

## MEDICINA DE FAMILIA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

Dra. Mónica Salazar González

Centro de Salud Sagasta Ruiseñores, sector II. Zaragoza

### RESUMEN

El médico de familia ha desempeñado un papel crucial a lo largo de la historia. La Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) ha ido evolucionando a lo largo del tiempo a tenor del progreso de la medicina, de las exigencias sociales y de las diferentes disposiciones legislativas.

La MFYC es una disciplina académica y una especialidad médica que se enfoca en la atención continua e integral de las personas, familias y comunidades. Se ha incorporado en la Universidades como disciplina académica, aun con muchos retos por delante. Su actividad profesional se desarrolla mayoritariamente en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud formando parte de los Equipos de Atención Primaria. Entre sus funciones se encuentran la atención al individuo, a la familia, a la comunidad o las funciones de docencia e investigación. Actualmente tiene múltiples debilidades y amenazas, pero no debemos olvidar sus fortalezas y las grandes oportunidades (DAFO) de mejora que existen para darle la importancia que tiene y se merece como piedra angular de los sistemas sanitarios.

Se enfrenta a muchos retos y oportunidades en el futuro, teniendo el potencial de ser una especialidad líder en el sistema sanitario, siempre que se le reconozca su valor y se le dote de los medios necesarios.

### PALABRAS CLAVE

Medicina Familiar y Comunitaria, Atención Primaria, DAFO

### ABSTRACT

The General Practitioner (GP) has played a crucial role throughout history. Family and Community Medicine (MFYC) has been growing over time in accordance with the progress of medicine, social demands and different legislative provisions.

MFYC is an academic discipline and medical specialty that focuses on the continuous and comprehensive care of individuals, families and communities. MFYC has been incorporated into Universities as an academic discipline, even with many challenges ahead. This professional activity is carried out mainly in the field of Primary Health Care, being part of the Primary Care Teams. Among its functions are care for the individual, the family, the community or teaching and research functions. MFYC currently has multiple weaknesses and threats, but do not forget its strengths and the great opportunities (SWOT) for improvement that exist to give it the importance it has and deserves as the milestone of health systems. This academic discipline faces many challenges and opportunities in the future, having the potential to be a leading specialty in the health system, as long as its value is recognized and it is provided with the necessary force.

### KEYWORDS

Family and Community Medicine (MFYC), Primary Care (PC), SWOT

# Revisión Científica

El médico de familia ofrece en su ejercicio, a los individuos y familias atención médica primera, primaria y primordial.

Es la atención primera puesto que suele ser primer contacto y puerta de entrada del paciente con el sistema sanitario.

Es una atención primaria porque se desarrolla en el ámbito de la Atención Primaria, se trata de una asistencia esencial ambulatoria basada en métodos y tecnologías prácticas puestas al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad.

Pero ante todo es una atención médica primordial, puesto que es capaz de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población proporcionando unos cuidados continuos e integrales al individuo, a la familia y a la comunidad.

Los Médicos de Familia han sido llamados de diferentes maneras a lo largo del tiempo: médicos titulares, médicos generalistas, médicos de cupo, médicos de cabecera, médicos de atención primaria o médicos de asistencia pública domiciliaria. En la actualidad se nos conoce como Médicos de Familia.

Las competencias profesionales del Médico de Familia han ido evolucionando y modificándose a lo largo del tiempo a tenor del progreso de la Medicina, de las exigencias sociales y de las diferentes disposiciones legislativas.

## MEDICINA DE FAMILIA: PASADO

El médico ha desempeñado un papel crucial a lo largo del tiempo. Analizaremos a continuación el pasado de la medicina y su evolución a lo largo de la Historia, desde la Edad Antigua a la Edad Contemporánea.

### EDAD ANTIGUA

En la Edad Antigua, en la Antigua Grecia comienza la tecnificación de la medicina.

En esa época existían dos escuelas de Medicina: la escuela de Cos y la escuela de Cnido<sup>1</sup>. La escuela de Cnido inició una corriente médica que presta máxima atención al trastorno o la enfermedad local y no al estado general de los pacientes. Frente a esta escuela, se encuentra la escuela de Cos, cuyo creador y máximo

representante fue Hipócrates. En esta escuela cobra relevancia la observación de la enfermedad, del enfermo y de sus circunstancias ambientales, familiares, etc. Estas dos escuelas están en el origen del modelo biológico, el imperante, y el modelo biopsicosocial. El desarrollo de la Medicina Familiar proviene directamente de la escuela de Cos (Hipócrates), siendo descendientes directos de esta corriente fieles a la concepción que la ciencia siempre está al servicio de la Humanidad, como se refleja en célebres sentencias como “No existen enfermedades sino enfermos” “El médico debe a veces curar, a menudo aliviar y siempre consolar”.

La ciencia médica griega y romana nos llegó a través de los árabes. Ello se debió a que muchos de los últimos sabios y médicos cristianos del Imperio romano de Oriente fueron perseguidos por herejes. Se refugiaron en los actuales territorios de Oriente Medio, bajo la protección de los árabes.

### EDAD MEDIA

Durante la Edad Media se produce el avance de los árabes hacia Occidente. Nos llegaron a España los antiguos textos médicos, que fueron nuevamente traducidos por sabios árabes, españoles y judíos en centros de estudio de la época, de los que el más sonado fue la Escuela de Traductores de Toledo. Naturalmente tantas traducciones del griego y el latín al árabe, con sus respectivos dialectos, y viceversa, hicieron mella en la calidad de la ciencia disponible<sup>2</sup>.

La primera figura reglada del médico en la historia en España vino de la mano de Alfonso X el Sabio, en el siglo XIII. El “físico”, nombre que recibían los médicos en la época. Era un personaje que debía ser admitido por las autoridades locales, los alcaldes, del lugar donde pretendía establecerse, recibiendo un título como tal, de ahí lo de titular<sup>3</sup>.

El primer indicio de seguro médico arranca en esta época de la contratación de médicos por los gremios para asistencia de sus miembros y familiares, estableciéndose un pago per cápita o capitativo; se pagaba una cantidad fija por períodos de tiempo determinados, independientemente de ser asistido o no, para todos los miembros, por cuotas de igual cuantía, iguales, denominación que ha llegado hasta

# Revisión Científica

nuestros días. Por una parte, este sistema resolvió los problemas de los pacientes de acceso a un médico en tiempos de escasez de estos, a la vez que se aseguraba un mínimo de recursos para los médicos<sup>4</sup>.

## EDAD MODERNA

El Renacimiento fue una época de grandes avances en diferentes campos del conocimiento, incluyendo la medicina. Durante este periodo, la medicina experimentó un gran desarrollo, se produjeron importantes descubrimientos y avances científicos que sentaron las bases para la medicina moderna.

La medicina renacentista se caracteriza por el resurgimiento del hipocratismo.

A lo largo del siglo XVIII tuvo lugar una creciente dignificación de la profesión médica. Los primeros médicos de partido, similares en su ámbito competencial a los actuales médicos de familia y asistencia primaria surgen en el Reinado de Carlos IV (1788-1808). Estos profesionales, la mayoría en el ámbito rural, quedaban sujetos por el régimen de contrata de los vecindarios, con prestaciones recíprocas y con obligaciones específicas<sup>5</sup>.

## EDAD CONTEMPORANEA

El **siglo XIX** es considerado la era de la medicina general, siendo el profesional clave para las personas, las familias y la comunidad. El médico general de esta época recopilaba prácticamente todo el conocimiento médico científico desarrollado hasta el momento. La gran mayoría de la profesión médica eran médicos generales. Cada familia tenía su médico, generalmente para todos los miembros de la familia, lo que permitía continuidad y abordajes familiares. El médico general era un personaje importante para las familias y las comunidades<sup>6</sup>.

Un año importante de este periodo es el año 1855, ya que se aprueba la primera ley de sanidad de España que, con diversos avatares, regula la política de prevención sanitaria y la actuación profesional del personal asistencial. Esta ley estableció la creación de Juntas de Sanidad en cada provincia, que se encargaban de la supervisión de la salud pública y la prevención de enfermedades. La ley también estableció la figura del médico de partido, el origen del

Médico Titular, que era responsable de la atención médica primaria en su área de servicio. Sus funciones eran parcialmente compartidas con el farmacéutico y el veterinario titular. Con evidentes cambios, esta estructura ha alcanzado nuestra historia reciente hasta la creación de los equipos de atención primaria.

Durante la **1ª parte del siglo XX**, la ley de 1855 se continúa con El Real Decreto de 11 de octubre de 1904 que aprobó el Reglamento del Cuerpo de Médicos Titulares de España. Este reglamento estableció las condiciones para el nombramiento y la remuneración de los médicos titulares, que eran responsables de la atención médica primaria en su área de servicio.

El **siglo XX** es considerada la era de la especialización<sup>1,6</sup>. La medicina se va haciendo cada vez más compleja y el surgimiento de las especialidades que nace como una necesidad evidente. Abraham Flexner, en el año 1910, presentó un informe que supuso el inicio del declive de la medicina general en favor de las especialidades médicas<sup>7</sup>. Ya el mismo avisaba que se debía ser cuidadoso porque se podía perder la visión global del paciente, y que médicos generales como Osler no podían ser perdidos de vista. Osler, considerado el padre de la medicina hipocrática moderna, había advertido con célebres de sus sentencias que “El buen médico trata la enfermedad, el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad”<sup>8,9</sup>. El informe Flexner fue un estudio sobre la educación médica en Estados Unidos y Canadá, realizado por Abraham Flexner y publicado en 1910 con el apoyo de la Fundación Carnegie. El informe tuvo una gran repercusión en la medicina general, ya que estableció altos estándares de calidad, rigor científico y profesionalismo para las escuelas de medicina. Como resultado, muchas escuelas de medicina que no cumplían con los criterios del informe se cerraron o se fusionaron, y se redujo el número de médicos formados. El informe también favoreció el desarrollo de la medicina basada en la evidencia, la investigación biomédica y la especialización médica. La entrada a las especialidades se hacía a través de un entrenamiento posgrado y los médicos generales fueron definidos por su falta de entrenamiento adicional. Se asumía que cualquier graduado médico podía ser médico general. La inexistencia de formación posgra-

## Revisión Científica

duada en medicina general contribuía a crear una imagen intelectualmente inferior a la de sus colegas hospitalarios.

En Europa durante el siglo XIX la proporción de medios generales frente a médicos especialistas era de 80/20, pero esta relación se invierte y pasa a convertirse en una relación de 20/80 durante los primeros cincuenta años del siglo XX. En la segunda mitad del siglo XX la seducción de los médicos jóvenes por las especialidades disminuyeron drásticamente la proporción de médicos que elegían la medicina general, visto por los recién licenciados como un trabajo más arduo y menos prestigiado<sup>10</sup>.

Sin embargo a pesar de la necesidad evidente de la especialización, esta atención basada en la especialización no estaba exenta de efectos secundarios. Se producía una atención fragmentada, el abordaje se realizaba no hacia las personas sino a órganos, aparatos y sistemas lo que entrañó una despersonalización, un encarecimiento del sistema y una relativa efectividad que hizo reflexionar a múltiples profesionales de la época.

Durante la segunda parte del siglo XX, a partir de 1950 la comunidad médica internacional tomó conciencia de que el médico que salía de las facultades no estaba preparado para atender los problemas médicos esenciales con un abordaje integral de los problemas de salud. Se precisaba un profesional que manejara la mayor parte de las necesidades de la población y que atendiera a la persona en su complejidad. La práctica de la medicina general comenzó a ser vista no simplemente como el grueso indiferenciado de la profesión, sino como una disciplina clínica con un cuerpo de conocimientos propio.

La Medicina Familiar como especialidad nació en la década de los 60 y se extendió en la década de los 70 a diferentes países<sup>11</sup>. Los esfuerzos se centraron por un lado en la mejora de la profesión y de sus condiciones laborales; y, por otro lado, en la mejora de la formación para la construcción de una identidad propia con un cuerpo doctrinal definido.

Las múltiples iniciativas de creación de la Medicina Familiar en una gran mayoría de países hicieron que se fueran organizando conferencias mundiales de médicos de familia/

generales. En 1964 y 1966 se celebran las dos primeras conferencias mundiales de la medicina de familia, se va regulando la especialidad y aparecen las cátedras de medicina de familia en algunos países.

En 1970, en Chicago, en la IV Conferencia Mundial de Médicos Generales se estableció la WONCA (Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Medios Generales/Médicos de Familia), cuyo nombre abreviado es la Organización Mundial de Médicos de Familia, que se constituyó oficialmente en 1972. La primera conferencia mundial de WONCA se celebró en 1972 en Montevideo, Uruguay. Desde entonces, WONCA ha celebrado conferencias mundiales cada tres años en diferentes lugares del mundo.

En el año 1978, se celebró la famosa Conferencia Internacional de Atención Primaria de Alma Mata, Kazajistán. Debe considerarse como el punto de partida de una nueva concepción de la Atención Primaria. Se trató del evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. Fue organizada por la OMS y Unicef y patrocinada por la entonces URSS. La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Alma Mata, subrayando la importancia de la AP de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud para los pueblos. Su lema fue “salud para todos en el año 2000” que con sus virtudes y sus defectos consagra a la Atención Primaria como fundamento y raíz del sistema sanitario. Expresó la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de salud y comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. Participaron ciento treinta y cuatro países y sesenta y siete organizaciones internacionales. Nuestro país asistió a la Conferencia y suscribió la Declaración de Alma-Ata, que redundaron en decisiones políticas de enorme calado. A partir de aquí se funda la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria en el año 1978, y al año siguiente empezaron su formación en la nueva especialidad los primeros médicos residentes en Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC), dentro del Sistema MIR (Médico Interno y Residente), cuyo feliz proyecto ha cuajado plenamente<sup>12, 13</sup>.

# Revisión Científica

En Europa, además se encuentra la UEMO (Unión de Médicos Generalistas) que desempeña un papel más político y que defiende desde 1967 los intereses de los médicos generales/ médicos de familia ante el Parlamento Europeo.

En el año 1977, el Comité de ministros del Consejo de Europa emitió una resolución por la que estableció que la medicina Familiar debía ser la piedra angular de los sistemas de salud. Esta organización fue clave en el avance legislativo de la formación específica en Europa. Participo en la gestación de la directiva comunitaria europea sobre la formación específica para generalistas obligatoria, de al menos 2 años, para el ejercicio de la profesión para todos los estados miembro (Directiva 86/457/CEE del Consejo, de 15 de septiembre de 1986). Se estableció la obligatoriedad de la formación posgraduada de al menos dos años a partir del 1 de enero de 1995. En 1993 y 1995 el Comité de Médicos de la Comunidad Europea y la conferencia de consenso en formación específica en medicina general y de familia, concretan en 3 años el tiempo de dicha formación.

Desde 1992, la UEMO tiene estatus consultivo oficial y no gubernamental en el Consejo de Europa.

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) aparece en nuestro país por primera vez en el RD 2015/78, desarrollándose posteriormente en el RD de 29 de diciembre de 1978. En él se define al MF como la figura fundamental del sistema sanitario que tiene la misión de realizar una atención médica integrada y completa a miembros de la comunidad además de prevenir la enfermedad y realizar educación sanitaria. En 1979 comenzaron la especialidad vía MIR los primeros residentes, sin que existiera la infraestructura adecuada. Además, al crearse la especialidad, se otorgó el título a aquellos profesionales de asistencia pública domiciliaria (APD), o médicos titulares, que eran propietarios de plaza en el sistema público en 1981, y a través de otras vías minoritarias lo que alcanzaba a unos cuatro mil médicos de familia<sup>14, 15</sup>.

## MEDICINA DE FAMILIA: PRESENTE

Desde la creación de la especialidad han transcurrido más de cuarenta años. La medici-

na de familia ha estado en constante desarrollo desde su creación hasta el momento actual. En la actualidad se define la Medicina de Familia como una disciplina académica y una especialidad médica que se enfoca en la atención continua e integral de las personas, familias y comunidades.

El perfil del médico de familia es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos y psíquicos vinculados a un contexto familiar y social concreto. Se trata de una atención médica a través de un enfoque biopsicosocial.

La especialidad de medicina de familia comparte conocimientos y destrezas con otras especialidades de la Medicina, pero tiene dos características fundamentales que son proporcionar una atención integral y continuada en el tiempo a los individuos, familias y comunidad a su cargo independientemente de las edades, sexo, sistemas o enfermedades, con particular énfasis en la medicina humanística, la relación médico-paciente-familia, los aspectos educativos, preventivos clínicos y la medicina integrada y costo-efectiva.

### Formación en Medicina de Familia:

1. Formación pregrado: Universidad
2. Formación sanitaria especializada

### Formación pregrado de Medicina de Familia en la Universidad:

Es preciso tener en cuenta que para que una especialidad tan esencial en los sistemas sanitarios como es la MFYC sea elegida por nuestros futuros especialistas, tiene que ser conocida, y en este aspecto la universidad cobra una especial relevancia la formación universitaria, puesto que no se ama lo que no se conoce.

La MFYC se ha incorporado en la Universidades como disciplina académica. En los últimos años ha habido una progresión de la MFYC en la universidad en asignaturas, contenidos, profesorado, etc. Pero aún estamos lejos del nivel en el que se encuentran las universidades de otros países.

Un estudio reciente publicado en 2023 del Observatorio de la Academia de Medicina Familiar y Comunitaria en España (AMFE) en la uni-

## Revisión Científica

versidad española ha llevado a cabo un estudio para conocer el grado de implementación de la MFYC en los planes de estudio del grado de Medicina en las universidades españolas. Como conclusiones se demuestra que existe una gran heterogeneidad en la denominación, contenidos, metodología, carga docente y estructura<sup>16</sup>.

En Aragón, en la Universidad de Zaragoza, existe la asignatura de MFYC como disciplina académica. La denominación de la asignatura es "Obstetricia, Ginecología y Medicina de Familia". El carácter de la asignatura es obligatorio, y el curso en el que se imparte es en quinto curso. Tiene asignados diez créditos, tres de los cuales corresponden a la parte de MFYC. Además de las clases teóricas que se imparten en la facultad, se realizan prácticas tuteladas y rotaciones en los centros de salud, así como formación en habilidades mediante talleres de simulación. Los recursos humanos universitarios con los que cuenta la Universidad de Zaragoza para impartir esta parte de la asignatura son una profesora contratada doctora, una profesora titular, y cuentan con el apoyo de profesores asociados que imparten diversas clases.

### **Formación postgrado: Formación Sanitaria Especializada**

La medicina Familiar y Comunitaria nace en España como especialidad al amparo de la creación de la formación especializada vía residencia para todas las especialidades en el año 1978. A lo largo de estos años la especialidad se ha ido configurando de la mano de cinco programas de la especialidad, tres de ellos oficiales. El programa vigente en la actualidad es el tercer programa oficial de la misma y se publicó en el año 2005. Actualmente el programa esta nuevamente en fase de revisión. El vigente consta de un periodo formativo cuatro años<sup>17</sup>.

Una vez finalizada su formación, **el Médico de Familia ejerce**, en su mayoría, su actividad profesional en el ámbito de actuación de la Atención Primaria de la Salud.

En nuestra CCAA, El Sistema de Salud de Aragón se organiza territorialmente en ocho áreas de salud concebidas como unidades fundamentales del sistema sanitario.

Las áreas de salud son las siguientes<sup>18</sup>:

- Área de Salud Alcañiz
- Área de Salud Barbastro
- Área de Salud Calatayud
- Área de Salud Huesca
- Área de Salud Teruel
- Área de Salud Zaragoza I
- Área de Salud Zaragoza II
- Área de Salud Zaragoza III

El sector sanitario constituye la estructura territorial organizativa dentro de las áreas de salud para la provisión de los servicios sanitarios en la comunidad autónoma de Aragón.

Cada sector sanitario de la comunidad está constituido por un conjunto de zonas de salud, asignadas por el departamento responsable en materia de salud, a través de la regulación del mapa sanitario de la comunidad autónoma de Aragón. La zona de salud es el marco geográfico y poblacional básico de atención primaria. Siendo el centro de salud es la estructura física y funcional de referencia para las actividades de atención primaria en la zona de salud.

Según datos publicados en el Atlas de Aragón respecto a usuarios del Servicio Aragonés de Salud, el número de usuarios atendidos en toda la CCAA de Aragón supera el 1.300.000. Aragón cuenta con un total de 124 centros de atención primaria para su atención médica primaria. De ellos, veintinueve se encuentran en la provincia de Huesca, lo que supone el 23,4% del total de Aragón, veintiséis en la de Teruel, que suponen el 21% del total, y sesenta y nueve en la de Zaragoza, que acumula el 55,6% del total.

### **Equipos de Atención Primaria (EAP)**

El EAP cuenta con un coordinador que asume la dirección funcional, y un coordinador de enfermería. Los equipos disponen de un re-

# Revisión Científica

glamento interno que regula su organización y funcionamiento. Integran los equipos de atención primaria diferentes profesionales:

- Médicos de Familia
- Médicos Pediatras
- Personal de Enfermería
- Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)
- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)
- Odontología
- Personal de atención en Salud Mental
- Fisioterapia
- Trabajador Social
- Personal de Administración

## Funciones del MF

Las funciones del MF se dividen en 5 áreas de práctica profesional, que son las siguientes:

1. Área de atención al individuo.
2. Área de atención a la familia.
3. Área de atención a la comunidad.
4. Área de docencia e investigación
5. Área de apoyo

### 1. Área de atención al individuo

El MF participa en el cuidado de la salud del individuo en todas sus formas de intervención, mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

- Asistencial: La primera responsabilidad del MF es la de prestar asistencia sanitaria de enfermedades agudas o crónicas ya sea a demanda, de forma programada o con carácter urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo. Esta asistencia se caracteriza por su globalidad (el conjunto de la persona) y la longitudinalidad (a lo largo de toda la vida).

-También se incluye en el área de atención al individuo la práctica del diagnóstico precoz y la búsqueda de factores de riesgo en individuos asintomáticos.

- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud.

- Participamos en la atención y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, los mayores, los enfermos crónicos y los grupos de riesgo.

- Función de rehabilitación básica de forma coordinada junto con las unidades de

### *Fisioterapia de los EAP*

- Atención básica a la salud mental con apoyo de las unidades de Salud Mental

- Atención a la salud bucodental de forma coordinada con los odontólogos que forman parte de los EAP

- Atención paliativa a enfermos terminales de forma coordinada con los Equipos de

### Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

### 2. Área de atención a la familia:

La familia tiene una gran importancia en cómo y de que enferman sus miembros. El MF entiende a cada familia como una unidad que actúa a dos niveles. Por un lado, como parte de un contexto social en el que se desenvuelve la vida y la salud; y por otro, como un recurso para la salud. Destaca la importancia para el MF de la entrevista familiar en determinadas patologías de nuestros pacientes y los antecedentes familiares. El MF colabora con la Trabajadora Social de los EAP en el asesoramiento, la intervención y mediación familiar, así como la orientación sobre recursos y el apoyo social para los pacientes y sus familias.

### 3. Área de atención a la comunidad:

El Médico de Familia tiene la función de identificar los problemas y necesidades de salud de la comunidad.

Estudiar la distribución y determinantes de los problemas de salud prioritarios en su comunidad.

Priorizar las intervenciones, de acuerdo con su importancia en la comunidad.

Diseñar programas comunitarios, con una metodología rigurosa de planificación, que permita la sistematización de las actividades, la racionalidad en la asignación de recursos y la evaluación de la efectividad, la eficiencia y la equidad.

# Revisión Científica

Es importante llevar a cabo acciones de educación para la salud y promoción de la participación comunitaria.

Son de especial importancia para los MF los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica. Nos ayudan a conocer y controlar los aspectos del medio ambiente y sus repercusiones sobre la salud. Aportan información sobre enfermedades emergentes, alertas en salud pública o vigilancia incidencia de enfermedades infecciosas (gripe).

## 4. Área de docencia e investigación:

### Docencia:

*Autoformación y formación continuada del propio profesional:*

Una vez finalizado el período de formación, el médico de familia (como cualquier otro profesional) necesita desarrollar una actividad continuada de formación. El progreso científico y tecnológico acelerado hace que los estándares de la práctica médica estén cambiando continuamente. Los profundos cambios sociales y epidemiológicos, que traducen las modificaciones en los patrones de morbimortalidad, originan a su vez cambios en las necesidades y en las demandas de la sociedad y los profesionales. Por otra parte, la gran amplitud de conocimientos, habilidades y tareas que debe dominar el médico de familia hace todavía más compleja esta formación continuada.

*Actividades docentes de un médico de familia a otros profesionales:*

- Formación para estudiantes de Medicina
- Tutores de residentes de MFYC
- Actividades formativas para otros compañeros de profesión

Docencia a pre y posgraduados no siempre va a estar al alcance de todos los médicos de familia, influyendo en ello diversos factores como que su centro de trabajo este acreditado para la docencia o que el propio profesional esté o no acreditado como tutor, etc.

### Investigación:

Investigar puede y debe hacerlo todo profesional que esté motivado para ello y en el

que la motivación sea lo suficientemente fuerte como para superar las dificultades que siempre se presentan entre ellas la falta de tiempo, las carencias formativas en metodología de investigación y la ausencia de recursos son las más frecuentes.

En cuanto a la investigación, es imprescindible el esfuerzo personal sumado a una motivación para realizar estas actividades, la disposición a colaborar en proyectos de investigación, así como la predisposición a adquirir los conocimientos necesarios en metodología de investigación y sus disciplinas básicas. El médico de familia debe ser consciente de que la actitud investigadora conlleva importantes beneficios, a veces intangibles, tales como mantener la motivación profesional, superar el aislamiento, etc. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido en numerosas ocasiones de la necesidad de destinar recursos y enfocar la investigación a la Atención Primaria, ya que es la más cercana a la población general.

## 5. Área de apoyo:

Subáreas de la práctica del médico de familia que están formando parte de su actividad diaria, individualmente o en coordinación con otros profesionales. Imprescindibles para el desempeño de las cuatro áreas anteriores, como son:

- El trabajo en equipo
- La gestión de recursos
- Administración sanitaria: tareas administrativas en centros sanitarios necesarias para garantizar la debida atención de los pacientes que acuden para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Historias clínicas, informes médicos, consentimientos informados....
- La garantía de calidad: corresponde a todas las acciones grupales encaminadas a que los pacientes obtengan los mejores resultados con los menores riesgos al recibir una atención médica.
- Los sistemas de registro e información.



# Revisión Científica

## Debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades de la Medicina de Familia

Para ayudar a valorar la situación actual de la Medicina de Familia he aplicado la metodología DAFO, realizando un análisis subjetivo de las que considero las principales debilidades y amenazas, así como fortalezas y oportunidades que tiene la Medicina de Familia en la actualidad.

### 1. Debilidades:

Entre las debilidades que tiene la medicina de familia encontramos:

- *El tiempo por paciente.* Los tiempos de consulta del médico de familia, hoy en nuestro país tasados a breves minutos, en unas consultas saturadas con agendas diarias ilimitadas conllevan una asignación excesiva de pacientes para el tiempo asistencial disponible. Todo esto conlleva un deterioro de la calidad asistencial, así como una dificultad para la realización de otras tareas no asistenciales.

- *Ratio médico-paciente.* Se trata de la asignación de pacientes por cada MF. Se recomiendan que cada MF tenga asignados unos 1500 pacientes, siendo la asignación actual en los centros fundamentalmente urbanos superior a estas recomendaciones. Es preciso racionalizar los ratios para que sean adecuados en número a las recomendaciones teniendo en cuenta los ajustes necesarios derivados de las características sociodemográficas y socioeconómicas de la población de referencia.

- *Exceso de burocratización* sin valor añadido. La carga burocrática que soportan las consultas de AP es excesiva.

- *Atención integral* que presta el MF es campo de trabajo muy extenso. Los MF sabemos mucho de todo, más de lo más frecuente y poco de lo no frecuente.

- *Falta de facultativos* para cubrir las necesidades asistenciales actuales. Esta es una de las debilidades más importantes y se ha convertido en el día a día, no en situaciones excepcionales, produciendo una sobrecarga de trabajo inasumible.

- La AP no solo cuenta con escasos recursos humanos sino también con *escasos recursos de infraestructura y equipamientos.*

- Todos estos motivos hacen que con frecuencia encontremos *profesionales desmotivados o desmoralizados.*

- Existe una *falta de delimitación de las funciones específicas de cada estamento* dentro de los EAP, importante sobrecarga laboral sobre los médicos dentro de los EAP. La definición de las funciones del personal de los centros de salud es una necesidad expresada mayoritariamente por los MF.

- *Interconsultas virtuales (ICV):* Son el modo actual de derivación de los pacientes a otro especialista de otro nivel asistencial. En las ICV el MF en lugar de derivar al paciente realiza una consulta telemática a un especialista de otro nivel asistencial y este accede a la historia clínica sin ver físicamente al paciente y responde de la consulta del MF. Este tipo de consultas tienen por objetivo mejorar la comunicación entre niveles asistenciales y ofrecer al MF la reducción de importantes derivaciones.

Sin embargo, estas ICV no deben servir para paliar listas de espera, ni debe convertirse al MF en el asistente del segundo nivel asistencial incrementando la burocratización del MF o convertirse en una barrera para aquellos pacientes que deben de ser valorados presencialmente en ese nivel asistencial.

- *Falta de seguridad ante el creciente número de agresiones al personal sanitario:* las agresiones a los sanitarios se han convertido en los últimos años en algo tristemente familiar. Los profesionales que atienden en los centros de salud son el colectivo más afectado según los datos del observatorio contra las agresiones de la Organización Médica Colegial (OMC).

### 2. Amenazas

Como principales amenazas a valorar en la MFYC encontraríamos:

- *Perdida de profesionales:* Existe una falta progresiva de profesionales especialistas de Atención Primaria debido a diferentes motivos:

- o En primer lugar, ha habido una falta de planificación realista de las necesidades

- o Por otro lado, se produce una migración de profesionales a otros lugares debido funda-

# Revisión Científica

mentalmente a que las condiciones laborales no resultas atractivas prefiriendo irse a medio hospitalario, otras CCAA u otros países.

o Por último, esta pérdida de profesionales es debida a una falta de interés por la especialidad de los recién graduados.

La escasez de estos especialistas esenciales supone un desafío significativo para la prestación de servicios de atención primaria de calidad y, en última instancia, para la supervivencia de los sistemas sanitarios. La insuficiencia de medios materiales y humanos que existe en la actualidad evidencia una disparidad entre la importancia de la Atención Primaria como piedra angular de la sanidad española, y la insuficiencia de medios materiales y humanos.

- *Incremento en la utilización de los servicios de AP.* España es el país de la Unión Europea en el que más veces se visita al MF por año, siendo la media de 8,1 visitas/habitante/año, mientras que en la UE se sitúa en 5,8.

- *Envejecimiento poblacional* debido a un aumento de la esperanza de vida.

- *Paciente crónico complejo* aumento de prevalencia de enfermedades crónicas.

- *Reducción de las redes informales de cuidados.* Los cambios sociales acontecidos en las últimas décadas reducción tamaño familiar, cambios estructura familiar, incorporación mujer mercado laboral, etc., han ocasionado que los recursos informales se hayan visto reducidos. Todo esto conlleva importantes retos a nivel asistencial que van a requerir mayor consumo de recursos para este paciente de mayor complejidad y vulnerabilidad.

- *Medicalización.* La medicalización de la vida es uno de los problemas que actualmente contribuyen a la masificación de las consultas del MF. La medicalización es el proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son medicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. Se trata de un proceso continuo que se autoalimenta y crece de forma constante, facilitado por diversos factores intervinientes. Algunos factores causales son debidos a los propios profesionales por la práctica

de una medicina defensiva o la prescripción inducida; otros debidos a las Instituciones político sanitarias, los políticos y los gestores son los responsables de establecer las estrategias a seguir y definir la cartera de servicios que se presta a la población y en estos aspectos juegan un papel importante en la medicalización de la vida; y otros pueden ser debidos a una sociedad que va perdiendo toda capacidad de resolución y su nivel de tolerancia.

### 3. Fortalezas:

Por muy grandes que sean las debilidades y amenazas actuales, que lo son, no debemos olvidar nunca nuestras fortalezas. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- *La población tiene una valoración positiva de los MF* tal y como demuestran las encuestas de satisfacción. La mayoría de los españoles prefiere un MF de SPS para las consultas de médicos de familia.

- *Los MF como profesionales.* Los MF tienen en general muy buena formación, experiencia y compromiso profesional.

- *La informatización* de los registros. Las historias clínicas compartidas entre diferentes niveles asistenciales, la accesibilidad a resultados de otros niveles asistenciales, la receta electrónica son elementos de gran utilidad para la atención integral del paciente.

- *Avances tecnología* aumentan por un lado la productividad de los facultativos y mejoran la accesibilidad de los usuarios.

- *Interconsultas virtuales (ICV)* bien utilizada es una gran fortaleza debido a varios motivos:

- o Mejora la comunicación entre niveles asistenciales.

- o Asesora al MF, agiliza el proceso de asesoramiento entre médicos.

- o Puede producir una reducción de derivaciones con la consiguiente reducción de la demora de visitas en el segundo nivel asistencial. Acorta listas de espera.

- o Evita desplazamientos innecesarios a pacientes.

- *Morbimortalidad evitable imputable a la*

AP. Esta es sin duda la fortaleza que considero más importante. Hace referencia a la importancia de la longitudinalidad, mantener el mismo MF en el tiempo se asocia con una disminución muy importante de la morbimortalidad. La longitudinalidad es un concepto bien conocido por los médicos de familia, se trata del tiempo que permanece un médico con el mismo paciente a lo largo de su vida. Su importancia para la atención primaria no es un capricho sino que existen evidencias muy robustas de que esto tiene efectos beneficiosos sobre la salud de la población. Por ejemplo, reducir las hospitalizaciones y la mortalidad. Recientemente se ha publicado un estudio noruego donde se analiza la asociación entre la continuidad longitudinal con un MF y el uso de servicios en urgencias, ingresos hospitalarios agudos y la mortalidad. En este estudio participaron más de 4.500.000 pacientes. La duración de la relación MF-paciente se asocia significativamente con un menor uso de los servicios de urgencias, menos ingresos hospitalarios agudos y una menor mortalidad. Dicha asociación resultó ser más fuerte a medida que se incrementaron los años de duración de la relación MF-paciente. Mantener el mismo MF durante 15 años llega a reducir el uso de los servicios de urgencias un 30%, el número de hospitalizaciones un 28% y la mortalidad un 25%. 20 Como decía W. Osler “Es mucho más importante saber qué tipo de paciente tiene una enfermedad que qué tipo de enfermedad tiene un paciente”.

#### 4. Oportunidades:

Son muchas las oportunidades que existen para mejorar y darle la importancia que tiene y se merece la Atención Primaria como piedra angular de la sanidad española.

- La *inversión en AP*. Debe incrementarse la inversión económica en AP. La Medicina del siglo actual demanda, entre sus prioridades, potenciar el sector de atención primaria e incrementar los medios y recursos de la MFYC, no sólo en orden a la curación, sino desde la medicina preventiva y salud pública. Dotarla de capacidad resolutoria, ratios adecuados y circuitos eficientes. En el orden de prioridades sanitarias, deben adecuarse, en una medicina plenamente humana, la oferta de medios a la demanda de necesidades, éste es otro de los retos pendien-

tes en nuestro actual sistema sanitario, tanto a nivel estatal como autonómico.

- *Desburocratización de las consultas*. Toda actividad clínica lleva aparejado un componente administrativo que resulta indisociable de la misma así que el profesional sanitario debe dar respuesta a ambas cuestiones de forma simultánea. Pero la gran carga de trabajo que generan algunas actividades burocráticas es excesiva. Eliminar actividades burocráticas innecesarias y simplificar procedimientos administrativos constituyen una oportunidad de mejora.

- *Umbrales adecuados/ratios*. Racionalización de las ratios. Tener en cuenta aspectos socioeconómicos y de dependencia en los umbrales de los cupos. Los MF necesitan más tiempo de consulta por paciente. También debe reconocerse plenamente el tiempo dedicado a las tareas administrativas. Es necesario establecer ratios óptimas MF- Población en pro de la seguridad del paciente.

- *Motivación profesional*. Satisfacción profesional y condiciones laborales. La satisfacción de los profesionales guarda una relación directa y decisiva sobre la calidad de los servicios que otorgan. Mejorar las oportunidades de desarrollo profesional, reconocimiento laboral, condiciones propias del trabajo, tiempo adecuado pacientes, disposición de recursos materiales, remuneración adecuada.

- Es necesario introducir *cambios en la organización del trabajo en AP* optimizando los recursos humanos y las funciones de cada profesional. Debe establecerse un reparto de funciones y asignación de nuevos roles para que los diferentes profesionales que integran los EAP puedan desarrollar plenamente sus capacidades y funciones asistenciales.

- *La mejora entre los distintos niveles de atención a la salud*: mejora comunicación con segundo nivel asistencial es todavía una asignatura pendiente.

- *Campañas de educación sanitaria*. Necesidad de realizar campañas de educación sanitaria dirigidas a la población general es una de las peticiones continuadas por parte de los MF. Es importante implementar campañas educativas que faciliten la información al ciudadano

# Revisión Científica

sobre la utilización de los recursos sanitarios que el sistema pone a su disposición, el buen uso de estos, evitar la saturación del sistema con consultas innecesarias por procesos banales, así como utilizar los cauces adecuados.

- *Corresponsabilidad del paciente.* Al paciente le corresponde una gran responsabilidad de su salud. Corresponsabilidad del paciente en sus cuidados de salud, asumiendo estilos de vida saludables para la prevención de enfermedades y siendo corresponsable en sus tratamientos y controles. Esto se traduce en mejores resultados en salud, mayor adherencia a tratamientos, mejor cumplimentación de las revisiones, menores tasas de recaídas y un uso racional de los servicios de salud.

- *Presencia en la Universidad.* No se ama lo que no se conoce, el prestigio académico y las vocaciones surgen en las universidades por eso es tan relevante la presencia de MFYC en las mismas. La plantilla de médicos de familia es inferior a lo que corresponde a la importancia de la MF en el sistema sanitario español. Todavía la enseñanza de la MFYC no se ha implantado de forma generalizada en los planes de estudio de las Facultades de Medicina, ni forma parte de las estructuras universitarias. Los retos más importantes de la especialidad se centran en conseguir su reconocimiento en los planes de estudio de Medicina.

- *Tecnología.* Es necesario avanzar en la interconexión entre los diferentes niveles asistenciales de una misma zona de salud y de diferentes zonas de salud entre sí. Es imprescindible avanzar en la unificación de la información clínica de los pacientes en todo el territorio nacional. La tecnología también puede servir para mejorar la comunicación médico-paciente. Avanzar en la accesibilidad electrónica por consulta telefónica o correo electrónico o ambas simultáneamente como complemento a las visitas presenciales, mejorando la comunicación médico-paciente.

- *Contra las agresiones sanitarias resalto la necesidad de tener unas condiciones de trabajo seguras, con la implementación de políticas de tolerancia cero contra la violencia, discriminación y acoso en el lugar de trabajo. Es urgente introducir políticas dirigidas que aborden las vulnerabilidades específicas del personal más expuesto a tales comportamientos.*

## MEDICINA DE FAMILIA: FUTURO

Es difícil prever cual será el futuro de la Medicina, especialmente en un campo tan dinámico y cambiante como es la medicina de familia, pero creo que es una especialidad médica que se enfrenta a muchos retos y oportunidades.

Algunas tendencias y desafíos que podemos identificar y anticipar, pueden servirnos de guía para prepararnos mejor para el futuro.

La medicina de familia tendrá que adaptarse a la *creciente demanda de atención sanitaria*, a la diversidad de la población debida a cambios sociodemográficos con un aumento del *envejecimiento poblacional* debido el aumento de la esperanza de vida y la prevalencia de *enfermedades crónicas complejas*.

Nuevos formatos y modelos de consulta formaran parte del futuro hacia una era más digital. El uso de la tecnología en la comunicación será fundamental. Una *telemedicina, consultas virtuales* bien estructurada y con suficiencia de medios podrá por un lado mejorar la accesibilidad y facilitar la atención a distancia de los pacientes, y por otro lado facilitar la comunicación interprofesional mejorando la relación entre los diferentes niveles asistenciales.

En los cambios inevitables que traiga el futuro el *perfil del MF* deberá ser el de un profesional diferente al de hoy, donde además de poseer un alto grado de conocimiento, necesitara reciclarse con una forma continua y proactiva, en una era donde será fundamental el conocimiento en las competencias digitales en un futuro más tecnológico y digital.

Expertos destacan la necesidad de *digitalización de procesos sanitarios* y la introducción de la tecnología en la medicina del futuro. La medicina de familia tendrá que adaptarse a la innovación tecnológica. Grandes avances serán el resultado de la convergencia de la *tecnología avanzada y la investigación científica*.

Como no pensar en el futuro con la transformación disruptiva que traerá la tecnología en la salud en las próximas décadas con herramientas como la Inteligencia Artificial (IA), el machine learning o el big data, entre otras aún desconocidas.

## Revisión Científica

La Inteligencia Artificial puede aportar importantes beneficios que pueden ayudar a los profesionales médicos en aplicaciones clínicas como la detección precoz y mejora diagnóstica, los tratamientos personalizados, apoyo en la toma de decisiones y monitorización de pacientes. También en aspectos administrativos como la programación de visitas o la gestión de flujos de pacientes, y ayudar a disminuir la carga de trabajo repetitiva de los profesionales de salud, lo que les permite centrarse en tareas más complejas y de mayor valor añadido. Sin embargo, hay unas consideraciones importantes a tener en cuenta como son la precisión y seguridad. La precisión de la IA es crucial en el campo de la salud. Los sistemas de IA deben ser muy fiables y estar validados a través de estudios clínicos extensos antes de implementarlos en situaciones médicas reales. También preocupa la ética, la privacidad y la seguridad de los datos. El reto será encontrar el equilibrio entre estos beneficios y las preocupaciones.

Estas son algunas de las posibles líneas de evolución. La medicina de familia deberá adaptarse a los cambios tecnológicos y aprovechar las ventajas de la tecnología del futuro, pero sin perder su esencia humanista y holística. Creo que es una especialidad que tiene mucho que aportar al futuro de la salud, ya que es una especialidad que se centra en las personas, en sus necesidades, en sus valores y en sus contextos. La medicina de familia puede contribuir a mejorar la calidad, la equidad, la eficiencia y la satisfacción de los pacientes y de los profesionales. La Medicina de Familia tiene el potencial de ser una especialidad líder en el sistema sanitario, siempre que se le reconozca su valor y se le dote de los medios necesarios.

# Revisión Científica

## BIBLIOGRAFIA

1. Casado V, Planes A, Thomas V, Vázquez JR. La Medicina de Familia y Comunitaria. Valores profesionales y perfil profesional del médico de familia. En Casado V. et al. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Vol 1. 2.ª ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2012. pp. 3-29.
2. Laín Entralgo P, coordinador. Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Ed. Salvat; 1972.
3. Garrison F. Introducción a la Historia de la Medicina. 2 vol. Madrid: Espasa Calpe; 1921-1922.
4. Ponte Hernando F. Historia de la medicina de familia en España. Un camino largo y complejo. AMF 2009;5(4):201-209
5. Juan Riera Palmero Académico de Número. El Médico de Familia: de ayer a hoy. An Real Acad Med Cir Vall 2017; 54: 15 -23
6. Rivero-Canto O, Marty-Jiménez I, Morales-Rojas M, Salgado Fonseca AE, Acosta-Alonso N. Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. Mediciogo. 2010;16(2).
7. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for the advancement of teaching. 1910. Disponible en: [http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie\\_Flexner\\_Repo rt.pdf](http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Repo rt.pdf)
8. Osler W. Osler's Modern Medicine. Philadelphia: Lea Brothers; 1907.
9. Becker RE. Recordando a Sir William Osler a 100 años de su fallecimiento: ¿qué podemos aprender de su legado? An Fac Med. 2015; 76(1):71. Disponible en: <http://ww.w.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n1/a11v76n1.pdf>
10. Casado V. La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. Perspectiva mundial y europea. AMF. 2018; 14(2): 79-86.
11. Taylor RB. Medicina de Familia: una práctica actual y futura. En Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y práctica. 6.ª edición. Barcelona: Masson. 2006. pp. 3-9.
12. Declaración de Atención Primaria. [Internet.] OMS. UNICEF. 1978. Alma Ata; 1978. Disponible en: <http://ww.w.almamata.es/declaraciondealmaata/declaracion>
13. Gervas J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
14. 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). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-22162>
15. 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). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-3116>
16. Casado V, Martín R, Aldecoa S, y Grupo Colaborativo AMFE. Informe preliminar del Observatorio de la Academia de Medicina Familiar y Comunitaria de España (AMFE) sobre la Universidad Española, 2023. Rev Clín Med Fam. 2023;16(3): 247-259 | doi.org/10.55783/rcmf.160303 Disponible en: <https://doi.org/10.55783/rcmf.160303> Disponible en: <https://doi.org/10.55783/rcmf.160303>
17. 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.msssi.gob.es/profesionales/fo rmacion/do cs/mediFamiliar07.pdf>
18. Decreto 168/2021, de 26 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón. (P D F, 775 KB) , modificado por la Orden SAN/1074/2022, de 6 de julio (P D F, 176 KB) y por la Orden SAN/597/2023, de 3 de mayo (P D F, 178 KB).
19. Atlas de Aragón. Disponible en: <https://idearagon.aragon.es/atlas/Aragon/info/servicios-y-equipamiento/salud-y-servicios-sociales/usuarios-del-servicio-aragones-de-salud>
20. Hogné Sandvik et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract 2022;72:e84-e90