

Foro de debate 1. La formación integral del médico de Atención Primaria

Moderador: José Antonio Martínez Pérez

La formación en Medicina de Familia

José Antonio Martínez Pérez

Doctor en Medicina. Miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia. Centro de Salud Guadalajara Sur. Guadalajara.

Hasta hace pocos años, el médico de familia, pieza clave del sistema sanitario y responsable de la solución de la mayoría de los problemas de salud de la población, no recibía ningún tipo de formación específica.

Fruto de la escasa importancia que concedía a la atención primaria, a la que consideraba como un nivel de paso o de derivación hacia el especialista, la Administración estimaba que esta formación no era muy necesaria.

Con la reforma del sistema sanitario se produjeron nuevos elementos conceptuales, organizativos y técnicos referentes a este primer nivel, que hicieron necesario crear unos programas específicos de formación, dirigidos a proporcionar herramientas y metodología propios de este ámbito.

Tal como opina Taylor, la formación en Medicina Familiar comprende tres fases bien definidas: predoctorado, formación médica del graduado y formación continuada, que adaptadas a nuestra terminología se corresponden con formación pregrado, postgrado y continuada.

En lo que respecta a la primera, actualmente los estudiantes de Medicina están formados fundamentalmente por especialistas hospitalarios y tienen contacto con enfermos hospitalizados, que les proporcionan un aprendizaje episódico, sesgado y no representativo de los problemas de salud más frecuentes de la población.

Sin embargo, en Atención Primaria se ofrece al estudiante la posibilidad de adquirir conocimientos de un modelo de salud integrado en el que los problemas de salud se enfocan bajo una óptica globalizadora, en el que se hace un abordaje individual y colectivo de los procesos patológicos más frecuentes y en donde los aspectos preventivos y de promoción de la salud desempeñan un papel muy importante.

Y a pesar de que actualmente se imparte en algunas facultades de Medicina de nuestro país cursos de Atención Primaria; de que en algunas de ellas se ha incluido la Me-

dicina de Familia como asignatura optativa y de que se realizan prácticas en los centros de salud a desarrollar por los alumnos, pensamos que esto es insuficiente. La Medicina de Familia, al igual que en otros países de nuestro entorno, debe ser reconocida a corto plazo, como área de conocimiento propio de la Universidad e incorporarse como materia troncal dentro de los estudios de pregrado. A la larga, deben crearse en nuestras facultades los Departamentos de Medicina de Familia con la integración de pregrado, posgrado y programas de doctorado propios.

En lo referente a la formación posgrado, ya hace años que McWhinney estimó que la Medicina de Familia cumplía los criterios que definen una especialidad, ya que posee un ámbito propio de actividades, un conjunto definido de conocimientos, habilidades y actitudes a adquirir, y un área propia de investigación. De hecho fue reconocida como especialidad en nuestro país en 1978 e integrada como tal, en el conjunto de las ofertadas en el programa estatal de formación posgraduada.

Según el nuevo programa de la especialidad (pendiente de próxima aprobación) el objetivo de la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria es que el residente adquiera el nivel de competencia (conocimientos, actitudes y habilidades) necesario para ser especialista en esta rama. El objeto de conocimiento del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria se encuentra en la persona como un todo, sin fragmentación entre lo físico, lo psíquico y lo social, e integrada en el entorno familiar y social.

El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria trabaja por elevar el nivel de salud de las personas sanas y de las comunidades en que trabaja, por curar a las personas enfermas y también aconsejar, cuidar y consolar para mejorar la calidad de vida de las personas a su cargo, y basa su atención en la continuidad y longitudinalidad de la atención, en un contexto dinámico.

El nuevo programa que formará al futuro médico de familia adapta la duración del período de formación a las exigencias requeridas para lograr el nivel de competencia adecuado de este profesional, de una forma flexible e individualizada, basada en el perfil profesional, con establecimiento de estándares mínimos deseables y máximos en los objetivos de aprendizaje y con evaluación de todo el proceso para garantizar su calidad. En él se da un mayor protagonismo a los tutores de los centros de salud, que deben ser la base de la formación desde el inicio y deben rea-

lizar un seguimiento del residente a lo largo de todo el período evolutivo.

Por otra parte, la formación se distribuye en 4 años y al menos el 50% de la misma se debe efectuar en un Centro de Salud, con estancias obligatorias en él, todos los años. Además se desarrollan 5 áreas competenciales: esenciales (comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y bioética), las relacionadas con la atención al individuo, con la atención a la familia, con la atención a la comunidad y con la formación e investigación. En cada una de ellas se definen los objetivos y las actividades que tendrán que realizarse, estableciéndose tres niveles de prioridad y otros tantos de responsabilidad, y se determina la metodología docente, el lugar de aprendizaje, el tiempo y las lecturas recomendadas.

Por último, la formación continuada es el tercer eslabón del proceso ininterrumpido de aprendizaje que deben seguir los profesionales sanitarios para mantener un grado óptimo de competencia profesional. El Consejo de Acreditación de la Formación Médica Continuada de los EE.UU. define la formación médica continuada (FMC) como “cualquier actividad formativa destinada a mantener, desarrollar o mejorar los conocimientos, habilidades, actuaciones profesionales y capacidades relacionales que los médicos utilizan cuando atienden a sus pacientes, a la población en general o a la propia profesión. El contenido de la FMC es el cuerpo de conocimientos y habilidades generalmente reconocido y aceptado por la profesión, basado en las ciencias médicas, la medicina clínica y la provisión de atención sanitaria a la población”.

Sin embargo, cada vez más, se vislumbran cambios conceptuales importantes en la FMC que tratan de relacionarla sobre todo con los cambios en la práctica profesional y las necesidades reales. Tradicionalmente se ha entendido la FMC, como el conjunto de actividades de formación dirigido a complementar la formación básica o especializada y a la actualización o puesta al día de conocimientos. En este momento tiende a entenderse en un sentido más amplio, como la “actividad dirigida a incorporar de manera constante los cambios adecuados de nuestro ejercicio profesional”.

El fin de la FMC es intervenir en aquellos aspectos del ejercicio profesional que puedan ser mejorados. Sería un “esfuerzo sistemático de facilitar el cambio en el ejercicio del médico”. Mediante esta concepción, cualquier herramienta facilitadora del cambio se encuadraría dentro de la FMC y ésta conseguiría conectar así lo educativo con la mejora del ejercicio (*performance*), no quedándose estrictamente en la mejora de la competencia.

El antiguo concepto de FMC es sustituido, de esta forma, por el de “desarrollo profesional continuado”, más amplio e integrador de todas las herramientas facilitadoras del cambio.

La FMC tiene unas características muy especiales que la diferencian de otros períodos formativos: debe ser enfocada más que como instrucción, como facilitadora de aprendizaje. Ello supone un cambio pedagógico del modelo tradicional centrado en el docente, en el que se hace hincapié

en el profesor y en lo que enseña, en el modelo centrado en el discente, en el que el énfasis se pone en éste y en lo que aprende y también un cambio fundamental en el papel del educador, del de profesor didáctico al de facilitador de aprendizaje.

La Medicina de Familia y Comunitaria como disciplina académica

Verónica Casado Vicente

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo pregrado semFYC. Profesora Asociada de Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina de Valladolid

En 1930 se efectuó una profunda reforma en la formación universitaria en Medicina como respuesta a los importantes y significativos avances técnicos y científicos que se estaban produciendo, y se fueron incorporando en las Facultades de Medicina las subespecializaciones.

Esta situación, que *a priori* era deseable y necesaria, no estaba exenta de efectos secundarios, que el propio inspirador de la reforma, Flexner, señaló: “la misma intensidad con que se cultiva la medicina científica conlleva el peligro de perder el mejor juicio y la cultura amplia de la antigua generación. Osler, Janeway y Halsted no han sido sustituidos”.

Y esto tuvo su traducción posterior, se mejoró el nivel científico-técnico pero se generó la fragmentación, la despersonalización y el deterioro de la relación médico-paciente. Como respuesta a esta situación y a la necesidad de mejorar la equidad, la efectividad y eficiencia de los sistemas sanitarios, en las décadas de los sesenta y setenta, se inicia en el ámbito internacional la reforma de la Atención Primaria y se inicia la creación, en diferentes países, de la especialidad de Medicina de Familia, para dar respuesta a una realidad incontrovertible que es la realidad holística del enfermar y a una necesidad incontrovertible también que es la necesidad del abordaje global de las personas en el proceso salud-enfermedad. Partiendo de la Medicina General se evoluciona a la Medicina de Familia al determinar un cuerpo doctrinal claro y definido.

Muchas Universidades del mundo no han sido ajenas a esta situación y han sido capaces de buscar el equilibrio entre la oferta de conocimientos parcelados y subespecializados y los conocimientos y habilidades que permitan enfrentarse al futuro médico a la persona como a un todo. Esto les permite formar licenciados pluripotenciales, que, posteriormente y con mejor base, continúan su formación postgraduada. En definitiva han establecido un equilibrio entre un sistema basado en el hospital, orientado al conocimiento de la teoría, centrado en la enfermedad y en el modelo biológico, y un modelo orientado a la comunidad y basado en la resolución de problemas, centrado en el pa-

ciente y en un modelo bio-psico-social. Todas estas Universidades han incorporando sin miedo y con decisión la Medicina de Familia como área de conocimiento, reconociéndola no sólo como especialidad sino como disciplina académica. Recientemente WONCA (2002) define las características de la Medicina de Familia como disciplina académica.

¿QUÉ APORTA LA UNIVERSIDAD A LA MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA?

La Universidad aporta a nuestra área de conocimiento prestigio académico, prestigio social, permite abarcar todo el abanico formativo, desarrolla la Medicina de Familia y Comunitaria como disciplina académica, favorece la elección vocacional, completa la capacitación del médico de familia como docente y favorece el desarrollo de la investigación coordinada dentro del ámbito académico universitario.

¿QUÉ APORTA LA UNIVERSIDAD A LA SOCIEDAD Y AL SISTEMA SANITARIO INCORPORANDO LA MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA COMO ÁREA DE CONOCIMIENTO?

Aporta orientación al perfil profesional al que se dedican más del 40% de los médicos del Sistema Nacional de Salud, médicos mejor formados y adaptados a las necesidades sociales y sanitarias actuales. Las facultades en su carácter de supraestructuras científicas y culturales de la sociedad tienen la responsabilidad particular no sólo de formar buenos médicos sino de incentivar su motivación para ocupar posiciones donde la sociedad y los sistemas de salud los necesitan.

¿QUÉ APORTA LA MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA A LA UNIVERSIDAD?

La Medicina de Familia y Comunitaria completa la formación del estudiante, reorienta la formación pregrado hacia una orientación biopsicosocial, centrada en las personas, orientada a la resolución de problemas, centrada en la comunidad y orientada a un perfil profesional social y sanitariamente demandado. La Medicina de Familia aporta contenidos teórico-prácticos, está más cerca de la realidad del proceso salud-enfermedad y permite dimensionar la realidad de los problemas de salud de la sociedad, está en una situación privilegiada para hacer y enseñar la medicina preventiva clínica, el abordaje de la patología más prevalente y la detección precoz, en sus estadios iniciales de patología menos frecuente pero grave. Puede transmitir con mayor facilidad los contenidos esenciales de la profesión médica: la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión clínica y la bioética. Los Centros de Salud ofertan estructura docente, los médicos de familia ofertan metodologías docentes (autoaprendizaje dirigido, estancias autorizadas, cursos, grupos de trabajo, talleres). Y finalmente la Medicina de Familia y Comunitaria al ser una

disciplina transversal puede potenciar la comunicación horizontal entre los departamentos, cátedras y otros establecimientos universitarios y por su carácter inter y multidisciplinario estimula la colaboración entre diferentes áreas de conocimiento en ciencias de la salud.

La introducción de la Medicina de Familia y Comunitaria como disciplina académica supone una muy buena adecuación de la enseñanza a las necesidades de la sociedad, una normalización con respecto a la enseñanza que reciben los estudiantes de Medicina de la mayoría de los países de nuestro entorno, da respuesta a las distintas normas legales que amparan su realización y los criterios de las directrices generales y europeas.

El Espacio Europeo de Enseñanzas Superiores (EEES) no deja cabida a la duda. Las enseñanzas de pregrado deben ir dirigidas a los perfiles profesionales demandados por la Sociedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), múltiples organismos internacionales, investigadores de sistemas sanitarios y nuestra legislación propugnan que la Atención Primaria sea el núcleo principal de los sistemas sanitarios.

Si la Atención Primaria debe ser el eje fundamental del sistema y ha demostrado su impacto positivo sobre los sistemas sanitarios, dedicándose más del 40% de los médicos del sistema sanitario español a la Medicina de Familia, es evidente que el núcleo principal de la formación pregrado debe ir orientada a la cualificación de médicos cuyo objeto de conocimiento se encuentre en la persona como un todo, que puedan ofertar una atención médica sin fragmentación entre lo físico, lo psíquico y lo social, que eleven el nivel de salud de las personas sanas y de las familias y comunidades, mediante actividades de prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos; y todo esto integrado en el entorno familiar y social y basado en la continuidad de la atención.

Esto exige cambios en las estrategias de formación de los profesionales. La titulación de Medicina debe diseñarse en función de los perfiles profesionales y objetivos de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes): genéricas (básicas), transversales (formación integral de la persona) y específicas (orientación profesional).

El *currículum* debe modificarse pero con una serie de requisitos: *No incrementar el número de créditos sino reorientarlos, enfocar la enseñanza a la resolución de problemas, enfocar la enseñanza a los perfiles profesionales que demandan la sociedad y el sistema sanitario, enseñar a pensar y buscar información y no solo a acumularla.*

Se debe pasar de una situación de “estudiar mucho pocos años y trabajar toda la vida a estudiar toda la vida para trabajar toda la vida”. Y esto obliga a replantearse la formación pregrado para ofertar herramientas de adquisición de competencias pero también herramientas que permitan a lo largo de los años el mantenimiento continuo de las competencias.

Las modificaciones necesarias para esta reforma deberían darse al menos en tres niveles: *objetivos docentes, proceso de aprendizaje y estructurales.*

CONTENIDOS DE LA MATERIA A IMPARTIR EN LA ASIGNATURA DE MEDICINA DE FAMILIA

La materia de Medicina Familiar y Comunitaria tiene contenidos genéricos, transversales y específicos:

Contenidos genéricos

Los valores profesionales y las competencias esenciales: La comunicación, el razonamiento clínico, la bioética y la gestión clínica y de la calidad.

Contenidos transversales

–*Atención al individuo*: abordaje de necesidades y problemas de salud (prevención primaria, secundaria y terciaria) de factores de riesgo y problemas cardiovasculares; problemas respiratorios; del tracto digestivo y del hígado; infecciosos; metabólicos y endocrinológicos; de la conducta, de relación, de salud mental, del sistema nervioso; hematológicos, de la piel; traumatismos, accidentes e intoxicaciones; de la función renal y de las vías urinarias, músculo-esqueléticos; da cara-nariz-boca-garganta y oídos, de los ojos, conductas de riesgo; atención a las urgencias y emergencias.

–*Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo*: atención al niño, al adolescente, a la mujer, al adulto, a los trabajadores, al anciano, al paciente inmovilizado, al paciente terminal, al duelo y a la cuidadora/cuidador; a las situaciones de riesgo familiar y social.

Contenidos específicos

Atención a la familia y atención a la comunidad.

Las características de la materia a impartir dependen fundamentalmente del tipo de plan de estudios: plan de estudios por asignaturas con dos ciclos: Preclínicas y Clínicas; plan de estudios integrados o plan de estudios orientados a los problemas: ciclo único (actualmente impensable en nuestro país por la no existencia de un marco legislativo que lo facilite).

Aunque la participación en la docencia universitaria de la Medicina de Familia, por su transversalidad, debería impregnar todo el *currículum*, tal y como ocurre en las universidades de influencia anglosajona, la realidad es que los nuevos planes de estudios en Medicina establecen un sistema de organización docente basado en asignaturas. Por ello la existencia de asignaturas de Medicina de Familia debe ser el primer paso de la incorporación docente en la universidad.

Presentamos tres propuestas o posibles escenarios:

1. *Asignatura de Medicina de Familia en un plan de estudios por asignaturas*: se adapta a la situación actual de número de créditos más frecuente y mínimo imprescindible exigido por el Consejo de coordinación universitaria.

2. *Asignatura de Medicina de Familia en un plan de estudios integrado*: se adapta a una situación ideal en la que la Medicina de familia impregna todo el *currículum* de un plan de estudios integrado (modelo anglosajón).

3. *Asignatura de Medicina de Familia en un plan de estudios por asignaturas pero con orientación a la resolución de*

problemas: es un intermedio entre ambos pero que permite dar un salto cualitativo importante que es incorporar la metodología dirigida a la resolución de problemas y por lo tanto también incorporar la práctica clínica de la Medicina de Familia.

La formación posgraduada en Medicina Familiar y Comunitaria

Antonio Monreal Híjar

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vocal de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia. Zaragoza. Zona I.

Como se ha evidenciado, existen claros fundamentos legales, académicos y docentes para que la Medicina de Familia pueda desarrollar su gran potencial docente en la formación pregraduada. Igualmente, se han descrito los contenidos teórico-prácticos que la identifican en una disciplina académica independiente con un cuerpo de conocimiento propio que incluye conocimientos genéricos, transversales y específicos.

Por otra parte, es evidente que las actividades de Formación Continuada deben acompañar a todos los profesionales de forma ineludible a lo largo de toda su trayectoria laboral. En este sentido, es importante la instauración y desarrollo de normativas que, por una parte, garanticen ante la sociedad la deseada competencia de los profesionales y, por otra, estimulen y premien a los médicos de familia que se esfuercen en el mantenimiento y mejora de los conocimientos, habilidades y actitudes.

Pero si concebimos el proceso de aprendizaje como una trayectoria sin solución de continuidad entre los tres niveles: Pregrado, Postgrado y Formación Continuada, podríamos concluir que durante el período de formación universitaria se adquieren básicamente conocimientos, en la formación postgrado se consolidan los conocimientos propios de la Especialidad y se adquieren habilidades y actitudes ya específicas, y durante el resto de la trayectoria profesional esencialmente se actualizan los bagajes formativos previamente adquiridos y se incorporan nuevas Áreas de Conocimiento. En este esquema, tal vez simplista, no cabe duda que la importancia tanto cualitativa como cuantitativa de la formación posgraduada es evidente, constituyendo una época de vital importancia en la que todo lo aprendido en la Facultad de Medicina, en cierta medida con un matiz extraordinariamente teórico y distante en cierto modo de la realidad, cobra sentido ante el paciente y se integra en un cuerpo de conocimiento único y holístico proporcionando los pilares fundamentales en los que se asentará todo el aprendizaje profesional de forma escalonada.

LA FORMACIÓN ESPECÍFICA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Desde la creación de la especialidad en el año 1978 (R.D. 3303/1978 de 29 de Diciembre sobre la regulación de la Medicina de Familia como especialidad médica) la consolidación de la estructura docente en Medicina de Familia ha sido una constante. Es más que evidente que desde aquella primera promoción de Residentes que se encerró en el colegio de médicos de Madrid como protesta por la falta de recursos tanto humanos como estructurales apropiados para el correcto cumplimiento de los objetivos docentes propuestos en el programa de la especialidad hasta nuestros días, la situación ha cambiado enormemente.

La apuesta de las diferentes administraciones sanitarias por la creación de unos dispositivos docentes que asumieran la formación de los médicos de familia ha estado refrendada en diversas normativas, pudiendo afirmar que en el 25 aniversario de la creación de la especialidad, esta se encuentra en un periodo de madurez y reconocimiento merecidamente ganado por el esfuerzo de todos aquellos que desde la Atención Primaria hemos trabajado por la definición de nuestro perfil profesional.

LAS UNIDADES DOCENTES DE MEDICINA DE FAMILIA

La Orden Ministerial del 19 de diciembre de 1983 que regula el desarrollo de la formación posgraduada en Medicina Familiar y Comunitaria crea las Unidades Docentes. Esta circunstancia constituye un hecho histórico en nuestra especialidad. En dicha norma se especifican la estructura, composición, objetivos y responsabilidades de las Unidades Docentes, convirtiéndose en unos sólidos servicios formativos y en unos grandes pilares protagonistas de la reforma del Sistema Sanitario y del nuevo modelo asistencial.

Hoy en día nadie duda de este papel protagonista de las Unidades Docentes como referentes formativos en el ámbito de la Atención Primaria.

En la actualidad existen en nuestro país un total de 98 Unidades Docentes, cuya dirección la desempeña el Coordinador de la Unidad. Además, esta estructura posee uno o varios Técnicos de Apoyo Docente y soporte administrativo.

En la actualidad, la función fundamental de las Unidades es la gestión integral del Programa postgraduado de formación en Medicina de Familia. No obstante, muchas Unidades en los últimos años han ido integrando objetivos y tareas tanto de desarrollo de actividades de formación continuada como de coordinación de la formación pregraduada en Medicina de Familia en el ámbito de su responsabilidad. Por otra parte, las Unidades Docentes lideran en gran medida los procesos investigadores llevados a cabo en la Atención Primaria, ya que como es conocido, los procesos docentes e investigadores se superponen en gran medida; a esto hay que añadir que el programa Formativo Postgraduado que ejecutan incluye múltiples actividades de promoción, formación e implementación investigadora.

Bajo la responsabilidad de las Unidades Docentes se encuentran los Centros de Salud con Acreditación Docente, variando su número en dependencia de diversos factores entre 3 y 30 centros por Unidad, existiendo en todo el país una cifra aproximada de 750 centros con acreditación. Estos centros formativos han tenido que superar un proceso de reconocimiento para el ejercicio de la docencia establecido por el Programa de la Especialidad aprobado por la Comisión Nacional. Dicho proceso garantiza tanto estructuralmente como a nivel de funcionamiento unos elevados estándares revisados periódicamente.

El nuevo programa de la especialidad, que ha sido aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad en noviembre del 2002 y que en la actualidad se encuentra pendiente de su ratificación por parte del Consejo nacional de Especialidades Médicas y los Ministerios de Sanidad y Educación ha desarrollado una metodología exhaustiva en los sistemas de aprendizaje ampliando los años de formación a cuatro.

En resumen, el nuevo programa destaca por las siguientes aportaciones:

1. Su adaptación al Perfil Profesional y a los Valores Profesionales del médico de familia, su pluripotencialidad, la flexibilidad y el incremento de tiempo de formación.
2. 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.
3. El establecimiento claro de 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. La redefinición del Perfil Profesional, resituando algunas áreas como esenciales, profundizando áreas propias e incorporando otras nuevas, lo que confiere al médico de familia potencialidad para desempeñar su trabajo no solo en Atención Primaria sino en otros ámbitos profesionales.
5. 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.
6. 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.
7. 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).
8. El programa persigue contribuir al demostrado impacto que la Atención Primaria, con médicos formados y entrenados en su práctica, tiene sobre la efectividad, la eficiencia, equidad y satisfacción de los usuarios.

9. 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.

10. El gran potencial del nuevo programa se basa en el alto grado de consenso y de participación alcanzados y en la metodología empleada.

Su solidez metodológica confiere al programa la validez para convertirse en un referente en metodología sobre planificación en formación de postgrado.

Uno de los hechos diferenciales en los sistemas de acreditación de nuestra especialidad lo constituye la necesidad de acreditación directa por parte de los profesionales que desean ejercer como tutores en la Especialidad. En las 98 Unidades se encuentran acreditados cerca de 3.000 médicos de familia bajo cuya directa responsabilidad se forman actualmente más de 5.000 futuros especialistas. De forma homogénea, los Criterios de Acreditación se basan en la cumplimentación adecuada de unos mínimos que el profesional debe garantizar cada tres años. Estos criterios se fundamentan en la garantía del correcto adiestramiento y ejercicio clínico, docente e investigador. Además, el candidato debe evidenciar sus competencias para trabajar en Equipo y no acumular evaluaciones negativas reiteradas por parte de los residentes a su cargo.

Dentro de las actividades contextualizadas en el Programa de Formación se incluyen las encaminadas específicamente al adiestramiento y mejora de la Competencia Docente de los tutores lo que convierte a estos profesionales en agentes altamente cualificados para el desempeño de su responsabilidad.

Una perspectiva de futuro muy interesante para las Unidades Docentes consiste en la evolución a sólidos servicios formativos y de garantía Competencial que integren de una forma lógica los tres niveles formativos: la coordinación de la formación pregraduada en Medicina de Familia en colaboración con los departamentos Universitarios, la cumplimentación del programa Formativo postgraduado y el desarrollo de estrategias de Formación Continuada de los profesionales del ámbito de la Atención Primaria. Esta integración de los tres niveles formativos de seguro obtendrá una mayor eficiencia y dará como resultado profesionales más competentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Guía de Formación de Especialistas (3ª ed.) Madrid 1996.
- Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (aprobado el 20-XI-2002) URL locate www.semfyec.es
- Fores García D. ¿ Son válidos los criterios actuales de acreditación docente de los centros y tutores de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria? FMC. 1996;3:383-90.
- Matorras R. El entorno de la docencia [editorial]. Med Clin (Barc) 1989;93:175-7.
- Real Decreto 3.303/1978, de 29 de diciembre sobre la regulación de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad de la profesión médica.
- Saura Llamas J. Avances en la formación de los especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria en España. (I) La estructura Docente. Tribuna Docente. 2000;1:7-16.
- Turabián JL, Pérez Franco B. Modelo "ecológico" de tutorización en medicina de familia. Tribuna Docente 2000; 1: 15-23.