

Artículo especial

MFyC, formación y pandemia: síntoma y signo de la precarización


Adrián Carrasco Munera
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
CS Las Calesas. Usera. Madrid
Colectivo La Cabecera
Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP-semFYC)

Pablo de la Calle León
CS Potes. Villaverde. Madrid
Colectivo La Cabecera

Irene Ripoll Murcia
CS Carles Ribas. Barcelona
Colectivo La Cabecera

Irene Turiel García
CS del Área I. Asturias
Colectivo La Cabecera
GdT de Inequidades en Salud de la semFYC
Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP-semFYC)

Clara E. Bugés Ramírez
CS Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat
Colectivo La Cabecera

 [1 comentario](#) | Vote: [Resultado: ★★★★★](#) 1 voto

Desde nuestra vivencia en el final de nuestra residencia y en el inicio de la vida de especialista, revisamos cómo la pandemia de la COVID-19 ha puesto en peligro nuestra formación y nuestra profesión.

Esto no solo podemos achacarlo a un evento reciente como la crisis sanitaria actual, ya que partimos de una base en la que se promociona la precarización laboral y se ningunea la dignidad del personal médico (en formación o no).

Hacemos un llamamiento a una profunda reflexión en la que los cuidados de profesionales se encuentren en el centro para poder reorientar nuestra atención a las comunidades y sus gentes desde lo común y lo colectivo.

Puntos clave

- La dignificación de la especialidad, sus especialistas y del personal residente durante toda su formación y al finalizarla.
- La reorientación comunitaria de la asistencia priorizando los cuidados desde lo compartido, lo participativo y lo colectivo.
- La importancia de la longitudinalidad en torno al cupo como garante de la atención a pacientes y la formación a residentes.
- La trascendencia de los espacios de cuidados y de socialización en los que se ponga en valor lo reproductivo frente a lo meramente productivo.
- La seguridad y estabilidad en lo laboral como medida de asegurar la salud de pacientes y personal médico.
- La renovación de la Atención Primaria como garante de la salud en la población y sus comunidades.

El siguiente artículo lo realizamos cinco jóvenes residentes y personal adjunto desde diferentes localizaciones: Asturias, Barcelona y Madrid. En el proceso de redacción del mismo, más allá de haber detectado diferencias particulares en nuestra formación según nuestra unidad docente y durante el último año, queremos destacar un sentimiento unánime de necesidad de cambio desde la raíz en nuestra especialidad, independientemente del lugar donde la estemos realizando.

Creemos que estos cambios eran necesarios y urgentes ya antes de que llegase la pandemia, y que esta les ha dado visibilidad. A continuación, comentaremos algunos de estos cambios que nos resultan destacables; introducidos por una palabra que nos los evoque y su definición en el diccionario¹:

Especialidad: *3. f. Rama de una ciencia, arte o actividad, cuyo objeto es una parte limitada de ellas, sobre la cual poseen saberes o habilidades muy precisos quienes la cultivan.*

La especialidad en medicina familiar y comunitaria tiene como objetivo formar a profesionales que puedan llevar a cabo una atención longitudinal con el colectivo de personas con las que trabaja, para conseguir elevar el nivel de salud de las que están sanas. También trabaja en cómo cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad en aquellas que la padezcan. Todo ello considerando a las personas como un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto social y a un territorio concretos.

La OMS, en su conferencia de Alma Ata (1978)², definió la Atención Primaria (AP) como «la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad». Para conseguir estos objetivos, Barbara Starfield propuso en los años 90 los atributos que debe tener la AP: accesibilidad, coordinación, longitudinalidad e integralidad³.

En este tiempo de pandemia, sobre todo durante los primeros meses, parece ser que se ha olvidado todo este significado, así como la importancia de nuestra formación. Respecto a lo primero, hemos visto cómo se ha reforzado la atención hospitalaria, urgencias, plantas de hospitalización, como única salida de la crisis sanitaria, dejando desatendida por completo la AP, que ya se encontraba en un estado delicado. De esta manera, se cerraron algunos centros sanitarios, se destinaron la mayor parte de los recursos al medio hospitalario y se desplazó a multitud de profesionales de la AP a centros hospitalarios o a hospitales de campaña, como es el caso de IFEMA en Madrid.

Por otra parte, respecto a la formación de nuestra especialidad, quedó aparcada con motivo de esta crisis, y comenzamos a aprender a pasos agigantados cómo convertirnos en una especie de médicos de urgencias y epidemias, mientras veíamos cómo la AP sufría y se iba destruyendo poco a poco.

En este momento de inflexión respecto a nuestra formación, conociendo el recorrido histórico comentado previamente, hacemos una llamada a la necesidad de referentes homónimas. Nos sorprende que los saberes y habilidades propios de nuestra especialidad, pretendan ser enseñados en gran parte por superespecialistas hospitalarios y que la mayor parte de nuestra formación tenga lugar precisamente en el ámbito hospitalario (4). Si bien somos conscientes de que los conocimientos de otras especialidades y ámbitos asistenciales pueden ser muy enriquecedores para nuestra formación, creemos que el grueso de la misma debería darse en AP, por los equipos multidisciplinares que en ella trabajan y la comunidad para la que se trabaja.

Cupo: De *haber*. 1. *m. Parte proporcional que corresponde a un pueblo o a un particular en un impuesto, empréstito o servicio.*

Uno de los valores añadidos de la medicina de familia es la relación con el «cupo», el conjunto de pacientes atendidos por un equipo básico de salud. Es una relación que se establece a lo largo del tiempo y que permite tener contexto a la hora de valorar diferentes procesos de salud de cada consulta.

El hecho de conocerlo, de la mano de tu tutora o tutor es una de las partes más importantes y bonitas durante la consulta: las presentaciones en persona, tu participación en las decisiones clínicas, así como la explicación previa y posterior acerca de la biografía de la paciente. Crear estos encuentros para introducir en nuestra formación la longitudinalidad, entendemos que es vital para nuestra progresión personal durante nuestra estancia en el centro de salud.

Durante la pandemia, la eliminación de los cupos propios y la creación de bolsas de pacientes que sean urgencias respiratorias, no respiratorias y todo lo demás (si existía), ha eliminado esta parte tan importante dentro de nuestra formación. Nuestra llegada al ambulatorio se ha dado en un momento donde la mayoría de quienes estamos en este proceso de formación no podremos crear dicho vínculo ni llegaremos a ser personas de referencia durante los procesos de consulta de las pacientes. Por contrapartida, quienes sí que tuvimos la oportunidad de trabajar y conocer previamente a las personas de nuestro cupo, destacamos que el hecho de que nuestros pacientes nos conozcan, ha ayudado al seguimiento telefónico durante la pandemia.

Proponemos realizar una tarea conjunta con nuestras tutoras y tutores, basada en el conocimiento presencial de los pacientes, para dar importancia a este aspecto de nuestra formación y que, aún de forma más escalonada, pero constante, podamos acercarnos a nuestra población de referencia.

Comunitario, -ria: 1. *adj. Perteneciente o relativo a la comunidad.*

La comunidad vista como el territorio en el que vivimos y las gentes que lo habitamos es un organismo vivo y dinámico. Las comunidades en las que trabajamos han permanecido activas durante la crisis social que ha traído consigo la crisis sanitaria, surgiendo multitud de iniciativas vecinales de apoyo mutuo.

Mientras desde nuestras administraciones sanitarias nos han puesto unas anteojerías para evitar cualquier distracción fuera de los protocolos marcados (llegando incluso a prohibir la participación comunitaria y las actividades de educación para la salud); la comunidad ha permanecido viva y activa, saliendo al rescate entre iguales.

Además, la pandemia ha puesto de manifiesto, más si cabe, las enormes vulnerabilidades e inequidades en los territorios en los que vivimos o en los que trabajamos como personal médico comunitario. En esta crisis se ha puesto más de manifiesto la importancia de los determinantes sociales de la salud(5).

Aun así, una buena parte nos hemos acercado, de manera extraoficial ante la prohibición, a los entramados comunitarios de nuestros barrios/pueblos; incluyendo en el plan de trabajo para parar la pandemia el hecho de compartir con pacientes los contactos de los grupos de cuidados y redes de apoyo de nuestro territorio y estando junto con la población en las reflexiones de cómo salir de esta crisis de manera colectiva.

Es necesario que las administraciones apuesten por la orientación comunitaria de la AP para que no quede relegada al voluntarismo, sino que esté integrada en nuestra práctica diaria.

Rito: Del lat. *ritus*. 1. *m. Costumbre o ceremonia.*

No es algo que solo nos haya afectado al personal residente, pero la pandemia ha hecho que no podamos cumplir con los ritos de la residencia que tanto nos gustan y nos unen como residentes: recibir a las nuevas y despedir a los que terminan.

Esta situación se ha repetido a lo largo y ancho del planeta, congelándose graduaciones académicas, celebraciones religiosas y ritos de paso en las distintas tradiciones y culturas.

En nuestro ámbito, esto ha estado claramente ligado a un aspecto laboral. Sin una despedida formal en la que celebrar los años compartidos, las compañeras y los compañeros han acabado siendo empujados a la realidad del mundo tras la residencia: la incertidumbre, la precarización y la inestabilidad.

Por su parte, al nuevo personal residente, no se lo ha recibido con la ilusión de contar con gente nueva, llena de vitalidad que pueda refrescar los proyectos y con quienes compartir momentos dentro y fuera de la consulta. Se esperaba como agua de mayo a estas personas para cubrir un mal estructural: la condición de ser la base de la práctica médica y lo mucho que se notaba su ausencia. Así que, sin bienvenida alguna, casi con premura, se las ha soltado en las distintas rotaciones y servicios; obviando lo reproductivo de un rito social como es una bienvenida para centrarse en lo productivo: sacar el trabajo adelante.

Con la ausencia de estas ceremonias de reconocimiento e integración del personal residente/especialista se ha deshumanizado, más si cabe, el papel que desempeñamos en este sistema sanitario. Se ha reforzado la idea de que se prioriza lo individual sobre lo colectivo y lo laboral sobre lo relacional; dando lugar a lo que nos considera el sistema: números de empleado, recursos humanos y mano de obra.

Precario/precario: Del lat. *precarius*. 1. *adj. De poca estabilidad o duración.* 2. *adj. Que no posee los medios o recursos suficientes.* 3. *adj. Der. Que se tiene sin título, por tolerancia o por inadvertencia del dueño.*

Una vez iniciamos el ejercicio laboral de la residencia, un nuevo término y reflexión se instaura en los comentarios de muchas de nosotras «somos mano de obra barata». Esta sensación de que nuestro trabajo es precario se consolida en muchas ocasiones una vez se inicia nuestra contratación posresidencia. Contratos semestrales, cubriendo bajas laborales o maternales, funcionando de «cubrehuecos» dentro del centro de salud. En la mayoría del territorio la precarización es tal que al personal médico «eventual» (una falacia en sí misma, ya que cubrimos puestos estructurales dentro del sistema) se nos niegan derechos básicos como disfrutar de las vacaciones que nos corresponden, obtener permiso para continuar con nuestra formación, disponer de una organización del trabajo que permita conciliarlo con la vida personal, sobrecarga de horas de jornada, o libranza de guardias.

La incapacidad de poder poner en práctica los principios básicos de la AP, sobre todo la longitudinalidad, así como la poca posibilidad de iniciar proyectos a largo plazo como los que forman parte de la salud comunitaria, aumentan la desmotivación de profesionales con ganas

de poner en práctica de primera mano lo aprendido durante cuatro años e inciden negativamente en la buena atención a los ciudadanos.

Proponemos una reflexión de cara a mejorar las condiciones laborales desde el inicio de la residencia, que culmine con la mejora de las condiciones de contratación una vez acabada la residencia. Frente a la eventualidad (contratación por menos de un año para no ser indefinida), solicitamos el aumento de puestos de trabajo de larga duración (mínimo de dos años, que es el mínimo tiempo que se ha comprobado que disminuye la morbilidad de nuestros pacientes)(6), con un cupo estable de pacientes, que conseguirá dos metas: la mejora en salud de nuestras pacientes y la nuestra propia.

del lat. crisis, y este del gr. κρίσις krisis. 1. f. Cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados. 2. f. Intensificación brusca de los síntomas de una enfermedad. 3. f. Situación mala o difícil. 4. f. Situación política en que uno o más miembros del Gobierno han dimitido o han sido destituidos. 5. f. Econ. Reducción en la tasa de crecimiento de la producción de una economía, o fase más baja de la actividad de un ciclo económico.

Durante esta crisis los dispositivos de AP demostraron una gran capacidad de adaptación a las nuevas circunstancias que exigía la pandemia. Inicialmente, las medidas que se tomaron fueron pensadas como soluciones inmediatas, pero ahora es momento de pensar en los efectos a largo plazo y actuar con esto en mente.

Esta reflexión no responde a una añoranza del modelo anterior, sino que quiere señalar lo que ya funcionaba mal de manera estructural (7) para no repetir los mismos errores y pensar en cambios a partir de los principios que nos empujan: garantizar una atención sanitaria universal, que contemple y aborde los determinantes sociales de la salud, se centre en la comunidad, que sea multidisciplinar y respete a todos los profesionales de la salud.

Vivimos una crisis sanitaria continua y estructural en la que van haciendo mella las distintas crisis sociales, resultando en una devaluación de lo público frente a medidas de privatización y gestión en términos de mercado. Hay que renovar el sistema con el compromiso político y el apoyo económico necesarios para asegurar que la AP sea realmente su eje vertebrador y una herramienta de lucha contra las inequidades en salud.

Creemos que transmitir este conocimiento y esta mirada, haciendo partícipes a los residentes del cambio, debe ser una obligación de nuestra especialidad, tanto para las unidades docentes en sus planes formativos como para el personal de tutoría que nos acompaña durante cuatro años de formación.

Bibliografía

1. Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. [citado el 10 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
2. International Conference on Primary Health Care (World Health Organization). Declaration of Alma-Ata. 1978. Disponible en: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
3. Starfield B. Primary care. Concept, evaluation and policy. Oxford: Oxford University Press; 1992.
4. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. 2005
5. Observatorio de Salud Comunitaria y COVID19. Alianza de Salud Comunitaria. COVID 19: Una respuesta comunitaria para una pandemia social. Disponible en: <http://www.alianza-salud-comunitaria.org/covid-19-una-respuesta-comunitaria-para-una-pandemia-social/>
6. Palacio J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. AMF. 2019;15(8):452-459.
7. La Cabecera y Colectivo Silesia. Re(re)formando la Atención Primaria. 2019. Disponible en: <https://lacabecera.org/reformando-la-atencion-primaria/>

AMF 2021;17(6):2954 | ISSN (Papel):1699-9029 | ISSN (Internet):1885-2521

Comentarios

 MARCOS MARGARIT | 22-06-2021

 [Añadir comentario](#)

Ambulatorio??? Lo habréis puesto para "picar" a los lectores, no? Como jefe de estudios, os agradezco mucho vuestro compromiso con la especialidad al escribir el artículo. Desde mi posición he vivido en mis residentes lo que narráis y denuncias en el artículo. Ahora toca ponerse a trabajar para que esta denuncia sirva para algo y los que tomáis el testigo-pues sois los mfyc del hoy del mañana- sigáis avanzando y superando los restos a los que nos enfrentamos. Muchos ánimos y muchas gracias!

 [Ir arriba](#)



AMF
[Acerca de AMF - Contacta](#)

semFYC
Diputació, 320. 08009 BARCELONA [\[ver mapa\]](#)
Tel. 93.317.03.33 | Fax. 93.317.77.72 | semfyc@semfyc.es

© 2005 - 2020 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. [Aviso legal y política de privacidad](#)

desarrollado por: critic sl.