

## Algunas interacciones entre medicina de familia, atención primaria y sistema MIR

Amando MARTÍN ZURRO

La historia del sistema MIR y de la medicina de familia incluye muchos episodios comunes, comenzando por la coincidencia en el año (1978) de creación de la especialidad en España y de su inclusión en el recién nacido sistema MIR. Otro momento importante de coincidencia histórica se ubica en el año 1984, cuando se inició legislativamente la reforma de la atención primaria y se dispuso que la única vía para la obtención del título de especialista médico era a través de los programas de formación posgraduada incluidos en el sistema MIR.

Estas coincidencias históricas fueron posibles por las aportaciones de personas relevantes como el profesor José María Segovia de Arana, catedrático de medicina interna e impulsor en nuestro país tanto de la especialidad de medicina de familia y comunitaria (MFyC) como del propio sistema MIR. Recuerdo que, en aquella época, se criticó con cierta dureza el hecho de que se creara la especialidad de MFyC antes de iniciar la reforma de la atención primaria, pero la evolución posterior de los acontecimientos demostró que fue un acierto esta estrategia porque, entre otras cosas, permitió que los cambios profundos que se propugnaban con la reforma fueran viables al contar desde el primer momento para su aplicación con un colectivo profesional especializado y competente.

Los inicios del proceso de reforma de la atención primaria y de la implantación de la especialidad de MFyC no fueron ni mucho menos sencillos ni fáciles; existía una oposición dura dentro del mismo colectivo médico y sus organizaciones. A pesar de que existe un cierto consenso internacional sobre que las plazas de formación posgraduada deberían constituir prácticamente la mitad de las convocadas anualmente para el conjunto de las especialidades médicas, la realidad es que, en parte por la oposición citada, nunca se consiguió este objetivo, llegando como máximo al 30% de las plazas MIR. Este es precisamente uno de los defectos estratégicos de nuestro sistema de formación especializada: no ha-

ber conseguido el necesario equilibrio entre la transversalidad generalista y el verticalismo; la primera liderada, entre otras especialidades, por la MFyC. Otro problema no resuelto en la interacción entre MFyC, atención primaria y sistema MIR es el de la falta de atracción por el ámbito de trabajo y la especialidad en el seno de los recién licenciados a la hora de escoger plaza formativa. Hasta hace unos años, esta falta de atracción se atribuía de forma exclusiva al desconocimiento de los estudiantes de medicina dada la baja implantación de enseñanzas teóricas y prácticas durante los estudios de grado. Esta circunstancia, corregida hoy muy parcialmente, no es la única y a ella hay que añadir el hecho innegable de las condiciones desfavorables de trabajo y, en general, profesionales que padecen los médicos de familia en España en comparación con sus colegas de otras especialidades y ámbitos.

Otro de los puntos conflictivos de la interacción entre sistema MIR, atención primaria y la especialidad de MFyC es el de la tan traída y llevada troncalidad, concepto del que se viene hablando en España desde finales de los años ochenta, concretamente, una época en que yo era el secretario del Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Tras un largo período de silencio sobre este tema, en la década pasada se volvió a poner sobre la mesa y, tras muchas y duras negociaciones políticas y técnicas, en el año 2014 se promulgó al fin el llamado decreto de troncalidad, un concepto imprescindible para corregir uno de los defectos del sistema MIR antes comentado. La troncalización del sistema debería permitir reconocer, impartir y evaluar todas aquellas competencias transversales comunes a todos los profesionales médicos. Pues bien, esta disposición legal nunca ha llegado a aplicarse al haber sido anulada por el Tribunal Supremo y, en el momento actual, desconocemos cuál será el futuro de esta estrategia de transversalización tan necesaria para el sistema MIR y, en su seno, para la especialidad de MFyC.

Vicepresidente de la Fundación Española de Educación Médica.

© 2020 FEM

En la interacción del sistema MIR con la especialidad de MFyC y la atención primaria ha habido otros aspectos que podemos considerar como muy positivos como, por ejemplo, el impulso de la acreditación de los tutores de residentes, entre ellos los de atención primaria, proceso que iniciamos de forma pionera en Barcelona en 1991 y que permitió, por primera vez en España, establecer unos criterios claros para el reconocimiento –también económico– de la acción tutorial.

También de los programas docentes de MFyC surgió el concepto de tutorización activa continua como instrumento clave para involucrar a los tutores, conjuntamente con los residentes, en la construcción del programa formativo y en la mejora de su calidad. En este contexto, el tutor deja de ser el mero receptor pasivo de los problemas y quejas de sus residentes para adquirir un rol protagonista y activo.

También en Cataluña nacieron los programas de formación dirigidos a mejorar las competencias docentes y evaluadoras de los tutores a través del aula del tutor, inicialmente destinada de forma exclusiva a los de la especialidad de MFyC, pero que, tras algunos años, se fue extendiendo a los de otras disciplinas.

En aras de la brevedad, solamente mencionaremos que también fueron los programas MIR de MFyC los que impulsaron desde hace más de veinte años la implantación en España de los conceptos de valoración sumativa y formativa, habituales en el ámbito anglosajón, pero sin un desarrollo conceptual ni operativo claros en nuestro país.

Como se puede deducir de lo expuesto, las interacciones entre sistema MIR, atención primaria y especialidad de MFyC han dado, y lo seguirán haciendo en el futuro, frutos extraordinariamente positivos.