistas focales de los ambulatorios y del hospital, y tiene función de *gatekeeper* de manera que para que un paciente sea atendido por un especialista focal (Ejemplo: dermatología, cardiología...) debe ser derivado por el médico de familia. Actualmente, cada vez más y en mi opinión de manera desafortunada, esta función de *gatekeeper* y

derivación a otros servicios es realizada también por el servicio de urgencias hospitalarias, y los pacientes acuden cada vez más a urgencias a gestionar motivos de consulta no urgentes.

2. ¿Cuáles son los principales problemas de la atención primaria en el país?

- **“Descremado sociológico”**, término acuñado por Juan Simó, médico de familia y analista de la atención primaria, que hace referencia a la desvalorización institucional y social.
 - **Crisis específica de la medicina de familia**, como explica Beatriz G. López-Valcárcel, economista de la salud. Las enfermeras sí quieren trabajar en atención primaria, pero los médicos de familia no.
 - **Desinversión** Falta de interés político y gestor en atención primaria, y asignación creciente de recursos a servicios hospitalarios.
- **Desprofesionalización relacionada con el sistema funcional y forma de pago**
 - El médico de familia puede promocionar (salario, turno y lugar de trabajo) cumpliendo años de trabajo, pues se valora mucho más que otros aspectos como la calidad su trabajo, o la participación en docencia o investigación.
 - El médico de familia tiene escaso liderazgo y capacidad de autogestión y depende de directrices verticales que no tienen en cuenta la idiosincrasia de cada barrio, cada centro de salud y cada consulta.
 - El médico de familia cobra la mayor parte de su sueldo de forma fija en forma de salario fijo, sin que tengan un peso relevante el cupo de pacientes que atiende ni la calidad de la atención que presta.
 - **Excesiva burocracia y tareas de escaso valor añadido** que desincentivan al profesional y generan un alto coste evitable
 - **Excesiva “Atención a la no enfermedad”** que diría Ángel Ruiz Téllez. Medicalización de la vida cotidiana, chequeos de población sana, exceso de la medicina preventiva que como comenta Juan Gérvas: desvía los recursos de enfermos a sanos, de viejos a jóvenes, y de pobres a ricos cumpliendo la Ley de cuidados inversos.

- **Pérdida progresiva de competencias**, por desviación de las mismas a servicios específicos. Un médico general que deja de hacer cirugía menor, atención a paliativos, control de embarazo, etc, va lógicamente perdiendo conocimientos. La atención primaria se va descapitalizando, y progresivamente tanto pacientes como profesionales esperan menos de ella, relegando la burocracia y atención a procesos banales al médico de familia.



Fuente: elaboración propia

- **Medidas gestoras desafortunadas** para paliar a corto plazo el falso déficit de profesionales, medidas que van en contra de pilares de la atención primaria como la longitudinalidad. Cuando no hay médico, en lugar de abordar reformas estructurales se palia con “le atenderá otro profesional de forma centralizada y telemática”

3. ¿Cómo se realiza la formación del MFC en el país?

Tras finalizar la carrera, los recién licenciados se presentan al examen MIR para acceder a la condición formativo laboral de “médico interno residente”. El examen es estatal y único para acceder a todas las especialidades, y es tipo test. Los médicos hacen un listado de preferencias, y se van asignando por orden

de nota. En el caso de medicina de familia, en el acto de elección se escoge especialidad, y unidad docente concreta.

En los últimos años la especialidad de medicina de familia ha quedado con plazas descubiertas (no elegidas por ningún médico). La formación MIR consta de 4 años de contrato laboral-formativo remunerado. El programa formativo es estatal y contempla rotaciones en atención primaria con un tutor de referencia, así como en servicios especialistas focales (ginecología, pediatría, salud mental, medicina interna, traumatología, oftalmología, ORL, dermatología...etc), y guardias en la urgencia hospitalaria. Hay también unos meses para rotaciones optativas que el residente puede elegir y que contempla estancias en el extranjero. La reivindicación clásica es la de pasar más tiempo de la residencia en atención primaria y reducir las horas de guardias hospitalarias. Los residentes tienen unos días destinados a cursos de formación o asistencia a congresos.

4. ¿Cómo evalúa el número de MFC en relación con las necesidades de atención en salud de la población española?

Interesante pregunta que respondería con un “depende”. El número de médicos en España en relación a la población se sitúa en torno a la media de los países de la OCDE.

La evolución reciente ha sido el incremento progresivo de médicos destinados a hospital con un estancamiento de médicos en atención primaria. Si hacemos una búsqueda en internet para ver qué mencionan los políticos y los medios de comunicación concluiremos que “faltan médicos de familia”, pero si hacemos un análisis algo más profundo, entenderemos que no hacen falta tantos médicos de familia, sino que falta “tiempo de médico” y lo necesario es eliminar todas las tareas no médicas que asume. El tiempo del médico de familia está en gran parte destinado a tareas de bajo valor añadido, de poco valor clínico, a una excesiva burocracia, y a participar de un vaivén de pacientes entre el centro de salud y el hospital. Si estas cuestiones se abordaran valientemente, los médicos de familia actuales serían suficientes y bastaría con hacer un ajuste en la distribución de los mismos, siguiendo criterios de tamaño del cupo, edad de los pacientes, dispersión geográfica y condiciones socioeconómicas.

5. ¿Cuáles son los desafíos para el desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria en España, en el contexto de la atención primaria?

- Revalorizar la atención primaria en la universidad mediante cátedras específicas y rotación de los estudiantes;
- Recuperar competencias clínicas abandonadas;
- Desburocratizar la consulta;
- Mejorar el trabajo en equipo con enfermería que podría ampliar sus competencias en atención a cronicidad y resolución de procesos agudos leves;
- Potenciar docencia e investigación;
- Incentivar económicamente los cupos grandes, y no simplificar a pago por salario;
- Aumentar la autogestión de la consulta y del centro de salud en equipo multidisciplinar;
- Potenciar las características básicas de la atención primaria, por ejemplo, la longitudinalidad por encima de valores como la inmediatez;
- Recuperar la ilusión por una atención primaria fuerte, y saberla transmitir a la sociedad, no con discursos teóricos sino con una atención resolutoria, adaptada al contexto, cercana y humana.

Autores recomendados para ampliar información: Juan Simó, Beatriz G. López-Valcárcel, Ángel Tellez, Rafael Bravo, Vicente Ortún, José Repullo, Juan Gérvas, Mercedes Pérez-Fernandez.

SOBRE LAS ENTREVISTADORAS

Carla Pacheco Teixeira

Trabajadora social y sanitarista. Doctorado en salud colectiva por el Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ). Coordinadora Académica Adjunta Nacional de la Maestría Profesional en Salud de la Familia (PROFSAÚDE). Profesora permanente y Responsable Nacional de la disciplina de Seminarios de Acompañamiento del programa. Líder del Grupo de Investigación del CNPq: Formación Profesional en Salud: estudios de pregrado y posgrado. Miembro del Grupo de Investigación del CNPq: Territorios, Modelaciones y Prácticas en Salud de la Familia – Fiocruz. Rio de Janeiro, Brasil. Correo electrónico: carla.teixeira@fiocruz.br / ORCID-Id: <https://orcid.org/0000-0002-5683-8430>

Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo

Enfermera de la Universidad Nacional de Colombia. Doctorado en Cognición y Lenguaje por la Universidad Estatal del Norte Fluminense (UENF), Brasil. Maestría en Educación de la Universidad Militar de Colombia. Asesor de la Coordinación Académica Nacional de la Maestría Profesional en Salud de la Familia (PROFSAÚDE). Profesor permanente y Responsable Nacional de la disciplina de Producción de Conocimiento del programa. Vicelíder del Grupo de Investigación del CNPq: Formación Profesional en

Revista Portal – Saúde e Sociedade

Salud: pregrado y posgrado. Miembro del Grupo de Investigación del CNPq: Territorios, Modelaciones y Prácticas en Salud de la Familia – Fiocruz. Rio de Janeiro, Brasil. Correo electrónico: diana.gutierrez@fiocruz.br / ORCID-Id: <https://orcid.org/0000-0003-2865-7824>