

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Hacia un modelo de atención integral a la salud basado en la Atención Primaria de Salud. Washington DC: OPS; 2012.
2. Ministerio de Salud Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria. Chile: Ministerio de Salud; 2013.
3. Robinson J, Callister L, Berry J, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008;20:600–7.
4. Haggerty J, Reid R, Freeman G, Starfield B, Adair C, McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;32:1219–21.
5. Cruz M, Martínez M. Perfeccionamiento de un instrumento para la selección de expertos en las investigaciones educativas. *Rev Electron Investig Psicoeduc Psigopedag.* 2012;14:167–79.
6. De la Uz ME. La relación médico-paciente y su panorama actual. *Bioética [Internet].* 2010 [consultado 6 Dic 2015].

Disponible en: <http://cbioetica.org/revista/101/101-2125.pdf>.

Angelina Doís Castellón*, Aixa Contreras Mejías y Paulina Bravo Valenzuela

Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Región Metropolitana, Chile

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ankedois@gmail.com, adois@uc.cl (A. Doís Castellón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.003>
0212-6567/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Unidades docentes de medicina de familia atrapadas en la red... burocrática



Family medicine teaching units, trapped in the net... of bureaucracy

Sr. Editor:

Los tutores y jefes de estudio de medicina de familia y comunitaria han ido elaborando durante más de 2 décadas el corpus necesario para la docencia. Empezando por los criterios de acreditación de centros¹ y de tutores², conceptos que en nuestras latitudes no existían por aquel entonces. Teniendo en cuenta la inicial precariedad de conocimientos y habilidades específicos para la docencia de los profesionales, desde las unidades docentes (UDD) se han hecho propuestas de metodología docente³, elaborando proyectos innovadores (portafolio de los residentes), y formando generaciones de tutores. Se ha reflexionado sobre metodología evaluativa y enseñanza de adultos, iniciado el camino hacia la evaluación formativa^{3,4}, y trabajado hasta mejorar la sumativa, comprendiendo la necesidad de ambas y su interrelación.

El programa de la especialidad⁵, aprobado en 2005, se basa en la experiencia previa de más de 20 años de formación MIR en medicina de familia y comunitaria, y como cuenta en su introducción: «es la herramienta de referencia, y como tal debe ser dinámica y responder y adaptarse a las necesidades de las personas».

De un tiempo a esta parte los jefes de estudio en Catalunya no tienen demasiado tiempo para la docencia. Los innumerables procedimientos administrativos inundan sus despachos. Los tutores ya no dependen del mérito. Son o no son tutores en función de si tienen o no residente. Si no tienes residente, no eres tutor. Aunque cumplas criterios. Pero ¿qué decíamos hace unos años?: «La retirada de la acreditación se ejecuta por el gerente del centro a propuesta de la comisión de docencia o asesora». En cambio, ahora la necesidad normativa de un reconocimiento externo

ha convertido el ser tutor en un mero ejercicio administrativo.

Nos quedaba un caramelo. Convertir las unidades docentes de medicina de familia y comunitaria en multi-profesionales de atención familiar y comunitaria.

Era una ilusión y una oportunidad. Médicos y enfermeras, trabajo en equipo, formación específica, potenciando la visión holística e integral. Pero la acreditación de centros ahora tampoco depende del cumplimiento de unos criterios consensuados por los mayores expertos en la materia, es decir los propios tutores y los jefes de estudio.

La acreditación es ahora un monstruo que en las unidades docentes de Catalunya lleva años ocupando el tiempo de jefes de estudio y secretarios. Cuatro años contestando los requerimientos de la administración para una acreditación no es de recibo. Con criterios cambiantes, que además pueden en ocasiones ni ajustarse al espíritu del programa formativo y que aún peor, incluso lo desvirtúan. No hay forma de hacer entender a la administración que lo importante es la adquisición de conocimientos y competencias y no en qué «dispositivo» hay que hacerlo y que la asignación de plazas en nuestra especialidad no puede depender principalmente de la elección de un centro hospitalario.

A pesar de todo, seguimos trabajando para la mejora de la formación. Siguiendo en esta línea, en las UDD de Catalunya pronto se conocerá una nueva propuesta que supera el actual portafolio del residente por una versión electrónica del nuevo libro del residente que completa la versión analógica con elementos de autorreflexión y el uso de instrumentos hetero y autoevaluativos más comprensivos y atractivos.

La administración debe centrarse, menos en evaluaciones de estructuras y procesos, y más en resultados. Debemos superar la red burocrática que no nos permite avanzar. Necesitamos mayor autonomía de las decisiones en el ámbito docente por parte de las comisiones de docencia, empoderándolas para llevar a cabo la auténtica y más relevante tarea que tienen encomendada, la formación de especialistas en atención familiar y comunitaria.

Appendix A. Jefes de Estudios de las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Cataluña

Albert Casasa, Ferran Cordon, Joan Deniel, Didac Ettinghausen, Dolors Forés, Cruzma Fuentes, Montse Gavagnach, Josep Anton González, Araceli Griñó, Gregorio Hinojosa, Francesc Margalef, Marta Navarro, Eduard Peñasal, Belen Perez, Judit Pertíñez, Madi Rosell, Beatriz Satué y Rosa Villafàfila.

Appendix B. Presidentas de las Subcomisiones de Enfermería

M. Carme Alvira, Sofia Berlanga Fernández, Carme Grabolada Poch, Maria Àngels Larrabeiti Castillo, Carme Marquilles Bonet, Montserrat, Rambla Cardona, Montserrat Sallés Coletas, Montserrat Saumell Torner, Ció Tor Figueras y Judit Vila.

Bibliografía

1. Juncosa Font S, Aliaga Celma F, BundoVidiella M, Cordon Granados F, Cots Yago JM, Ezquerra Lezcano M, et al., Grupo de Evaluación y Acreditación de las Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria de Cataluña. Valoración de un nuevo sistema de acreditación y reacreditación docente de centros de salud. *Aten Primaria*. 2001;28:269–77.
2. Martín Zurro A. Red de Comisiones de Docencia de Catalunya. Acreditación y reconocimiento de los tutores. Incentivación de la acción tutorial. *Educación Médica*. 2003;3:19–20.

3. Vilert Garrofa E. Cap d'Estudis Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària SSIBE - Girona. i caps d'Estudi de les UUD de Medicina de Família i Comunitària de Catalunya. Protocol de supervisió i nivell de responsabilitat dels residents de medicina familiar i comunitària en les urgències hospitalàries. *Butlletí*: Vol. 30: Iss 1, Article 5. [consultado 16 Jun 2016]. Disponible en: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_5921_ART_110.pdf
4. Ezquerra Lezcano M, Bundo Vidiella M, Descarrega Queralt R, Martín Zurro A, Fores García D, Fornells Vallès JM. Valoración formativa: experiencia de las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2010;42:233–40.
5. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar, Comunitaria. Programa formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. *BOE*. 2005;105:15182–225.

Albert Casasa y Grupo Jefes de Estudios de las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Cataluña y Presidentas de las Subcomisiones de Enfermería[◇]

EAP Sardenya, Barcelona, España

Correo electrónico: acasasa@eapsardenya.cat

◇ Más información sobre los componentes del Grupo Jefes de Estudios de las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Cataluña y Presidentas de las Subcomisiones de Enfermería, se encuentran relacionados al final del trabajo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.04.006>
0212-6567/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Aplicación del consenso de factores de riesgo vascular en el paciente mayor de 80 años en atención primaria



Application of consensus: Management of vascular risk factors in patients older than 80 in primary health care

Sr. Editor:

En 2014 se publicó el documento español de consenso sobre tratamiento de factores de riesgo vascular en paciente mayor de 80 años, en el que colaboró nuestra Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)¹.

El documento nos pareció útil, coincidente con nuestra forma de pensar, y queremos compartir nuestra experiencia, tras aplicarlo durante un año en 4 cupos de atención primaria (AP), en 343 pacientes.

Sin necesidad de consultar el documento completo, publicado en *Medicina Clínica* y no en *ATENCIÓN PRIMARIA*, donde creemos que tiene mayor aplicación, la tabla en la que mostramos los resultados puede resumir las principales recomendaciones.

Mostramos los objetivos conseguidos en la [tabla 1](#), que muestra los grados de evidencia según la American Diabetes Association (ADA)².

La clasificación inicial de los pacientes, según expectativa de vida y comorbilidades, fue relativamente sencilla, debido al conocimiento previo que teníamos al ser sus médicos de cabecera.

Respecto a la hipertensión arterial (HTA) fue difícil conseguir objetivos de TA sin bajar de 120/80 mmHg, por lo que debíamos relajar los tratamientos, por efectos secundarios y por haberse asociado a mayor mortalidad³. Se ha propuesto que debíamos dejar cifras ligeramente superiores, aunque se haya demostrado disminuir la mortalidad⁴, lo cual ya sugería el consenso, permitiendo cifras de 160/90 mmHg de haber mala tolerancia.

Los tratamientos del consenso sobre estatinas y antiagregantes, coinciden en bastante medida con los criterios STOPP-START de medicaciones inadecuadas⁵ en su apartado STOPP-A13 (antiagregantes inadecuados sin prevención secundaria) y START-A4 (dar estatinas en prevención secundaria con expectativa de vida > 5 años e independencia para las actividades de la vida diaria). Aunque hay pocas evidencias en ancianos, el consenso de 2014 indica mantenerlos en pacientes funcionales en prevención secundaria y alto riesgo si se toleran.

Respecto a las estatinas hay un tercio con buena calidad de vida en que no las indicamos, pero quizás es peor que, en casi la mitad de los pacientes con escasa expectativa de vida, las hemos mantenido, debiendo ser más ambiciosos. Cuando indicamos estatinas alcanzamos objetivos en general.