

Documentos de opinión  
para **Atención Primaria**

**EL NUEVO PROGRAMA  
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

SEMERGEN



SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE MEDICINA RURAL  
Y GENERALISTA

Documentos de opinión  
para **Atención Primaria**



## EL NUEVO PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**Coordinador:**

Dr. José Antonio Noya Mejuto  
*Médico de Familia. Vocal Nacional para Residentes  
y Unidades Docentes de SEMERGEN*

**Autores:**

Dra. Verónica Casado Vicente  
*Presidenta de la Comisión Nacional  
de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*

Dr. Jesús Melchor Delgado González  
*Coordinador del Grupo de Tutores de SEMERGEN*

Dr. Antonio Fernández Fernández  
*Coordinador de Equipos. Área VIII de Asturias*

Dr. Mario E. González Puente  
*Director Médico del Área VIII de Asturias*

Dr. Jesús Matos Marcos  
*Director Gerente del Área VIII de Asturias*

Dr. Alberto Pérez Pedrosa  
*Médico residente de tercer año de Medicina Familiar  
y Comunitaria. Área VIII de Asturias*

© IM&C, S.A.

Editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).

Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid.

Tel. 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: [imc@imc-sa.es](mailto:imc@imc-sa.es)

Prohibida la reproducción, total o parcial, por cualquier método, del contenido de este libro,  
sin permiso expreso del titular del copyright.

Depósito legal:



## Sumario

**7** Introducción  
Dr. José Antonio Noya Mejuto

**9** Las razones para un nuevo programa  
de la especialidad de Medicina Familiar  
y Comunitaria y sus aportaciones  
Dra. Verónica Casado Vicente

**29** El tutor opina  
Dr. Jesús Melchor Delgado González

**47** El residente opina  
Dr. Alberto Pérez Pedrosa

**61** La gerencia opina  
Dr. Antonio Fernández Fernández,  
Dr. Mario E. González Puente,  
Dr. Jesús Matos Marcos

**73** SEMERGEN opina  
Dr. José Antonio Noya Mejuto



EL NUEVO PROGRAMA  
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

## Introducción

Dr. José Antonio Noya Mejuto

*MÉDICO DE FAMILIA. VOCAL NACIONAL PARA RESIDENTES  
Y UNIDADES DOCENTES DE SEMERGEN*

Dentro del carácter divulgativo y formativo que debe caracterizar a la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), ciertos hechos son motivo de obligada reflexión. No sólo eso, la Sociedad ha de hacerse eco de los acontecimientos más notables y servir de caja de resonancia al ruido que produzcan.

El que un nuevo programa de la especialidad vea la luz no debería ser motivo de grandes expectativas, pues es algo que se supone que ocurre periódicamente. Sin embargo, el Nuevo Programa, que se ejecutará a partir de este año, bien merece una excepción.

A lo largo de las próximas páginas de este documento se exponen una serie de opiniones respecto al mismo. Los autores han actuado con total libertad, pues es vocación de SEMERGEN el hacer oír a todas las partes respetando sus ideas. Lógicamente, también va la opinión de la Sociedad como uno de los agentes que necesariamente ha de posicionarse y difundir su posicionamiento.

Quisiera agradecer a los patrocinadores su desinteresada colaboración, imprescindible para la difusión de este texto.

Quiero agradecer también a la Junta Directiva Nacional y a su Presidente, Julio Zarco, la confianza depositada en un servidor para coordinar esta obra y para definir el posicionamiento de SEMERGEN.

Especial es el agradecimiento que quiero manifestar a los autores. Dignos de elogio son tanto su diligencia para escribir los distintos artículos, como la claridad de sus contenidos.

Para finalizar agradecer a los socios de SEMERGEN su continuo apoyo, que posibilita el crecimiento continuo de la Sociedad, tanto en cantidad como en calidad.



EL NUEVO PROGRAMA  
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

# Las razones para un nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y sus aportaciones

Dra. Verónica Casado Vicente  
*PRESIDENTA DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA*

*El éxito de la Atención Primaria depende de que la sociedad acepte su importancia y de que los medios para su mejora formen parte esencial de la política de formación y prestación de servicios.*

BARBARA STARFIELD

El 17 de enero de 2005 se difundió, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, el nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (1), pero su andadura se remonta a la primavera del año 2000. En el seno de la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) se tomó la decisión de iniciar los pasos para elaborar un Nuevo Programa. Esta decisión se sustentó en dos apoyos: el requisito legal de revisar los programas con periodicidad quinquenal (el último programa fue aprobado en 1996) y por la sensación, percibida por los miembros de la CNE, de que era necesario, en este punto del desarrollo de la medicina de familia, seguir promoviendo cambios cualitativos en la formación. Desde 1978, fecha de la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, se han desarrollado dos programas oficiales de la especialidad, con otras dos revisiones intermedias. Este Nuevo Programa, por tanto, es el tercer programa oficial, y podemos considerarlo el quinto programa real en los 25 años de la especialidad.

La elaboración del Nuevo Programa ha supuesto un trabajo de casi cinco años, con el desarrollo de seis etapas.

## Primera etapa: análisis de la situación

A esta etapa se remontan las razones de un nuevo programa. Se efectuó el análisis de la situación, y con este fin se constituyó un grupo de informadores clave formado por Coordinadores de Unidades Docentes (UDD), Tutores y Residentes, que identificaron las fuerzas y debilidades del programa oficial vigente y las líneas futuras de trabajo. Se extrajo el análisis de situación no sólo del programa en sí y de la estructura que lo desarrolla, sino de los condicionantes sociales y sanitarios actuales y previsibles en el futuro (2).

Entre las fuerzas se destacó que:

1. El programa cubre una buena parte del perfil profesional del médico de familia.
2. El programa es un programa consolidado y conocido en las diversas estructuras del sistema sanitario.
3. El programa ha sido revisado y renovado y lleva años guiando la formación de los MF y es un buen punto de partida para la reforma actual.
4. El programa está centrado en tareas y áreas de competencia que han permitido estructuras conocimientos, habilidades y actitudes a enseñar, explicitando objetivos y contenidos.
5. El programa cuenta con una parte teórica estructurada, que sustenta y complementa el programa práctico.
6. El programa ha ido concediendo una progresiva importancia a la formación a nivel del centro de salud.

Entre las debilidades destacaban:

1. La falta de tiempo (deficiencia detectada por el 100% de los participantes en el grupo Delphi).
2. El no establecimiento de mínimos deseables y exigibles de niveles de competencia.
3. La necesidad de adaptar el programa a los importantes cambios sociales, sanitarios y tecnológicos que se van produciendo.
4. La necesidad de profundizar en áreas imprescindibles del perfil profesional del médico de familia y la necesidad de incorporar los nuevos avances en metodologías docentes.
5. El énfasis en la docencia en lugar del aprendizaje.
6. Un programa demasiado encorsetado y poco flexible.
7. Escaso énfasis en la evaluación formativa.
8. No suficiente papel del tutor médico de familia.

Simultáneamente se realizó una revisión de los programas de Medicina de Familia en el ámbito internacional, revisando casi un centenar de ellos, fundamentalmente los de varias universidades de los Estados Unidos, Canadá, Finlandia, Suecia, Dinamarca, Reino Unido, entre otras.

Se incorporó las conclusiones de WONCA-Europa (Organización Mundial de Colegios y Academias de Médicos de Familia de Europa) que, en 2002,

presentó un documento de consenso sobre las competencias básicas del médico de familia, que recoge fielmente el actual programa (3). La UEMO (Unión Europea de los Médicos Generalistas) ha propuesto al Parlamento Europeo la ampliación a cinco años de la formación de los médicos de familia, ya que las competencias que se exigen a éstos son siempre mayores.

El Programa actual se justifica por la necesidad de continuar afianzando los cambios introducidos hasta este momento:

- Afianzar las ventajas que para el sistema supone el médico de familia como puerta de entrada al sistema de salud, como profesional con alta capacidad resolutive de problemas y como coordinador de recursos y de los flujos de pacientes dentro del sistema de salud.
- Afianzar los niveles de competencia necesarios para la práctica de la Medicina de Familia, dada su extensión, grado de responsabilidad, globalidad e impacto sobre los niveles de salud.
- La necesidad de suplir algunas carencias del pregrado.
- La necesidad de potenciar áreas de conocimiento propias de las competencias del médico de familia y de introducir y profundizar algunas otras.
- La necesidad de profundizar en las metodologías docentes.

Las consideraciones anteriores hay que enmarcarlas en el cambio socio-demográfico y sanitario que condiciona las orientaciones del programa:

- Los factores socioeconómicos:
  - *Las migraciones y la globalización e internacionalización de los problemas de salud*, con nuevas percepciones de la salud, nuevas presentaciones de las enfermedades, estilos de vida, prácticas culturales, patrones de enfermedad, utilización de medicinas alternativas;
  - *mayores niveles de necesidad, de exigencia y de información;*
  - *aparición de nuevas desigualdades;*
  - *cambios en la estructura familiar;*
  - *el envejecimiento*, con incremento de la esperanza de vida y alta expectativa de incapacidad.
- Los factores sanitarios, con la presencia de:
  - enfermedades crónicas,
  - incapacidades y minusvalías,

- factores de riesgo individual, familiar y social y
  - conductas adictivas y de riesgo.
- Los factores ligados a los recursos:
- la circulación de profesionales,
  - la feminización de la medicina,
  - la revolución genética,
  - las tecnologías de la comunicación,
  - la telemedicina,
  - las nuevas tecnologías,
  - la simplificación de las tecnologías,
  - el desarrollo de la medicina ambulatoria (disminución de estancias medias hospitalarias con altas tempranas, CMA),
  - técnicas y habilidades que se desarrollan en AP (cuidados paliativos, cirugía menor, control del embarazo, inserción DIU, control anticoagulantes, control anticonceptivos, Doppler, ecografía, etc.),
  - la necesidad de la continuidad de cuidados allende las fronteras del hospital.
- Los factores relacionados con la organización de los recursos.

## Segunda etapa: diseño

La siguiente etapa fue la fase de diseño. Teniendo en cuenta que siempre ha estado presente la absoluta necesidad de elaborar un programa con el máximo grado de consenso y de participación posible, se valoró la oportunidad de establecer un Grupo de Coordinación Editorial y de Redacción del Nuevo Programa en el que estuviera representada la CNE, la estructura docente (con la participación de coordinadores, tutores y residentes) y grupos de expertos. Este Grupo de Coordinación Editorial y de Redacción tuvo el encargo específico de perfilar y diseñar el formato del Programa (tabla 1) y las líneas maestras del mismo.

Tabla 1. **Competencias del médico de familia: áreas docentes**

*Los valores profesionales*

Esenciales	La comunicación asistencial	
	El razonamiento clínico	

Tabla I. **Competencias del médico de familia: áreas docentes (cont.)**

	La gestión de la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La gestión clínica.</li> <li>• El trabajo en equipo.</li> <li>• La gestión y organización de la actividad.</li> <li>• Los sistemas de información.</li> <li>• La gestión de la calidad.</li> <li>• La responsabilidad civil y médico-legal.</li> </ul>
	La bioética	
Atención al individuo	Abordaje de necesidades y problemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo y problemas cardiovasculares (problemas cardiovasculares, hipertensión arterial, hiperlipemia).</li> <li>• Problemas respiratorios.</li> <li>• Problemas del tracto digestivo y del hígado.</li> <li>• Problemas infecciosos.</li> <li>• Problemas metabólicos y endocrinológicos (diabetes mellitus, obesidad, problemas tiroideos, otros problemas metabólicos y endocrinológicos).</li> <li>• Problemas de la conducta y de la relación.</li> <li>• Problemas de salud mental.</li> <li>• Problemas del sistema nervioso.</li> <li>• Problemas hematológicos.</li> <li>• Problemas de la piel.</li> <li>• Traumatismos, accidentes e intoxicaciones.</li> <li>• Problemas de la función renal y de las vías urinarias.</li> <li>• Problemas músculo-esqueléticos.</li> <li>• Problemas de cara-nariz-boca-garganta y oídos.</li> <li>• Problemas de los ojos.</li> <li>• Conductas de riesgo.</li> <li>• Atención a las urgencias y emergencias.</li> </ul>
	Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención al niño.</li> <li>• Atención al adolescente.</li> <li>• Atención a la mujer.</li> <li>• Atención al adulto.</li> <li>• Atención a los trabajadores.</li> <li>• Atención al anciano.</li> <li>• Atención al paciente inmovilizado.</li> <li>• Atención al paciente terminal, al duelo y a la cuidadora/cuidador.</li> <li>• Atención a las situaciones de riesgo familiar y social (exclusión social, discapacitados, violencia familiar).</li> </ul>
Atención a la familia		
Atención a la comunidad		
Formación, docencia e investigación		



El desarrollo adecuado del programa para la adquisición de las competencias anteriormente mencionadas precisa de una serie de requisitos y condiciones que se definen en el programa y que tienen que ver con el propio programa, con los tutores y con la propia estructura docente de soporte.

## 1. Con relación al programa

- Formación basada en el perfil profesional. Este aspecto se considera tan importante que antes de iniciar el trabajo se efectúa un análisis y actualización del perfil profesional del médico de familia. Esto permitió poder detallar los objetivos y las actividades a realizar para adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes de un médico de familia, sujetas a una metodología docente y evaluadora, con el establecimiento de estándares mínimos, deseables, de excelencia en el aprendizaje.
- Tiempo suficiente. A la luz del perfil profesional, se determina que el tiempo de formación responda a la suma de los tiempos considerados como precisos y suficientes para la adquisición de las competencias definidas en el perfil profesional.
- Flexibilidad. El objetivo final es la adquisición de las competencias y no tanto los métodos: «Lo importante no es tanto el cómo, sino el qué». Por cada área competencial se establecen diferentes métodos docentes, lo que permitirá a cada Unidad Docente buscar las mejores alternativas de formación para cada una de las áreas competenciales.
- Pluripotencialidad. El programa se dirige no sólo a la formación de médicos de familia que vayan a desarrollar su actividad profesional futura en un Centro de Salud, sino que, debido a su pluripotencialidad, permite servir de base formativa para posterior formación en otras áreas de capacitación como las Urgencias..., o para desempeñar su trabajo en otros ámbitos laborales como Servicios de Urgencias y Emergencias y en otros servicios, unidades o entidades públicas y privadas.

Esto conlleva también la incorporación de la formación individualizada con un incremento progresivo de la responsabilidad y de la personalización adaptándose a las necesidades específicas de cada residente.

## 2. Con relación a los tutores

- La relación residente-tutor de Medicina de Familia como eje fundamental en la formación del residente, la cual debe ser básicamente tutorizada, continuada y evaluada. Esta evaluación formativa activa y continua tiene como objetivo potenciar el autoaprendizaje.
- Los niveles de competencia de los tutores deben estar adaptados a las áreas competenciales que vayan a ser transmitidas y a las metodologías docentes que son necesarias.
- La Administración debe garantizar y facilitar tres ejes de intervención:
  - a) Actividades de mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores en las áreas competenciales de la Medicina de Familia y en metodología docente.
  - b) Condiciones asistenciales y docentes idóneas.
  - c) Actividades para mantener la motivación.

## 3. Con relación a la estructura de soporte, cada Unidad Docente debe:

- Adaptar el número de residentes a las posibilidades formativas de la Unidad y a las necesidades del sistema sanitario.
- Adaptar el número de tutores. La ampliación de un año formativo y la estancia en Atención Primaria todos los años precisa una adaptación del número de tutores.
- Disponer de unos recursos mínimos que permitan el correcto desarrollo del programa docente y garantizar la adquisición del perfil profesional.
- Así mismo, las Unidades Docentes deberán garantizar:
  - Un contacto amplio inicial con Atención Primaria (preferentemente 6 meses, mínimo 3 meses).
  - Que al menos el 50% del tiempo de la residencia se efectúe en el Centro de Salud.
  - Un tiempo de estancia formativa en Centro de Salud todos los años.
  - El contacto continuado y estructurado con el tutor, independientemente de las estancias formativas en el Centro de Salud.
  - La responsabilidad amplia, aunque supervisada, en consulta durante el último año.

Las Unidades Docentes deberán favorecer:

- La ampliación de los entornos docentes: unidades médicas de corta estancia, de hospitalización a domicilio, de emergencias, de atención al adolescente, de cuidados paliativos, de atención a los inmigrantes, a los drogodependientes, a las víctimas de violencia (mujer, anciano, niño, etc.) y los centros de salud rurales.
- La mejora de la estructura física que permita, en la medida de lo posible, consultas contiguas tutor-residente.
- Las estancias electivas al finalizar el tercer año, que permitan ajustes en los niveles de competencia adquiridos por el residente.

En esta fase se decidió, por lo tanto:

- La incorporación en la formación de los valores profesionales del médico de familia.
- La revisión del perfil profesional.
- La incorporación de competencias esenciales: la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética.
- La adaptación a las necesidades sociales y sanitarias, que se vería reflejada en el área de atención al individuo, tanto en su bloque de atención a problemas y necesidades de salud como en el área de abordaje de grupos poblacionales y de riesgo.
- El cambio de terminología empleada al referirse a las áreas de atención al individuo, ya que el médico de familia no aprende cardiología, neurología o urología, sino que aprende el abordaje de problemas cardiovasculares, problemas del sistema nervioso o problemas de las vías urinarias, etc., porque este abordaje forma parte tanto de nuestra especialidad como de las otras especialidades anteriormente mencionadas.
- La profundización en las competencias que se consideran «específicas» del médico de familia, que son la Atención a la Familia y la Atención a la Comunidad.
- El desarrollo de las competencias relativas a la formación, docencia e investigación.
- Las cualidades intrínsecas del programa anteriormente mencionadas.

#### 4. Se establece el formato estructural del Programa

El objeto final de la formación del residente es la adquisición de la competencia suficiente para realizar la atención a la persona como un todo y en su contexto y a efectos docentes se identifican cinco áreas competenciales (tabla I) sobre las que el Programa pivota.

Esta definición conlleva la profundización y consolidación del cuerpo doctrinal de la Medicina de Familia, que pasa de ser un área enormemente indiferenciada a tener unas competencias definidas. Uno de los avances fundamentales lo constituye la definición de los límites de las consideradas competencias transversales. Estas competencias tradicionalmente se han considerado parte de otros cuerpos doctrinales y no propios de la Medicina de Familia. Así, socialmente se ha considerado que la diabetes, el hipotirodismo... «son» del endocrinólogo; la pitiriasis, la psoriasis, el acné..., del dermatólogo; la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca..., del cardiólogo, y así un largo etcétera, cuando en realidad hasta un límite definido estos conocimientos y habilidades entran de lleno en las competencias del médico de familia. Esta definición es básica para la consolidación de la Medicina de Familia como cuerpo doctrinal. De esta manera, en el programa ya no se delimita la rotación en endocrinología, dermatología, cardiología..., sino que se define lo que se debe aprender en relación con los problemas endocrinológicos, cardiológicos y factores de riesgo cardiovascular, problemas dermatológicos... y cuyo abordaje debe ser aprendido en diferentes entornos: centro de salud, servicios de cardiología, endocrinología, servicios de urgencias...

En cada área se definen los objetivos específicos y las actividades propias para la adquisición de estas competencias, incluyendo conocimientos, habilidades y actitudes.

Para desarrollar estos aspectos se confecciona una ficha que recoge por cada área formativa los siguientes aspectos: área competencial, objetivos específicos, actividades docentes propias agrupadas según prioridad y nivel de responsabilidad.

Se establecen tres niveles de prioridad (fundamentales para la evaluación formativa y sumativa) y los niveles de responsabilidad (tabla II), que tienen especial relevancia para la relación entre ámbitos asistencia-

Tabla II

Niveles de prioridad	
Prioridad I	Indispensable: las competencias deben ser adquiridas por todos los residentes. Su ausencia cuestiona la aptitud.
Prioridad II	Importante: las competencias deben ser adquiridas por la mayoría de residentes.
Prioridad III	Excelente: la adquisición de estas competencias no es indispensable pero, si lo anterior está presente, puede ser criterio de excelencia
Niveles de responsabilidad	
Nivel primario	El médico de familia debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas, sin consultar con otro nivel asistencial, en el 90% de los casos.
Nivel secundario	Una consulta a otro nivel es habitualmente requerida en el curso de la evaluación o del tratamiento de este tipo de problemas.
Nivel terciario	El diagnóstico y tratamiento de estos problemas es competencia de otros especialistas, pero el médico de familia debe ser capaz de informar, apoyar al paciente y a la familia y asegurar la coordinación y la continuidad de la atención.

les y para forjar la competencia relacionada con el conocimiento de los propios límites:

Para cada área se determinan recomendaciones sobre la metodología docente, el lugar de aprendizaje (centro de salud, estancia en un servicio de la Unidad Docente, rotación externa, etc.), el tiempo de aprendizaje, la evaluación y las lecturas recomendadas.

Se establecen recomendaciones para el cronograma (tabla III).

La metodología docente recomendada, en general, se fundamenta en el autoaprendizaje dirigido, el aprendizaje de campo, las clases, el trabajo grupal y los talleres, siendo básicos los dos primeros, y pudiendo complementarse con los cursos, los talleres y trabajo en grupo, según se trate de adquirir conocimientos nuevos, apprehender habilidades o mejorar las actitudes.

La bibliografía específica se recomienda en cada Área de Formación, aunque de forma general se listan libros, revistas, recursos en Internet, páginas Web, guías de práctica clínica, etc., que deben estar accesibles para el residente.

Por cada área de competencia se realiza una propuesta de evaluación, así como un capítulo específico sobre la evaluación (Plan evaluativo glo-

Tabla III. **Cronograma del programa**

---

**Primer año**

- Aprendizaje de campo en Atención Primaria: 3-6 meses.
- Aprendizaje de campo en Medicina Interna y especialidades: 5-8 meses.
- Vacaciones: 1 mes.
- Aprendizaje de campo en Urgencias (guardias).
- Autoaprendizaje.
- Clases/trabajo grupal/talleres.

---

**Segundo y tercer año**

- Aprendizaje de campo en Medicina Interna y especialidades médicas y médico-quirúrgicas: 8 meses.
- Aprendizaje de campo en Atención Primaria: 3 meses (R2) en centro rural.
- Aprendizaje de campo en atención al niño: 2 meses.
- Aprendizaje de campo en salud mental: 3 meses.
- Aprendizaje de campo en atención a la mujer: 3 meses.
- Estancias electivas complementarias o aprendizaje de campo en el centro de salud: 3 meses (R3).
- Vacaciones: 2 meses.
- Aprendizaje de campo en Urgencias (guardias).
- Autoaprendizaje.
- Clases/trabajo grupal/talleres.

---

**Cuarto año**

- Aprendizaje de campo en Atención Primaria: 11 meses.
  - Vacaciones: 1 mes.
  - Aprendizaje de campo en Urgencias (guardias).
  - Autoaprendizaje.
  - Clases/trabajo grupal/talleres.
- 

bal de la unidad docente, evaluación de los médicos residentes y evaluación de la estructura docente).

La evaluación formativa cobra especial relevancia en el marco de una formación tutorizada y personalizada. Deben detectarse las deficiencias en la adquisición de competencias para poder poner en marcha los mecanismos de corrección de las mismas.

## Tercera etapa: elaboración

Una vez alcanzado este consenso, se inició la fase de redacción. Se encargó a los grupos de expertos el desarrollo de los diferentes apartados del programa, participando un total de 83 redactores. Efectuado este trabajo, el Grupo Coordinador se ocupó de homogeneizar los diferentes con-

tenidos. En esta fase es cuando se empieza a hacer muy tangible la necesidad de incremento de tiempo. Cuando se procede a sumar los tiempos mínimos recomendados por los expertos se observa la necesidad imperiosa de incrementar el tiempo de formación de tres a cuatro años. Esta necesidad se intuía previamente, ya que el programa aún vigente tenía dificultades para su desarrollo, sin incluir ningún área nueva. La inclusión de nuevas competencias recomienda al menos cuatro años. Esto además se enmarca en lo solicitado por la Unión de Médicos Generales de Europa (UEMO) al Parlamento Europeo de un incremento de tiempo formativo específico de formación en Medicina de Familia de cinco años, emulando los programas más avanzados de Austria, Dinamarca o Finlandia.

## Cuarta etapa: consenso

Con esta etapa se inició la fase de consenso. El borrador se remitió a todas las UDD de las 17 Comunidades Autónomas, a la semFYC y a sus 17 sociedades federadas, y a la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN). En este proceso de corrección participaron 154 correctores, aportando importantes sugerencias para la mejora de la calidad del Programa. En definitiva, más de 400 folios de sugerencias, que fueron analizadas e incorporadas en su mayor parte.

De esta manera, el documento del Nuevo Programa contó con un elevado grado de consenso entre numerosos médicos de familia expertos en ámbitos, tanto nacionales como internacionales, y muchos coordinadores, tutores y residentes.

## Quinta etapa: aprobación

El 20 de noviembre de 2002 se aprueba el Programa de la especialidad por parte de la CNE.

A partir de este momento se inicia un largo y muy difícil proceso de negociación y consenso. El incremento en un año de especialización de la especialidad más numerosa del sistema MIR no es una empresa fácil a priori, a lo que se añade un cambio de Gobierno, cambios en la Dirección General de Recursos Humanos y en la Subdirección General de Ordenación Profesional;

el desconocimiento que se tiene de nuestra especialidad por parte de otros entornos especializados; la aprobación de la LOPS (4), que da un vuelco a la formación: introduce cambios importantes como la troncalidad y el cambio en el sistema de aprobación de los programas que antes se aprobaban por los Ministerios. Así, la LOPS determina en su artículo 21 que «los programas de formación serán elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad. Una vez ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, serán aprobados por el Ministerio de Sanidad y Consumo». Esto obliga a iniciar un proceso amplio de negociación con las CCAA, entre las cuales una mayoría apoya el programa. La aprobación por el Consejo Nacional de Especialidades, en cuyo seno más de 30 especialidades han solicitado incremento de tiempo, no está exento de dificultades serias; sin embargo, el 15 de julio de 2003 (tras informe del Comité de Estudios y del Comité Permanente del Consejo Nacional de Especialidades) se ratifica el Programa de la especialidad. Los informes y sugerencias del Comité de Estudios del Consejo Nacional de Especialidades introducen cambios en el Programa y la necesidad de que su parte más vinculada a normatizar los aspectos de acreditación de las Unidades Docentes se extraigan del Programa. Esto constituye la base de una futura norma, pendiente de publicación, que se denomina «Requisitos generales de acreditación de las Unidades Docentes para la formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria», que desarrolla aspectos de la orden de 22 de junio de 1995 y los adapta al Nuevo Programa. Esto obliga a redactar un nuevo documento con estas modificaciones, de las cuales ninguna afecta al contenido técnico y competencial del Programa, que es aprobado nuevamente por la Comisión Nacional de la Especialidad el 20 de abril de 2004.

El 16 de septiembre la Comisión de Recursos Humanos informa favorablemente el Programa, pendiente de ser incorporadas algunas puntualizaciones que se hacen en el seno del Comité Técnico de dicha Comisión.

Finalmente, se publica en el *BOE* el 1 de octubre, en el cual se convoca el examen MIR de 2005 el 22 de enero de 2005 y se anuncia el MIR de MFyC de cuatro años. Antes de la incorporación de estos residentes a sus plazas el Programa saldrá en el *BOE*, encontrándose actualmente disponible en la página Web del Ministerio de Sanidad y Consumo (1).

En todo este proceso hay evidentemente piezas claves, personas que apuestan y defienden con fuerza este proyecto y a las que he tratado de reflejar en los agradecimientos de este artículo.

## Sexta etapa: puesta en marcha y desarrollo

A partir del mes de mayo de 2005 se inicia la fase de puesta en marcha y desarrollo con la incorporación de los nuevos residentes. Esta etapa, altamente interesante, ya ha tenido su fase preparatoria, porque en prácticamente todas las UUDD se está preparando la estructura, se está informando y formando a los tutores para su puesta en marcha.

La organización pivota básicamente en las UUDD, que no sólo deben organizar las estancias formativas, sino definir las actividades y los métodos que en su entorno son los más operativos para garantizar la adquisición de competencias. El grado de implicación de los tutores en el desarrollo del Programa es piedra angular. Su formación en los contenidos propios de la especialidad, en metodología docente y en evaluación formativa, son determinantes. El apoyo a la función de tutores por parte de la Administración es fundamental y se precisan actividades formativas, actividades correctoras que permitan que las condiciones estructurales sean favorables a la docencia y la puesta en marcha de actuaciones que incentiven a los tutores. El Programa precisa requisitos estructurales de idoneidad de presión asistencial, tiempo de dedicación a la asistencia con tiempo específico para la docencia y tiempos adecuados por consulta, que son requisitos que hacen saludable el entorno para el aprendizaje.

## Aportaciones

En el análisis de las aportaciones del nuevo programa de la especialidad se han ido destacando los siguientes aspectos (2):

1. La apuesta por la Atención Primaria y la Medicina de Familia como eje vertebrador de un sistema sanitario equitativo, efectivo, eficiente y viable, porque satisfaga a las personas, porque persiga la competencia de sus profesionales y porque los motive. El programa pretende contribuir al demostrado impacto que la Atención

- Primaria, con médicos formados y entrenados en su práctica, tiene sobre los objetivos del sistema sanitario.
2. La redefinición del Perfil Profesional y la adaptación del programa al mismo. Se resitúan algunas áreas como esenciales, profundizando áreas propias e incorporando áreas nuevas.
  3. Su adaptación a los Valores Profesionales del médico de familia. Se establece claramente que los tutores no sólo deben favorecer el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes, sino que también deben transmitir a los residentes los valores profesionales y los compromisos social y ético, con las personas, con la formación, con la especialidad y con la mejora continua de los médicos de familia.
  4. Su pluripotencialidad, lo que confiere al médico de familia competencia para desempeñar su trabajo no sólo en Atención Primaria, sino en otros ámbitos profesionales.
  5. Su flexibilidad, el incremento de tiempo de formación, su apuesta por la calidad y los entornos formativos favorables, determina requisitos de acreditación, que redundan en la calidad estructural de la Atención Primaria y apuesta por los tutores, su motivación y su desarrollo profesional como tutores.
  6. El avance en la demarcación del perfil competencial del médico de familia con la definición de los Niveles de Prioridad y de los Niveles de Responsabilidad, lo que favorece, por una parte, el desarrollo profesional y, por otra parte, la mejora de la relación entre niveles.
  7. Este programa no sólo tiene interés para los tutores y residentes, sino para todos los médicos de familia, al convertirse en un referente de mantenimiento de la competencia en Medicina de Familia y Comunitaria.
  8. Por su definición de un posible Catálogo de Servicios de la Atención Primaria se convierte en una potente herramienta para la cohesión y calidad del sistema sanitario.
  9. Su diseño permite su fácil incorporación a una reforma del MIR hacia la troncalidad, ya que aporta contenidos genéricos (competencias esenciales) que deben ser comunes a todas las especialidades; contenidos transversales (atención al individuo y grupos de riesgo) que pueden ser compartidas con otras especialidades

del mismo tronco y contenidos específicos (atención a la familia y atención a la comunidad).

10. Permite el desarrollo de áreas de capacitación específicas.
11. Permite la reorientación de la formación de pregrado.
12. El programa, además de pertinente por su adaptación a las necesidades sociales y sanitarias, es factible en términos de factibilidad legal, política, económica, organizativa y social.
13. El gran potencial del nuevo programa se basa en el alto grado de consenso y de participación alcanzados y en la metodología empleada.
14. Su solidez metodológica confiere al programa la validez para convertirse en un referente en metodología sobre planificación en formación de postgrado.

## Líneas futuras

De forma paralela a la implantación del programa, se ha de seguir trabajando en las siguientes líneas tácticas:

1. Adaptar las plazas a las posibilidades formativas y a las necesidades sanitarias.
2. Desarrollo e implantación generalizada y homogénea de los criterios de acreditación y reacreditación de centros sanitarios docentes, unidades docentes, coordinadores y tutores.
3. Mejora de la calidad de la estructura docente.
4. Desarrollo de la troncalidad.
5. Desarrollo de la función docente: potenciar la normativa que reconozca la función docente como una actividad nuclear de la actividad de los centros sanitarios: carrera profesional, ratios adecuados de tiempo y pacientes...
6. Desarrollo de la tutorización estructurada y continuada.
7. Mejora y desarrollo de la gestión de la docencia.
8. Desarrollo de la evaluación formativa y de la evaluación sumativa final y su presencia en la carrera profesional.

En definitiva, en el momento actual, estamos ante un reto que con toda seguridad puede y debe contribuir a la consolidación de la Medicina de Fami-

lia y de la Atención Primaria y, por tanto, favorecer la mejora de la calidad de la Atención y de la Salud de las personas. Y esto es labor de todos.

## Agradecimientos

A los que han elaborado el Programa, a los que lo han apoyado, a los que lo han aprobado y a los que lo van a desarrollar.

A los miembros de las dos Comisiones Nacionales de la Especialidad implicadas en el proyecto.

A SemFYC, a los miembros de las dos juntas permanentes y a sus juntas directivas.

Al Grupo Editorial, al grupo de redactores y al grupo de correctores.

A SEMERGEN.

A los responsables de las CCAA, que desde ellas y en el seno de la Comisión de Recursos Humanos y el Comité Técnico han dado su apoyo implícito y explícito al Programa.

A Marc Soler, ex subdirector de Ordenación Profesional, que apostó, total y plenamente, por la aprobación del Programa.

A Emilia Sánchez Chamorro (sudirectora general de Especialidades en Ciencias de la Salud del Ministerio de Educación y Ciencia), que estuvo, está y estará convirtiéndolo en una realidad.

A Javier Rubio, subdirector de Ordenación Profesional (MSyC), que lo hizo suyo desde el principio.

A Ana Pastor, a Elena Salgado, a Consuelo Sánchez, a Jaime Aubiá (que lo incluyeron en sus proyectos políticos).

A Alfonso Moreno (presidente del Consejo Nacional de Especialidades) y a muchos miembros del Consejo Nacional de Especialidades, entre los que cabe destacar a Luis Gómez, Vicente Pedraza, José M.<sup>º</sup> Segovia de Arana.

A los miembros de la Subdirección de Ordenación Profesional que nos han tenido que sufrir, y muy especialmente a María Manuela García (Nela), Consejera Técnica de la Subdirección, que, aunque su nombre no aparezca en el listado de redactores, tiene un puesto muy bien ganado y merecido entre éstos y entre las personas que lo han hecho posible.

A los coordinadores de UUDD y a los tutores, que tienen ahora la pelota en su tejado y que van a hacer realidad este proyecto que es un proyecto de todos nosotros.

## Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de formación de especialistas: Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid 2005.  
*<http://www.msc.es/profesional/formacionSanitariaEspecializada/guiasFormacion/pdf/medifamiliar.pdf>*
2. Casado V. Valoración del programa de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Posibilidad de ampliación de los años formativos. Tribuna Docente; 2002; (3 supl) 2: 23-35.
3. European Society of General Practice/Family Medicine WONCA EUROPE. The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA EUROPE. Noordwijk; 2002.
4. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE n.º 280.



EL NUEVO PROGRAMA  
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

## El tutor opina

Dr. Jesús Melchor Delgado González  
*COORDINADOR DEL GRUPO DE TUTORES DE SEMERGEN*

Desde el año 1978, que se inició la andadura de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en este país, hasta el momento actual, hemos asistido a una importante evolución en nuestra especialidad, que ha logrado, cuando menos, una mejor y reconocida gestión de los recursos sanitarios asistenciales.

La Atención Primaria, como espacio de desarrollo profesional, ha adquirido unos niveles de calidad necesarios para adecuarse al correcto funcionamiento del sistema sanitario, incorporando nuevas tecnologías y funciones y adquiriendo una formación adaptada a las necesidades de la población a la que atienden.

La MFyC es el primer eslabón de una cadena asistencial, que en la mayoría de los casos sólo tiene uno y, en otros, se engrana de una forma más o menos perfecta con otros requerimientos asistenciales dentro de cada una de las patologías, a que nos enfrentamos día a día.

Los garantes de esta evolución han sido los profesionales médicos de la Atención Primaria, que han sabido adaptarse tanto a las nuevas exigencias de los usuarios, como a los avances que la ciencia y la tecnología pone a nuestro alcance, o a los planes estratégicos de la administración con éxito.

Para lograr los estándares de calidad que cada día son más exigente, es necesario e imprescindible un adaptado método de formación pregrado, postgrado y, posteriormente, de formación continuada que favorezca los mecanismos científico-técnicos de puesta al día y otras habilidades.

Estas evoluciones, la reforma del programa de la especialidad de MFyC, han dado respuesta a las peticiones que desde los distintos estamentos de la Atención Primaria se habían realizado insistentemente desde hace años, facilitando un nuevo desarrollo formativo que, a priori y hasta su rodaje definitivo, parece integrador de las necesidades del residente y del sistema sanitario, pero que necesariamente debe conjugar algunos aspectos que sólo su puesta en marcha definirá.

Objetivo de este informe es aportar la opinión que merece desde el grupo de tutores de SEMERGEN, añadiendo las sugerencias técnicas que, en una modesta opinión, se plantean tras la lectura detallada del programa. Para lo cual, siguiendo el orden del citado nuevo programa de la especiali-

dad, se analizarán aquellos apartados que no han quedado claros o sobre los que se sugiera una opinión.

## 1. Características del programa

Se ha vinculado el desarrollo del programa en áreas docentes en virtud del perfil de competencias profesionales del médico de familia, consiguiendo un adecuado paralelismo entre ambos que lo dota, en principio, de un enfoque práctico interesante.

Otra característica del programa es su flexibilidad, muy importante porque las condiciones particulares de cada área docente, en los distintos puntos del país, obligan a que las recomendaciones sean sólo eso, y que sobre ellas se haga un ajuste en función de que en cada centro existan unas especialidades u otras, que sean centros mayoritariamente urbanos o rurales, la tradición formativa previa, facilidades de comunicación, distancias intercentros... No obstante, parece lógico establecer un perfil de mínimos que garantice los resultados del aprendizaje obtenidos en cada área docente, para que tengan la suficiente cantidad, y sobre todo calidad, de apartados de cada una de las áreas docentes, para que la diferencia entre formarse en un lugar u otro sea lo más reducida posible.

Otra de las novedades interesantes del programa de la especialidad ha sido la incorporación de niveles de prioridad y responsabilidad de cada una de las áreas docentes, que pueden servir perfectamente de guía a utilizar por los tutores para centrar el aprendizaje o, incluso, para valorar el cumplimiento de los objetivos docentes.

## 2. Duración de la formación

La MFyC abarca el abordaje directo de distintas patologías de todas especialidades médicas; esto hace que el período formativo, hasta ahora en vigor, de tres años de duración, resultase excesivamente corto, en especial, cuando se compara con la extensión en tiempo de otros programas formativos de distintas especialidades que, en general, se extienden a 4 ó 5 años.

Considerando, además, que el objetivo principal es la formación de médicos de Atención Primaria, el programa anterior debía repartirse entre

la adquisición de conocimientos en las rotaciones de especializada y su aplicación en las consultas del primer nivel para adaptarlos a unos condicionantes distintos. Esto obliga a repartir su duración entre ambos niveles asistenciales, quedando seriamente disminuida la estancia en el centro de salud.

Éstas son algunas de las razones que hacían de imperiosa necesidad que con la reforma del programa se prolongase la duración de la residencia de MFyC, se asegurase la realización de alguna de las rotaciones especializadas que anteriormente se obviaban por «falta de tiempo» y la ampliación en tiempo, de algunas de las rotaciones, que son prioritarias por manejar problemas de salud muy prevalentes, en la consulta de Atención Primaria y para los que en ocasiones un mes se podría pensar irrelevante para adquirir conocimientos de manejo.

Por otro lado, y a pesar de que las salidas laborales para el médico de familia actualmente son diversas, no se debe perder de vista que el objetivo principal de esta formación es obtener profesionales adecuadamente preparados para ejercer la asistencia sanitaria primaria; por lo tanto, es de buena lógica pensar que la mayor parte del programa se realice en el centro de salud, y no como hasta ahora sólo un tercio, en el mejor de los casos.

Se incide en el programa en la importancia de obtener un adecuado perfil de competencia profesional, en el que se adquieran compromisos con el usuario de la sanidad pública, con la sociedad en la adecuada gestión de recursos y con la mejora formativa continua con la propia especialidad. La consecución de estos compromisos sólo puede llevarse a cabo si se articulan unos mecanismos de aprendizaje basados en la continuidad de una atención integral, eje sobre el que gira el modelo biopsicosocial, y sólo cuando así se realiza se podrá obtener un completo aprovechamiento en todas las áreas competenciales de un buen médico de familia. Estos conceptos son más sencillos de obtener cuando se practican directamente en las consultas, y ello requiere un tiempo de estancia mayor en el centro de salud, del que, hasta ahora, los residentes se podían permitir.

### 3. Metodología docente

Si bien la especificación de la distinta metodología docente, tal y como se presenta en el programa, facilita la planificación de las tareas de apo-

yo a la parte meramente asistencial, interesa realizar algunas consideraciones de aspecto organizativo.

Se especifican en cara área docente los cursos, talleres, etc., más apropiados como técnica de apoyo, pero podría resultar interesante que se concretasen, también contenidos en función de los niveles de prioridad, que permitan diferenciar aquellos que deben ser imprescindibles de los que sean aconsejables y de otros que marquen la excelencia.

Por otro lado, y a pesar de las dificultades estructurales y de organización, se deben hacer esfuerzos para colocar estos métodos de apoyo docente, en tiempo y forma, para que su aprovechamiento sea el mayor posible, adaptándolos a los años de rotación, labor que seguro tendrá en cuenta la unidad docente correspondiente.

Cada vez existen más recursos de los que obtener formación continuada; por ello, quizá no estaría de más establecer una especie de convalidación dentro de un programa docente estructurado, para que el residente sea capaz de acudir a los organizados por unidades docentes o, bien, a través de otras instituciones acreditadas: Colegio de Médicos, Sociedades Científicas, Servicios de Salud autonómicos, Universidades, etc., para lo que se exigirá presentar el certificado de asistencia y/o aprovechamiento, siempre que se trate de cursos acreditados y adecuadamente validados por la unidad docente o, en su caso, por la Comisión Nacional de la Especialidad.

Ello facilitaría ampliar la flexibilidad del programa, de forma que se eviten solapamientos de conocimientos, repeticiones innecesarias y déficit en algunas áreas.

## 4. Cronograma

### 4.1. Distribución del tiempo de formación

En lo que se refiere a la distribución del trabajo, en cada uno de los 4 años de duración del programa de la especialidad de MFyC, puede considerarse equilibrado desde el punto de vista de la carga científica, pero podrían tenerse en cuenta algunos matices que lo harían más operativo.

Hasta ahora, el residente iniciaba la toma de contacto con el trabajo de Atención Primaria durante un mes, que desde todo punto de vista se tornaba insuficiente y más cuando por la inoportuna fecha de incorporación (período estival en los últimos años), coincidía con vacaciones del tutor y del personal habitual del centro de salud, solapado con la finalización de otros residentes en su último año... Inconvenientes todos ellos que convertían la toma de contacto en un tiempo poco aprovechado.

La extensión de este período, a los 3-6 meses, parece una adecuada forma de salvar incidencias como las anteriormente citadas. No obstante, y a pesar de la flexibilidad que abandera el programa, la recomendación más adecuada debe dirigirse hacia la mayor estancia posible (6 meses), permitiendo iniciar una dinámica correcta de gestión de consulta y manejo de tecnologías informáticas, iniciación en competencias esenciales, que facilitan el posterior trabajo durante el último año de residencia que, en su totalidad, se realiza en el centro de salud.

También, y a pesar de esta mayor estancia inicial, es bueno que se prevean unas fechas de incorporación más acordes con la vida social y el funcionamiento del centro de salud, por lo que no parece que los períodos vacacionales (verano, Navidades) sean el momento más adecuado para la incorporación.

## 4.2. Guardias

En cuanto al período de guardias, la proporcionalidad porcentual a lo largo de cada uno de los 4 años parece tener una distribución adecuada, que mantiene el equilibrio del período formativo en función del tiempo de estancia en cada especialidad.

Quizá, y apelando a la flexibilidad, deba replantearse, en muchos casos, la pertinencia de repartir durante todo el primer año las guardias Primaria/Urgencias, porque, en algunos casos, puede suponer un trastorno para el residente, en cuanto a desplazamientos, si el hospital de referencia no se encuentra próximo al centro de salud al que se ha adscrito. Puede ser más operativo que, aprovechando la estancia inicial de 6 meses en centro de

salud, se realice un mayor número de guardias en Primaria y que, en contrapartida, se hagan más guardias de urgencia hospitalaria, mientras se encuentra en el período de rotaciones hospitalarias.

Sería importante velar en los períodos de guardia (también en las rotaciones) porque los distintos responsables o colaboradores docentes, en cada caso, se impliquen adecuadamente en las labores formativas, dado que en ocasiones deben compartirse experiencias con profesionales no siempre concienciados de la importante labor de formación que realizan para el residente de primaria o, simplemente, en servicios, donde por la coincidencia con residentes de otras especialidades relega a los de Primaria a un nivel formativo inferior.

El circuito formativo de un médico de Atención Primaria es de suma trascendencia, por lo que todos los agentes que participan en él deben comprender e integrar tal responsabilidad. La puesta en marcha del nuevo programa otorga la oportunidad para informar y dar la valía que merece la especialidad, y sería buen momento para lograr el máximo conocimiento por todas las especialidades.

### 4.3. Clases, talleres, cursos formativos

La organización de períodos de cursos, talleres, etc., como se adelantó anteriormente, debe cuidarse meticulosamente para que se realicen ajustados al momento de mayor necesidad, que probablemente es durante el primer año de formación, sobre todo, aquellos que dotan de competencias clínicas aún a costa de restar tiempo de estancia incluso en el centro de salud, dado que son imprescindibles en algunos casos para los períodos de guardia, donde la necesidad de atención urgente exige unos conocimientos teórico-prácticos, que no siempre se han facilitado previamente y que el residente puede echar en falta a la hora de enfrentarse a estas situaciones. Formación en soporte vital básico y avanzado, atención al politraumatizado, electrocardiografía básica, radiología básica, entre otros, deberían tener una cierta prioridad de impartición, para dotar de las herramientas básicas al residente para su adecuada supervivencia en sus primeros meses.

#### 4.4. Rotaciones en Centros Rurales

Las distintas necesidades poblacionales, en función del entorno en el que se vive, establece claras diferencias en la asistencia, ya sea medio rural o urbano. Es desde todo punto lógico que un programa formativo debe aportar los recursos necesarios, para dotar al futuro médico de los recursos necesarios para ejercer en uno u otro ámbito.

La dispersión geográfica del usuario, la distancia a centros de especializada, las patologías laborales propias de entornos rurales, las características de gestión de consulta, difieren en función de que se trate de una consulta de medio rural o urbana y, por ello, parece acertado realizar un período de medicina rural, que complete al máximo la formación del médico de familia.

Para dar respuesta a estas variabilidades en el nuevo programa, se ha contemplado la posibilidad de realizar durante el segundo y tercer año un período de rotación en centros rurales.

Surge la duda, sobre todo en los primeros años de instauración del programa, de si existirán el número de centros suficientes y acreditados para incorporar a cada una de las promociones de residentes. Aunque se propone, desde el propio programa en estos casos, la utilización de recursos de otras áreas, incluso pertenecientes a otras unidades docentes adyacentes, no es fácil organizar la infraestructura necesaria, obligando en estos casos a desplazamientos al residente con los costes económicos, sociales y/o familiares que a título personal le acarreen.

Por otro lado, el utilizar áreas lejanas a donde cada residente se le ha adscrito, dificulta la comunicación entre los tutores encargados (principal, de apoyo.), que se hace, desde todo punto necesaria para, por ejemplo, el seguimiento evaluativo.

Por otro lado, la premura que inicialmente exige la puesta en marcha del programa, no debe hacer caer en la tentación de facilitar acreditación, a centros rurales o no, que simplemente por cuestión de una oferta y demanda sea necesarios. Es imprescindible que los criterios de acreditación de centros sean respetados, aun a costa de disminuir la oferta rural de centros,

donde los residentes puedan realizar su rotación rural con las máximas garantías formativas y de uniformidad en los criterios elegidos.

Para garantizar esto, y dado que se trata de una de las novedades en el programa formativo, se echa de menos mayor profundidad en las recomendaciones de cómo llevar a cabo dicha rotación: objetivos a alcanzar, forma de desarrollar la estancia, métodos de trabajo, apoyo con cursos-talleres, grupos de trabajo, necesidad de realizar guardias durante la estancia rural (número o porcentaje), si es preceptivo cumplir dicha estancia con consulta ordinaria, con atención continuada, entre otros, deberían ser proyectos a alcanzar desde la Comisión Nacional de la Especialidad o desde las Unidades Docentes.

Del mismo modo, una vez acreditados los centros donde se ejerce la rotación rural, también es aconsejable facilitar acreditación de tutores en la misma medida que si del tutor principal se tratase que, para este primer año de implantación del programa, parece que se llega tarde, dado que, hasta el momento, no se ha observado por parte de las unidades docentes un interés en dar publicidad a la acreditación de tutores, aun pensando que la necesidad de ellos debería incrementarse sustancialmente. Queda, al menos, uno o dos años por delante en los que dirigir los esfuerzos, a formalizar la reunión de un grupo de tutores que, ejerciendo en medio rural, sean capaces de integrarse en el modelo formativo, capacidades que, sin duda, ya se tienen.

## 5. Tutores

### 5.1. El papel del tutor

Toda la responsabilidad formativa recae en la figura del tutor o tutores con los que el residente debe ir pasando, aprendiendo por distintos métodos el saber hacer de cada profesional.

Hasta ahora, parecía que la figura del tutor era un simple añadido que acompañaba al residente, hasta el punto de que entre el colectivo de tutores no era extraño alcanzar un nivel de desmotivación, cuya conse-

cuencia es la petición de años sabáticos o la desvinculación de la formación en un momento determinado.

Los tutores, en general, se sienten abandonados por la Administración, que, más que premiar el interés para que sus centros, además de asistenciales, sean docentes, con el prestigio profesional que ello comporta, «castigan» a sus tutores mediante la denegación de permisos, sustituciones, asistencia a eventos científicos, etc.

Pero en cierto modo también se sienten abandonados por las Unidades Docentes que, aunque se deben a la formación de residentes, no deben olvidar que sin tutores ese objetivo difícilmente se podrá conseguir.

Esta situación tiene algún viso de cambio en cuanto que, al menos, en el nuevo programa se ha dado un capítulo a la figura del tutor, hasta ahora poco reconocida. En cualquier caso, y si esto es un primer avance, no debe caer en saco roto. En el nuevo programa se deja claro que los tutores son la parte más importante de la formación del residente; seamos consecuentes y activemos las medidas necesarias para dotar a esta figura del reconocimiento del que se considera merecedor.

Implícitamente el tutor ha debido nutrirse de la única satisfacción profesional y personal de ver pasar por sus manos distintas promociones de residentes, que posteriormente se han convertido en buenos profesionales, que ejercen la medicina de familia, garantizando a sus pacientes unos altos niveles de competencia profesional. Pero no olvidemos que esta satisfacción va unida a un alto grado de responsabilidad, para lograr ese objetivo último de formar buenos médicos.

No se puede olvidar que el tutor obtiene un beneficio formativo, en cuanto a que, indirectamente, se le obliga a estar a la altura del papel que representa, por lo que es imprescindible estar al día de todas las novedades que en esta profesión son muchas y aprovecharse de la motivación y responsabilidad del que se prepara para ser médico especialista y que, por tanto, tiene más facilidad para devolverle al tutor nuevos conocimientos.

Hasta ahora, el nivel de responsabilidad que exige una correcta y adecuada tutorización no se corresponde con el reconocimiento que esta fun-

ción ha tenido en el sistema sanitario. No es objetivo de este informe, indicar cuáles deben ser los métodos más adecuados, para reconocer esta labor, pero sí es aconsejable, buscar algún sistema que impida la desmotivación de unos profesionales que han aceptado participar en el proceso formativo desinteresadamente.

Se necesita cubrir las necesidades de los tutores, cuando menos, y mientras se logra el mejor modo de reconocimiento, sería exigible para mantener unos estándares de calidad adecuados que se estableciese un plan formativo para el tutor que lo adecúe a las nuevas estrategias que propone el programa, que renueve aquellas áreas más deficitarias, que todos tengamos y que articule los mecanismos adecuados para que la Administración facilite la participación en cursos, talleres, jornadas, congresos, períodos de reciclaje y todos los eventos que signifiquen una mejora profesional, tanto desde el punto de vista asistencial, como del docente...

Si somos parte del programa, por qué no tener un subprograma formativo, para el tutor, claramente especificado que de pie a unas acreditaciones y reacreditaciones de calidad y que faciliten la mejora en los contenidos del programa: competencias esenciales (comunicación asistencial, razonamiento clínico, bioética, gestión de la atención), competencias asistenciales (atención al individuo, familia y comunidad) y, sobre todo, en metodología docente y en el gran caballo de batalla en Atención Primaria, la investigación (metodología e implantación) que siempre parece escasa.

Se incorpora una nueva figura al colectivo de tutores, el tutor de apoyo. Hasta ahora toda la responsabilidad recaía en el tutor del centro de salud (formativa y evaluativa). Los tutores de apoyo pueden convertirse en un instrumento de suma importancia desde el punto de vista formativo; también puede encargarse de mantener el seguimiento, mientras se pierde el contacto con el residente, durante la realización de las rotaciones hospitalarias, electivas, ahora rurales, etc. Estos largos períodos de tiempo pueden minimizarse si existe un contacto con otros tutores que, en algún momento, colaboren activamente en el seguimiento del aprendizaje del residente.

Y esta función puede extenderse a otros profesionales que también participan sectorialmente en la formación del residente: colaboradores

docentes, tutores hospitalarios, técnicos de salud y todos aquellos que de alguna forma participan en esta labor.

Pero para ello debe mejorarse la comunicación entre los distintos estamentos docentes, favoreciendo la posibilidad de reuniones o contactos entre todos ellos, que hasta ahora sólo se realiza con fines evaluativos, pero que quizá también tenga un elevado valor para solucionar incidencias, conflictos o, simplemente, redirigir el programa formativo individualmente en los casos que lo precise, reorganizar rotaciones buscando un orden lógico. Y quizá el mejor nexo de unión sean las Unidades Docentes que, sin perder de vista su objetivo final, son los residentes, deben dar un mayor espacio en su actividad al colectivo de tutores.

A las Unidades Docentes debe exigírseles una implicación y participación directa en el correcto desarrollo y funcionamiento de los distintos colectivos que participan en la formación. Impulsar actividades externas al programa puede ser uno de los objetivos y, quizá, como ya se ha señalado antes, una especial dedicación al colectivo de tutores y a la dirección de proyectos de investigación puede convertirse en una función muy válida para proteger el programa e incentivar, a través de publicaciones, el estímulo de tutor y residente.

Por último, señalar el interés que podría tener la negociación de unos incentivos en el currículum, carrera profesional o baremos de contrataciones para lograr que la tutorización tuviera un peso en puntuación, y saber de antemano la rentabilidad de cara a la mejora profesional que cada uno de los participantes en la formación del residente de MFyC pudiera obtener: tutor principal, tutor de apoyo, colaborador docente.

## 5.2. Acreditación. Reacreditación

Si se quiere mantener la calidad en el aprendizaje es imprescindible establecer unos criterios unánimes y equitativos para la acreditación y reacreditación de tutores que no sean modificados en función de las necesidades de la demanda, sino, y aun a costa de reducir el número de residentes, que se establezcan unos requisitos más o menos exigentes y factibles que garanticen la mejor formación para nuestros médicos.

Si se ha readaptado el programa de la especialidad, y dado que, como se expone a continuación, los métodos de evaluación tienden a renovarse, probablemente una revisión de los métodos de acreditación de tutores implicaría una mayor capacitación de los aspirantes.

Hay una parte técnica en las acreditaciones que no dependen en exclusiva del profesional. ¿Cómo se valora en su justa medida que un médico es un buen médico de familia? La masificación de las consultas no siempre, y sobre todo en medios urbanos, puede garantizar los ratios asistenciales recomendados, por muy buena gestión asistencial de consulta que se haya logrado. La publicación de artículos, participación en proyectos de investigación debe ser valorada, pero quizá más por su calidad que no por su cantidad.

## 6. Evaluación

Quizá una de las partes más importantes del programa formativo hace referencia a la evaluación.

Si bien queda claro que la Unidad Docente de cada área será la encargada de planificar un plan global evaluativo, no debe perderse de vista que son los tutores, en última instancia, quienes asumen la mayor responsabilidad de la evaluación final del programa de formación de cada residente.

No estaría de más que, por tanto, una vez definidos los criterios de evaluación, se establezcan los medios para lograr un consenso en la aplicación de dichos criterios, que garanticen la máxima equidad interárea a la hora de alcanzar el título de MFyC, y evitar las diferencias de objetividad en función del lugar donde se realice la residencia.

En este sentido es muy importante concienciar adecuadamente a todos los estamentos que participan en la formación de un residente, en especial a aquellos que, sin ser tutores o ni siquiera tener la intención de participar en la docencia, han de supervisar y, por tanto, evaluar rotaciones. Y dar las instrucciones necesarias para que los sistemas de evaluación sean lo más objetivos posibles, porque la evaluación no sólo obtiene los resultados de los residentes, sino que secundariamente está analizando la validez de todo el programa formativo.

Debe quedar claro que no se trata de eludir la responsabilidad del tutor principal, el de apoyo y probablemente también el tutor hospitalario, que finalmente son los encargados de elaborar el informe de evaluación final, cada año y previa obtención del título.

Por ello, debería pensarse la importancia de que, periódicamente, los tutores que desempeñan un papel más presente en la formación de cada residente, reciban cumplida información de los resultados parciales de las hojas evaluativas, que se van cumplimentando en el paso por las distintas rotaciones, lo cual facilitaría, en el caso de malos resultados, rectificaciones en el planteamiento formativo.

Aunque siguiendo las recomendaciones del nuevo programa de la especialidad, hay que tener en cuenta que la mayor presencia del residente en Atención Primaria facilita enormemente que se lleven a cabo entrevistas con ellos, que recojan información de las estancias progresivas, de los avances en el aprendizaje, del interés por las especialidades o de las incidencias más comunes. Hasta ahora, se hacía muy difícil realizar un contacto periódico con el residente durante sus dos primeros años de formación, porque era improbable que acudiese a su centro de salud hasta su tercer año.

En este momento es adecuado hacer una parada en el papel que el tutor, como responsable de la calidad de la formación recibida, también sea facultado para emitir algún tipo de informe a la unidad docente, que comunique las deficiencias que detecten los residentes en las distintas rotaciones, en el ánimo de establecer una crítica constructiva que sirva para que se introduzcan los medios de mejora posibles, para elevar la calidad a los límites que se merece, la formación de médicos. Bien seguro que, previamente, el residente también debe poder informar de esos déficits detectados y emitir su propio informe, que será avalado, por los datos objetivos, que en las sucesivas entrevistas que se proponen se recojan de ellas.

La integración de nuevos modelos evaluativos, que se han incorporado con fuerza en los últimos años, debe tenerse en cuenta si se quiere que el programa formativo cumpla unos estándares de calidad a los que aspira. Aunque debe evaluarse previamente la factibilidad y la aceptación que estos métodos van a tener o su dificultad de implantación. Lo cierto es que en distintos países europeos, americanos y asiáticos muchas especia-



lidades incorporan estos métodos. Y en España ya existen algunas experiencias con algunos colectivos.

No es extraño que, poco a poco, tengamos que adaptarnos a dicho método y, por tanto, hay que adelantarse al desconocimiento que una nueva mecánica pueda generar entre los protagonistas de la formación: residentes y tutores.

La mejor manera es incorporar al programa de cursos y talleres la divulgación de métodos, como la ECOE, por ejemplo; método que ha empezado a aplicarse y que todavía puede formar parte de una manera natural de la metodología de examen para acceder a determinados puestos de responsabilidad o, simplemente, para cambiar de grado en la carrera profesional, tan debatida en los últimos años.

No se nos puede olvidar que, hasta ahora, sólo se ha hecho referencia a la evaluación del residente, pero los propios tutores no pueden eludir la responsabilidad de ser evaluados, porque también son susceptibles de presentar déficit de formación que impidan un correcto desarrollo de la formación de residentes.

Se pide para la acreditación que los médicos de familia que quieren ser tutores sean buenos médicos, buenos comunicadores, que, quizá, sean conceptos difíciles de medir por su subjetividad. Por ello, es importante que los residentes evalúen esos términos sobre sus tutores y que esos informes sean capaces de modificar actitudes.

Si además se ha solicitado un plan estratégico de formación para los tutores, no estará demás que seamos capaces de someternos a modelos evaluativos tradicionales, y, por qué no, también a los nuevos métodos evaluativos comentados previamente.

Por otro lado, es importante que la unidad docente, y sobre todo su método de evaluación, sea sometida a rigurosos controles, no sólo en forma de auditorías, como se propone, sino también observando las opiniones que de dicho funcionamiento aporten tutores y residentes, siempre, y como antes se ha propuesto, en el ánimo de corregir los errores que impidan un derecho de igualdad entre las garantes de la formación médica nacional.

## 7. Bibliografía

Los anexos y apéndices que de cada módulo formativo recogen las fuentes bibliográficas son sumamente interesantes y facilitan, en sumo grado, las consultas de los implicados en este programa.

No obstante, desde el punto de vista operativo, quedan serias dudas de que tanto centros de salud, por su escaso presupuesto, como hospitales, porque probablemente la adquisición de fondos de medicina familiar no sea prioritaria, sean capaces de lograr fondos bibliográficos extensos.

Además del listado orientativo, hay que buscar las fórmulas para recomendar a estos centros la adquisición, si no de todos, de algunos que parecen más imprescindibles. Debería articularse el mecanismo para acercar y facilitar al residente la consulta de esos fondos, la inscripción a las revistas científicas que se entiendan como un imprescindible apoyo a su correcta formación. ¿Por qué no se puede facilitar, desde el primer momento, estas inscripciones?

Puede implicarse a la administración (Ministerio de Sanidad, de Educación, Servicios de Salud autonómicos, Gerencias), para que se aprovisionen de estas sugerencias bibliográficas, pero para ello es imprescindible organizar algunas partidas presupuestarias que lo garanticen.

Grandes de estos problemas estructurales se pueden solventar con la instauración de las nuevas tecnologías, de las que se disfruta ya en prácticamente todos los centros asistenciales, en mayor o menor medida. Pero, a pesar de la aparente accesibilidad a internet, no es difícil encontrarse con que los residentes no pueden acceder porque no se les facilitan claves de acceso.

Deben garantizarse que, al inicio de la residencia, a cada uno de ellos se les facilite, no sólo un anexo de bibliografía y páginas de interés, sino también una guía de utilización, donde deben dirigirse para poder acceder a la red y claves de acceso para ello, incluyendo una dirección de correo electrónico donde reciban puntual información desde la unidad docente, la comisión nacional de la especialidad, su gerencia de Atención Primaria o sus socie-

dades científicas, y reciban, también, actualización de los sitios de interés para su especialidad y la actualización de la bibliografía.

Cuál es el problema de facilitar claves de acceso. No creo que en estos momentos de evolución tecnológica haya ningún problema para establecer una cierta temporalidad a cada acceso, con una fecha de caducidad coincidente con la finalización de la residencia, o bien el uso de una clave, más o menos universal, válida para el acceso a la red.

Existen muchas formas de solucionar todos estos pequeños problemas, pero importa que se tenga voluntad para hacerlo, poniendo el mayor interés en mejorar la calidad formativa que ofrece el programa.

## 8. Resumen

A grandes rasgos, la expectativa que ha creado la instauración del programa formativo interesa a todos los implicados: residentes, tutores, administración, otros médicos de Atención Primaria.

Aunque su puesta en marcha será el mejor sistema de evaluación para ver sus posibles deficiencias, a priori, la extensión en su duración y la distribución más equitativa de ese tiempo, entre la formación en Atención Especializada y en Atención Primaria, parece mucho más adecuada que hasta ahora.

Vivimos en momentos de intentos de reforma profesional tendentes a un mismo objetivo, mejorar la asistencia al paciente y dotar a la profesión médica de los instrumentos adecuados para su reconocimiento en su justa medida.

Algún otro dato destacado, entre las novedades del programa, hace que la perspectiva formativa sea positiva. Se ha tenido en cuenta un apartado para los tutores, a los cuales hasta ahora, a pesar de su papel clave como responsables directos de la docencia, no se les tenía en cuenta. Ahora sólo es necesario activar los mecanismos apropiados para que el reconocimiento a su labor alcance el nivel que se merece.



EL NUEVO PROGRAMA  
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

## El residente opina

**Dr. Alberto Pérez Pedrosa**

*MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR  
Y COMUNITARIA. ÁREA VIII DE ASTURIAS*

Desde el punto de vista del médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria en formación, la llegada de un nuevo programa de la especialidad supone la confirmación de una sospecha creciente a medida que transcurre el período formativo del médico de familia actual, consistente en la necesidad de ampliar y actualizar el modelo de formación vigente. Si bien, en casi todas las especialidades, el período de residencia transcurre a ojos del residente a ritmo vertiginoso, debido a las características inherentes a la Medicina de Familia actual, que en los últimos años ha visto incrementadas sus competencias, y, por tanto, las necesidades formativas de los profesionales que la ejercen, el médico de familia asistía a su período como MIR en ocasiones como un proceso de fagocitación de conocimientos compulsivo, cambiante y no siempre con posibilidades de asimilación; esto debido, como es fácil suponer, a los escasos «tiempos de rotación» asignados a cada especialidad, siendo, por otra parte, inevitable la inclusión de un abanico amplio de materias clínico-prácticas, dada la vocación generalista de la Medicina de Familia y la exigencia de abarcar unos mínimos conocimientos y habilidades en cada parcela de la práctica médica, así como de enfocar los problemas de salud de manera global y actuando como primer escalón en la atención sanitaria.

Si bien, en el primer año, las rotaciones se centran en las especialidades englobadas en la Medicina Interna, teniendo todas ellas una vocación claramente clínica y puntos de convergencia entre las diferentes subespecialidades, es, quizás, en el segundo año de residencia, cuando la sensación de «fugacidad» en el paso por las especialidades médico-quirúrgicas, salud mental, pediatría, etc., se acentúa, llegando incluso a desmotivar al residente, que, en ocasiones, percibe el desinterés que despierta en sus formadores, en buena parte debido al escaso vínculo que se crea en períodos formativos que en ocasiones merecerían el calificativo de ridículos —en la práctica, hay rotaciones que se quedan en 15 días—; desinterés en parte comprensible, pues, en la mayoría de los casos, ni siquiera se llega a consumir un acercamiento real residente-formador que permita la transmisión efectiva de habilidades y conocimientos; habitualmente cuando esto se empieza a producir, se termina la rotación, incorporándose otro residente al mismo lugar, e iniciándose nuevamente otro contacto, que por fuerza acaba siendo cada vez más distante y con menos expectativas de aprovechamiento por ambas partes.

Por otra parte, el escaso margen temporal en cada rotación dificulta la realización de actividades complementarias a la actividad meramente asistencial o clínica; la necesidad de aprovechar las rotaciones al máximo se ve enfrentada a la apatencia por realizar otras actividades formativas que resultan atractivas para el residente y, en ocasiones, para el tutor; talleres prácticos, seminarios, sesiones clínicas, charlas, etc., pueden estar al alcance del residente, y de hecho lo están, pero en el marco de unas rotaciones con un tiempo tan restringido pueden convertirse en motivo de entorpecimiento de las mismas, teniendo que elegir entre actividades simultáneas, siempre unas en detrimento de las otras, llegando a ser origen de conflicto con el clínico responsable de la formación del residente e incluso suponiendo una corrección a la baja de sus calificaciones; lo cual es contradictorio, pues lleva a premiar en ocasiones al residente «pasivo», que se limita a «estar», y penalizándose al «dinámico», que pretende abarcar el mayor número de recursos que surgen a su alcance.

Con respecto al nuevo plan de formación de la especialidad, que entra en vigor en la promoción 2005, estas consideraciones previas se refieren al cambio más obvio y llamativo que encontramos ante el nuevo programa, sin ni siquiera entrar a valorar su contenido, cuestión sobre la que se ahondará más adelante. Encontramos, pues, una prolongación de un año en el nuevo programa que se había convertido en una necesidad imperiosa y que en gran medida paliará algunos de los defectos de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. De hecho, en algunos países la formación se prolonga hasta cinco años, siendo, desde mi punto de vista, una duración ideal para el desarrollo de habilidades, adquisición de un *pool* de conocimientos adecuado y una formación con posibilidades de introducción en el terreno de la investigación, hasta hace años terreno vedado para el médico de familia, considerado como una subespecie dentro de la Medicina, que sólo excepcionalmente se tenía en cuenta en la toma de decisiones, y, por descontado, en el ámbito de las discusiones científicas. Así, pues, el aspecto que a primera vista llama la atención es la ampliación temporal del nuevo programa. Sin embargo, no necesariamente la ampliación cuantitativa del tiempo implica una mejora cualitativa significativa en la distribución del mismo, aunque intuitivamente, como ya se ha comentado, el simple hecho de la ampliación ya palía una serie de problemas que eran evidentes en el programa todavía vigente.

En este aspecto, el nuevo programa me genera ciertas dudas. La inclusión de una rotación inicial de entre 3 y 6 meses de duración —6 preferiblemente— en el Centro de Salud, supone, en principio, un acercamiento al medio natural del futuro médico de familia, así como el contacto con el tutor principal, siendo éste un momento adecuado para la planificación del programa formativo. Además, la duración de esta rotación inicial favorecerá la toma de conciencia por parte del residente novel de las habilidades que ha de aprender en futuras rotaciones, para su aplicación y desarrollo posterior, en las últimas etapas de la residencia. Sin embargo, el programa no aclara de manera explícita el rol ni las atribuciones específicas durante su estancia inicial en el Centro de Salud, lo cual puede suponer un factor de desconcierto inicial, sobre todo en las primeras promociones, que, además, podrían estar solapadas con residentes del antiguo plan de formación.

Siguiendo por orden el cronograma propuesto por el programa, la formación continuará en el campo de la Medicina Interna y especialidades, con una duración de unos 5 a 8 meses, prolongándose en el segundo año unos 2 ó 3 meses más; al menos, así se deduce, puesto que se reservan 8 meses para prolongar el aprendizaje en Medicina Interna y especialidades médico-quirúrgicas, y probablemente se dedique a estas últimas un mínimo de 6 meses, al menos teniendo en cuenta el plan de formación actual. Esta distribución, a mi juicio, resulta escasa, sobre todo en lo referente a las especialidades médico-quirúrgicas, pues, pese al aumento del tiempo de residencia, la estancia en el hospital podría conservar los problemas del actual programa, ya comentados inicialmente respecto a la brevedad de las rotaciones.

A mi entender, una ampliación en el tiempo de formación debería implicar no sólo un aumento de la estancia en el Centro de Salud, sino también en el medio hospitalario, de cara a una mejora en el nivel teórico y de habilidades clínicas específicas, transmitidas por expertos en las diferentes disciplinas médicas, siempre pensando en la vocación generalista de la Medicina de Familia. No obstante, este aspecto es subsanado, en parte, con la posibilidad de efectuar rotaciones electivas, que el residente podría utilizar, bien para realizar rotaciones en nuevos servicios o para afianzar conocimientos o habilidades en rotaciones ya ejecutadas previamente; el

momento de realizar estos ajustes, a mi entender, es idóneo, siendo al finalizar el tercer año, momento previo a la incorporación al Centro de Salud, cuando el residente ya tiene un conocimiento global de las habilidades aprendidas, necesidades añadidas, carencias, etc., que le permiten hacer un ajuste final (siempre de acuerdo con el tutor principal) previo a su «maduración» definitiva en el último año.

La inclusión de apartados específicos destinados a la Atención al Niño, Atención a la Mujer y Salud Mental, así como la ampliación de los respectivos períodos de rotación asignados a tales campos, supone, un acierto, a mi entender, por tratarse de aspectos de vital importancia para la práctica clínica del médico de familia.

También, en relación con el cronograma, me parece interesante comentar brevemente los porcentajes de número de horas de guardia a realizar en cada especialidad; en general, la distribución me parece adecuada y, sobre todo, coherente en relación con la distribución de las rotaciones. El aumento progresivo de las horas en el Centro de Salud, así como la división por especialidades Médico-Quirúrgicas y Pediatría en el segundo año, es a mi juicio adecuada y supone una guía que no da lugar a variabilidad o a desigualdades derivadas en función del nivel del centro hospitalario. Me refiero a la desigualdad que, de facto, se produce actualmente en hospitales donde los residentes de Medicina de Familia realizan «guardias de puerta» durante toda la residencia, con el consiguiente empobrecimiento de aprendizaje que de ello se deriva. Si la aplicación del cronograma se lleva a cabo tal cual, obligaría a las unidades docentes a replantear las condiciones de determinados servicios de urgencias y su oferta docente, que necesariamente requeriría una organización desglosada por especialidades y una adaptación de los servicios para dar cabida a la actuación supervisada del médico de familia residente en las guardias.

Por otra parte, resulta muy positivo el permanente vínculo, lógicamente decreciente, con el hospital, siendo coherente con un aspecto que se comentará más adelante, que es la vocación del programa de dotar al médico de familia de pluripotencialidad (el hospital es el entorno donde muchos médicos de familia realizarán su carrera profesional y debe ser un punto de referencia básico, añadido al principal, que es el Centro de Salud).

Un aspecto innovador del programa es la inclusión de una estancia de 3 meses en un Centro de Salud de ámbito rural; parece pertinente, sin duda, puesto que la medicina rural es clásicamente terreno del médico de familia, y se requieren habilidades y conocimientos específicos para el ejercicio profesional en este tipo de áreas poblacionales. En caso de no disponer de centros de estas características en el área asignada, se recomienda asociarse a otras áreas con acreditación específica para este cometido. Sin embargo, no se aclara la situación contraria; es decir, el caso de residentes cuya formación en el Centro de Salud se desarrolle habitualmente en medio rural. En este caso no tendría sentido una rotación específica; quizás, la solución sea centrarse en este período en actividades características del medio rural, aunque lo interesante pudiera ser rotar en un Centro de Salud ubicada en medio urbano. Otra alternativa es la realización de rotaciones electivas o de «ajuste», ya comentadas previamente.

Para terminar con los aspectos directamente ligados al cronograma, quisiera hacer una crítica a un hecho, que, a mi criterio, supone una contradicción con la filosofía que el programa propugna para la Medicina de Familia; este hecho radica en la «intermitencia» de estancias en el Centro de Salud, resultando un período continuo máximo de un año en el mismo centro (similar al plan actual), que va en contra de la concepción de una atención longitudinal del paciente. Es decir, si se amplía la estancia en el Centro de Salud, quizás lo ideal sería que se diera de manera continua, favoreciendo las condiciones con las que se enfrentará el futuro especialista de Medicina Familiar y Comunitaria en lo que se refiere al seguimiento y conocimiento global y longitudinal del paciente; si bien es cierto que un año puede ser suficiente para apreciar los matices en relación con esta peculiaridad, la ampliación temporal debiera suponer un perfeccionamiento de esta faceta de la especialidad, además de ser una herramienta útil para el tutor de cara a evaluar el nivel de habilidades adquiridos y el afianzamiento de las relaciones médico-paciente, elemento básico y casi exclusivo de la Medicina de Familia.

Dejando a un lado los aspectos meramente organizativos y/o de distribución temporal, el nuevo programa destaca en sus contenidos por la concreción y la exhaustiva descripción de la metodología y las prioridades competenciales en cada área de conocimiento. En este sentido me parece

especialmente acertado el establecimiento de «niveles de responsabilidad» y «niveles de prioridad», y su asignación a objetivos concretos. La idoneidad de cada uno de los niveles asignados por materias es, en algunos aspectos, desigual y seguramente generará discusiones y ajustes en el momento de la aplicación del programa; quizás, no procede aquí una valoración individual a priori de los mismos, pero a mi parecer supone una herramienta de gran utilidad a todos los niveles implicados en la docencia; a nivel del residente, de cara a su orientación inicial y al autoseguimiento en cada rotación; a nivel de los tutores (tanto el principal como los auxiliares), a la hora de diseñar las actividades docentes, realizar un seguimiento objetivo y calificar al residente.

Una de las principales aportaciones del nuevo programa está, sin duda, en su enfoque claramente vinculado al perfil profesional del médico de familia; además de insistir en la ya tradicional concepción, por parte de la Medicina de Familia, del paciente como un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales, vinculados a un contexto familiar y social, se estructura todo el programa en torno a una serie de competencias perfectamente definidas, que van desde los aspectos «comunicativos» hasta la faceta formadora e investigadora del médico de familia. Destaca la referencia a la indefinición de los problemas de salud en el momento del contacto con el médico de Atención Primaria, que obliga a una especial capacidad para el razonamiento clínico, de cara a una orientación diagnóstica adecuada, y al uso racional y efectivo de pruebas complementarias y de derivación a otros niveles de la atención sanitaria. En relación con esta característica de la Atención Primaria, el programa pretende dotar al médico en formación de una serie de recursos encaminados a la adquisición de habilidades en comunicación, razonamiento clínico, etc., siendo, quizás, el área de conocimientos más novedosa con respecto al plan actual, donde los aspectos relacionados con el razonamiento clínico y con la entrevista clínica tenían un espacio restringido o casi anecdótico, y en todo caso de carácter meramente teórico. El nuevo programa establece una serie de ambiciosos objetivos, con explícitas referencias a los posibles métodos y recursos a emplear para su consecución. Especialmente útiles resultarán, en esta parcela, las técnicas de «aprendizaje de campo» (basadas en la observación directa de las intervenciones del tutor y viceversa, así como la utilización de videgrabaciones y posterior análisis de las actuaciones) y el trabajo grupal con técnicas de

*role playing*. Lógicamente esto debería implicar un compromiso firme de las Unidades Docentes a la hora de ofertar grupos y talleres de trabajo grupal, así como de los medios técnicos necesarios para su realización. Respecto a esta área de conocimientos, el programa recomienda un tiempo de 30 horas a lo largo de los 4 años, lo que, a mi modo de entender, resulta muy limitado, teniendo en cuenta la escasa formación previa en aspectos comunicativos —la realidad es que apenas se abordan estos temas en las Facultades de Medicina— y la complejidad de asimilar técnicas de abordaje y comunicación; aunque es justo decir que, dada la vocación de flexibilidad del programa, habrá lugar para realizar ajustes (individuales y de las unidades docentes, según proceda), hay que recordar que el programa establece como nivel de responsabilidad primario todas las actividades en relación con la comunicación.

Otro aspecto destacable es el apartado destinado a la atención al individuo. Resulta interesante la decidida vocación del programa de encuadrar definitivamente el rol del médico de familia en el sistema sanitario y su relación con el paciente.

Así, aparece de forma explícita un compromiso con las personas en un sentido que, a día de hoy, se ha convertido, de manera creciente, en una necesidad: fomentar la autonomía de las personas y el autocuidado como objetivo de salud esencial; es decir, se le otorga al médico de familia la misión de la prevención y de la educación para la salud; si bien clásicamente esta atribución ha sido asumida naturalmente por la Medicina de Familia, en este nuevo programa aparece reflejado como necesidad prioritaria en la formación del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Además, este aspecto resulta pertinente por la creciente medicalización de diversos problemas que, en los últimos años, han aumentado la demanda de atención sanitaria. Independientemente de los factores sociales que, sin duda, determinan esta tendencia, parece coherente promover, desde la Atención Primaria y, por tanto, desde los programas formativos de los futuros profesionales de la misma, estrategias de cara a la prevención de problemas de salud que necesariamente pasan por el autocuidado y la autonomía de las personas.

El médico de familia es, sin duda, el profesional adecuado para realizar esta labor educativa, pues tiene una visión global de las personas al cono-

cer su entorno y realizar un seguimiento longitudinal del paciente; es decir, a lo largo de la vida.

Por otra parte, en lo referente a las personas, se destacan valores que son comunes a toda la práctica médica, como son: el derecho a la intimidad, la confidencialidad y el principio de no-maleficencia y beneficencia.

Cabe destacar, por otra parte, la aportación del programa en cuanto a la introducción de elementos docentes relacionados con la gestión de la atención, gestión de la calidad y la gestión clínica; sin duda, es un aspecto deficitario en la formación actual del médico de familia, por lo que la explícita referencia en el programa, tanto en lo que se refiere a contenidos como a métodos de aprendizaje, resultará un estímulo para la toma de iniciativas al respecto por parte de las Unidades Docentes.

En lo que se refiere a los contenidos meramente clínicos —«abordaje de problemas de salud»—, como ya he comentado previamente, se establece una relación de prioridades y de niveles de responsabilidad que, en mi opinión, es discutible; sin embargo, supondría un análisis pormenorizado —centrado en cada materia— que no es el objeto de este artículo. En todo caso, la lectura de contenidos acerca de los problemas de salud evidencia, por ejemplo, una decidida toma de responsabilidades en todo lo que se refiere a problemas cardiovasculares y prevención de los mismos, y viene a confirmar la convicción acerca del protagonismo del médico de familia en lo que se refiere a esta área de salud. Por poner un ejemplo de contenidos que resultan «discutibles», en el área de patología digestiva se define como prioridad II la realización de ecografía hepato-biliar, lo cual considero positivo, pero difícilmente realizable en un tiempo de rotación limitado, y en el que se precisaría de un entrenamiento específico para la adquisición de conocimientos en ecografía, que limitaría el resto de los objetivos. Seguramente esta estratificación por niveles de prioridad y responsabilidad generará debates entre los propios residentes, tutores hospitalarios y unidades docentes, dada la diferente percepción de prioridades de cada grupo y a título individual; de todas formas, la interpretación que creo se debe dar es la de que el programa es una guía orientativa donde se detallan una serie de temas y actividades relacionados; independientemente de la catalogación de cada parcela de contenido y su nivel de importancia, deberá ser tenida

en cuenta como base fundamental para el desarrollo formativo de los futuros residentes.

Por otra parte, la inclusión de actividades encaminadas al abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo, supone una decidida apuesta por la vocación preventiva y social de la Medicina de Familia. Además de los tradicionales espacios destinados a la mujer, la salud infantil y la salud mental, se incluyen apartados reservados a aspectos puramente preventivos, y con un enfoque desligado de «lo patológico», dirigido a la promoción de la salud. Sin embargo, la principal aportación —por novedosa— en este apartado es la descripción de objetivos encaminados a la atención del trabajador, atención al anciano, el paciente terminal (incluyendo aspectos relacionados como el duelo, los problemas asociados a la figura del cuidador/a, etc.), el paciente inmovilizado, el paciente discapacitado, el paciente en situación de marginalidad y la violencia familiar. Si bien el médico de familia constituye tradicionalmente la principal figura asistencial de estos colectivos, la formación en determinados aspectos de índole social, así como de los problemas específicos de estos colectivos, constituye a día de hoy una carencia que, de hecho, se compensa con el esfuerzo y la intuición, pero, quizás, sin definir una actuación fundada en conocimientos con una base sólida. En este sentido, el programa puede suponer una orientación al futuro médico de familia.

Este apartado del programa supone, sin embargo, una tímida expresión de lo que inicialmente se plantea como una vocación del programa; me refiero a la expresa intención de dotar al futuro médico de familia de una pluripotencialidad, que de hecho ya ejerce a mi entender, pero que el nuevo programa aspira a consolidar como una de las facetas del profesional de la Medicina de Familia. Quizás por ser unos objetivos de relativa novedad —al menos en lo que se refiere a su protocolización en los aspectos formativos, pues en la práctica se vienen realizando de forma natural—, vienen expresados, a mi entender, de manera un tanto genérica, y parece más el inicio de una andadura (en un terreno donde las competencias asistenciales pueden resultar ambiguas, por converger lo social, lo psicológico y lo meramente físico, de manera que implica a varios profesionales sin una delimitación clara de funciones) que una verdadera asunción de competencias. Lógicamente este aspecto no necesariamente ha de interpretarse

de modo negativo o como un déficit, puesto que la Medicina de Familia, por su vocación generalista, ha de abordar ciertos temas de manera tangencial, y no siempre en una posición de protagonismo en lo que se refiere a la actividad asistencial.

Este comentario va dirigido, pues, a lo que considero que es una falta de concreción y definición por parte de este nuevo programa en lo que se refiere a la pluripotencialidad, pues, siendo ésta una vocación explícita del mismo, los apartados específicos de áreas de conocimiento destinados a tal efecto parecen ser abordados con cierta superficialidad, entendiéndola como una enumeración de objetivos genérica y con una atribución de niveles de responsabilidad y prioridad a mi juicio poco ambiciosa —en contrapartida con otros contenidos relacionados clásicamente con la Atención Primaria, que aparecen definidos en términos exhaustivos y con un alto nivel de exigencia—.

Sin embargo, como ya he comentado previamente, lo que se refiere a la distribución de los niveles de responsabilidad y prioridad, creo debería considerarse de un modo relativo, y siempre teniendo en cuenta el programa como una guía orientativa a seguir, pero desde una actitud de flexibilidad. En este sentido, el programa también se pronuncia en su introducción, dejando clara la necesidad de ajustar a título individual, así como a nivel de las unidades docentes, los espacios destinados a cada materia y la dosificación de esfuerzos destinados a cada uno de ellos. Probablemente esta decidida invitación a la flexibilidad sea tan acertada como las innovaciones de contenido que aporta el programa —las cuales no son poco llamativas, como se ha comentado hasta ahora— y constituye un elemento regulador de los desajustes que necesariamente se darán en el momento de la aplicación del programa.

Quisiera referirme, en relación con lo anterior, a una impresión o interrogante que me sugiere el programa tras una lectura detenida, consistente en la aplicabilidad real del mismo. Lógicamente, es una cuestión a resolver con el paso del tiempo, pero su mención no tiene sólo una vocación retórica, sino que pretendo ahondar en un hecho que, a mi juicio, resulta fundamental: ¿es factible a día de hoy llevar a la práctica este plan de actuación?; ¿se están dando movimientos anticipatorios por parte de las unidades docentes? La respuesta no puede ser genérica, pues la visión de un residente es limitada y seguramente escéptica por definición, pero hasta donde

conozco no hay una preparación adecuada ni una previsión ante los múltiples cambios cuantitativos y cualitativos que implica el nuevo programa. Para empezar, parece existir un desconocimiento generalizado de los contenidos y cambios que aporta; la mayoría de implicados en el proceso docente-residentes, tutores, etc., se refieren al programa en términos de ambigüedad y resaltando lo más obvio del mismo —lo referente a la ampliación temporal—, sin escucharse comentarios acerca de su contenido, lo cual hace considerar un desconocimiento del mismo, dada la innovación que supone y el necesario posicionamiento ideológico que comporta el descubrimiento del mismo. Por otra parte, surge otra duda cuya respuesta puede ser determinante en la consecución de objetivos del programa: ¿las obligaciones docentes de los profesionales implicados en el programa son realistas con respecto a la preparación de los mismos? De ningún modo mi intención es poner en tela de juicio la valía profesional de los docentes; el esfuerzo de un gran número de profesionales con formación heterogénea y con unos puntos de partida en cuanto a formación que se podrían calificar de deficientes, es encomiable y es el principal valor del sistema de formación, pudiendo considerarse, a mi juicio, como protagonistas de una trayectoria espectacular en lo que se refiere al crecimiento y dignificación de la Medicina de Familia. Sin embargo, ante el salto cualitativo que supone el nuevo programa, creo necesario un planteamiento exigente en lo que se refiere a la cualificación de los protagonistas de dirigir una formación que aspira a ser de calidad y con unos objetivos ambiciosos desde el punto de vista científico.

Se echa de menos un «programa» paralelo destinado a tal efecto, pues si bien se hace referencia a las características que ha de poseer el «buen tutor», no se especifican los medios de los que dispondrá para su propia formación. Este hecho supone el principal defecto de un programa que en líneas generales intenta abarcar todos los ángulos de enfoque posibles, consiguiéndolo en muchos aspectos que se han comentado. En descargo de este defecto podría alegarse la existencia de programas de formación continuada a disposición de los profesionales que subsanarían este aspecto; creo, sin embargo, que la formación del médico docente ha de ser específicamente enfocada a tales efectos y ajustada a modo complementario con un programa que principalmente parece enfocado al residente. Sería, por tanto, deseable una corrección previa, o cuando menos progresiva de esta deficiencia.

Para terminar con el análisis, quisiera referirme a una de las principales virtudes, que, a mi criterio, supondrán el verdadero salto cualitativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria; me refiero a la firme decisión de formar profesionales con aptitudes para la investigación; probablemente la Medicina Familiar estaba en cierta manera vista como una especialidad menor —incluso como una no-especialidad— por carecer de una «clase científica» influyente y con difusión a nivel del profesional medio, siendo la faceta investigadora una actividad marginal, que en algunos casos era percibida como carente de valor por las demás disciplinas médicas, y, lo que es peor, considerada por los propios profesionales de la Medicina de Familia como algo ajeno.

En los últimos años, el crecimiento en este sentido ha sido exponencial, y en gran medida se han superado ciertos complejos al respecto. Esta vocación científica del programa viene, pues, a ser la consecuencia lógica de la evolución de la especialidad en los últimos años. De manera que el nuevo programa supondrá, más que la introducción de la investigación, el acercamiento de la misma al profesional «medio»; es decir, dejará de ser una actividad excepcional, reservada a unos pocos y pasará a formar parte de lo cotidiano. Es, por tanto, una normalización de la Medicina de Familia como especialidad, quedando en igualdad de condiciones en este sentido con el resto de especialidades.

A modo de conclusión, la llegada del nuevo programa representa una señal inequívoca de la vitalidad de la Medicina de Familia en nuestro país, de la ambición de las sociedades científicas y las autoridades competentes implicadas en su elaboración y de la toma de conciencia por parte del colectivo de profesionales de la necesidad de una maduración definitiva de la especialidad. Tanto a nivel de objetivos como de contenidos, la mayor parte de ellos realistas y expresados de manera explícita, se percibe una idea clara de lo que debe constituir la «personalidad» de la Medicina de Familia, así como el definitivo abandono de complejos trasnochados.

Con una mirada siempre autocrítica y sin triunfalismos, pues, sin duda, habrá obstáculos que limitarán la completa instauración del programa, la implantación del mismo en la siguiente promoción de médicos residentes será el primer paso hacia la dignificación de una especialidad que impe-

riosamente ha de tener un peso específico mucho mayor en la toma de decisiones en lo que se refiere a los planes de salud en nuestro país. En este sentido, cabe remarcar la necesidad de autoexigencia de todos los implicados en el ámbito de la docencia, siendo necesario un espíritu ambicioso de cara a la consecución del mayor número de objetivos, que en el programa se plantean, tanto a nivel interno como en otros estamentos (administración sanitaria, facultades de Medicina, etc.).

Es la hora, pues, de pasar a la acción; el tiempo y la experiencia marcarán el momento de considerar este nuevo programa obsoleto y de abordar nuevas reformas. Será la señal inequívoca de la salubridad de la Medicina de Familia.



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: Manejo terapéutico de: — Temblor esencial e inducido por fármacos.	Primario.
Prioridad II: Manejo terapéutico de: — Parkinson.	Secundario.
Prioridad III: Saber hacer: — Punción lumbar.	Terciario.

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



EL NUEVO PROGRAMA  
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

## SEMERGEN opina

**Dr. José Antonio Noya Mejuto**

*MÉDICO DE FAMILIA. VOCAL NACIONAL PARA RESIDENTES  
Y UNIDADES DOCENTES DE SEMERGEN*

En enero de este año hemos tenido el placer de conocer, a partir de su difusión por el Ministerio de Sanidad, y en espera de su aparición en el *BOE*, el nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Es un hecho de importante significación para la Medicina de Familia en este país. Desde que en el año 1974 SEMERGEN, entonces SEMER, pidió la implantación de un sistema tipo MIR para la formación postgrado de los médicos llamados a ejercer en lo que hoy conocemos como Atención Primaria, ha llovido mucho y muchas cosas han pasado. Desde Alma Ata y en España con La Ley General de Sanidad del año 1986, la Atención Primaria y la Medicina de Familia con ella han disfrutado de un amplio reconocimiento cuando menos teórico. Es cierto que desde el año 1978 en nuestro país existe el reconocimiento de la especialidad de Medicina Familiar Comunitaria y que ya son 25 años formando vía MIR médicos de familia. En estos 25 años el programa ha sufrido dos cambios y dos revisiones previas. Pero este nuevo programa presenta una significativa novedad: la ampliación del período formativo. No hay que confundir cantidad con calidad, es cierto, pero la aprobación de la ampliación del tiempo de formación para los médicos de familia, amén de una necesidad, es la significación práctica de una apuesta por la Atención Primaria. Las palabras bonitas, pero tantas veces faltas de contenido, han dejado paso a hechos, a un importante esfuerzo por mejorar la calidad de la que, ciertamente, es la puerta, la garantía de cohesión y universalidad de la sanidad pública y la herramienta más eficiente del sistema sanitario.

Por este reconocimiento implícito a la Atención Primaria es por lo que SEMERGEN empieza felicitándose por la aprobación de este quinto programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Bien es cierto que, como se señala en capítulos anteriores, la Medicina de Familia es la especialidad que más necesidad de competencias reúne, y es por ello por lo que no debemos dejar de aspirar a un programa de cinco años, tal y como la UEMO recomienda.

Hemos señalado el esfuerzo que supondrá la implantación de este programa. Una mayor necesidad de recursos económicos, pero especialmente humanos y formativos. Caben dudas de la capacidad del sistema para

absorber a todos los residentes en las condiciones que el programa marca. Se precisará un gran esfuerzo inicial para la implantación del programa. Debemos ser conscientes de la necesidad de implicar en la formación a agentes sin experiencia en la misma. Esto puede dar lugar a pérdida de homogeneización en la formación, lo que nos lleva a otro de los puntos del programa que más nos agrada: la atención al tutor. Sin extenderse todo lo que podría, el programa hace referencia a los puntos básicos e irrenunciables que deben caracterizar el ejercicio como tutor de residentes. El tutor precisa formación y reconocimiento a su labor. Nuestro coordinador del grupo de tutores lo señala claramente capítulos atrás y abunda más en la cuestión señalando lo importante que habría sido un programa formativo de tutores que homogeneizará al máximo la capacidad formativa de los mismos. Al tutor, a priori, cabría exigirle motivación, voluntad y capacidad para la formación de buenos médicos de familia (en base fundamentalmente a la organización de su consulta y sus actuaciones clínicas) y dotarle desde el sistema de las competencias formativas precisas. Desde SEMERGEN existe el compromiso de suministrar las mismas a aquellos que por su motivación así lo soliciten, creyendo que la herramienta fundamental del buen tutor son las «gananas de ser docente».

Existen más puntos para la satisfacción dentro del programa. Uno de ellos es el peso de la rotación inicial por el centro de salud. El hospitalcentrismo alcanza las máximas cuotas en muchos de nuestros compañeros del segundo nivel de atención. Hasta ahora, y tras una breve rotación de un mes (interrumpida por varios cursos básicos para el ejercicio de la Medicina), el residente quedaba en manos de estos docentes. Este casi inexistente contacto inicial no permitía el necesario contacto entre tutor y residente, con lo cual la relación quedaba habitualmente suspendida hasta la reentrada como R3. En los dos primeros años, el residente guiado con buena fe, pero absoluto desconocimiento de las necesidades que la Atención Primaria le planteaba, había dejado de formarse en patología venosa crónica o en exploración mamaria para asistir a varias esofagectomías. Durante los seis meses iniciales, podrían ser sólo tres, pero creemos conveniente alargar este período inicial al máximo posible, el residente podrá establecer un vínculo de confianza suficiente con su tutor como para reclamarlo como guía durante todo el período formativo. Podrá, además, conocer de primera mano sus carencias y necesidades para un buen ejercicio de la Medicina de Familia.

Para garantizar este último punto, el programa incorpora una serie de novedades y especialmente la definición del perfil profesional del médico de familia y, como consecuencia del mismo, puede fijar una serie de conocimientos, habilidades, competencias y estructurarlas además en niveles de responsabilidad y prioridad para la correcta formación profesional del futuro médico de familia. Mas allá de pequeñas disquisiciones sobre el nivel de prioridad o de responsabilidad de cada una de ellas (por ej. un servidor permutaría las prioridades de la entrevista con el paciente agresivo por el conocimiento de los distintos modelos de entrevista, pero ya digo que son disquisiciones muy puntuales y menos trascendentes) se ha constituido una buena guía formativa para el residente y el tutor. No sólo eso, se ha orientado en la forma más apropiada para adquirir las distintas competencias, lo que será de agradecer por unidades docentes y tutores que tantas veces pueden diferir en dicho punto. Todo esto sin dejar de señalar que será la relación residente-tutor el auténtico eje de la formación dentro de la flexibilidad exigible para una formación lo más completa posible.

Dentro de esta flexibilidad se contempla por primera vez, y SEMERGEN no puede dejar de congratularse por ello, la rotación por un centro rural. Es deseo de esta Sociedad el llevar con todas sus letras la Medicina de Familia a todos los rincones del país. Eso pasa por ejecutar acciones en dos ámbitos fundamentalmente: los ya casi extintos ambulatorios centrales y a los, muchas veces, aislados consultorios rurales. Es de esperar que no sea ésta una rotación minimizada por rotaciones externas. El residente tiene mucho que aprender en el medio rural donde los patrones no sólo de enfermedad sino, y especialmente, de relación médico-paciente son tan distintos. Pero es que, además de eso, el residente aportará mucho al centro rural: motivación docente, actualizaciones clínicas, intercambio de opiniones, ambiente de equipo... Y es muy posible que encuentre allí el lugar ideal de ejercicio profesional, el medio donde, sin lugar a dudas, la parte técnica de la Medicina mejor se conjuga con la parte humanística.

Se aborda también el tema de la pluripotencialidad del médico de familia. Este es un hecho ya consumado. La mayoría de las veces es la precariedad laboral la que ha llevado al médico de familia a ejercer en ámbitos muy diferentes a la Atención Primaria. A esta necesidad se une el importante número de competencias adquiridas durante el período de formación.

Ahora la adquisición de estas competencias no sólo se contempla como algo posible, sino que se motiva al residente para la adquisición de las mismas. Hasta el año 2019, según nos informa la CESM, no empezará a notarse una carencia de profesionales, y hasta entonces es legítimo que el médico bien formado opte por la situación laboral que más le dignifique a él y a su profesión. Esperamos, eso sí, que la Administración sepa reaccionar ante esta fuga de profesionales cualificados a otros ámbitos o países. Nos dolería que dentro del siguiente programa de la especialidad se recomendase el aprendizaje del inglés, sueco o portugués en aras a la pluripointualidad.

Esta mala situación laboral y la precariedad de infinidad de contratos en el Sistema Público (el ámbito privado mejor lo obviamos) es identificado por muchos como una auténtica falta de escrúpulos de las administraciones contratantes. Por ello, muchos no dejan de ver la incorporación de un año más de formación como la manera de dotarse de mano de obra más barata. Nos tranquiliza la opinión vertida en el capítulo anterior por nuestros compañeros. Creemos que son algo más que vanas palabras y confiamos en que el periodo formativo no se confunda con contratos de ocasión para profesionales altamente cualificados. El residente debe terminar su período formativo siendo un residente. Esto no significa que no pueda asumir responsabilidades. El nuevo programa es explícito en este sentido: la formación del residente no será completa sino asume total responsabilidad al final del período de formación. Ahora bien, eso no significa cubrir vacaciones o permisos. Ese es un tiempo para la formación del tutor, para aumentar competencias y para mantener las adquiridas.

El nuevo programa de la especialidad arroja, pues, muchas luces y apenas sombras. Son motivo de esperanza el que:

1. La Atención Primaria continúa postulándose, a través ahora de la Medicina de Familia, como el garante de la eficiencia y equidad del Sistema Sanitario. Lo hace con el compromiso de adquirir competencias suficientes para, a bajo coste, con celeridad y con calidad, resolver u orientar hacia el cauce adecuado los problemas de salud de la población. Los objetivos y niveles de prioridad marcados en el Programa constituyen una referencia inequívoca de la capa-

cidad que para ello tiene. Se define claramente una serie de competencias comunes a otras especialidades o, mejor dicho, a campos definidos del estudio de la Medicina, pero que son competencias propias del médico de familia. Está claro que la bronquitis aguda forma parte de la patología respiratoria, pero la competencia, y la responsabilidad en la atención médica, siempre se ha situado en el campo de la Medicina General. Sin embargo, existen multitud de funciones como el manejo de DIUs, el manejo de la diabetes, la ecografía, etc., que sí se discuten. El programa, en este sentido, aporta hasta dónde puede y debe llegar el médico de familia en sus competencias. Dependerá del interés de la Administración el que progrese hasta niveles de prioridad 3. Sólo les recordamos que tenemos demostrada, sobradamente, nuestra eficiencia siempre que se nos ha confiado una nueva competencia si para ellos se nos dota de medios y de un entorno que lo posibilite.

2. Se define el perfil profesional del médico de familia. Algo tan aparente y a veces obvio necesitaba de un documento de referencia. El nuevo programa nos dota de dicho documento. Será, sin duda, una importante herramienta a la hora de definir el lugar a ocupar por la Atención Primaria. Nos alegramos de que el perfil se aproxime a lo más generalista posible, tal y como se apunta en el apartado anterior.
3. La Administración ha hecho una primera apuesta firme al aprobar dicho programa. Debe ser consciente que la apuesta ha de mantenerse después, intentando evitar la fuga de estos profesionales a otros ámbitos donde, en aras al mantenimiento de una mayor dignidad personal, el médico de familia sacrifique capacidad profesional. La pluripotencialidad del médico de familia es un hecho, pero no debe servir de excusa.
4. Se reconoce plenamente la identidad de la Medicina Rural y se contribuye a la plena implantación de la Medicina de Familia (incluidas docencia e investigación) en el medio rural.
5. Se definen claramente las funciones y, especialmente, las necesidades de Unidades Docentes y tutores. Es necesaria la potenciación de ambas figuras y el desarrollo independiente del ejercicio de ambas respecto a las necesidades de servicio mal entendidas: si no se forma e incentiva al tutor se castiga a la mitad del bino-

mio residente-tutor, eje de la formación de los futuros médicos de familia.

6. La apertura de una importante posibilidad: la Medicina de Familia como eje, tronco común de la formación de las distintas especialidades. Esto llevará a la Medicina de Familia a su auténtico lugar, como eje vertebrador del sistema sanitario, ya desde el primer momento, el de la formación.
7. Mejora técnica de la formación: se potencia el binomio tutor-residente, componente fundamental del aprendizaje del residente: contacto precoz e intenso, tutorización continuada, más tiempo en el centro de salud. Se demuestra que es el residente quien aprende, que aprende, además, el cómo se hace y se le da tiempo y forma para ello.

En resumen, la impresión no sólo es grata, sino ilusionante. Los próximos años los sistemas de evaluación nos dirán si estamos en el buen camino, en el camino de conseguir una Medicina de Familia competente y capaz de asumir las muchas responsabilidades que tiene.

En una época en la que a nadie se le escapan las amenazas que se ciernen sobre la Atención Primaria, mi más sincero agradecimiento, como coordinador, a los autores de esta obra. Sus visiones, a priori tan distintas, concluyen lo mismo: tenemos un buen, mejor programa de la especialidad, un programa que, sin duda, será una buena arma para la defensa de una Atención Primaria de calidad y piedra fundamental del sistema sanitario.