



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;*
  - *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 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.