



EL NUEVO PROGRAMA  
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

## La gerencia opina

Dr. A. Fernández Fernández\*,  
Dr. M. E. González Puente\*\*,  
Dr. J. Matos Marcos\*\*\*

\* *COORDINADOR DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA VIII. LANGREO. ASTURIAS. ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.*

\*\* *DIRECTOR MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA VIII. LANGREO. ASTURIAS. MÉDICO DE FAMILIA.*

\*\*\* *DIRECTOR GERENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA VIII. LANGREO. ASTURIAS. MÉDICO DE FAMILIA.*

## Introducción

El nuevo Programa Formativo, aplicable exclusivamente a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que inicien su formación a partir de la convocatoria 2004-2005, ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas e informado favorablemente por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de la Salud y por el Ministerio de Educación y Ciencia, experimenta cambios no sólo *cuantitativos* (se pasa de 3 a 4 años de duración), sino también *cualitativos*, haciendo énfasis en que la formación del médico residente se lleve a cabo mayoritariamente en el ámbito de la Atención Primaria (contacto amplio inicial del residente con la Atención Primaria de Salud, preferentemente 6 meses y, como mínimo 3 meses, que al menos el 50% de la residencia la realice en el Centro de Salud y un tiempo de estancia formativa en el Centro de Salud todos los años), lo cual no deja de ser un reto en el que las Gerencias de Atención Primaria vienen a ejercer un eslabón importante en la coordinación entre los distintos niveles (residentes, tutores, equipos de Atención Primaria, Unidades Docentes).

El crecimiento de la población anciana y de las patologías crónicas, los cambios en la estructura familiar, los factores ligados al estilo de vida y al entorno han originado en los ciudadanos nuevas necesidades y expectativas de salud con un incremento en la utilización de los Servicios de Atención Primaria, la cual está adaptándose para ofertar servicios de la mayor calidad, los cuales se verán favorecidos por el desarrollo científico y tecnológico y por la mejor formación y capacidad resolutive de los médicos de familia (MF).

Los contenidos del programa se adecuan a las necesidades de la Atención Primaria de Salud, adaptando los períodos de rotación a los niveles de competencia que requiere el perfil profesional del médico de familia, de una forma flexible e individualizada, estableciéndose estándares mínimos, deseables y máximos en los objetivos de aprendizaje y posibilitando la evaluación de todo el proceso a fin de garantizar su calidad.

Los tutores de los Centros de Salud a los que corresponde el seguimiento y supervisión de las actividades realizadas por el residente a lo largo de los 4 años que dura su formación, adquieren un alto grado de protagonismo, que debe ser apoyado simultáneamente con medidas complementarias de formación de tutores destinadas a mantener y mejorar su competencia.

## Contenidos formativos del programa

La Atención Primaria de Salud debe ser la base del sistema sanitario, por lo que es fundamental la buena preparación de los futuros médicos de familia, a fin de que sean capaces de dar una mejor atención al usuario, más accesible, más humana, más integral y más eficiente. Éste es el reto de Gerencias y médicos de familia como formadores, compartiendo la preocupación por las futuras condiciones de trabajo, la carrera profesional, la formación continuada, la certificación y recertificación de competencias; desarrollando nuevas metodologías docentes, para garantizar la calidad de la formación y la correcta atención al ciudadano.

Cabe reseñar los contenidos formativos del área docente de competencias del nuevo Programa de la Especialidad, desarrollando 5 áreas competenciales:

### 1. Competencias esenciales.

- Comunicación asistencial.
- Razonamiento clínico.
- Gestión de la atención: Gestión clínica, gestión de la actividad, gestión de la calidad, trabajo en equipo, sistemas de información, responsabilidad profesional.
- Bioética.

### 2. Competencias relacionadas con la Atención al Individuo.

- a) Abordaje de necesidades y problemas de salud.
  - Factores de riesgo y problemas cardiovasculares: HTA, hiperlipemia.
  - Problemas respiratorios.
  - Problemas del aparato digestivo y del hígado.
  - Problemas infecciosos.
  - Problemas metabólicos y endocrinológicos: diabetes mellitus, obesidad, problemas tiroideos, otros.
  - Problemas de la conducta y de la relación. Problemas de salud mental.

- Problemas del sistema nervioso.
- Problemas hematológicos.
- Problemas de la piel.
- Traumatismos, accidentes e intoxicaciones.
- Problemas de la función renal y de las vías urinarias.
- Problemas músculo-esqueléticos.
- Problema de la cara-nariz-boca-garganta y oídos.
- Problemas de los ojos.
- Conductas de riesgo adictivo.
- Urgencias y emergencias.
- Aspectos comunes.

b) Abordaje de grupos poblacionales y grupos con FR:

- Atención al niño.
- Atención al adolescente.
- Atención a la mujer.
- Atención al adulto.
- Atención a los trabajadores.
- Atención al anciano.
- Atención al paciente inmovilizado.
- Atención al paciente terminal, el duelo y a los cuidadores.
- Atención a las situaciones de riesgo familiar y social:
  - Exclusión social.
  - Discapacitados.
  - Violencia familiar.
- Aspectos comunes.

3. Competencias en relación con la familia.

4. Competencias en relación a la comunidad.

5. Competencias en relación con la formación, docencia y la investigación.

La principal herramienta del médico de familia es su *capacidad de comunicación*, siendo esencial el desarrollo de la capacidad de escucha y la empatía para la correcta relación con los usuarios.



Se atiende a personas con problemas de salud poco definidos, en estadios iniciales y a menudo vanales, siendo primordial *el aprendizaje del razonamiento clínico* y la toma de decisiones.

El trabajo en equipo con objetivos compartidos, para un mismo grupo poblacional implica identificar y fijar objetivos comunes, así como establecer normas de funcionamiento interno y mecanismos de coordinación entre los distintos profesionales.

El futuro médico de familia debe aprender a distribuir su jornada diaria mediante un diseño de agenda de calidad personalizado, haciendo un uso racional de los recursos terapéuticos, pruebas complementarias e interconsultas a especialidades.

El aprendizaje de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y la utilización de los recursos de internet son herramientas básicas en el campo de la *gestión clínica*.

La información es la base del conocimiento para establecer diagnósticos y para la toma de decisiones, por lo que el futuro médico de familia deberá saber utilizar registros, sistemas de información y herramientas informáticas.

El médico de familia aprenderá el marco teórico y las dimensiones de calidad asistencial, sus herramientas de medición de estructura, proceso y resultado para conocer y mejorar la calidad de su trabajo, promoviendo actividades de evaluación y mejora para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y de los profesionales.

Durante su período de formación incorporará a sus actividades los valores y aspectos éticos de la profesión en su relación con el paciente: autonomía, confidencialidad, respeto, consentimiento informado, intimidad.

Cabe reseñar que el nivel de responsabilidad, según define el Programa de Formación de la especialidad, de todas las actividades en relación con la comunicación, razonamiento clínico, toma de decisiones centradas en las personas y responsabilidad profesional, es PRIMARIO, lo cual quiere decir que el médico de familia puede y debe convertirse, a su vez, en el referente de estas competencias esenciales para los especialistas del segundo nivel.

Desde las gerencias de Atención Primaria debe existir una coordinación estrecha entre residente, tutores, médicos de EAP, técnicos de salud y Unidades Docentes con el objetivo de promover el marco adecuado para conseguir el nivel de responsabilidad primario por parte de los médicos de familia en formación en las competencias esenciales.

## Competencias relacionadas con la Atención Primaria

El programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria hace un detallado análisis de las actividades docentes agrupadas por prioridad (I, II, III) y nivel de responsabilidad que clasifica en 1.º, 2.º y 3.º, en el abordaje de necesidades y problemas de salud, así como una tabulación relativa a los lugares de aprendizaje, tiempos de estancia recomendados para el aprendizaje de campo, metodología docente, metodología educativa y bibliografía recomendada.

A modo de ejemplo:

### 9.1.7. Problemas del sistema nervioso

| Actividades docentes agrupadas por prioridad  | Nivel de responsabilidad |
|---|--------------------------|
| Prioridad I:<br>Manejo terapéutico de:<br>— Temblor esencial e inducido por fármacos. | Primario.                |
| Prioridad II:<br>Manejo terapéutico de:<br>— Parkinson.                               | Secundario.              |
| Prioridad III:<br>Saber hacer:<br>— Punción lumbar.                                   | Terciario.               |

| Materia                         | Lugar de aprendizaje   | Tiempo   |
|---------------------------------|--|--|
| Problemas del sistema nervioso. | Centro de Salud*.<br>M. Interna*.<br>Urgencias y emergencias*.<br>Neurológico**.<br>Centros Sociosanitarios**. | * Durante todo el tiempo previsto para esa formación.<br>Compartiendo con otra actividad.<br>** 1 mes. |

\* Lugares básicos de aprendizaje de campo fundamentalmente para las actividades de prioridad I y nivel de responsabilidad primario.

\*\* Lugares complementarios para el desarrollo de alguna de las actividades de prioridad I y para las actividades de prioridad II y III y nivel de responsabilidad secundario y terciario. Los lugares recomendados \*\* dependerán de la disponibilidad y la ganancia formativa que se obtenga y, según esto, los tiempos también serán ajustados en cada Unidad Docente.

Desde las gerencias de Atención Primaria con la estructura organizativa interna de los propios EAP y los diversos servicios hospitalarios de referencia y la Unidad Docente, se vehicularán los lugares de aprendizaje y tiempo para ejecutar por parte de los residentes las prioridades y niveles de responsabilidad en relación con la atención al ciudadano, tanto en:

- Abordaje de necesidades y problemas de salud.
- Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo.

## Competencias en relación con la familia

La salud de una comunidad depende en buena medida de la salud biosociosocial de sus redes familiares.

La familia desempeña un papel incuestionable en los procesos de salud/enfermedad de los miembros que la componen:

- La familia es la principal fuente de ayuda frente a la enfermedad de alguno de sus miembros.
- Las características familiares pueden determinar la relación de sus miembros con el sistema sanitario.
- La disfunción familiar puede desempeñar un papel importante en la aparición y mantenimiento de la enfermedad.
- Existen distintos patrones de respuesta familiar frente a la aparición y desarrollo de las enfermedades.

El programa formativo enuncia los diferentes modelos y niveles de intervención:

- Asesoramiento anticipado u orientación familiar: actitud del profesional que valora el síntoma o la demanda individual, tomando como referencia el contexto familiar del individuo.
- Abordaje familiar: exige entrenamiento específico, técnicamente más complejo, basado en la entrevista familiar.
- Psicoterapia familiar breve

El residente deberá ver a la familia como un sistema, incorporar la entrevista familiar, realizar e interpretar el genograma, conocer los ciclos vitales

de la familia, la transición de las etapas y los acontecimientos vitales, evaluándolos y conociendo sus repercusiones.

## Competencias en relación con la atención a la comunidad

El médico de familia debe obtener la información suficiente para identificar las necesidades de salud de la población, considerando a la comunidad en su conjunto como sujeto de atención, identificando a los grupos de riesgo que, por razones de clase social, edad, género, cultura, etnia... sufren desigualdades en salud, programando e implementando intervenciones para abordar los problemas de salud comunitarios y conseguir el acceso al sistema sanitario de los sujetos más vulnerables.

El médico de familia debe aprender, por un lado, a utilizar sistemas de vigilancia epidemiológica que le permitan conocer y controlar los aspectos del medio ambiente y sus repercusiones en la salud, y, por otro, a cooperar activamente con las organizaciones comunitarias y demás instituciones que persiguen mejorar la salud del conjunto de la población.

El buen médico de familia no puede limitarse a abordar en la consulta las demandas que se le presenten, sino que ha de atender también las necesidades de salud del conjunto de la población a la que atiende y aprender que las actividades comunitarias, como estrategia de formación de la salud, forman parte de sus funciones.

Es necesario hacer ver al residente los nexos de unión entre la atención individual y comunitaria y los puentes que han de establecerse entre ambas, evitando concebirlas como independientes y no relacionadas. Los médicos de familia tutores de residentes deben implicarse activamente en la formación para la Atención a la Comunidad, evitando delegar la citada formación en profesionales dedicados específicamente a ello, sin perjuicio de que el desarrollo de actividades de intervención y participación comunitaria requieran los conocimientos y habilidades de colaboradores específicos.

Desde las gerencias, como en el resto de los apartados descritos previamente en este capítulo, se habilitarán los medios precisos para el desa-

rollo de competencias en relación con la comunidad, contando para ello con los recursos humanos precisos para las actividades de intervención y participación comunitaria específica (unidades de apoyo, odontoes-tomatólogos, higienistas dentales, trabajadores sociales, matronas, fisio-terapeutas, enfermeros, pediatras, técnicos de salud...).

En este proceso formativo deberán cuidarse las actitudes tanto o más que los conocimientos y habilidades.

## Competencias en relación con la formación, docencia e investigación

La Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, recoge que la formación continuada y la acreditación de la competencia profesional es un principio rector del ejercicio de las profesiones sanitarias, y el artículo 12 de dicha ley lo define «como un derecho y un deber».

La Formación Continuada, tal como prevé el artículo 37 de la Ley 44/2003, el artículo 40 de la Ley 55/2003, por la que se aprueba el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, será una herramienta para la adquisición de los grados en los que se articule el «desarrollo profesional» y la «carrera profesional» reguladas por ambas disposiciones.

Los programas de formación médica continuada para médicos de familia deben dar respuesta a la necesaria actualización y renovación de los conocimientos adquiridos durante la residencia y a los avances que, dentro de sus campos competenciales, se vayan incorporando a lo largo de su vida profesional.

La formación médica continuada debe proporcionar a los médicos de familia los instrumentos necesarios para mantener y mejorar su competencia tanto en el área de los conocimientos, como en la de habilidades y actitudes, debiendo tener en cuenta el proceso de razonamiento y toma de decisiones.

Debe incorporar nuevos aspectos, como la individualización de la formación, la autorresponsabilización formativa, mayor especificidad de las

fuentes y temas de formación. Es imprescindible incorporar a las actividades de formación continuada las nuevas tecnologías de la comunicación, información, gestión y deben definir las competencias profesionales y conocer las necesidades formativas, planificando posteriormente las actividades docentes adecuadas para mejorar las competencias deficitarias.

La informatización del conocimiento médico y de la organización asistencial debe suponer uno de los contenidos más importantes de las actividades docentes o de formación continuada de todas las especialidades; la Medicina Familiar necesita una especial dedicación a la actualización en las nuevas tecnologías por sus propias necesidades de comunicación, información y gestión respecto a la comunidad, a sus pacientes y al resto del sistema de salud.

Se cuenta con medios diversos: edición en formato electrónico de numerosas revistas de la especialidad, actividades organizadas por sociedades científicas, herramientas docentes con soporte multimedia (cursos multimedia, sistemas expertos de ayuda al diagnóstico), congresos virtuales, cursos especializados, casos diarios, pacientes virtuales, foros de discusión y revisiones bibliográficas.

Internet es un instrumento esencial donde se encuentran servicios para la formación médica continuada destinados a un determinado grupo de profesionales (la tradicional desigualdad de información científico-médica entre médico y paciente se está desdibujando, con el problema de que el paciente puede acceder a más informaciones, pero también más incorrectas e innecesarias).

En resumen, a lo largo del período de residencia se debe transmitir al médico residente la realidad presente y futura de realizar actividades de formación continuada, como un medio esencial para garantizar una adecuada atención a los pacientes.

La investigación es imprescindible en todos los niveles asistenciales y para todos los profesionales sanitarios, porque a través de ella se producen innovaciones que permiten proporcionar una información eficiente y de mayor calidad.

La Atención Primaria es el primer punto de contacto que los servicios sanitarios proporcionan a los individuos y a la población de forma continua, integral e integrada, siendo, sin embargo, llamativa la diferencia entre el alto nivel asistencial en Atención Primaria y su escasa presencia en la investigación actual.

Existen motivos que determinan la necesidad de un cambio a este respecto:

- En el trabajo diario surgen infinidad de interrogantes, y, por tanto, un gran número de preguntas pendientes de respuesta.
- Es el único nivel donde se puede investigar en salud.
- Existe una relación continua con los pacientes, lo que ofrece la oportunidad de observar a los mismos durante períodos interrumpidos de tiempo y en su propio entorno familiar, laboral y social («población real» no pacientes ideales).
- Iniciativas de investigación frecuentes, muchos de estos proyectos son estudios descriptivos y puntuales, que con el apoyo adecuado podrían dar lugar a líneas de investigación de calidad.

El desconocimiento sobre los factores que condicionan la salud de nuestros conciudadanos, sobre la historia natural de la enfermedad, sobre los servicios de salud o sobre la atención que prestamos, resulta muy caro a la sociedad no sólo en términos económicos, sino también en bienestar físico, psíquico y social. La base del progreso es la acumulación continua de conocimientos fundamentados en hechos y la Atención Primaria no puede constituir una excepción.