



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.