

El nuevo programa de la especialidad de medicina de familia y comunitaria

«La cultura no se hereda, se conquista.»
(André Malraux)

En recientes fechas la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) ha aprobado el nuevo programa de la especialidad, que se ha presentado en el XXII Congreso de semFYC.

Durante más de 2 años un grupo de trabajo compuesto por miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, de semFYC y de las unidades docentes ha trabajado en la reforma y mejora del programa.

Es indudable que son muchos los hitos por los que ha pasado nuestra especialidad: su creación, su desarrollo, su papel en la reforma de la atención primaria, su potencialidad y también sus dificultades. En todo este proceso se ha ido conformando y desarrollando el cuerpo doctrinal de la MFyC y el perfil profesional. Es también indudable que, a lo largo de este proceso, los 3 programas oficiales y los 5 reales han desempeñado un innegable papel. Los profesionales que los han confeccionado han ido tomando el pulso a la realidad existente y a los posibles escenarios futuros, y han conformado un programa que de alguna manera, con otras influencias, ha ido determinando nuestro perfil profesional. El presente programa pretende lo mismo que sus predecesores: mejorar la formación de los futuros médicos de familia y seguir impulsando así el desarrollo de la medicina de familia y promover, en este momento de cambios sociales y sanitarios, un cambio cuantitativo y cualitativo en la formación de nuestros residentes y futuros médicos de familia.

En los últimos años han aparecido trabajos de ámbito nacional e internacional que muestran claramente las ventajas del médico de familia como puerta de entrada al sistema de salud, como profesional con alta capacidad resolutoria de problemas y como coordinador de recursos y de los flujos de pacientes dentro del mismo.

En cualquiera de los ámbitos, cada día se exige al médico de familia un mayor nivel de competencia y capacidad de resolución.

Entre los múltiples motivos que han determinado la revisión y ampliación del actual programa, se identifica la *necesidad de afianzar los niveles de competencia* necesarios para

la práctica de la medicina de familia dada su extensión, nivel de responsabilidad, globalidad e impacto sobre los niveles de salud; la *necesidad de suplir algunas carencias del pregrado* por su escasa orientación hacia la atención primaria; la *necesidad de potenciar áreas de conocimiento propias* de las competencias del médico de familia y de *introducir y profundizar algunas áreas de conocimiento, así como de avanzar y profundizar en las metodologías docentes*.

Al mismo tiempo se han ido consolidando las unidades docentes de medicina de familia. Éstas han sido capaces de responder al importante crecimiento del número de residentes y de dar respuesta a su formación.

Para efectuar este cambio se han determinado los elementos que definen el programa, así como sus áreas competenciales, partiendo de las anteriores ediciones del programa de la especialidad y tras un análisis minucioso y amplio de la experiencia internacional, con las adaptaciones lógicas a las características y necesidades del rol profesional del médico de familia en España.

Los elementos que definen el programa son:

1. *La formación basada en los valores del médico de familia y el perfil profesional* previamente fijado. Se revisan los valores de los médicos de familia que están en relación con sus compromisos: *compromiso con las personas; compromiso social; compromiso con la mejora continua; compromiso con su propia especialidad; compromiso con la formación, y compromiso ético*. Aunque el objeto final del programa es la adquisición por parte del residente de la competencia suficiente para realizar la atención a la persona como un todo y en su contexto, a efectos docentes se identifican 5 áreas competenciales que conforman el perfil profesional y sobre las que el programa pivota:

a) Área de competencias *esenciales*, que engloba la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética.

b) Área de competencias relacionadas con la *atención al individuo*:

– *Abordaje de necesidades y problemas de salud de las personas* (prevención primaria, secundaria y terciaria): factores de riesgo cardiovasculares y problemas cardiovasculares; problemas respiratorios, del tracto digestivo y del hígado, infecciosos, metabólicos y endocrinológicos, problemas de la

conducta y de la relación, de salud mental, del sistema nervioso, hematológicos, de la piel, traumatismos, accidentes e intoxicaciones, problemas de la función renal y de las vías urinarias, musculoesqueléticos, problemas de 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, al cuidador, atención a las situaciones de riesgo familiar y social (exclusión social, discapacitados, violencia de género).

c) Área de competencias con relación a la *atención a la familia*.

d) Área de competencias con relación a la *atención a la comunidad*.

e) Área de competencias con relación a la *formación y la investigación*.

En cada área se definen los objetivos y las actividades a realizar para la adquisición de estas competencias, incluyendo conocimientos, habilidades y actitudes. Por cada área se establecen *niveles de prioridad* (I: indispensable, las competencias deben ser adquiridas por todos los residentes; II: importante, las competencias deben ser adquiridas por la mayoría de los residentes, y prioridad III: no prioritario, pero si todo lo anterior está adquirido, es criterio de excelencia) y niveles de responsabilidad. Se determinan tres *niveles de responsabilidad*: a) *nivel primario*: el médico de familia debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin consultar con otro nivel asistencial en el 90% de los casos; b) *nivel secundario*: una consulta a otro nivel es habitualmente requerida en el curso de la evaluación o del tratamiento de este tipo de problemas, y) *nivel terciario*: el diagnóstico y tratamiento de estos problemas es competencia de otros especialistas, pero el médico de familia debe ser capaz de informar, apoyar al paciente y a la familia y asegurar la coordinación y la continuidad de la atención.

Para cada área se determina la metodología docente, el lugar de aprendizaje (centro de salud, estancia en un servicio de la unidad docente, rotación externa...), el tiempo de aprendizaje y las lecturas recomendadas.

2. *Tiempo*. Se incrementa el tiempo de formación para su ajuste al requerido para la adquisición de las competencias señaladas en el programa, y para contabilizar asimismo los períodos vacacionales, las libranzas posguardia y las actividades formativas teorico-prácticas. De esta manera, asimismo se va ajustando el programa a las tendencias internacionales. La UEMO ha solicitado al Parlamento Europeo la ampliación a 5 años para la formación en medicina de familia, equiparándola a países como Austria, Suecia y Dinamarca.

3. *Flexibilidad*. El objetivo final es la adquisición de las competencias y no tanto los métodos. «Lo importante no es el cómo sino el qué». Por cada área competencial se establecen diferentes métodos docentes, lo que permitirá a cada unidad docente buscar las mejores alternativas de formación para cada una de ellas.

4. *Pluripotencialidad*. El programa se dirige no sólo a la formación de médicos de familia que vayan a desarrollar su actividad profesional futura en un centro de salud, sino que debido a su pluripotencialidad permite servir de base formativa para la posterior formación en áreas de capacitación, como las urgencias, o para desempeñar su trabajo en otros ámbitos laborales como unidades de apoyo, mutuas laborales, etc.

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

5. *La relación residente-tutor de medicina de familia como eje fundamental en la formación del residente*, que debe ser básicamente tutorizada, continuada y evaluada. Esta evaluación formativa activa y continua tiene como objetivo potenciar el autoaprendizaje.

6. *La profundización en la metodología docente*. Se recomienda el empleo complementario de diversas metodologías docentes (el autoaprendizaje dirigido, al aprendizaje de campo, las clases, el trabajo grupal y los talleres).

7. *La garantía por parte de las unidades docentes de:*

– La adaptación del número de residentes y tutores a las necesidades formativas.

– Un *contacto amplio* inicial con atención primaria (al menos 6 meses).

– Que al menos un 50% del tiempo de la residencia se efectúe en el centro de salud.

– Un tiempo de estancia formativa en el *centro de salud todos los años*.

– El *contacto continuado y estructurado con el tutor*, independientemente de las estancias formativas en el centro de salud.

– La *responsabilidad amplia, aunque supervisada*, en consulta durante el último año.

– La *ampliación de los entornos docentes*.

– Las *estancias electivas* en el último año que permitan ajustes en los niveles de competencia adquiridos por el residente.

– El apoyo a la mejora y mantenimiento de la *competencia de los tutores, debiéndose garantizar tres ejes de intervención*: actividades de mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores en formación clínica y en metodología docente; condiciones asistenciales y docentes idóneas, y actividades para mantener la motivación.

En definitiva, es un programa renovador, consensado y pertinente, que responde a necesidades sociales, dentro del marco legal de renovación quinquenal de los programas de

especialidad, y que ha solicitado igual que muchas otras especialidades su ampliación para responder a sus compromisos sociales y sanitarios, a sus objetivos y actividades docentes. Se trata de un programa factible desde un punto de vista económico, si se ajusta y planifica la oferta formativa a las necesidades reales del sistema sanitario, y es factible desde un punto de vista organizativo, dado el gran desarrollo adquirido por las unidades docentes.

Dadas, por tanto, su pertinencia y factibilidad, debe ser puesto en marcha y desarrollado como un elemento más para la mejora de nuestra especialidad y, de esta manera, mejorar su participación en los objetivos del sistema sanitario.

Agradecimientos

El nuevo programa de la especialidad de MFyC ha sido posible gracias al impulso y deseo de mejora de la CNE, del apoyo total y absoluto de la junta permanente de semFYC, de los grupos de trabajo de semFYC y de los profesionales que han dado contenido a los diferentes capítulos y a las fichas técnicas, así como de todos los profesionales de las unidades docentes, de semFYC, de sus sociedades federadas y de SEMERGEN, que han colaborado en la fase de corrección del programa.

V. Casado

Coordinadora del grupo CNE/semFYC para la elaboración del Programa de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. España.

Bibliografía general

- Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Explorations of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract* 1995;45:654-9.
- Casado V. Valoración del Programa de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Posibilidad de ampliación de los años formativos. *Tribuna Docente* 2002;(3Supl)2:23-35.
- Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:131-4.
- European Society of General Practice/Family Medicine WONCA EUROPE. The European definition of general practice/family medicine. Noordwijk: WONCA EUROPE, 2002.
- Gómez Gascón T, Ceitlin J. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: IM&C, 1997.
- Grupo de Trabajo semFYC. Perfil profesional básico del médico de familia. Documento semFYC 4. Barcelona: semFYC, 1994.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura. Guía de formación de especialistas: medicina familiar y comunitaria. Madrid: Consejo Nacional de Especialidades, 1996.
- Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín (Barc)* 1996;106:97-102.
- Real Decreto 127/1984 por el que se regula la formación médica posgraduada y la obtención del título de especialistas.
- Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2000.
- The ABIM foundation, The ACP-ASIM Foundation y The European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millenium: a physicians' charter. *Lancet* 2002;9(359): 520-2.
- Thomas V. Medicina de familia, ¿próxima estación? *Aten Primaria* 2001;28:367-70.