



ORIGINAL

Competencias para Medicina Preventiva y Salud Pública: propuestas tras un proceso comparativo y participativo[☆]



Raquel González-Rubio^{a,b,*}, Pello Latasa Zamalloa^{a,c},
 Adrian Hugo Aginagalde Llorente^{a,d}, Paula Peremiquel-Trillas^{a,e},
 Rafael Ruiz-Montero^{a,f}, Pedro Gullón^{a,g}, Marta García Díez^{a,h}, Laura Reques Sastre^{a,b}
 y Grupo de Competencias de ARES-MPSP¹

^a Asociación de Médicos Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública (ARES MPySP), España

^b Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^c Subdirección General de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, Madrid, España

^d Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España

^e Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^f UGC Interniveles de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^g Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

^h Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínic, Barcelona, España

ⁱ Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

^j Subdirección General de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, Madrid

^k Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya

^l Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

^m UGC Interniveles de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

ⁿ Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid

^o Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínic, Barcelona

^p Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

^q ISGlobal, Centre de Recerca en Salut Internacional de Barcelona (CRESIB), Hospital Clínic-Universitat de Barcelona, Barcelona

^r Grupo de investigación en Servicios Sanitarios, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

^s Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

[☆] Parte de este trabajo fue presentado en la XXXV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología y XII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia celebrada el 6 de septiembre de 2017 en Barcelona, en formato póster, con el título «Competencias de la especialidad medicina preventiva y salud pública: una nueva visión». También en el XIX Congreso Nacional y VIII Internacional de la SEMSPH celebrado en Valencia el 16 de mayo de 2017 fue presentado en la ponencia titulada «Pasado, presente y futuro de la formación MIR».

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: raquel.grubio@gmail.com, buzonares@gmail.com (R. González-Rubio).

¹ Los miembros del Grupo de Competencias de ARES-MPSP se presentan en el Anexo 1.

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.09.004>

1575-1813/© 2019 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

^t Servicio Territorial de Sanidad de León, León

^u Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid; Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

^v Todos los citados son asimismo miembros de la Asociación de Médicos Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública (ARES MPySP)

Recibido el 10 de abril de 2019; aceptado el 1 de septiembre de 2019

Disponible en Internet el 29 de noviembre de 2019

PALABRAS CLAVE

Medicina preventiva;
Salud pública;
Educación médica;
Éxito académico;
Educación de
posgrado;
Capacitación;
Competencia
profesional;
Participación en las
decisiones

Resumen:

Introducción: El desarrollo normativo de la Ley 44/2003, a través del Real Decreto 639/2014, inició el proceso de reorganización de la Formación Sanitaria Especializada (FSE). El objetivo de este trabajo es elaborar una propuesta de competencias específicas para la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública mediante un análisis comparado y proceso participativo.

Métodos: Cuatro fases: 1) análisis y extracción de competencias de documentación de organismos oficiales; 2) consulta dirigida a personas clave; 3) consulta abierta a residentes y personas implicadas en la FSE, y 4) difusión a la Comisión Nacional de la Especialidad y público general.

Resultados: 1) Se extrajeron 543 competencias y 67 categorías de 7 fuentes primarias (Austria, Canadá, ECDC, Estados Unidos, Francia, Reino Unido y OPS). Se produjeron 126 competencias en 12 categorías. 2) Participaron 10 personas clave, 64 competencias fueron modificadas, 10 eliminadas y 9 nuevas. 3) Hubo 32 respuestas: 132 competencias en 12 categorías. Propuesta final: 145 competencias en 21 categorías, organizadas en 3 bloques: competencias genéricas, técnicas y específicas.

Conclusión: La propuesta final es producto de la participación de residentes y personas implicadas en la FSE, partiendo del actual marco y del análisis del desarrollo de la especialidad en el contexto internacional. Se han incorporado conceptos presentes en países de nuestro entorno y cercanos a la práctica.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Preventive medicine;
Public health;
Education;
Medical;
Academic;
Success;
Education, graduate;
Training;
Professional skills;
Management;
Quality circles

Skills for Preventive Medicine and Public Health: Proposal after a comparative and participative approach

Abstract

Introduction: The Royal Decree 639/2014 ('Core Curriculum' Decree) has amongst its objectives to modify Specialist Training in Medicine Disciplines. The aim of this project is to elaborate a proposal of specific skills for the specialty of Preventive Medicine and Public Health using a comparative and participative approach.

Methods: 1) Comparative analysis of documents published by official institutions; 2) consultation with key informants; 3) open consultation with residents and trainers, and 4) presentation to the National Commission of the Specialty and the general public.

Results: 1) 126 competencies were found in 12 categories. 2) 10 key informants, 64 skills modified, 10 removed, and 9 added; 3) 32 responses the first draft contained 132 skills in 12 categories. The final proposal included 145 skills in 21 categories, classified into 3 areas: generic, technical, and specific skills.

Conclusion: The final proposal is the product of participation of residents and individuals involved in specialised training, starting from the current framework and international context analysis. Concepts present in countries in this field and close to our professional activity have been included.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En España la Formación Sanitaria Especializada (FSE) en Medicina Preventiva y Salud Pública (MPySP) se regula a través del programa formativo, el cual define los cinco campos de acción y las competencias básicas a adquirir articuladas según las 3 funciones y 11 subfunciones que integran el perfil profesional del especialista¹.

El desarrollo del artículo 19 de la Ley 44/2003 se materializó en el Real Decreto 639/2014 («de Troncalidad», RDT) reorganizando la FSE e incorporando criterios de troncalidad². Esto supuso el inicio de la renovación de los programas formativos, con la introducción de competencias genéricas y troncales, y acotando el periodo formativo para la adquisición de las específicas a dos años, lo que supuso una importante reestructuración en MPySP³. El RDT fue anulado en 2016 por el Tribunal Supremo⁴, pero las Comisiones Nacionales de la Especialidad (CNE) continuaron elaborando sus programas específicos bajo dicha estructura⁵ hasta diciembre de 2018, cuando se comunicó que se trabajaría bajo un esquema de competencias transversales y específicas⁶.

En la CNE participan solo dos residentes y la comunicación con el colectivo de residentes no está articulada. La Asociación de Residentes de MPySP (ARES-MPySP) consideraba que los residentes y demás colectivos implicados deben ser parte del cambio en el modelo formativo.

El objetivo de este trabajo es elaborar una propuesta de competencias específicas para la especialidad de MPySP enmarcada en el contexto internacional y con el mayor consenso posible entre los principales agentes implicados.

Métodos

El proceso de elaboración de la propuesta se realizó en cuatro fases y fue liderado por un grupo motor de 13 residentes y especialistas recién egresados. Se utilizó la definición de *competencia profesional*: «conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que un profesional de la salud pública desarrolle adecuadamente las funciones y actividades que le son propias»⁷.

Fase 1. Análisis y comparación de fuentes primarias (marzo-abril 2016)

Para la revisión se realizó una búsqueda dirigida y se seleccionaron 8 documentos de organismos internacionales de referencia en salud pública (OMS-Europa⁸, OPS⁹ y ECDC¹⁰) y países de nuestro entorno que presentaran un listado de competencias para la formación en salud pública (Austria¹¹, Canadá¹², Estados Unidos¹³, Francia¹⁴ y Reino Unido¹⁵). Además se tuvo en cuenta literatura científica sobre competencias en salud pública, en su mayoría publicada en España, para orientar la selección y revisión^{7,16-21}.

La revisión consistió en: a) extracción de competencias y categorías en las que se agrupaban; b) agrupación de las categorías y competencias según las funciones del perfil profesional vigente en España¹ y las 10 funciones esenciales de salud pública (FESP) de la OMS, y c) generación de nuevas categorías para agrupar competencias que suponían nuevos

conceptos. Para valorar el grado de similitud entre el marco actual y el de otros países se realizó un análisis comparativo de las categorías agrupadoras de competencias presentes en las fuentes primarias y las subfunciones presentes en la Orden SCO/1980/2005.

Fase 2. Consulta dirigida a personas clave (junio y julio 2016)

Se establecieron cuatro perfiles: tutoría de residentes, tutoría de rotación, responsabilidad en organismos de formación y sociedades científicas. Para cada perfil se contactaron por correo electrónico 5 personas, considerando diversidad geográfica, ámbito de la especialidad y género. Se solicitó que valoraran la pertinencia de las competencias con escala Likert (1: no pertinente a 5: muy pertinente) que aportaran modificaciones o nuevas. Se calculó la mediana y el rango de puntuación para cada competencia, eliminado aquellas con mediana ≤ 2 .

Fase 3. Consulta abierta a residentes y personas implicadas en la FSE (octubre-noviembre 2016)

Se difundieron por e-mail y redes sociales el borrador de competencias y un formulario para valorar el proceso general y cada competencia. Se invitó a 21 unidades docentes y a 10 sociedades científicas a difundir la consulta entre sus miembros. Se realizó un análisis de contenido de las respuestas recibidas y se modificó el borrador para reflejar todos los comentarios. Se contó con la asesoría de una persona experta en la elaboración de competencias. Se redactaron según el nivel de autonomía con que se pueden ejercer (nivel 1: conocer; 2: haber participado; 3: haber diseñado/realizado). Se distribuyeron en tres bloques según su consideración como competencias genéricas, técnicas o específicas de cada ámbito de la especialidad. Se contó con la asesoría de una persona experta en la redacción de competencias.

Fase 4. Presentación de la propuesta a la CNE y difusión general

Los representantes de residentes en la CNE presentaron la propuesta a esta. Se difundió en congresos de sociedades científicas de MPySP.

Resultados

Fase 1

Se extrajeron 543 competencias (Austria: 12, Canadá: 61, ECDC: 80, Estados Unidos: 94, Francia: 152, OPS: 56; Reino Unido: 88) en 67 categorías, de las que 49 correspondían a las tres funciones presentes en la Orden SCO/1980/2005, y se generaron 8 agrupaciones para las 18 categorías restantes (Anexo 2). Se incluyeron nuevos conceptos, como comunicación, diversidad o trabajo en equipo. Tras la homogeneización se incluyeron 126 competencias en 12 categorías, con dos categorías nuevas no presentes en las fuentes primarias (fig. 1). Las competencias estaban

1ª FASE: EXTRACCIÓN	1. Valorar las necesidades de salud de la población	221	1. Valoración de las necesidades de salud de la población	12	1. Análisis del estado de salud	5
	2. Desarrollar las políticas de salud	148	2. Control de las enfermedades y las situaciones de emergencia	11	2. Determinantes de salud	5
	3. Garantizar la prestación de servicios sanitarios	98	3. Políticas e intervenciones en salud	21	3. Vigilancia de las enfermedades	8
	4. Liderazgo y trabajo en equipo	21	4. Prestación de servicios sanitarios	7	4. Prevención y control de enfermedades transmisibles	7
	5. Desarrollo ético y profesional	24	5. Prevención y control de riesgos de atención sanitaria y comportamientos individuales	20	5. Control de riesgos, alertas y emergencias sanitarias	6
	6. Integración y aplicación de competencias	12	6. Liderazgo y trabajo en equipo	10	6. Prevención y control de riesgos sanitarios	12
	7. Diversidad e inclusión	3	7. Desarrollo de un estándar ético y profesional	9	7. Sistemas de salud	7
	8. Comunicación	14	8. Determinantes sociales de la salud y gestión de la diversidad	4	8. Salud en todas las políticas	5
	9. SIS, TIC y eHealth	34	9. Comunicación	5	9. Promoción de la salud	8
	10. Ciencias afines	33	10. Nuevas tecnologías (SIS, TIC y eHealth)	11	10. Salud global e internacional	7
	11. Centrales	34	11. Salud Global e Internacional	7	11. Ciencias relacionadas con la salud pública	7
			12. Ciencias relacionadas	9	12. Investigación	7
					13. Estadística y método epidemiológico	9
					14. Evaluación de programas y tecnología sanitaria	4
					15. Gestión de programas de salud	5
					16. Calidad de procesos en los servicios de salud	6
					17. Gestión sanitaria	4
					18. Trabajo en equipo	8
					19. Ética profesional	7
					20. Comunicación	9
					21. Tecnologías TIC	9
		543		126		145

Figura 1 Evolución de las categorías y número de competencias entre fase 1 y fase 4.

agrupadas de diferentes maneras en las fuentes primarias (tipos de categorías): Reino Unido «key area», OMS y OPS «FESP», Canadá «category», Francia «domaines», Austria «main areas», ECDC «area, domain», y Estados Unidos, indefinido. En el análisis comparativo de categorías, el 50% de las categorías de Canadá y ECDC fueron novedosas con respecto a la Orden SCO/1980/2005, el 37% de las de Francia, el 30% de Reino Unido, el 20% de Estados Unidos, el 10% de la OMS, el 9% de la OPS y el 0% de Austria.

Fase 2

Participaron 10 personas clave (tasa de respuesta 50%; [tabla 1](#)). Ninguna competencia tuvo una mediana ≤ 2 . Se modificaron 64 competencias, se eliminaron 10 y se añadieron 9, permaneciendo 12 categorías. Se incluyeron

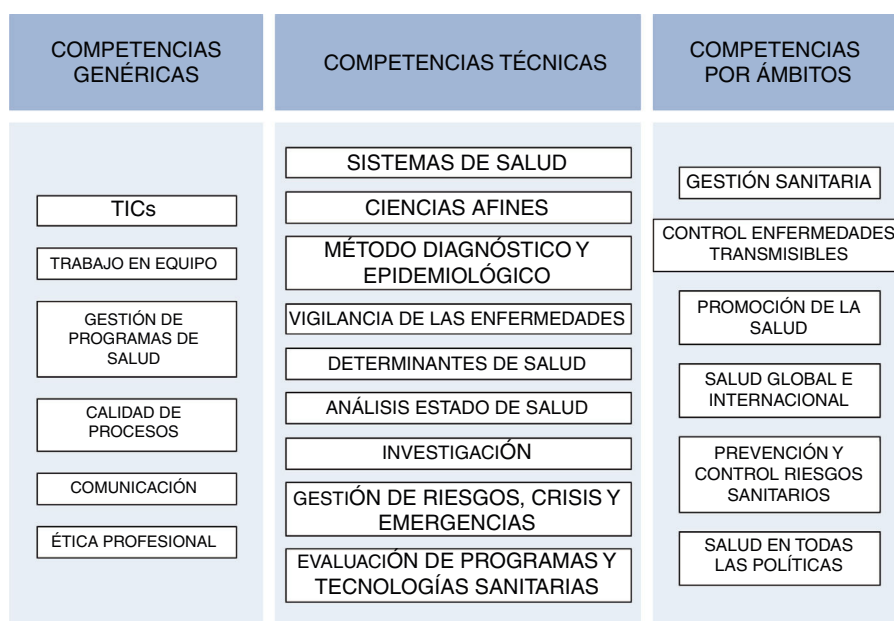
conceptos relacionados con vacunación, derechos humanos, enfermedades crónicas o economía de la salud.

Fase 3

Se recibieron 32 respuestas: 7 MIR, 15 especialistas y 10 personas con otra formación. Las categorías surgidas en el análisis correspondieron a comentarios específicos, como nueva competencia, adicción a competencia, modificación de redacción (verbos/sustantivos), aclaración, y a comentarios generales: felicitación, priorización, redistribución, otros (tiempo de máster, de rotaciones). Se redistribuyeron las competencias y categorías, separando conceptos diferentes para facilitar su evaluación, dejando un documento final con 145 competencias repartidas en 21 categorías ([fig. 1](#); se puede consultar todo el documento en el [Anexo 3](#)). Se elaboró un mapa con las 21 categorías en tres bloques

Tabla 1 Tasas de respuesta según las características del agente clave

Características	Contactados	Respuestas	Tasa de respuesta
<i>Perfil</i>			
Tutorización de residentes	5	3	60%
Tutorización de rotación	5	4	80%
Organismo de formación	5	1	20%
Sociedades científicas	5	2	40%
<i>Género</i>			
Femenino	10	4	40%
Masculino	10	6	60%
<i>Ámbito</i>			
Calidad	2	2	100%
Medicina preventiva	4	3	75%
Epidemiología, prevención y protección	9	4	44%
Sanidad exterior, salud internacional	4	1	25%
Investigación	1	0	0%
<i>Comunidad autónoma/Estatal</i>			
Andalucía	2	1	50%
Canarias	1	0	0%
Castilla y León	1	1	100%
Cataluña	2	2	100%
Galicia	1	1	100%
Madrid	3	3	100%
Murcia	1	0	0%
Estatal	6	1	17%
Navarra	1	0	0%
País Vasco	1	0	0%
Valencia	1	1	100%
<i>Total</i>	20	10	50%

**Figura 2** Distribución de las categorías en tres bloques, según recojan competencias genéricas, técnicas o por ámbitos.

según su consideración como genéricas, técnicas o específicas de cada ámbito (fig. 2).

Fase 4

El borrador fue discutido en Asamblea ARES-MPySP 2016. Se envió a la CNE; se consideró de utilidad en la incorporación de nuevas competencias y constituyó un respaldo a las propuestas de los representantes. Fue presentado en dos congresos^{22,23}.

Discusión

El análisis comparado y las metodologías participativas pueden facilitar, nutrir y completar la elaboración de los programas formativos. Han permitido la introducción de novedades presentes en programas de nuestro entorno o que se estaban discutiendo en foros informales, como derechos humanos, salud global, nuevas tecnologías o riesgos sanitarios, y han identificado elementos que quizá no tenían peso suficiente, como ética profesional o trabajo en equipo.

Este trabajo ha permitido una nueva estructuración de las competencias. Por un lado, se ha comparado la estructura del actual perfil profesional (competencias agrupadas en funciones y subfunciones) con las diferentes formas de agrupar las competencias; por otro lado, el proceso de consulta ha impulsado una mayor cercanía a la rutina de la FSE, rotaciones y nuevos ámbitos profesionales (p.ej., la salud global). Se pueden destacar dos consecuencias: a) una limitación en la definición de categoría: en ocasiones se han tenido que equiparar diferentes formas de entender la agrupación de competencias (actividades/funciones/áreas/indefinido), y b) se ha modificado la forma de clasificar las competencias, partiendo del presente basado en las FESP de la OMS-OPS a uno más cercano a países como Canadá. La agrupación presentada en la figura 2 pretende reflejar esta clasificación en competencias transversales, técnicas y por ámbitos. Aunque se alejen de la distribución por FESP, dado que la mayoría de las categorías responden a una o varias funciones, su adquisición y su valoración pueden ser más sencillas, estableciendo relación con los dispositivos de formación. Además, se acerca a la estructura de competencias transversales y específicas propuesta por el Ministerio⁶ tras la anulación del RDT por el Tribunal Supremo⁴. Otra novedad incorporada es la redacción de las competencias según el nivel de autonomía con el que se pueden ejercer, facilitando su evaluación.

La reforma de la FSE en MPySP ha puesto de manifiesto tensiones y puntos débiles de la especialidad. La revisión del programa debe atender estos aspectos, como heterogeneidad en la calidad de los dispositivos de rotación²⁴⁻²⁶, falta de formación en competencias transversales o necesidad de formación complementaria²⁷. Además, se ha generado un importante debate sobre las dificultades de la formación en MPySP para adaptarse a las competencias profesionales en el contexto actual^{7,28} y se ha planteado cuál sería su ubicación idónea en la reforma^{29,30}. Este trabajo surge en medio de un clima de cambio y apoya un debate reflexivo y sosegado, buscando la implicación de los residentes para superar el desajuste entre las necesidades formativas percibidas y el programa vigente. El proceso no ha pretendido

reemplazar los actuales mecanismos sino enriquecerlos, intentando superar las limitaciones de la administración en el desarrollo de mecanismos participativos. Frente al modelo actual de revisión del programa de la especialidad, la realización de consultas abiertas puede aportar una mayor legitimidad a su proceso de construcción y recoger los discursos con mayor consenso.

Como limitaciones principales señalamos la baja tasa de respuesta en las consultas, la imposibilidad de conocer cuántas personas fueron contactadas en la consulta abierta, y la participación voluntaria y el posible sesgo diferencial en las no respuestas de los agentes clave. No obstante, la mayoría de perfiles se encontraron representados a pesar de no participar explícitamente como grupo interesado, como el perfil de profesorado de máster de salud pública.

En conclusión, este trabajo ha permitido desarrollar de forma participativa una propuesta de competencias para la especialidad de MPySP partiendo del actual marco y del análisis de la especialidad en el contexto internacional. Se han incorporado conceptos presentes en países de nuestro entorno y cercanos a la práctica por ámbitos de la FSE.

Financiación

Sin financiación.

Autoría

Todas las autoras y autores concibieron el estudio y participaron en el diseño general. RG, PL, AHA, PP, PG, LR, JAA diseñaron y participaron en la recogida y análisis de datos de la fase 1 (revisión de documentos elaborados por entidades oficiales). CI, RG, PL, CV, PP, AHA diseñaron y participaron en la recogida y análisis de datos de la fase 2 (consulta dirigida a personas clave). RG, PL, PP, RR, PG, JAA, PEP y EO diseñaron y participaron en la recogida de datos de la fase 3 (consulta abierta a residentes y personas implicadas en la FSE), PEP diseñó y coordinó el plan de comunicación, y todas las autoras y autores participaron en la difusión. RG, PL, AHA y PP formaron parte del comité redactor que analizó las respuestas de la consulta abierta, homogeneizó expresiones y agrupó las competencias en categorías. AHA y PP presentaron el borrador final a la Comisión Nacional de la Especialidad. MG ha coordinado la redacción del manuscrito; RG, PL, AHA, PP, RR y MG han participado en la redacción del manuscrito. Todas las autoras y autores han revisado el manuscrito y realizado importantes contribuciones intelectuales en su redacción. Todas las autoras y autores han aprobado la versión final del manuscrito para su publicación.

Conflicto de intereses

Los autores y autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este trabajo se ha podido llevar a cabo gracias a la participación e implicación de los residentes de MPySP y agentes clave, a los que agradecemos su apoyo, así como

a las personas que han participado en la consulta abierta. También queremos agradecer a las unidades docentes, sociedades científicas (AEV, AMASAP, SAMPSP, SECA, SEE, SEFSE-AREDA, SEMPSPH, SEMTSI, SESPAS y SOCINORTE), Preventista y Redacción Médica su colaboración en la difusión de la consulta abierta. Así mismo, queremos dar las gracias a Federico Arribas y a José Luis Aboal por sus contribuciones a este trabajo.

Anexo 1. Miembros del Grupo de Competencias de ARES-MPSP

Raquel González-Rubio, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Pello Latasa Zamalloa, Subdirección General de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, Madrid.

Adrian Hugo Aginagalde Llorente, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya.

Paula Peremiquel-Trillas, Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Rafael Ruiz-Montero, UGC Interniveles de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Pedro Gullón, Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid.

Marta García Díez, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínic, Barcelona.

Laura Reques Sastre, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Percy Efrain Pantoja Bustillos, ISGlobal, Centre de Recerca en Salut Internacional de Barcelona (CRESIB), Hospital Clínic-Universitat de Barcelona, Barcelona

César Velasco Muñoz, Grupo de investigación en Servicios Sanitarios, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Carlos Iniesta Mármol, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

José Antonio Aguilera Mellado, Servicio Territorial de Sanidad de León, León

Elena Ojeda-Ruiz, Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid; Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Todos los citados son asimismo miembros de la Asociación de Médicos Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública (ARES MPySP).

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.edumed.2019.09.004](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.09.004).

Bibliografía

- Orden SCO/1980/2005, de 6 de Jun, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. BOE, 27 de junio de 2005, núm. 152, pp. 22751-22759.
- Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. BOE, 6 de agosto de 2014, núm. 190, pp. 63130-63167.
- Latasa P, Gil-Borrelli CC, Aguilera JA, Reques L, Barreales S, Ojeda E, et al. Impacto del Real Decreto de la Troncalidad en la formación en medicina preventiva y salud pública y en otras especialidades del tronco común médico. *Gac Sanit.* 2016;30:296-9.
- Sentencia de 12 de diciembre de 2016, de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, que anula el Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. BOE, 31 marzo 2017.
- Puglisi JA. La anulación del RD de troncalidad no paraliza los programas específicos. *Redacción Médica.* 22 diciembre 2016; Formación. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/la-anulacion-del-rd-de-troncalidad-no-paraliza-a-los-programas-especificos-7102>.
- Sierra R, Monsó N. Sanidad prepara un plan de acción para atención primaria. Madrid: *Diario Médico.* 4 dic 2018. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/politica/sanidad-prepara-un-plan-de-accion-para-atencion-primaria.html>.
- Benavides FG, Moya C, Segura A, de la Puente ML, Porta M, Amela C, et al. Las competencias profesionales en salud pública. *Gac Sanit.* 2006;20:239-43.
- Bjegovic-Mikanovic V, Czabanowska K, Flahault A, Otok R, Shortell S, Wisbaum W. Addressing Needs in the Public Health Workforce in Europe. Copenhagen: Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud; 2014.
- Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington: OPS; 2002.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Core Competencies for EU Public Health Epidemiologists in Communicable Disease surveillance and response. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Group for the Improvement of Specialised Medical Training in Preventive Medicine and Public Health. Final Report about Training Systems in Preventive Medicine and Public Health. EUGISMET-PREV; 2014.
- Public Health Agency of Canada. Core Competencies for Public Health in Canada. Ottawa: Public Health Agency; 2007.
- Lane DS, Ross V, Chen J, O'Neill C. Core competencies for preventive medicine residents. *Am J Prev Med.* 1999;16:367-72.
- Conseil National Des Universités. Diplôme d'Etudes Spécialisées en Santé Publique et Médecine Sociale. Référentiel de Formation; 2013.
- Faculty of Public Health. Public Health Specialty Training Curriculum. London: Faculty of Public Health; 2015.
- Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2016.
- Servicio Madrileño de Salud. Prevención y Control de la Infección Nosocomial. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2007.
- Colégio de Saúde Pública. Competências Essenciais ao Exercício do Médico Especialista em Saúde Pública. Direção do Colégio da Especialidade de Saúde Pública; 2013.

19. Peik SM, Mohan KM, Baba T, Donadel M, Labruto A, Loh LC. Comparison of public health and preventive medicine physician specialty training in six countries: Identifying challenges and opportunities. *Med Teach*. 2016;38:1146–51.
20. Davó-Blanes MC, Vives-Casesa C, Barrio-Fernández JL, Porta M, Benavides FG, Gil de Miguel A, Grupo de la 2.ª Reunión del Foro de Profesorado Universitario de Salud Pública en el Grado de Medicina. Competencias y contenidos comunes de salud pública del Grado en Medicina en las universidades españolas. *Gac Sanit*. 2016;30:97–103.
21. Rodríguez D, Berenguera A, Pujol-Ribera E, Capella J, de Peray JL, Roma J. Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. *Gac Sanit*. 2013;27:388–97.
22. González-Rubio R, Gullón P, Latasa P, Aginagalde AH, Peremiquel-Trillas P, Iniasta C, et al., Competencias de ARES-MPSP. Competencias de la especialidad medicina preventiva y salud pública: una nueva visión. En: XXXV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología y XII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, Barcelona, 2017. *Gac Sanit*. 2017;31(Espec Congr):40.
23. Aginagalde AH. Pasado, presente y futuro de la formación MIR. Valencia: XIX Congreso Nacional y VIII Internacional de la SEMPSPH; 2017.
24. Aginagalde Llorente AH, Fontán Vela M, Fernández-Pacheco BE, González Echavarri BC, Goni de Francisco A, Herranz-Hernandez R, et al. Indicadores de calidad de la docencia en las rotaciones de medicina preventiva y salud pública. En: XXXVI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología y XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, 11-14 septiembre 2018, Lisboa. *Gac Sanit*. 2018;32(Espec Congr):87.
25. Ruiz-Montero R, García-Diez M, Quesada-Cubo V, et al. Análisis de las diferencias de los módulos de atención continuada y su impacto en el salario entre residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública. III Congreso Nacional SEFSE-AREDA y XV Encuentro Nacional de Tutores y Jefes de Estudios de Formación Sanitaria Especializada. 3 octubre 2018, A Coruña.
26. Fontán Vela M, Fernández-Pacheco BE, González Echavarri BC, Aginagalde Llorente AH. Evaluación de los dispositivos de Epidemiología en la formación en Medicina Preventiva y Salud Pública. En: XXXVI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología y XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia. 11-14 septiembre 2018, Lisboa. *Gac Sanit*. 2018;32(Espec Congr):86.
27. Latasa P, Reques L, Gil-Borrelli CC. Actitudes y valoraciones de los médicos residentes sobre la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. *Inv Ed Med*. 2016;5:182–90.
28. McKee M. Seven goals for public health training in the 21st century. *Eur J Public Health*. 2013;23:186–7.
29. SEE, SESPAS, SEMPSPH. Ante la reforma de los programas de formación de los médicos internos y residentes. Propuesta de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). 2010. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/declaracion%20conjunta%20sespas%20see%20smpsp.pdf>.
30. Blasco Blasco M, Atenza Fernández J. Ampliando la profesionalización de la salud pública: la formación especializada multiprofesional. *Gac Sanit*. 2015;29:81–3.