



ARTICULO ESPECIAL

Medicina familiar y comunitaria: la especialidad más elegida en el MIR



José Ramón Vázquez-Díaz*

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria «La Laguna-Tenerife Norte», Islas Canarias, España

Recibido el 11 de marzo de 2024; aceptado el 18 de marzo de 2024

PALABRAS CLAVE

Medicina familiar y comunitaria;
Educación médica;
Formación especializada;
Planificación de necesidades

Resumen Medicina Familiar y Comunitaria es la especialidad más ofertada y elegida en el MIR, sin embargo, cada año se cuestiona su atractivo debido que no se ocupan todas las plazas ofertadas y un determinado número de médicos residentes desisten de continuar en dicha especialidad una vez iniciada.

En este contexto algunas de las propuestas que se plantean para abordar el problema se centran en incrementar la oferta cuando los hechos muestran que el reto está en actuar sobre la demanda haciendo más atractiva la especialidad y su ámbito de ejercicio profesional.

Se procede a analizar este problema y sus condicionantes abriendo el foco del análisis a 4 elementos que pueden estar influyendo en el mismo: los aspectos vocacionales de los graduados en medicina que acuden a la especialización, las características del programa de la especialidad y de las unidades docentes en las que se lleva a cabo la formación, la presencia de la medicina de familia en la universidad como elemento clave para el conocimiento y la afición a dicha especialidad desde el grado y finalmente la situación de la atención primaria, como espacio en el que se materializa la formación y lugar prioritario de desempeño profesional de los futuros especialistas.

© 2024 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEY WORDS

Family practice;
Education, Medical;
Education, Graduate
Medical;
Needs assessment

Family and community medicine: The most chosen specialty in the MIR

Abstract Family and Community Medicine is the most offered and chosen specialty in the MIR (Spanish medical residency examination), however, every year its attractiveness is questioned due to not all offered positions being filled and a certain number of resident doctors deciding not to continue in this specialty once started.

In this context, some of the proposals to address the problem focus on increasing the supply when the facts show that the challenge lies in addressing the demand by making the specialty and its professional scope more attractive.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseramonvd.mfyctlaguna@gmail.com

The problem and its determinants are analyzed in this context by focusing on four elements that may be influencing it: the vocational aspects of medical graduates who pursue specialization, the characteristics of the specialty program and the teaching units where training is carried out, the presence of family medicine in the university as a key element for knowledge and affinity to this specialty from undergraduate studies, and finally, the situation of primary care as the space where training is materialized and the priority setting for the professional practice of future specialists.

© 2024 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La afirmación que encabeza este artículo también es cierta y, sin embargo, ¿por qué no sale en ningún titular? Efectivamente, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) es la especialidad médica más ofertada y elegida en el MIR desde hace muchos años y sin embargo la información que leemos en la prensa cada primavera, cuando se acerca la elección de plazas MIR o después de ella, es que se trata de una especialidad poco atractiva, que «pincha» en el MIR.

Me propongo aportar a los lectores otras perspectivas que nos ayuden a entender mejor lo que está ocurriendo y, con ello, ampliar el mapa de posibilidades para abordar un problema que con las premisas que actualmente manejan los consejeros de sanidad reunidos en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CIT) no va a tener solución.

La MFYC es una especialidad entre otras 45, y sin embargo es elegida cada año por más del 25% de los médicos aspirantes a la formación especializada. En los últimos 15 años se ofertaron alrededor de 30.000 plazas de formación especializada en medicina de familia, y a pesar de ello, hoy es claramente deficitaria. Lo que no se dice es que, de haber sido capaces de retener, aunque solo fuera, al 80% de ellos para la atención primaria (AP) de nuestro Sistema Nacional de Salud, esos médicos podrían estar atendiendo al 80% de la población española actual.

Oferta, demanda y decisiones a la desesperada

El deseo anunciado en el CIT, de incrementar por la vía de urgencia la oferta formativa en MFYC en 1.000 plazas más, va por un camino equivocado. La actual capacidad formativa, en las condiciones estructurales y asistenciales de nuestra AP, está al límite y ampliarla, en la cuantía que se plantea, devaluando los requisitos de acreditación de unidades y centros docentes, no producirá el efecto buscado y degradará más la formación y la AP del futuro. No puedo evitar ver, en esta medida desesperada, al tren de la famosa película de los hermanos Marx en el oeste, y escuchar el resonar de su célebre frase: ¡más madera! Quemar los vagones del tren para alimentar una máquina que al final ya no tendrá nada que transportar.

El problema hoy no está en la oferta, 2.492 plazas de formación es prácticamente la cantidad que desde hace años Verónica Casado¹, expresidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad, venía reclamando desde hace años

para evitar el déficit que ahora tenemos. La oferta de plazas de formación en MFYC, a nivel global, hace tiempo que está dando signos evidentes de agotamiento, superando a la demanda de la misma. Por lo tanto, las medidas que se adopten deben dirigirse, en tal caso, a estimular la demanda de la especialidad y el deseo de permanecer en esa medicina de familia que hace AP. El foco debe ponerse en aumentar el atractivo de la AP y su capacidad para retener a los profesionales en la misma².

Para profundizar en el análisis de esta situación no eludiremos considerar los aspectos vocacionales de los graduados en medicina, el contenido de la especialidad de MFYC y su programa formativo, la estructura, la organización y la capacidad de su red de unidades docentes, la presencia y las aportaciones necesarias de la MFYC a la universidad y, finalmente, el principal de ellos que es la situación de la AP.

Sobre los aspectos vocacionales de quienes eligen medicina de familia

Hemos de rechazar de plano que la medicina de familia sea una especialidad poco deseada. Es una obviedad que medicina de familia es la especialidad más elegida y con un grado de preferencia comparada con otras especialidades que, a igualdad de nota, oscila entre el 50 y el 75% sobre el conjunto de las especialidades ofertadas, tal como nos muestra el análisis de Yoseba Cánovas et al.^{3,4}. Atribuir que eso es así, solo al efecto de la oferta o a que graduados con un nivel académico altísimo se acogen a un clavo ardiendo en ausencia de otras opciones, es erróneo.

Existen diversidad de estudios sobre los aspectos vocacionales de los estudiantes que eligen medicina y también, posteriormente, medicina de familia^{5,6}. En la mayor parte de ellos aparece que la fuerza motivacional que impulsa a estos estudiantes es el deseo de ayudar a los demás. Bien es cierto, como hace años nos mostró Koldo Totorika et al., que el contacto de estos estudiantes con la profesión, en general en su versión hospitalaria, los sensibiliza de diversas formas y atenúa en ellos ese impulso vocacional inicial ganando peso la identificación con los valores y las conductas observados durante su aprendizaje, muy sensibles a las condiciones organizativas y de la práctica profesional, que en la actualidad en nuestro país están en buena medida pervertidas⁷.

Quienes tenemos un largo recorrido en labores de formación especializada en medicina de familia constatamos, año tras año, 2 sentimientos opuestos que confluyen en cada residente, la gran identificación con los valores de la especialidad, y las competencias a través de las cuales esos valores se expresan y la emoción que sienten cuando las incorporan a su propio arsenal de capacidades. Pero a su vez muestran frustración y sentimiento de impotencia al constatar que mucho de lo aprendido ni es valorado ni podrá ser aplicado en la vida real de especialista dada la situación actual de la AP.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la medicina de familia es una especialidad muy versátil y sus capacidades resultan atractivas en otros ámbitos clínicos y no clínicos. No solo los médicos de urgencias son mayoritariamente médicos de familia, también lo son los de cuidados paliativos o los de las unidades de hospitalización a domicilio, o los médicos que en los hospitales ayudan a las distintas especialidades quirúrgicas, cada vez menos interesadas por la clínica, a atender a sus pacientes hospitalizados. Otros se dedican a funciones técnicas en unidades de gestión, otros son empleados en mutuas laborales y así un largo etcétera.

Esta versatilidad, en principio positiva, hace que la planificación de necesidades de profesionales para la AP se haga compleja, no solo en cuanto a determinar cuántos especialistas formar en función de las mismas, sino porque existen muchas vías de escape de profesionales incentivadas por las malas condiciones de laborales y de gestión que desde hace muchos años se dan en AP.

Sobre el programa de la especialidad

Los programas de las especialidades definen el mapa de competencias de las mismas, orientan sobre el modo en el que estas van a ser adquiridas, así como sobre la estructura asistencial y docente necesaria para ello. Son el mapa para el viaje a la especialización, pero también su amalgama.

El programa de MFYC vigente fue implantado en el año 2005⁸. Su diseño y puesta en marcha en aquella época fue todo un hito de creatividad participativa y de adhesión de la profesión al mismo. Incorporó el concepto de valor, se estructuró por competencias, prioridades y niveles de responsabilidad, orientó sobre cómo organizar los itinerarios formativos, estableció un amplio cuerpo de formación complementaria y la existencia de diversas figuras docentes, además del tutor.

La aplicación del mismo durante estos 19 años nos ha permitido aprender mucho sobre metodología educativa y también sobre sus fortalezas y sus debilidades.

Sin pretenderlo, en la realidad de su aplicación, nos conduce a una formación bastante atomizada, sin nexos de unión integradores claros y con demasiada dependencia del hospital. Contiene todo un conjunto de estancias breves por distintos servicios y unidades de base hospitalaria lo que hace compleja la gestión competencial por más que está descrita en la función tutorial.

Desde hace más de 3 años se intenta rediseñar dicho programa incorporando lo aprendido en todo este tiempo⁹, pero, a diferencia del anterior, dicho proceso no está siendo participativo y está sufriendo intromisiones inexplicables que impiden que la Comisión Nacional de la Especialidad

pueda trabajar con libertad, participación y transparencia, lo que está generando mucha disconformidad y desconfianza.

Sobre la estructura, organización y capacidad de formación

La actual estructura formativa de la especialidad de MFYC se sustenta en lo que se denominan unidades docentes de esta especialidad. Estas unidades docentes son estructuras relativamente complejas que articulan en torno a sí a todo un conjunto de dispositivos asistenciales, fundamentalmente hospitales y centros de salud, y de profesionales que tienen la misión de ayudar a los médicos residentes a formarse en esta especialidad.

La menor de estas unidades forma tantos residentes como el mayor servicio hospitalario de cualquier especialidad y la mayor de ellas recibe anualmente tantos médicos residentes como estudiantes alguna facultad de medicina. Esta gran heterogeneidad estructural y organizativa confluyen en la aplicación de un mismo programa de especialidad, pero dicha aplicación probablemente logra efectividades muy dispares que nunca han sido evaluadas.

Otro aspecto a considerar es que bastantes de estas unidades y centros de salud docentes se encuentran muy alejados de las grandes ciudades, y de los servicios y oportunidades que estas proporcionan, lo que supone también una cortapisa más a la hora de elegir esta especialidad dado que muchos residentes rechazarán ir a vivir a un pueblo o una pequeña ciudad periférica o a tener que desplazarse decenas de kilómetros cada día para ir a trabajar. El efecto de la España vaciada también opera en la formación especializada, en lo que respecta a la medicina de familia.

Toda esta estructura docente lleva años forzando su capacidad y probablemente se encuentra ya al límite o por encima de sus posibilidades.

Es claro que el sistema de acreditación de unidades y centros docentes se puede mejorar y, hacerlo más ágil y menos engorroso, pero de nada servirá aceptar como válidas para la docencia estructuras o situaciones que en sus aspectos cuantitativos y cualitativos ya están cuestionadas para la asistencia¹⁰.

Sobre el problema de la medicina de familia y la universidad

Todavía hoy un gran número de universidades españolas no incorporan la medicina de familia como una disciplina básica en la formación del grado y con funciones plenas en la misma. La medicina de familia sigue siendo una gran desconocida para muchos graduados en medicina lo que hace aún más sorprendente la cantidad de médicos que luego eligen esta especialidad. Atribuir a dicha elección únicamente al efecto de la oferta no resulta convincente. Para muchos graduados resulta muy atractiva la idea de ser médicos de personas y no solo de órganos y aparatos y rechazan la monotonía de dedicarse de por vida a un pequeño número de enfermedades o incluso a una sola.

A sabiendas de la crisis por la que pasan actualmente las facultades de medicina y a pesar de ella, la medicina

de familia reivindica, a través de sus sociedades científicas, la importancia de su integración plena en el grado, pero debería hacerlo reclamando que sea su estructura docente, toda la existente en torno a las unidades docentes, la que lo haga y, dada su magnitud, con las características de asignatura propia no opcional y que además colabore en la impartición de otras asignaturas. Como acertadamente se está reclamando, su peso en créditos formativos debería ser proporcional al peso que tiene en la oferta anual para la especialización. Esto permitiría potenciar el *continuum* formativo, fortalecería de estructura docente, tanto del grado como en la formación especializada, y ayudaría a reforzar la débil capacidad investigadora de la MFYC y la AP, tan necesaria en la generación de un conocimiento propio y genuino de esta especialidad. No es momento de atomizar y generar redes paralelas, es momento de unir esfuerzos y crear estructuras más robustas generadoras de conocimiento desde y para la especialidad.

Sin embargo, las dificultades para que todo esto ocurra son muchas. En la universidad las parcelas de poder, los espacios, los créditos de formación y los presupuestos están ya ocupados y nadie está dispuesto a hacer hueco para que este cambio tan necesario se produzca. Será imprescindible modificar, mediante intervenciones normativas o legislativas, el marco actual que favorezca este y otros cambios que necesita la formación de grado en España y la contratación de profesores clínicos cualificados.

Sobre la situación de la atención primaria

La medicina de familia resulta atractiva para muchos graduados en medicina, lo que no lo es, es lo que viene después: malas condiciones laborales, eventualidad, sueldos no acordes al tiempo de formación invertido y la responsabilidad asumida, la ausencia de desarrollo profesional, los horarios, los turnos de trabajo, las dificultades para conciliar la vida familiar y personal, etc.

Ese es el ecosistema laboral que les espera a los que cada año terminan su especialidad, y es que se incorporan a un barco a la deriva, sin dirección, que funciona por inercia o por reacción. Es la AP española.

A pesar de los discursos y las manifestaciones en prensa, la AP no es una prioridad en España. Desde hace muchos años a la política le ha resultado mucho más rentable inaugurar hospitales, dotarles de altísima tecnología y dar manga ancha al consumo de medicamentos, que invertir en equidad¹¹, resolutiveidad¹², cuidados, cercanía, accesibilidad, longitudinalidad¹³, formación, promoción de la salud o prevención no medicalizantes¹⁴.

Desde hace más de 20 años se vienen haciendo planes que nunca llegan a nada: AP21¹⁵, Marco estratégico para la AP de 2019¹⁶, Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023¹⁷, y un largo etcétera de intentos poco convincentes y finalmente fracasados.

La profesión reclama cambios sustanciales, participación y autonomía de gestión a la vista de que la politización creciente de la gestión no es eficaz y año tras año se deteriora más el sistema¹⁸⁻²¹.

En esa situación las consultas se han convertido, en muchos casos, en lugares muy hostiles, que cada vez generan menos efectividades, y la presión asistencial aumenta

ante el incremento de necesidades no resueltas. Este es el escenario de aprendizaje de los residentes, en el que cada vez es más frecuente escuchar el mantra de no hay tiempo, no se puede hacer eso que nos enseñan, —*el método clínico centrado y la gestión clínica poblacional son ciencia ficción y no digamos la comunitaria*— y se entra en un bucle pernicioso nada proclive a la excelencia, a la formación y a la satisfacción profesional.

La inanición de la AP enferma a todo el sistema de salud, y afecta gravemente su capacidad resolutive. Los pacientes acaban siendo atendidos en lugares y momentos inadecuados. El sistema, llamémoslo así, lejos de arreglar el problema le añade combustible, ¡más madera! Se tratan los síntomas del problema, pero no sus causas ni las causas de las causas.

¿Que los pacientes deciden acudir a las urgencias del hospital sin pasar por las de AP?, pues se hipertrofian las del hospital y se contratan médicos de familia para ellas; ¿que el final de la vida no se atiende en AP y muchos pacientes terminales se mueren en los pasillos de las urgencias o en las ambulancias camino de las mismas?, se crean unidades de cuidados paliativos hospitalarias atendidas por médicos de familia; ¿que la AP no tiene una atención domiciliaria de calidad?, se crean, con médicos de familia, unidades de hospitalización a domicilio para atenderlos; ¿que los médicos de familia ya no tienen tiempo para la escucha y la práctica reflexiva?, pongamos psicólogos en AP, etc. Estos caminos, estas decisiones a modo de parches, son las que están llevando a la insignificancia y a la desafección a la AP y paso a paso a la insostenibilidad del sistema. Vicente Ortún nos dice insistentemente y desde hace mucho tiempo que la AP es clave para la eficiencia y la sostenibilidad del sistema de salud, pero no esta AP inánime que tenemos²².

No solo los residentes o jóvenes médicos de familia huyen de la AP, desde hace tiempo lo hacen los pacientes y mucho antes ya lo hicieron los funcionarios y las clases dirigentes. Juan Simó me viene denunciando con datos en su descremado sociológico de la AP^{23,24}. Es una anomalía democrática que funcionarios, políticos y otra serie de élites se provean, con fondos públicos, de servicios sanitarios paralelos, diferentes a los del pueblo común y supuestamente de mayor calidad. Y en los últimos años, no solo ellos, sino que aquellas familias a las que su economía se lo permite se proveen de seguros de salud privados para defenderse de la mala calidad de los públicos. Si esto es así, y lo es, ¿nos sorprende que los residentes o los jóvenes especialistas abandonen el barco?

La medicina de familia española no es la causa del problema, es una de sus consecuencias. Si no se actúa sobre las causas nada se resolverá, se quemará más madera, se quemarán recursos y profesionales y todo se seguirá deteriorando.

Se pueden y se deben hacer varias cosas en paralelo, pero los dos factores clave para el éxito son el rediseño y la financiación de la AP y la presencia plena de la medicina de familia en la universidad, integrando toda su estructura docente en la misma, teniendo en cuenta que, en determinadas circunstancias, el orden de los factores sí altera el producto. Hasta que eso no suceda no será posible mejorar la estructura docente para la formación especialistas en MFYC, porque ésta es esencialmente asistencial, y tampoco se logrará el efecto deseado con la revisión del programa de la especialidad, por la misma razón.

A la luz de algunas medidas ya adoptadas, existe el riesgo probable de que se pase de una actitud diletante en su peor acepción, a otra fanática, empeñada en redoblar esfuerzos cuando se han perdido de vista los objetivos y, si bien la situación actual es mala, siempre puede empeorar. Aunque ya es tarde, sigue siendo necesario abordar con decisión, audacia e inteligencia las causas de los problemas de nuestro Sistema de Salud ya que es un factor de equidad de primer orden y, dentro de él, su atención primaria como elemento clave para su efectividad y su sostenibilidad.

Consideraciones éticas

El presente trabajo no es una investigación con humanos ni animales, sino un análisis de situación en base al conocimiento personal y al publicado en la bibliografía referenciada.

Financiación

El presente artículo ha sido elaborado con los medios propios del autor sin financiación externa.

Conflicto de intereses

El autor manifiesta no tener intereses financieros, ni de relaciones personales que hayan podido influir en el contenido del presente artículo

Agradecimientos

A Miguel García Hernández, las correcciones y sugerencias que han contribuido a mejorar este artículo.

Bibliografía

- Casado Vicente V. Presente y futuro de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España. *Rev Clínica Med Fam.* 2023 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.revclinmedfam.com/article/presente-y-futuro-de-la-especialidad-de-medicina-familiar-y-comunitaria-en-espana>
- Barber-Pérez P, González López-Valcárcel B. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035 Madrid; 2022. (Informes) [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionSanitarias/profesion/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio_Oferta.Necesidad_Especialistas.Medicos.2021.2035V3.pdf
- Cánovas Zaldúa Y, Coma E, Fina F, Dalmau-Matarrodona E. El atractivo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la elección de plazas MIR 2023. *Atención Primaria.* 2023;55:102699 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656723001324>
- Cánovas Y. ¿Es atractiva la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria entre los candidatos MIR? Salud, dinero y atención primaria. 2024 [consultado 5 Mar 2024] Disponible en: <https://saludinerioap.blogspot.com/2024/01/es-atractiva-la-especialidad-de.html>
- McGhie JE, Dalmau Roig A, Florensa Puig M, Silva Ruiz P, Oñate Ferriz G, Gracia Baño EM. Factores que influyen en la elección de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria.* 2021;53:102153 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656721001876>
- Dale J, Russell R, Scott E, Owen K. Factors influencing career intentions on completion of general practice vocational training in England: A cross-sectional study. *BMJ Open.* 2017;7:e017143 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-017143>
- Totorika K, Eguiluz I, González Torres M, Segarra R. La sensibilización psicológica en el pregrado de medicina una experiencia grupal. *Av en salud Ment Relac.* 2003;2 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/484004>
- 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. *BOE* 2005;:1518215225 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2005/03/03/sco1198>
- Pérez Valencia JJ, Vázquez Díaz JR. El nuevo programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria: una oportunidad que no se debe perder. *Atención Primaria.* 2023;55:102650 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656723000835>
- semFYC. Recomendaciones de la semFYC para la acreditación de unidades docentes y tutores para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. semFYC, editor. Barcelona; 2023. 6 p. [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: https://www.semfyce.es/publicaciones/download_free_publication/143
- Zurro AM, Benedicto AS. La atención primaria española en el 50 aniversario de la ley de cuidados inversos. *Atención Primaria.* 2021;53:102055 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656721000895>
- Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Apuntes sobre la «resolutividad» y la «cura» en la medicina de familia. *Atención Primaria.* 2003;32:296–9 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-apuntes-sobre-resolutividad-cura-medicina-13051598>
- Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. 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:e84–90 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <http://bjgp.org/lookup/doi/10.3399/BJGP.2021.0340>
- Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016;30:93–8 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391111630125X>
- Minué S. Estrategia AP XXI: la vuelta de un muerto viviente. El gerente demediado. 2015 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://gerentemediado.blogspot.com/2015/06/estrategia-ap-xxi-la-vuelta-de-un.html>
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria 2019, p. 44 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco.Estrategico.APS.25Abril.2019.pdf>
- Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. 2021, p. 55 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan.de.Accion.de.Atencion.Primaria.pdf>
- García C. La politización de la sanidad pública, uno de sus mayores males. *Salud 2000.* 2016;148:16–7 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://fadsp.es/salud-2000-numero-148/>

19. Castelltort AL. ¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26:57–62 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911111003918>
20. semFYC. Revitalización de la Atención Primaria del futuro. semFYC edi. Barcelona; 2016 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://e-documentossemfyc.es/revitalizacion-de-la-atencion-primaria-del-futuro/8>
21. Martín P. Entrevista a Vicente Ortún: «En un país normal, el gestor de un hospital no es un nombramiento político como en España». *El Periódico.* 2023 [consultado 7 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20231009/vicente-ortun-sanidad-sistema-sanitario-politizado-92579939>
22. Ortún V. *La Refundación de la Atención Primaria.* Spriger Healthcare, editor. Barcelona; 2011. 120 p. [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper27.pdf>
23. Simó Miñana J. Reflexiones de un médico de familia sobre la atención primaria española tras 30 años en la trinchera. *Atención Primaria Práctica.* 2022;4:100160 [consultado 5 Mar 2024]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2605073022000372>
24. Simó Miñana J. El descremado sociológico de la atención primaria. 2017 [consultado 7 Mar 2024] Disponible en: <https://saludinerop.blogspot.com/2017/02/el-descremado-sociologico-de-la.html>