



Documento marco

LA FORMACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA APS Y SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ESPAÑA Y EUROPA

Actividad incluida en la Línea de Intercambio: III.21.08 Calificación de los Recursos Humanos necesarios para la prestación de servicios en sistemas de salud organizados en torno a la APS 2008

Bajo la responsabilidad de:



Enero, 2009

INTRODUCCIÓN

RESUMEN EJECUTIVO

FORMACIÓN DE GRADO

Precedentes históricos

- a. La pérdida de la enseñanza de la medicina en la universidad por los médicos generales.
- b. Los cambios sanitarios en la España del siglo XX.
- c. El declive de la Medicina en Atención Primaria y el auge de la Medicina Hospitalaria.
- d.

Dificultades en la formación de profesionales sanitarios para la APS.

- e. Dificultades para la presencia de la APS en la formación de Grado.
- f. Problemas que se generan por la ausencia de la Medicina de Familia en el Grado.

El Espacio Europeo de Educación Superior

Mejoras en el postgrado de Medicina de Familia por su presencia en el Grado.

Existencia de materias específicas de APS.

Instancias responsables de la docencia

Programas docentes

FORMACIÓN MÉDICA DE POSTGRADO EN EUROPA Y ESPAÑA

Introducción

Programas de especialización médicas en Europa

Proceso de especialización médica en Europa y EEUU

- a. Francia
- b. Italia
- c. Países Bajos
- d. Alemania
- e. Reino Unido
- f. EEUU

Modelos de especialización médica en Europa

La especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en Europa

Proceso de especialización médica en España

- a. Normas legales
- b. La residencia en Medicina Familiar y Comunitaria
- c. Etapas del proceso de elaboración del Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Los ejes de la implementación del programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España

FORMACIÓN CONTINUADA Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL DIRIGIDA AL RECONOCIMIENTO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN ESPAÑA

Curso de perfeccionamiento para la obtención del título de médico especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria

ECOE para el acceso excepcional y transitorio en la obtención del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

Actualmente la formación de Grado en Medicina en los países europeos y en España se realiza en Facultades de Medicina de la Universidad y esta dirigida a formar profesionales en competencias genéricas y polivalentes que constituyan la base sobre la que realizar una posterior especialización de postgrado mediante un sistema de residencia. Para todos los recién egresados de las facultades de medicina de la Comunidad Europea es requisito indispensable para trabajar de médico en la red sanitaria pública hospitalaria o de atención primaria, el haber adquirido las competencias correspondientes de especialista mediante una formación postgrado como residente. En España el sistema de selección de los candidatos a plazas de residente y de centro sanitario docente, así como su evaluación y acreditación en España está regulado, garantizado y certificado a nivel nacional por las autoridades educativas y sanitarias.

La presencia de la Medicina de Familia en el currículo de Grado mejora la formación de grado en medicina por que: reequilibra la formación actual basada en el hospital, orientada a la teoría, con división cartesiana mente/cuerpo, centrada en la enfermedad y en el modelo biológico, con una formación en situaciones sanitarias y sociales reales del paciente; proporciona contenidos teórico-prácticos transversales, genéricos y específicos; su transversalidad potencia la comunicación horizontal entre disciplinas y por su carácter inter y multidisciplinar estimula al estudiante en la colaboración con otras disciplinas y especialidades; complementa la formación hospitalaria con el modelo bio-psico-social y una visión holística de los pacientes, las familias y la comunidad; orienta al estudiante a la resolución de problemas; su carácter transversal y generalista que "recorre" todo el currículo formativo, la constituye en una estructura docente armonizadora y globalizadora de contenidos a lo largo de toda la licenciatura; facilita la transversalidad y comunicación horizontal entre los diferentes contenidos, entornos y estructuras docentes de las Facultades de Medicina y los Servicios de Salud; inicia al estudiante en el ejercicio del pensamiento crítico, el manejo de la incertidumbre en la toma de decisiones, conocimiento global del enfermo, en su proyección integral y en las vertientes personal, familiar y comunitaria.

La presencia de asignaturas y de prácticas en Centros de Salud esta generalizado en todos los países europeos. Es relevante que la correlación positiva entre el nivel de desarrollo socioeconómico y universitario de los países con la presencia en sus facultades de medicina de Departamentos de Medicina de Familia en sus facultades. En los países más desarrollados económica, técnica y educativamente la presencia de la Medicina de Familia en la universidad se establece en igualdad académica al resto de disciplinas tradicionales. La disciplina académica de Medicina de Familia debe ser impartida por profesores con formación y titulación en dicha área. El aprendizaje de campo mediante prácticas tuteladas debe hacerse en Centros de Salud y asistenciales específicos de la Atención Primaria de Salud. El entorno de aprendizaje de la Atención Primaria de Salud es un ámbito de aprendizaje idóneo para los alumnos de medicina, independientemente de su tipo de especialización posterior.

De la documentación analizada se concluye que en Europa hay una considerable variabilidad en las estructuras, procesos y programas de formación médica especializada. La formación específica en MF/GP es obligatoria en todos los países de la UE y en todos los países adscritos a la UEMO y es reconocida como especialidad en el 93.3%. El 44% de los países ofertan 4, 5 y 6 años de formación y 46%: 3 años: 2 años

(3 países); 3 años (14 países); 4 años (6 países); 5 años (6 países) y 6 años: 1 país. En el 50% de los países la denominación es Medicina de Familia y en el 50% Medicina General. Existe Programa oficial en el 70% de los países, con rotaciones prefijadas en el 76% de los programas, Formación teórica práctica en el 73.3%. La investigación se incluye en el 73% de estos. En cuanto al tiempo de formación el 57% mismo tiempo o más tiempo de formación en Atención Primaria. En la mitad de los países el responsable de la formación es la Universidad y en la otra mitad es gobierno/profesión.

Desde hace años se viene demostrando que la atención médica deben proporcionarla médicos bien formados y entrenados en su práctica. El nuevo programa de la especialidad de MFyC en España aporta: adaptación al perfil profesional y a los valores del médico de familia. pluripotencialidad, flexibilidad e incremento de tiempo; definición del perfil competencial con los niveles de prioridad y de responsabilidad; profundización en el eje tutor-residente; redefinición del perfil competencial: estableciendo áreas esenciales, profundizando áreas propias e incorporando áreas nuevas; referente para el mantenimiento de la competencia; contenidos genéricos, transversales y específicos. Posibilita la troncalidad; contribución al impacto sobre, efectividad, eficiencia, equidad y satisfacción; gran potencial por su solidez metodológica y posible referente para programas de formación de otras especialidades; gran potencialidad por el alto grado de consenso y de participación; potente herramienta de cohesión y calidad del sistema.

La especialización tiene innegables ventajas, ya que mejora la calidad de la asistencia y favorece el avance en el conocimiento mediante la investigación y la docencia. Este hecho nos lleva a alcanzar en España las 47 especialidades médicas actualmente aprobadas. Sin embargo, esta situación también tiene algunos inconvenientes al provocar la atomización de la asistencia a un mismo paciente e incluso la desconexión entre los distintos profesionales con distintas áreas de interés. Con el agravante bien conocido de que cuanto más se segmente el mercado, mayores le parecerán las necesidades al planificador. Por ello, en el momento actual asistimos a un intenso debate sobre cómo hallar un equilibrio entre la necesaria subespecialización y la necesidad de integrar la mayoría de los aspectos de la práctica médica prevalente en el núcleo duro de la formación de todos los especialistas, mediante una formación troncal.

La medicina de familia y la atención primaria son una especialidad y un ámbito sanitario de extraordinaria envergadura para la formación troncal y esta debe iniciarse indefectiblemente en el grado. Ya que al igual que Grishaw demuestra que cuando los “médicos de familia con interés especiales” ocupan puestos en los hospitales mejoran la coordinación entre niveles, hecho claramente demostrado en nuestro país con la presencia de médicos de familia en las puertas de Urgencias, también estamos convencidos que la formación de una gran proporción de especialistas en nuestro ámbito mejorara de forma considerable no sólo la elección vocacional de nuestra especialidad sino también la coordinación entre niveles sanitarios.

La experiencia y riqueza profesional de los médicos que ya trabajan en APS, con una amplia experiencia práctica en la medicina del primer nivel de atención, pero sin formación postgrado específica, a la cual no ha podido tener acceso la mayoría, debe ser potenciada y aprovechada en los servicios de salud. Para ello se les debe facilitar los cauces formativos suficientes para que puedan actualizar sus conocimientos y competencias profesionales y ejercer su profesión de manera adecuada y con la mayor

calidad posible. A su vez deben demostrar ante las autoridades asistenciales y académicas de manera objetiva la capacitación profesional que le es exigible a un Médico de Familia que ha realizado una formación postgrado.

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal del presente documento será conocer los procesos formativos que deben desarrollar los profesionales de Atención Primaria de Salud (APS) en España para ejercer sus funciones de manera que puedan dar respuesta profesional a las necesidades de salud de las poblaciones a las que atienden. Esta información sobre la situación de la formación de recursos humanos para la Atención Primaria en España busca facilitar la elaboración de las correspondientes recomendaciones para iniciar procesos de cambio en la calificación a las necesidades inherentes a la puesta en marcha de una APS.

Los cambios en la formación médica en los últimos decenios en España han sido importantes. El futuro lo será aún más por las políticas que en materia educativa se promueven desde el denominado “Espacio Europeo de Educación Superior” (EEES). Un informe sobre la situación de la formación de los recursos humanos para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en España requiere para su análisis revisar el proceso de la formación de los profesionales sanitarios en relación a la salud comunitaria a lo largo de todo el proceso desde que se constituyen un modelo de Sistema Nacional de Salud y desde que se crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria con el consiguiente proceso de definición de la especialidad, desarrollo des modelo de acceso y de formación, así como los diferentes sistemas que se han seguido para incorporar a la Atención Primaria y actualizar la formación de aquellos profesionales y médicos generales que ya están trabajando en el sistema pero sin tener la acreditación de título de especialista con las competencias que ello le reconoce.

Las bases estratégicas que pueden conducir a la introducción de cambios en el modelo asistencial actual de la APS y de Salud Familiar y Comunitaria se basan en los procesos de aprendizaje de los futuros médicos y especialistas de los servicios de salud. La importancia de la formación de Grado y de Postgrado es definitiva. Su impacto sobre los comportamientos clínicos y éticos de los profesionales y su relación coste beneficio comparadas con otro tipo de estrategias que actúan sobre profesionales en fases de meseta profesional son de una indudable rentabilidad.

Dada la importancia que para el futuro de los Servicios de Salud tiene el proceso de aprendizaje y especialización en medicina, se analizarán la formación de Grado y Postgrado para el ejercicio de la Medicina en España.

FORMACIÓN DE GRADO

A. Precedentes históricos

La incorporación de la Medicina de Familia y los servicios asistenciales de la Atención Primaria en la Universidad en España comenzó a partir del año 1987, momento en que la Ley General de Sanidad incorpora la necesidad de que todas las Facultades de Medicina deben de disponer de tres Centros de Salud Universitarios para la docencia de grado. Sin embargo, esta participación de la Medicina de Familia fue en realidad una recuperación de los contenidos docentes, entornos de aprendizaje y profesorado.

B. La pérdida de la enseñanza de la medicina en la Universidad por los médicos generalistas

Con las primeras universidades, se estableció uno de los binomios científico-profesionales más sólidos desde que se crearon las primeras estructuras universitarias en el mundo occidental. En las Facultades de Medicina, durante mucho tiempo, los conocimientos y razonamientos que debía saber hacer un médico, se enseñaban y transmitían por otros médicos. Antes de los grandes cambios de la Medicina de finales del XIX y principios del XX, la docencia universitaria médica se basaba en los hospitales de beneficencia, y era impartida por competentes médicos de su época. La transmisión de estas técnicas y conocimientos, con un gran componente empírico, no presentaba la magnitud de los contenidos actuales y, en general, el profesorado de las Facultades de Medicina se aproximaba mucho más a los que hoy consideramos médicos de cabecera o de familia que a los denominados especialistas hospitalarios, la realidad de los conocimientos médicos establecía esta realidad. Los conocimientos y prácticas de la mayoría de los médicos abarcaban a todas las personas y patologías, eran genuinos médicos generalistas. Las diferencias en la formación con los cirujanos se mantuvieron hasta final del siglo XIX.

Con el comienzo del siglo XX y más concretamente a partir del Informe Flexner (Flexner, 1910) la presencia de la medicina general académica sufrió un profundo alejamiento de las universidades. Además, con el advenimiento de las especialidades médicas a lo largo de todo el siglo pasado, se produjo un amplio abismo entre las Facultades de Medicina y el profesional del tronco común de la Medicina, el médico de cabecera. Sin embargo, esta ausencia del médico de cabecera, con la denominación actual de médico de familia, en la formación de los estudiantes de Medicina comenzó a tener sus consecuencias. Comenzó una progresiva pérdida de competencias clínicas en los médicos de Atención Primaria conforme la eclosión de las especialidades y subespecialidades, cuantitativa y cualitativamente, establecían un desequilibrio en el sistema sanitario con una hipertrofia de actividades sobre problemas de salud menos prevalentes y con tecnologías de alto coste. La formación en medicina pasó a ser impartida en exclusividad por médicos hospitalarios con una visión parcial, biomédica y curativa de la actividad del médico que formaban.

Sin embargo, desde finales de los años sesenta, en diversos países de cultura centroeuropea y anglosajona, tomaron conciencia de las carencias formativas en este tipo de docencia basada únicamente en las especialidades médico-quirúrgicas. Esta situación generó un importante déficit formativo en aspectos trascendentales como la

relación médico-paciente, la visión global de los problemas de salud de las personas en su triple dimensión psíquica, física y social (integralidad y longitudinalidad de la atención), la integración de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la actividad clínica diaria, etc.

Estas situaciones podían mejorar con la incorporación de la Medicina de Familia en las Facultades de Medicina (Harris, 1969), (Byrne, 1973), (Fraser, 1988), (Howie, 1986). A partir de ahí, comenzó un proceso de recuperación de la Medicina de Familia e incorporación en los currículos docentes en numerosas Facultades de Medicina europeas y norteamericanas (Jonas, 1991) (Walton, 1985).

Los cambios en España en el siglo XX

En España, este proceso está siendo demasiado lento y no exento de múltiples dificultades. El cercano, prestigiado y eficiente médico de cabecera de los años cincuenta, sufrió una fuerte devaluación en sus competencias profesionales durante los años sesenta y setenta, coincidiendo con una simultánea eclosión de especialidades médico-quirúrgicas y de la Medicina hospitalaria, con un incremento, casi en exclusividad, del enfoque biomédico de la atención a la salud, y la omnipresencia de la Medicina hospitalaria, unido a las incuestionables mejoras tecnológicas hospitalarias que permitían el abordaje de un número importante de los problemas de salud de la población. Así, se pudo afrontar determinadas enfermedades infecciosas graves, mejorar los resultados de la cirugía, incorporar los cuidados intensivos en la rutina hospitalaria, etc.

El declive de la Medicina Atención Primaria y el auge de la Medicina Hospitalaria

Mientras, en la España de los años 70 del siglo XX, los gestores de los servicios de salud de la Atención Primaria fomentaban la figura de un Médico General de Ambulatorio sin apenas recursos diagnósticos, con una formación continuada autogestionada, sin tiempo para pasar consulta (no eran infrecuentes las consultas de más de 100 pacientes en ¡2 horas!) y con una amplia disponibilidad del talonario de recetas y de bajas laborales, la situación económica y social del país lo permitía.

En España el médico de cabecera de los años cincuenta, sufrió una fuerte devaluación en sus competencias profesionales durante los años sesenta y setenta, coincidiendo con una simultánea eclosión de especialidades médicas y quirúrgicas y de la Medicina hospitalaria, con un incremento, casi en exclusividad, del enfoque biomédico de la atención a la salud, y la omnipresencia de la Medicina hospitalaria, unido a las incuestionables mejoras tecnológicas hospitalarias que permitían el abordaje de un número importante de los problemas de salud de la población.

Las mejoras en la medicina hospitalaria no tenían su correlato en atención primaria. Así, se fomentó la figura de un Médico General de Ambulatorio sin apenas recursos diagnósticos, con una formación continuada autogestionada, sin tiempo para pasar consulta. En estas condiciones laborales, la Medicina de Familia no podía asumir responsabilidades docentes en el grado. La formación médica española, al igual que en otros países, no permaneció ajena a esta situación. El crecimiento cuantitativo y cualitativo de la Medicina hospitalaria consolidó, de manera definitiva, el papel de los especialistas hospitalarios en la formación médica. La Universidad priorizó la

investigación como herramienta de la mejora científica y tecnológica, mientras que la disponibilidad de recursos en Atención Primaria descartaba cualquier tipo de aportación significativa a la universidad en este campo.

El médico general quedó relegado a un papel de filtro asistencial del hospital y los especialistas de ambulatorio, cuidador de patologías banales y burócrata dispensador de citas y recetas, siendo impensable, ante esta situación, que el médico general tuviera algún tipo de oferta docente para la universidad. Con estas condiciones laborales, lógicamente la Medicina de Familia no podía asumir responsabilidades docentes en pregrado. La formación médica española, al igual que en otros países, no permaneció ajena a esta situación. El crecimiento cuantitativo y cualitativo de la Medicina hospitalaria consolidó, de manera definitiva, el papel de los especialistas hospitalarios en la formación médica. Paralelamente a este hecho, las posibilidades de investigación se ampliaron de forma descomunal, hipertrofiándose la investigación biomédica.

La Universidad priorizó la investigación como herramienta de la mejora científica y tecnológica, mientras que la disponibilidad de recursos en Atención Primaria descartaba cualquier tipo de aportación significativa a la universidad en este campo. Simultáneamente a la priorización de la investigación se produjo una dejación, en ocasiones muy significativa, de las obligaciones docentes en las Facultades de Medicina. Dadas todas las anteriores premisas, la siguiente conclusión fue que no todos los médicos podían ser docentes en la universidad, estableciéndose el medio hospitalario como el único capacitado, y financiado para realizar docencia de grado y de postgrado.

Alma-Ata y la recuperación de los Servicios de Atención Primaria en España

A finales de los años setenta y sobretodo a principio de los años ochenta comenzó un proceso de revitalización de la Atención Primaria, el cambio hacia una mejor asistencia médica en Atención Primaria se inició con la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y su formación postgrado mediante una residencia de tres años. Gracias a la creación de una infraestructura de centros de salud, el desarrollo de la especialidad y el incremento del número de médicos de familia con formación postgrado específica, se pudo conseguir la progresiva implantación del modelo de Atención Primaria de Salud.

La situación actual

En la actualidad y desde comienzos de los años noventa, la legislación estatal estableció unas nuevas Directrices Generales de los Planes de Estudios de la Licenciatura de Medicina y además obligaba a establecer los correspondientes Convenios entre la Universidad y los Servicios de Salud. Esto abrió la posibilidad de que la Medicina de Familia pudiera estar presente en alguna medida en las Facultades de Medicina españolas. En general, la propia universidad reconoce serias carencias en el aprendizaje de competencias clínicas y profesionales en el modelo vigente pero las consideran inevitables por la masificación y la escasez de recursos. De manera más o menos implícita delega al postgrado la responsabilidad de su adquisición. Sin embargo, en el postgrado esto se realiza de manera incompleta e irregularmente.

En el caso de las habilidades, el gran peso que tienen las especialidades de Atención Hospitalaria en el Sistema Sanitario y en la formación pregrado, da como resultado que buenos especialistas hospitalarios no sepan manejar a sus propios pacientes en aquellos aspectos básicos y esenciales, pero que no son de su especialidad. El problema de las actitudes es aún más grave, ya que los alumnos no realizan en su formación universitaria ningún tipo de actividad en que se plantee o reflexione sobre los aspectos más dignos y humanos de la Medicina. Así, se han olvidado cuestiones tales como la vocación, la profesionalidad, actitudes éticas, el compromiso profesional con uno mismo y la sociedad, las relaciones con los pacientes y sus familias como parte inseparable del buen profesional, etc. La importancia reside en que la enseñanza universitaria de la Medicina, profesionalmente, debe dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la sociedad, sus contenidos en conocimientos, habilidades y actitudes deben estar supeditados al contexto social y sanitario de la sociedad que la financia.

Nuevas perspectivas y necesidades en la formación de recursos

Una gran parte de los médicos que se forman en las Facultades de Medicina van a trabajar en Atención Primaria, es necesario incluir contenidos específicos de Medicina de Familia para mejorar la preparación de los futuros médicos de Familia y para que el resto de especialistas conozcan los conocimientos, las metodologías y los procedimientos médicos en Atención Primaria, asegurando la mejor eficacia sanitaria y coordinación entre Atención Primaria y Hospital. La Atención Primaria de Salud debe tener un papel central en los Servicios de Salud, todas las propuestas de cambios y reformas sanitarias de todo el mundo pasan por esta premisa. Es difícilmente defendible que un modelo asistencial basado en la Atención Primaria, como legalmente es el español, no tenga en sus Facultades de Medicina profesorado, departamentos y actividades de Medicina de Familia. Más aún, la Medicina de Familia debe ser en las Facultades de Medicina lo que la Atención Primaria debe ser en el Sistema de Salud: su función central y su núcleo principal. (Bonafant, 1998) (Casado, 1997).

Desde comienzos de los años noventa con los decretos que establecían las nuevas Directrices Generales de los Planes de Estudios de la Licenciatura de Medicina y el correspondiente al establecimiento de los Convenios entre la Universidad y los Servicios de Salud, se abrió la posibilidad de que la Medicina de Familia pudiera estar presente en las Facultades de Medicina. El reconocimiento de que las dos grandes lagunas son las habilidades prácticas y las actitudes fomentó esta mínima apertura de las Facultades de Medicina a la Medicina real.

Actualmente, en muchos ámbitos universitarios se continúa considerando que es necesaria una mayor dedicación a memorizar conocimientos, se infravaloran los esfuerzos en la docencia y hay una importante falta de modelos docentes basados en el aprendizaje y centrados en el alumno.

Dificultades para la presencia de la APS en la formación de grado

Las dificultades para que la Medicina de familia esté presente en las estructuras académicas universitarias en igualdad al resto de disciplinas provienen esencialmente de la propia estructura universitaria. Su carácter endogámico y el miedo de las áreas

clínicas a la pérdida de poder (los presupuestos de los Departamentos se establecen en base a la carga horaria de sus asignaturas, una nueva asignatura supone una merma para las de sus correspondientes especialidades). Sin embargo los centros de salud también son un lugar de formación idóneo para el aprendizaje de la Medicina, ya que el alumno, en su proceso de “aprender a ser médico”, encuentra el instrumento docente más importante en su quehacer: “las personas”. Los pacientes son su gran libro abierto y actualizado de la Medicina, a través de los cuales conoce directamente los problemas de salud y las enfermedades que a las personas les importan.

En los países más avanzados, la aportación docente de los médicos de familia no es anecdótica, como sucede en España. Muy al contrario existen en sus universidades Departamentos de Medicina de Familia con importantes actividades de docencia e investigación. Así, ocurre en el Reino Unido, Irlanda, Estados Unidos, Canadá o Australia. En estos países, los alumnos dedican varios meses y cursos a aprender a ser médicos en los centros de salud. Instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan a las facultades de Medicina actualizarse y acompañar los cambios que se están produciendo en los sistemas de salud y en la sociedad, adaptando sus programas a los perfiles profesionales que precisan las personas y el sistema sanitario. Es además un hecho que el mayor porcentaje de médicos trabajará en el futuro en Atención Primaria, pero con el sistema de formación actual se da la paradoja de que la mayoría de ellos no habrá tenido ningún contacto, ni información con ella.

La sociedad española, que financia a su universidad, tiene el derecho a exigirle que ponga todo su mejor hacer en el momento de establecer los Planes de Estudios, y los procedimientos de incorporación de docentes a las Facultades de Medicina. La Medicina de Familia dispone para ofrecer a la universidad en primer lugar pacientes, familias, y en general, entornos docentes idóneos y reales para los alumnos. Por ello, ambos servicios, hospitales y Atención Primaria, deben ser complementarios en el terreno asistencial, docente e investigador.

Problemas que se generan por la ausencia de la Medicina de Familia en el Grado

Actualmente, sigue vigente en el pensamiento de muchos profesores de las Facultades de Medicina que el único aprendizaje posible, a impartir académicamente por médicos de familia, debe quedar reducido exclusivamente a determinados contenidos prácticos de otras materias (médica, pediatría, psiquiatría, medicina preventiva y salud pública, etc.). Por otro lado, éstos ya se enseñan, mediante clases teóricas o prácticas, por el profesorado tradicional de la facultad. Para algunas facultades, el hecho de rotar por los centros de salud con médicos de familia tiene especial interés porque, en determinados aspectos clínicos, el aprendizaje hospitalario puede tener un buen complemento formativo en los centros de salud; o bien, que la posibilidad de conocer el trabajo de los médicos de familia les puede facilitar la elección de esta especialidad en el futuro, y, finalmente, porque les interesa la satisfacción del alumno, y estas actividades siempre son bien valoradas por el alumnado.

Los problemas aparecen porque este modelo de incorporación contiene la idea, claramente errónea, de que «las necesidades académicas actuales de los alumnos de Medicina, en términos lectivos, son suficientemente cubiertas con los contenidos de los actuales planes de estudios en las asignaturas tradicionales». Esta idea lleva implícitas

diversas conclusiones incorrectas y temerarias, tales como: «la Medicina de Familia no aporta contenidos con identidad académica propia», luego no puede ser objeto de asignatura específica; «es un error lo que sucede en numerosas y prestigiosas facultades de países de nuestro entorno socioeconómico que tienen Departamentos de Medicina de Familia, con profesorado y asignaturas específicas de Medicina de Familia»; y peor aún, «los informes y las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS, WONCA, Consejo de Europa, General Medical Council, etc., no son correctos, pues no responden a las necesidades educativas reales de los estudiantes de Medicina».

Aunque en la Tabla 1 se puede observar cómo la presencia de la Medicina de Familia en la Universidad española es mayoritaria, la predisposición de una gran parte de las universidades españolas a incorporar médicos de familia y centros de salud en la programación de sus actividades docentes, obedece a dos motivos principales. En primer lugar, por la obligación legal de tener al menos tres centros de Atención Primaria adscritos a la Facultad de Medicina para la docencia y la investigación, como contempla el artículo 104 de la Ley General de Sanidad y que regula el Real Decreto de Bases Generales de Conciertos entre Universidades e Instituciones Sanitarias (Tabla 2). Sin embargo, el reconocimiento académico de la Medicina de Familia ha comenzado en algunas Facultades de Medicina en España. En ellas, además de contemplar rotaciones obligatorias de su alumnado en centros de salud con médicos de familia, ha comenzado un proceso de incorporación académica de la Medicina de Familia mediante su inclusión como asignaturas optativas en 11 Facultades de Medicina y obligatorias de universidad en tres universidades (Castilla-La Mancha, Barcelona y Sevilla). Hay 177 Centros de Salud Universitarios, con 147 profesores asociados y más de 300 profesores colaboradores.

Tabla 1. Descripción de la Formación en Medicina de Familia en la Universidad Española			
Facultad	Recursos	Actividades	Centros de Salud
ALBACETE Dpto. Medicina U. Ed. Médica	8 CS 5 Prof. Asociados 38 Prof. Colaboradores	Asignatura Obligatoria 2º curso (5 créditos). Prácticas Obligatorias 2º (35 horas), 3º, 4º, 5º y 6º curso.	CS Zona I CS Zona II CS Zona III CS Zona IV CS Zona V-A CS Zona V-B CS Zona VI CS Zona VII
ALICANTE (Miguel Hernández) Dpto. Medicina	10 CS 1 Prof. Titular y Director de Cátedra: 4 Prof. Asociados:	Prácticas Obligatorias 6º (1 mes) Asignaturas Optativas (4.5 créditos) "Medicina de Atención Primaria" "Metodología Científica en Práctica Clínica" Tercer ciclo: Programa de Doctorado completo VII Master Universitario Medicina de Atención Primaria	CS Florida CS Baber CS Ciudad Jardín CS Carrús II CS Altabix CS José María Pemán CS San Juan CS Mutxamel CS Petrer CS Elda
BARCELONA (Autónoma) Dpto. Medicina. Unidad Funcional Medicina Familia UD MFyC	12 CS 1 Director de Cátedra 6 Prof. Asociados Prof. Colab.	Rotación Práctica en 6º Asignaturas Optativas: "Medicina de Familia: la práctica en Atención Primaria" (4.5 créditos) Tercer Ciclo: "Habilidades prácticas en AP"	ABS Passeig Sant Joan ABS Xafarines ABS El Carmel ABS Canteres ABS Barcelona Ciutat ABS Badia del Valles ABS Bon Pastor ABS Horta ABS Salt

			ABS Terrasa Sant ABS Llatzer ABS Terrassa Nord.
BARCELONA Dpto. Medicina. UD MFiC.	17 CS 6 Prof. Asociados 93 Prof. Colaboradores	Seminarios Asignatura Obligatoria en 5º curso con 10-20 horas teóricas y 1 mes de rotación práctica.	ABS Gòtic ABS Raval Sud ABS Dr. Lluís Sayé ABS Dr. Carles Ribas ABS La Pau ABS La Mina ABS El Clot ABS Sant Antoni (2A) ABS Via Roma (2B) ABS Poblenou ABS Sant Joan Despí ABS El Prat ABS de l'Hospitalet ABS Cornellà ABS Viladecans ABS Sant Just Desvern ABS Castelldefels
CÁDIZ Dpto. Preventiva	6 CS 8 Prof. Asociados	Prácticas Obligatorias en 6º (60 horas) Seminarios: Si Evaluación: Si	Cádiz CS Olivillo CS La Merced CS Rodríguez Arias Puerto Real CS Puerto Real Jerez CS La Granja CS Delicias
CANTABRIA Dpto. Medicina y	5 CS 7 Prof. Asociados	Prácticas Optativas en 6º (4 meses) Evaluación	Santander CS Cazoña

Psiquiatría. UD MFyC			CS Castilla Hermida CS Camargo. Torrelavega CS Dobra CS Zapaton.
CÓRDOBA Dpto. Medicina UD MFyC	7 CS 2 Prof. Asociados	Prácticas Optativas en 6º Seminarios de Entrevista Clínica	CS Occidente CS Levante Norte CS Huerta de la Reina CS la Fuensanta CS Guadalquivir CS Poniente Norte Consultorio de la Marina
EXTREMADURA Dpto. Medicina UD MFyC	4 CS 13 Prof. Asociados	Prácticas Obligatorias en 6º Asignatura optativa Medicina de Familia	Badajoz CS La Paz CS San Fernando CS San Roque CS Anexo I Mérida CS Mérida-Urano I
GRANADA Dpto. Preventiva Dpto. Medicina	4 CS 4-5 Prof. Asociados	Prácticas Optativas de Medicina Preventiva Curso de Comunicación para estudiantes	CS Gran Capitán CS Zaidín Sur CS Salvador Caballero CS La Chana
LA LAGUNA Dpto. Preventiva.	5 CS 1 Profesor Titular 5 Prof. Asociados 4 Prof. Colab.	Prácticas Obligatorias en 6º (32 horas) Asignatura Optativa: Medicina en Atención Primaria. Para los cursos de 4º, 5º y 6º, de 45 horas (4,5 créditos).	CS Barranco Grande CS Taco CS La Laguna/Geneto CS Tacoronte CS Barrio de la Salud
LAS PALMAS	4 CS	Prácticas Obligatorias en 6º (2 meses)	CS San Gregorio

Dpto. Preventiva.	4 Prof. Asociados	Asignatura Optativa en 2º ciclo (30 horas).	CS Barrio Atlántico CS Escaleritas CS Cono Sur
LLEIDA	6 CS 8 Prof. Asociados	Rotación práctica en 6º curso (10 créditos) Asignatura optativa en 4º curso (4 créditos) Técnicas instrumentales y Entrevista clínica	Lleida ABS Pla D'Urgell ABS Eixample ABS Bordeta ABS Les Borges B ABS Balafia Pons ABS Pons.
MADRID (Autonoma) Medicina, Pediatría y Preventiva	18 CS 1 Prof. Titular: (CU Salud Pública) 18 Prof. Asociados 30 Prof. Colab.	Prácticas Obligatorias en 6º (1 mes) Asignaturas Optativas "Contacto precoz con el paciente en Atención Primaria", "Atención Primaria: Importancia de la Medicina de Familia" (4.5 créditos). Rotatorio en "Medicina Comunitaria" en CS Vicente Soldevilla.	
MADRID (Complutense) UDD MFyC Áreas 1, 7 y 11 Dpto. Medicina	5 CS	"Estancias Prácticas en Atención Primaria" (1 mes en verano) (4.5 créditos)	Área 1 CS Artilleros EAP Vicente S. CS Federica Montseny CS de Torito. Área 7 CS Palacio de Segovia
MURCIA Dpto. Preventiva	4 CS se consideran plazas de centros docentes de la Gerencia nº 1 de AP de Murcia. 5 Prof. Asociados	Prácticas Obligatorias en 6º de Medicina Preventiva (1 semana)	Murcia CS Santa Mª de Gracia CS Santomera CS Espinardo Molina de Segura CS V. Consolación

<p>NAVARRA Unidad Epidemiología y Salud Pública UD MFyC</p>	<p>15 CS 1 Prof. Titular 106 Prof. Colaboradores</p>	<p>Prácticas Obligatorias en 6º (6 semanas) Seminario Obligatorio Evaluado (12 horas)</p>	<p>CS Azpilagaña CS Barañain CS Berriozar CS Burlada CS Casco Viejo CS Chantrea CS Cizur CS Ermitagaña CS Huarte CS Iturrama CS Mendillori CS Noain CS Rochapea CS San Jorge CS Villava</p>
<p>OVIEDO Dpto. Preventiva UD MFyC</p>	<p>4 CS 5 Prof. Asociados</p>	<p>Prácticas Obligatorias en 6º (3 semanas) Prácticas Optativas en verano (Mieres) Colaboración Docente con: "Planificación Sanitaria", "Demografía y Epidemiología", Nutrición Comunitaria" y "Medicina Preventiva".</p>	<p>Oviedo CS Otero CS Riosa CS Sama CS La Calzada. Mieres CS Mieres-Sur CS Moreda CS Pola de Lena CS Mieres-Norte CS Figaredo CS Cabañaquinta</p>
<p>PAIS VASCO Dpto. Preventiva y Salud Pública Dpto. de medicina</p>		<p>Prácticas Obligatorias (15 días) H. Basurto y H. Cruces (Bizkaia) y H. Aranzazu (Gipuzkoa). Prácticas Voluntarias (2 meses) H. Txagorritxu (Alava).</p>	<p>Centros de Salud Docentes de Postgrado</p>

ROVIRA Y VIRGILI Dpto. Medicina	6 CS 6 Prof. Asociados	Rotación práctica en 3º (Anamnesis/exploración) Prácticas en una ABS (Evaluación final - competencia) Asignatura optativa en 2º ciclo - (4,5 créditos) Conceptos de AP/MF.	ABS Reus-1 ABS Reus-2 ABS Reus-4 ABS Valls Urbà ABS Tarragona-1 ABS Tarragona-2
SALAMANCA Dpto. Medicina	4 CS 4 Prof. Asociados	Prácticas Obligatorias en 6º	CS Alamedilla CS Garrido Sur CS San Juan CS San José..
SANTIAGO Dpto. Medicina	3 Centro de Salud 3 Prof. Asociados	Prácticas Obligatorias 3 días en CS, 5º curso asignatura Clínica Médico-Quirúrgica II Prácticas Optativas Verano para alumnos de 2º y 3º (15-30 días)	CS Vite CS C. Arenal CS Fontiñas
SEVILLA Dptos. Medicina, Psiquiatría y M. Preventiva. UD MFyC	6 CS 6 Prof. Asoc. M. Familia 20 Prof. Colaboradores	Asignatura Obligatoria: "Medicina Familiar y Comunitaria". Dptos. Medicina, Psiquiatría y Medicina Preventiva.	CS Alcalá Guadaira CS Bellavista CS Camas CS Pinomontano CS Sanlucar CS San Pablo
VALENCIA Dpto. Medicina	9 CS 12 Prof. Asociados	Prácticas Obligatorias 15 días en 3º (Patología General) 4º y 5ª (Patología Médica)	CS Salvador Pau CS Trinitat, CS Trafalgar, CS Rep. Argentina, CS Guardia Civil, CS Salvador Allende, CS Godella, CS Fuensanta,

			CS Fuente San Luís.
VALLADOLID Dpto. Medicina y Pediatría UD MFyC	9 CS 8 Prof. Asociados	Prácticas Obligatorias en 6º, 3º (Patología General), Asignatura Optativa "Medicina de Familia" (4.5 créditos) 5 Talleres en el programa de asignatura	CS Parquesol CS Casa del Barco CS Laguna de Duero CS Rondilla I CS Valladolid Sur CS Canterac CS Tórtola CS San Pablo CS Delicias I
ZARAGOZA Dpto. Medicina	9 CS 11 Prof. Asociados	Asignatura Optativa: "Medicina de Familia" de 7 créditos. Curso 2002-2003. Prácticas Obligatorias en 6º Tercer Ciclo: 2 Cursos Monográficos del Doctorado 1 Programa completo de Medicina de Familia. 3 Cursos completos dirigidos por médicos de familia.	CS Almozara CS San Pablo CS Torraramona CS Casablanca, CS Actur Sur, CS Arrabal, CS Delicias Sur, CS Valdefierro, CS Oliver.
29 FACULTADES 26 Actividades de MF 3 Sin información	179 CS 149 Prof. Asociados 4 Prof. Titulares 9 Directores de Cátedra 330 Prof. Colaboradores	Asignaturas Obligatorias de MF:3 Asignaturas Optativas de MF:11 Prácticas Obligatorias: 17 Prácticas Optativas:12	Sin información FM Málaga. FM Alcalá de Henares (Madrid) FM S Pablo CEU (Madrid)

Tabla 2. Legislación española sobre la presencia de los Centros de Salud en la Universidad.

<p>Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril. Punto 4.º del artículo 104 (1986).</p>	<p>«Las Universidades deben contar, al menos, con tres Centros de Atención Primaria universitarios para el ejercicio de la docencia e investigación».</p>
<p>Real Decreto de 28-6-1986 de Bases Generales del Régimen de Conciertos con las Instituciones Sanitarias.</p>	<p>En el caso de Centros de Atención Primaria, universitarios o asociados a la Universidad, el concierto establecerá también fórmulas de participación de la Universidad en los órganos de Dirección de las correspondientes Instituciones sanitarias, así como de éstos en los órganos de gobierno de la Universidad.</p>

Desde los años noventa, numerosos organismos internacionales preconizan la necesidad de actualizar y mejorar las actividades docentes de las Facultades de Medicina en todo el mundo. La World Federation for Medical Education (Med Educ, 2000), en el año 1999, establecía los estándares de calidad de la formación pregrado en Medicina. Sobre la base del anterior informe, la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina Españolas y diversas sociedades de Educación Médica y otras instituciones asumieron estas propuestas en la Declaración de Granada sobre estándares en la educación médica de pregrado (Educación Médica, 2002). En una parte importante de las propuestas expuestas en la Declaración de Granada (Bonal-Pitz, 2002) la Medicina de Familia tiene un papel relevante en las estrategias de su desarrollo (Anexo I).

Igualmente su presencia en forma de Departamentos de Medicina de Familia en la mayoría de las Facultades de Medicina de los países del entorno europeo (Tabla 3 y 4).

En el Reino Unido al igual que en las mejores Facultades de Medicina de Europa la presencia de la Medicina de Familia se produce en diversos años del Grado (Tabla 5) y su presencia académica es en igualdad al resto de disciplinas tradicionales.

Tabla 3. Universidades con Departamentos de Medicina de Familia en Europa			
Aarhus (Dinamarca)	East Anglia (UK)	Leicester (UK)	Queen Mary (UK)
Aberdeen (UK)	Essen (Alemania)	Leipzig (Alemania)	Regensburg (Alemania)
Angers (Francia)	Exeter (UK)	Libre de Bruxelles (Bélgica)	Rennes (Francia)
Belfast. Queen's U. (UK)	Frankfurt (Alemania)	Liege (Bélgica)	Royal Free (UK)
Bergen (Noruega)	Freiburg (Alemania)	Liverpool (UK)	Russian State (Rusia)
Berlin (Alemania)	Galway (Irlanda)	Lunds (Suecia)	Southampton (UK)
Berlin Freie (Alemania)	Glasgow (UK)	Lyon (Francia)	Sheffield (UK)
Berna (Suiza)	Gienssen (Alemania)	Manchester (UK)	St. George's (UK)
Birmingham 1 (UK)	Goettingen (Alemania)	Marburg (Alemania)	St Mary's (UK)
Birmingham 2 (UK)	Göteborg (Suecia)	Mainz (Alemania)	Strasbourg (Francia)
Bonn (Alemania)	Groningen (Holanda)	Montpellier (Francia)	Szeged (Hungria)
Bordeaux-2 (Francia)	Hamburg (Alemania)	Münster (Alemania)	Tours (Francia)
Bochum (Alemania)	Hammersmith (UK)	Nantes (Francia)	Tampere (Finlandia)
Bristol (UK)	Heidelberg (Alemania)	Newcastle -Tyne (UK)	Trinity College (Irlanda)
Cambridge (UK)	Helsinki (Finlandia)	Nottingham (UK)	Tromsø (Noruega)
Cardiff (UK)	Humboldt (Alemania)	Oxford (UK)	Trondheim (Noruega)
Cork (Irlanda)	Iceland (Islandia)	Oslo (Noruega)	Tübingen (Alemania)
Creteil-Paris (Francia)	Kiel (Alemania)	Oulum (Finlandia)	Turku (Finlandia)
Debreceni (Hungria)	Imperial College (UK)	Paris-5 Ouest (Francia)	Ulm (Alemania)
Dublin (Irlanda)	Keele (UK)	Paris-Sud (Francia)	Uppsala (Suecia)
Dublin - Trinity (Irlanda)	King's College (UK)	Pitié-Salpêtrière Paris (Francia)	Versailles-Paris (Francia)
Dundee (UK)	Kuopio (Finlandia)	Praga (R. Checa)	Wales - Cardiff (UK)
Düsseldorf (Alemania)	Lariboisière-Paris (Francia)	Praga: Charles (R. Checa)	Witten/Herdecke (Alemania)
Edinburgh (UK)	Leeds (UK)		Würzburg (Alemania)
			Xavier BICHAT-Paris (Francia)

Tabla 4. Porcentaje de Facultades de Medicina Europeas con Departamentos de Medicina de Familia en igualdad al resto de disciplinas.

Alemania	100%
Austria	50%
Bélgica	100%
Croacia	100%
Dinamarca	100%
Eslovenia	100%
España	0%
Finlandia	100%
Francia	30%
Grecia	20%
Holanda	100%
Hungría	75%
Irlanda	100%
Italia	0%
Malta	100%
Noruega	100%
Polonia	100%
Portugal	100%
Reino Unido	100%
Suecia	100%

Tabla 5. Medicina de Familia como materia obligatoria a lo largo del Grado.	
Alemania	En 4º, 5º y 6º
Austria	En 11º y 12º semestre (120 horas)
Bélgica	En 4º curso
Croacia	En periodo clínico (140 horas)
Dinamarca	En periodo clínico (7 semanas)
Eslovenia	En 6º curso (7 semanas)
España	Obligatoria en 3 FM, en otras voluntaria
Finlandia	En 1º y 3º (Turku) y en 4º y 6º (Helsinki)
Francia	En periodo clínico
Grecia	En 6º curso (Creta)
Holanda	En periodo clínico
Hungría	En 5º y 6º curso
Irlanda	En 4º, 5º y 6º curso
Italia	En 4 universidades de 36
Malta	En 3º, 4º y 5º curso (12 semanas)
Noruega	En 10º Term (10-15 semanas)
Polonia	En 6º curso (100 horas)
Portugal	En 6º curso
Reino Unido	En todo el periodo clínico
Suecia	En 6º, 7º, 8º y 9º semestre

Además, los múltiples retos que establece el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) para todas las universidades europeas requieren de la participación de una gran cantidad de los recursos y entornos docentes para cada una de las titulaciones. El concepto de EEES se inició en 1998 con la Declaración de La Sorbona (1998), y se consolidó en 1999 con la Declaración de Bolonia. En éstas los ministros europeos de Educación instan a los estados miembros de la Unión Europea a desarrollar e implantar en sus países una serie de actuaciones (Tabla 6).

En el caso de la Licenciatura de Medicina se deben producir cambios cualitativos en sus Planes de Estudios desarrollando una estructura transversal, orientándose a la generalidad, evitando contenidos de especialidad, con un especial énfasis hacia el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes a través de un incremento sustancial de la docencia práctica. Todo ello con un incremento de la calidad de la docencia a través del cambio de objetivos docentes a objetivos de aprendizaje y una mayor implicación en la enseñanza de los alumnos, fomentando el autoaprendizaje, y de los profesores cuya dedicación a la docencia debe tener un papel preeminente.

En esta línea de cambios de los planes de estudio de Medicina, es importante señalar que algunas universidades europeas y americanas, Maastrich (Holanda), Tampere (Finlandia) y MacMaster (Canadá) no sólo han introducido en sus planes de estudio la MF, sino que han modificado los programas docentes de forma radical, tanto en contenidos como en metodología, orientando los mismos a la atención al paciente y la competencia profesional.

Ahora que la convergencia con Europa será pronto una realidad a través del Tratado de Bolonia sobre la Educación Superior Europea, a diferencia del resto de países de la Unión Europea, en España la Universidad no acaba de reconocer académicamente a la Medicina de Familia, y se demora en contemplarla académica, administrativa y legalmente en igualdad con el resto de disciplinas. Algo que es imprescindible si queremos mejorar el trabajo, la cercanía y los conocimientos de todos los médicos del sistema de salud. Los ciudadanos, que son los que financian la universidad, deben saber que están en su derecho a exigir que todo lo dicho hasta aquí se tenga en cuenta a la hora de establecer los Planes de Estudios y los procedimientos de incorporación de docentes a las Facultades de Medicina. No parece razonable desperdiciar la acreditada experiencia docente e investigadora de las unidades docentes de Medicina de Familia, la amplia red de centros de salud docentes repartidos por todo el país, con miles de médicos de familia profesores y tutores, un cuerpo de conocimientos propio, un área de investigación pegada a la realidad de la sociedad..., elementos todos ellos, hoy por hoy, infrautilizados por la universidad.

Tabla 6. Acuerdos y compromisos del Espacio Europeo de educación Superior. Declaración de Bolonia y de Praga

Bolonia	<ul style="list-style-type: none">• Adoptar un sistema de titulaciones comprensible y comparable para promover las oportunidades de trabajo y la competitividad internacional de los sistemas educativos superiores europeos mediante, entre otros mecanismos, la introducción de un suplemento europeo al título.• Establecer un sistema de titulaciones basado en dos niveles principales. La titulación del primer nivel será pertinente para el mercado de trabajo europeo, ofreciendo un nivel de cualificación apropiado. El segundo nivel, que requerirá haber superado el primero, ha de conducir a titulaciones de postgrado, tipo master y/o doctorado.• Establecer un sistema común de créditos para fomentar la comparabilidad de los estudios y promover la movilidad de los estudiantes y titulados.• Fomentar la movilidad con especial atención al acceso a los estudios de otras universidades europeas y a las diferentes oportunidades de formación y servicios relacionados.• Impulsar la cooperación europea para garantizar la calidad y para desarrollar unos criterios y unas metodologías educativas comparables.• Promover la dimensión europea de la educación superior y, en particular, el desarrollo curricular, la cooperación institucional, esquemas de movilidad y programas integrados de estudios, de formación y de investigación.
Praga	<ul style="list-style-type: none">• El aprendizaje a lo largo de la vida como elemento esencial para alcanzar una mayor competitividad europea, para mejorar la cohesión social, la igualdad de oportunidades y la calidad de vida.• El rol activo de las universidades, de las instituciones de educación superior y de los estudiantes en el desarrollo del proceso de convergencia.• La promoción del atractivo del Espacio Europeo de Educación Superior mediante el desarrollo de sistemas de garantía de la calidad y de mecanismos de certificación y de acreditación.

Mejoras en el Postgrado de Medicina de Familia por su presencia en el Grado

La Medicina de Familia puede, y debe, jugar un papel importante en todo este proceso. En primer lugar porque facilita una formación más orientada y adaptada a las necesidades sociales y sanitarias actuales, y aporta un incremento de la elección vocacional para trabajar en la Atención Primaria. Esto es importante si consideramos que el 42% de los médicos españoles se dedica a la Atención Primaria. La exposición temprana a modelos de Medicina de Familia y a experiencias longitudinales de Atención Primaria incrementa la probabilidad de elección vocacional de la Medicina de Familia en el postgrado. Las facultades de Medicina tienen la responsabilidad de formar buenos médicos y además de incentivar su motivación para ocupar posiciones donde la sociedad y los sistemas de salud más los necesiten. Además de este importante aspecto, las aportaciones de la Medicina de Familia a las facultades de Medicina son múltiples y variadas.

- Completa la formación del estudiante al reequilibrar la formación actual basada en el hospital, orientada a la teoría, con división cartesiana mente/cuerpo, centrada en la enfermedad y en el modelo biológico, con una formación en situaciones sanitarias y sociales reales del paciente, basada en la resolución de problemas, orientada a la comunidad, en un modelo bio-psico-social y una visión holística del paciente. Facilita la oferta de conocimientos sobre todas las áreas competenciales genéricas que precisa un médico y conseguir una polivalencia real a sus estudiantes.
- La disciplina académica de Medicina de Familia aporta contenidos teórico-prácticos por la variedad de motivos de consulta en Atención Primaria, trabajar con el cuerpo sano y enfermo, participar en todo el proceso natural de enfermar, realizar un enfoque integral e integrado, la continuidad de cuidados y multidisciplinariedad en su abordaje individual, familiar y comunitario. Tiene normas propias de conducta profesional y clínica, con una actitud de respeto al paciente y de considerar éticamente sus decisiones clínicas diarias. Utiliza del método científico y método epidemiológico. Y, finalmente, tiene una especial preeminencia en la comunicación y relación con los pacientes y sus familias en entornos reales (comunidad, domicilio, centro de salud, colegio, trabajo, etc.) y en condiciones emocionales propias de la vida cotidiana de cualquier persona (stress, enfado, frustración, desesperanza, etc.).
- Trabaja con pacientes y familias. El mejor entorno docente para un alumno de Medicina son los pacientes; de ellos aprenderán lo más importante de su profesión. En Atención Primaria, en España, se atienden más de 309 millones de consultas anuales, frente a los 4.9 millones de ingresos en hospitales. En Atención Primaria habrá cada vez más pacientes, mientras que en los hospitales se produce el fenómeno inverso, las estancias medias de hospitalización han descendido en los últimos años de 14 días en 1982 a 7,6 en 1999. Los pacientes ingresados tienen patologías cada vez más seleccionadas y de mayor gravedad. La prevalencia de los problemas de salud que ingresan en el hospital está forzosamente sesgada y no reproduce las prevalencias reales. La Atención Primaria está más cercana a la realidad del proceso salud-enfermedad. Todo lo

anterior permite al alumno dimensionar la realidad de los problemas de salud de la sociedad en la que va a trabajar y adquirir las competencias adecuadas para encararlos.

- La Atención Primaria es un entorno docente idóneo, ya que en la comunidad el alumno está en una posición privilegiada para aprender las actividades preventivas clínicas, comprender el abordaje de las patologías más prevalentes, y realizar actividades de detección precoz. Los centros de salud disponen de una estructura docente, ya existente, que permite el desarrollo de actividades de pregrado por contar con profesorado y tutores clínicos competentes para realizar una docencia con cualidades de excelencia. El equipo de Atención Primaria es idóneo para comprender el trabajo en equipo, su interacción en el mismo le permitirá considerar aspectos éticos en sus actos clínicos.
- Aporta metodologías docentes, por sus propias características favorece los manejos de la información, el aprendizaje activo, el autoaprendizaje, el razonamiento clínico en entornos de incertidumbre, reales y simulados. Fomenta la utilización óptima de los recursos disponibles. Desarrolla competencias para el acceso a la información y sus nuevas tecnologías. Facilita el aprender a comunicarse con el paciente en entornos reales y cotidianos para el paciente y sus familias. Inicia a los alumnos en el ejercicio del pensamiento crítico, el manejo de la incertidumbre en la toma de decisiones, conocimiento global del enfermo, en su proyección integral y en las vertientes personal, familiar y comunitaria. Su visión transversal del historial de salud del paciente potencia el flujo horizontal entre disciplinas y por su carácter ínter y multidisciplinario estimula al estudiante en la colaboración con otras disciplinas y especialidades.
- En el campo de la investigación genera cuerpo de conocimiento por su capacidad de dar respuesta a preguntas que sólo se pueden responder cuando el proceso investigador se realiza en Atención Primaria o es imprescindible su colaboración. Desarrolla y gestiona el conocimiento por su potencial de trasladar a los pacientes y a la comunidad los resultados de la investigación.

Existencia de materias o asignaturas específicas de APS

En el último estudio realizado la presencia de materias o asignaturas específicas de APS/Medicina de Familia es desalentador. Sólo en unas pocas facultades de medicina hay asignaturas obligatorias, en algunas más se oferta como materia optativa y en la mayoría se establece un periodo de rotación por los centros de salud. Los datos concretos se pueden ver en la Tabla 1.

Instancia responsable (Área de Educación y Universidades o Área de Sanidad)

En España la instancia responsable es el Área de Educación y Universidades. Esta situación conduce a situaciones paradójicas y de gran ineficiencia docente.

Las estructuras universitarias tradicionales tienen serias dificultades para entender el proceso de aprendizaje del médico y se plantean su formación principal en base a clases teóricas (siempre tiene el colchón del postgrado para enderezar y arreglar las carencias del grado). Pero el problema no es solo de tipo conceptual. En España la estructura

universitaria tiene el poder de decidir casi en exclusividad cuestiones de vital importancia para el resto de la sociedad. Así, decide de manera autárquica el número de alumnos a formar, los contenidos del plan de estudios, el nivel y el perfil profesional y competencial del futuro médico, y todo ello en base a los intereses de los diferentes grupos de presión de la propia universidad. Pero los servicios de salud son los que necesitan un número determinado de profesionales, son los que conocen perfectamente el perfil profesional de los médicos que necesitan en función de las necesidades asistenciales y de salud de la población, son los que aportan la mayor parte del profesorado y los entornos de aprendizaje y finalmente van a ser sus futuros contratados de manera obligada, todo ello con la contrapartida de no poder formar parte del proceso de la toma de decisiones en todos estos temas que les incumben. Esta es la gran paradoja y el gran déficit de la formación médica en España.

Existencia de departamentos de Medicina/Enfermería Familiar y Comunitaria

En el momento actual la medicina de familia no está presente en las estructuras académicas en igualdad con el resto de disciplinas. Solamente existen determinadas estructuras financiadas por empresas (generalmente de la industria farmacéutica) denominadas cátedras de patrocinio sin impacto real en los planes de estudios ni en las estructuras académicas.

Programa docente

Los programas docentes de Medicina de Familia en la universidad española hasta el momento actual son escasos y diversos.

Sin embargo al amparo del EEES se está viviendo un momento extraordinariamente interesante en el que todas las sociedades científicas de Medicina de Familia de España, junto con las cátedras de patrocinio que dependen de las Facultades de Medicina y la Academia de Medicina Familiar y Comunitaria de España de semFYC han hecho una apuesta muy importante para incorporar la asignatura de medicina de familia como asignatura obligatoria de 6 ECTS y como prácticas tuteladas de 9-12 ECTS. Documentos disponibles: <http://www.amfe.es>

Las prácticas de los alumnos de medicina en APS

La Ley General de Sanidad estableció la necesidad que las Facultades de Medicina dispusieran para la formación de los estudiantes de medicina de al menos 3 Centros de Atención Primaria. Desde que se promulgo hasta la actualidad aún quedan Facultades de Medicina sin convenios específicos que contemplen la participación de las Instituciones Sanitarias de Atención Primaria en la docencia.

El desarrollo de la Orden EC/332/2008 para el título de médico que determina la existencia obligatoria de prácticas tuteladas en Centro de Salud hace prever que esto se modifique por lo cual la Academia de Medicina de Familia de España y las cátedras de patrocinio ha hecho una sólida propuesta de prácticas tuteladas en centros de salud

FORMACIÓN MÉDICA DE POSTGRADO EN ESPAÑA Y EN EUROPA

Introducción

El programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España tiene sus comienzos en 1978. A lo largo del tiempo ha habido una adaptación de sus contenidos y metodologías a las necesidades de salud de la población y de las necesidades asistenciales del Sistema Nacional de Salud. Desde hace 4 años tenemos un nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Este es el tercer programa oficial y el quinto real en los 30 años de existencia de la especialidad, lo que demuestra la pujanza y el dinamismo de los médicos de familia en España. A pesar de ser una especialidad relativamente joven, se ha conseguido su consolidación e implantación generalizada.

En la actualidad se han formado más de 20.000 especialistas en esta especialidad, estando actualmente 6.100 en proceso de formación. Ha habido no sólo este gran avance cuantitativo sino también otro cualitativo, con infinidad de revistas, libros, monografías, cursos, talleres, grupos de trabajo, congresos, actividades de investigación y docencia, etc., llevados a cabo por médicos de familia.

La formación de postgrado mediante un sistema reglado de formación y con un proceso único, público y mediante examen se inició en España en 1978, coincidiendo en el mismo año con la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Esto supuso un cambio muy importante en el proceso de formación de especialistas Médicos en España que se encontraba regulado y realizado por los Colegios de Médicos mediante un sistema burocrático que otorgaba títulos de especialista sin ningún tipo de control o bien mediante la realización de unos cursos en las denominadas Escuelas de Especialidades ubicadas en las Cátedras de de las distintas especialidades en las Facultades de Medicina que además de carácter endogámico y mercantilista del proceso no garantizaban la formación correspondiente, recayendo el peso de garantizar la formación recibida en el propio médico, sin ningún tipo de control estatal o externo.

Con la necesidad y apuesta por un futuro sistema nacional de salud y ante la mala calidad de la formación que el sistema universitario no era capaz de arreglar y garantizar , se tomó la decisión de establecer un modelo compartido de regulación y gestión de la formación de especialistas regulado y coordinado por los Ministerios de Sanidad y de Educación, y estableciendo la responsabilidad principal en el Ministerio de Sanidad y con todo el proceso formativo de los especialistas gestionado y realizado en los Servicios de Salud alejando definitivamente a la universidad de este proceso. Los efectos beneficiosos de esta decisión de retirarle a la Universidad sus competencias en la formación postgrado son reconocidos por todas las instituciones en España.

Tras 30 años de esta situación, los cambios y mejoras que han sucedido son múltiples, así actualmente hay un proceso de armonización de las especialidades médicas con respecto al resto de los países de Europa.

Las especialidades médicas en Europa

En un reciente documento del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (Troncalidad. Ministerio de Sanidad y Consumo 2008) se hace un exhaustivo repaso sobre la situación de las especialidades médicas en Europa y así se observa que desde un punto de vista administrativo, las especialidades médicas conforman tres grupos según el número de estados miembros en los que existen y el cumplimiento de los requisitos establecidos en la directiva 2005/36/CE.

Tipo de especialidades médicas en Europa

Según el grado de coordinación se diferencian tres grupos de especialidades:

1. Especialidades de coordinación total, que existen en todos los estados miembros de la Unión Europea (UE) y en todos ellos se cumplen los requisitos establecidos en directiva. Al tratarse de una formación armonizada en toda la UE, los correspondientes títulos de especialista son objeto de reconocimiento automático en todos los estados miembros.

Está compuesto por 18 especialidades médicas:

- Anestesia y Reanimación
- Anatomía Patológica
- Cirugía General y del Aparato Digestivo
- Cirugía Plástica Estética y Reparadora
- Medicina Familiar y Comunitaria
- Medicina Interna
- Neumología
- Neurología
- Neurocirugía
- Obstetricia y Ginecología
- Oftalmología
- Oncología Radioterápica
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Urología.

2. Especialidades de coordinación parcial: A partir de la Directiva 2005/36/CE (artículo 26), la inclusión de nuevas especialidades médicas en el Anexo V, para su reconocimiento automático, exige dos requisitos:

Que la especialidad sea común como mínimo a dos quintos de los Estados miembros. Además, debe incluirse en el Anexo mediante el procedimiento de "comitología" del artículo 58.2, requiriendo mayoría cualificada (2/3) en el Comité para el Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales.

Son 24 las especialidades españolas que cumplen estas condiciones:

- Alergología (reconocida en 14 países)
- Análisis Clínicos (12 países);
- Angiología y Cirugía Vascul ar (20 países)
- Aparato Digestivo (24 países)
- Bioquímica Clínica (15 países);
- Cardiología (23 países)
- Cirugía Oral y Maxilofacial (13 países)
- Cirugía Pediátrica (21 países)
- Cirugía Torácica (24 países)
- Dermatología Médico-quirúrgica (23 países)
- Endocrinología y Nutrición (21 países)
- Estomatología
- Farmacología Clínica (14 países)
- Geriátría (16 países)
- Hematología y Hemoterapia (21 países)
- Inmunología (14 países)
- Medicina Física y Rehabilitadora (21 países)
- Medicina Preventiva y Salud Pública (21 países)
- Medicina Nuclear (21 países)
- Medicina del Trabajo (24 países)
- Microbiología y Parasitología (20 países)
- Nefrología (22 países)
- Neurofisiología Clínica (8 países)
- Reumatología (23 países).

3. Especialidades sin coordinación. Son especialidades que no figuran en la relación de los dos grupos anteriores. Los requisitos de formación se establecen en las normas internas de cada estado miembro, sin que resulten aplicables las previsiones de la Directiva. Al no existir una formación armonizada a nivel comunitario, el reconocimiento no es automático, sino que se articula a través de la evaluación y el análisis de la formación acreditada por el solicitante. Cuando la formación no es equivalente a la exigida en el estado en el que se solicita esta especialidad, puede establecerse la exigencia de una formación adicional hasta completar la misma.

Son 6 las especialidades españolas sin coordinación:

- Cirugía Cardiovascular
- Hidrología Médica
- Medicina de la Educación Física y el Deporte
- Medicina Intensiva
- Medicina Legal
- Oncología Médica.

4. Especialidades que no existen en España, pero sí en otros países de la Unión Europea. Estos títulos facultan al médico para ejercer en su estado miembro de origen una actividad médica que corresponde, en cierta medida, aunque no de manera formal, a la especialidad médica que desea ejercer en el estado miembro de acogida. En este segundo supuesto, el estado miembro de acogida podrá

exigir a los médicos migrantes que cursen una formación complementaria y se compromete a tener en cuenta los periodos de formación especializada realizados por los médicos migrantes y sancionados por un título, siempre que dichos periodos se correspondan con los exigidos en el estado miembro de acogida para la formación especializada de que se trate.

- Enfermedades Infecciosas
- Hematología Biológica
- Medicina Tropical
- Neuropsiquiatría
- Psiquiatría Infantil
- Urgencias

La Directiva también retoma el principio del reconocimiento automático de las especialidades de medicina y odontología comunes, como mínimo, a dos estados miembros en el Derecho existente, si bien limita la introducción futura en la Directiva 2005/36/CE de nuevas especialidades de medicina -que se benefician del reconocimiento automático- a las comunes al menos a dos quintas partes de los estados miembros.

El proceso de especialización médica en Europa

La formación médica especializada en Europa se caracteriza por la gran variabilidad en el sistema de acceso a la especialidad, en el contenido de los programas formativos de las distintas especialidades, en la valoración durante el proceso formativo y en la existencia y forma de evaluación final (Tablas 7 y 8).

Proceso de especialización médica en Francia

En Francia el acceso a la formación de la especialidad se realiza a través de un único examen nacional desde el año 2005. Se publican los resultados con su clasificación para cada una de las zonas geográficas a las que ha concursado el aspirante. Esta clasificación es determinante para la elección de la especialidad y la región. Una vez hecha la elección el aspirante tiene que dirigirse al hospital elegido. La formación en la mayoría de las especialidades dura 4 ó 5 años.

El sistema de evaluación consiste en la obtención por parte del residente de los certificados de haber realizado las rotaciones previstas en el programa de formación, certificaciones que debe aportar para obtener el diploma final. No existe una regulación institucional pormenorizada y centralizada que obligue a evaluaciones periódicas o a valoraciones sobre la ganancia competencial, aunque los programas de cada especialidad suelen tener recomendaciones en este sentido. No existe una evaluación final. El aspirante solicita al Ministerio un diploma de especialidad, aportando la documentación que acredita que ha realizado las distintas rotaciones establecidas en el programa. Se le emite así un diploma de especialidad que no le permite ejercer la misma, para lo cual además ha de defender una tesis doctoral para obtener el diploma de estado de doctor en medicina. Una vez superada la tesis, el especialista recibe su diploma de estudios especializados (DES) y puede registrarse en la Orden Médica como especialista, pudiendo ejercer la especialidad desde ese momento.

Proceso de especialización médica en Italia

En Italia la formación de especialistas se controla desde las universidades, que habilitan escuelas de especialización, que en unas ocasiones se denominan así, en otras ateneos y otras veces institutos de instrucción universitaria. El acceso a la formación de la especialidad se realiza a través de una prueba local, diferente para cada especialidad. El aspirante a realizar la especialidad tiene que pasar un examen de admisión en la escuela de formación en la que quiere formarse, examen que se convoca por un decreto de los Ministerios de Salud y de Educación, para los mismos días en todo el Estado, agrupando en un día el examen de las especialidades médicas, al día siguiente el examen de las quirúrgicas y un tercer día para el examen de las demás especialidades. El aspirante elige la especialidad y la escuela en la que desea ser admitido y se inscribe en la misma para el examen de la especialidad elegida. La valoración del currículum se establece desde el Ministerio, por decreto, para todas las escuelas del Estado, con un sistema de puntuación minucioso. El examen se realiza por escrito y consta de un examen de preguntas de selección múltiple con única respuesta (40 preguntas sobre temas generales de medicina y cirugía y 20 preguntas sobre la especialidad y características de la escuela) y de una prueba práctica (tres preguntas sobre un problema clínico, analítico o de diagnóstico, presentado por el tribunal). La duración de las distintas especialidades oscila entre 4 y 5 años y el sistema de rotaciones es variable para cada universidad. Existen programas de formación. No existen tutores que supervisen la formación de los residentes. No tienen responsabilidad asistencial, ni siquiera tienen la obligación de realizar guardias, actuando como meros observadores. La evaluación durante el proceso formativo es anual mediante exámenes teóricos, escritos, convocados y celebrados en cada escuela de formación. La evaluación final se hace después del último examen anual y consiste en la presentación de una tesis o trabajo escrito sobre un tema relevante en relación con la especialidad elegida. La aprobación de la tesis es necesaria para obtener el diploma de especialista.

Proceso de especialización médica en Países Bajos

En los Países Bajos el sistema de formación de los médicos especialistas también está vinculado a las universidades, a las cuales debe dirigir su solicitud el aspirante, acompañado de un currículum. No existe examen de acceso. La duración de las distintas especialidades es variable. Las especialidades quirúrgicas tienen 6 años de formación común y posteriormente otros 3 años para la súper-especialización. Existe un programa de formación a nivel nacional, con unas rotaciones preestablecidas. No existen tutores como tales que supervisen la formación. Sí tienen responsabilidad clínica, realizando guardias en número de 6-7 mensuales, según la especialidad.

Existe una evaluación continua de las labores asistenciales y de las actividades docentes, no debiéndose realizar examen alguno al finalizar el programa de formación.

Proceso de especialización médica en Alemania

En Alemania, tras un período de formación clínica obligatorio de un año y medio, se puede iniciar la formación en medicina general de 3 años más de duración, sin que existan plazas limitadas a tal fin. La formación especializada dura de 4 a 6 años. La

autoridad competente en la formación especializada es el Landesärztekammer (con “n” sería el plural y aquí el verbo que usamos está en singular: “es”), o colegio de médicos en los diferentes “länder”. No hay un examen nacional tipo MIR y el sistema de formación recae sobre los servicios acreditados de hospitales universitarios, a los cuales el aspirante a especialista se dirige para solicitar un puesto de formación si existen plazas vacantes, acompañando su currículum a la solicitud. Cada servicio tiene establecido el procedimiento de selección de forma más ó menos transparente y reglada. Habitualmente el jefe del servicio realiza una entrevista al aspirante y la obtención de la plaza depende, en gran parte, del resultado de esta entrevista.

No se hacen exámenes ni otros tipos de evaluación a lo largo del proceso de formación y tampoco se utiliza un libro del residente, aunque el proceso lo registra el residente en una memoria ó currículum que va elaborando con la recogida de toda actividad desarrollada. El proceso de formación concluye con la presentación del aspirante del currículum formativo y con la superación de un examen final de especialidad.

Proceso de especialización médica en Reino Unido

En el Reino Unido no existe un examen de acceso a la formación de la especialidad, pero sí un procedimiento complejo y descentralizado, que recae en gran parte sobre la responsabilidad de los propios aspirantes a especialistas. En primer lugar, el aspirante debe ganarse el derecho a registrarse en el Consejo General Médico (GMC), realizando para ello un período de formación mínimo de un año, denominado "Pre-registration House Officer" (PRHO), que consiste en trabajar de forma supervisada durante 2 semestres ó 3 cuatrimestres en un centro quirúrgico y en otro médico acreditados, obteniendo así los certificados que dan derecho a inscribirse en el “Register”. El periodo de formación, una vez registrado, está dividido en dos partes: “Basic Training” (en el grado de “Senior House Officer” - SHO) y “Higher Specialist Training” (en el grado de “Specialist Registrar” – SpR). Para comenzar el “Basic Training” el aspirante debe dirigirse a la universidad al real colegio de la especialidad elegida ó a la autoridad regional en formación especializada (los denominados “Postgraduate Deans”). Estos le inscriben en el registro de especialistas en formación y le indican en los servicios sanitarios de la región en los que puede obtener un puesto para realizar la fase de formación básica de la especialidad ó, al menos, una parte de la misma, según el programa de cada especialidad que tiene publicado cada uno de los reales colegios. Las plazas libres se publican en las revistas médicas más conocidas del Reino Unido (“The Lancet” y “British Medical Journal”). El aspirante envía entonces una solicitud al servicio elegido, al tiempo que remite su currículum. El servicio le requiere con frecuencia para una entrevista. En las especialidades y servicios más demandados existe una fuerte competencia para obtener una plaza, la cual se adjudica en función de la valoración del currículum y del resultado de la entrevista. Como “Senior House Officer” tiene la posibilidad de diseñar su propia rotación, normalmente cambiando cada 6 meses de trabajo de hospital y de zona geográfica. Durante los tres años de duración del “Basic Training” trabaja en distintos campos, adquiriendo una buena base de experiencia y preparándose para ser miembro del “Royal College” que regula la especialidad en cuestión. Es imprescindible que las plazas sean oficialmente aprobadas por el “Royal College” correspondiente, como “Fully Approved Training Posts”. Para poder pasar del “Basic Training al Higher Training” y poder competir por plazas de “Specialist Registrar” es necesario haber aprobado el “Membership Exam” del “Royal College”. El “Higher Specialist Training” se realiza en una especialidad concreta y normalmente

como parte de una rotación organizada por el “National Health Trust” (grupo de hospitales). El “Royal College of Physicians” of London regula la mayoría de las especialidades médicas. La formación en estas especialidades dura un mínimo de 6 años (2 años como “Senior House Officer” y 4 como “Specialist Registrar”). El examen MRCP (“Member of the Royal College of Physicians”) es el que otorga el “Royal College of Physicians” y es necesario haberlo aprobado para poder competir por plazas de “Specialist Registrar”. Durante el “General Professional Training” (como “Senior House Officer”) el médico debe trabajar en un mínimo de 4 plazas reconocidas por el Royal College of Physicians” adquiriendo experiencia en distintos campos de la medicina como pueden ser la medicina interna, la endocrinología, la pediatría, la geriatría, la cardiología, la neurología etc. El “Royal College of Surgeons” regula las especialidades quirúrgicas. La formación en las especialidades quirúrgicas dura un mínimo de 8 años (2 años como “Senior House Officer” y 6 como “Specialist Registrar”). El examen MRCS es el que otorga la pertenencia al “Royal College of Surgeons” y es necesario haberlo aprobado para poder competir por plazas de “Specialist Registrar” en una especialidad concreta. Hasta ese momento con tal de saber que a uno le interesan las especialidades quirúrgicas, no es necesario haber tomado una decisión definitiva por una o por otra.

El sistema de evaluación a lo largo de la formación especializada es complejo y varía para las distintas especialidades según los programas de los reales colegios. En general, a lo largo del período de formación básica se hace un proceso valorativo de doble vía entre el tutor y el residente, que es una valoración formativa y que para algunas especialidades se propone en el programa que se realice cada 3 meses. La información así obtenida la complementa el tutor con los datos registrados en el libro del residente (“Logbook”) y con la información recogida del equipo médico que trabaja con el especialista en formación. Además, cada año, el colegio de tutores realiza una evaluación basada en evidencias, que se estructura en una valoración de las competencias y destrezas alcanzadas, información que se obtiene del libro del residente y de la información de los miembros del equipo con los que se ha trabajado. Se evalúan también actitudes, a partir de la información del equipo, así como los conocimientos alcanzados y el trabajo académico, datos que se obtienen de los informes de los formadores. Este informe anual lo hace el colegio de tutores con la inclusión en el mismo del supervisor educativo, que actúa como un abogado del residente. Como instrumentos evaluativos se utiliza el “Basic Logbook”, durante el período de formación básica y el “Core Logbook” para recoger adquisición de destrezas y de aumento de la competencia. Al término de cada rotación el residente tiene la oportunidad de evaluar la calidad de la formación recibida, utilizando para eso un impreso que proporciona el “Dean” de postgrado. Al final del período básico, tras 3 años de formación, el especialista debe pasar un examen escrito, el MRCP para las especialidades médicas y el MRCS para las quirúrgicas, cuya superación da lugar a la cualificación de “Membership” del colegio respectivo, que es necesario aprobar para pasar al segundo tramo de la especialidad, el período llamado de “Higher Specialist Training”. La obtención de la especialidad pasa por el cumplimiento del segundo período de formación, el “Higher Specialist Training”, de una duración de 4 a 6 años, durante cuyo período los aspirantes son supervisados por los “Postgraduate Deans”, bajo las orientaciones de un real colegio. En esta fase de la formación suele estar previsto algún examen, lo que vendrá recogido en el programa correspondiente. Así, el examen de “Fellowship” de la respectiva especialidad se suele hacer en esta fase final de la formación. En el último año el aspirante se dirige a las STA (“Specialist Training

Authority”) para solicitar que se le conceda el certificado CCST (certificado de haber completado la especialidad). Las STA, con la documentación que aporta el solicitante que acredita que ha cumplido los objetivos formativos elaborados en el programa, junto con los informes del “Dean” que supervisaba al especialista, abren un procedimiento de evaluación final que se denomina RITA y que concluye con la concesión del certificado. Este certificado permite al nuevo especialista solicitar en el GMC (“General Medical Council”) la inclusión en el registro de especialistas, lo que le permite ocupar un puesto de especialista en una consulta u otro trabajo público asistencial

Proceso de especialización médica en Estados Unidos de Norteamérica

Aunque no es motivo de este trabajo, hemos considerado que introducir algunos de los aspectos de los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) puede servir de complemento para su mejor comprensión. En los EEUU no existe un examen de acceso nacional a la especialidad. Todas las especialidades tienen un programa formativo nacional, en el que se especifican los objetivos y las técnicas.

Existe una evaluación continuada del residente por el personal de plantilla, paciente, pares, autoevaluación y otros profesionales sanitarios, incluyendo enfermeras. Al finalizar el periodo de residencia el responsable del periodo de formación realiza una evaluación final. Para poder obtener el certificado de la especialidad debe superarse un examen establecido por el “Board” de la especialidad. Existe formación troncal para las especialidades médicas, quirúrgicas y procedimentales, de tres años de duración mínima para poder acceder a las subespecialidades. La “American Board of Medical Specialties” (ABMS) certifica en 24 especialidades, en 37 áreas generales de la práctica médica y en 93 áreas de subespecialización. Algunas subespecialidades se certifican por varios “Boards”. Los requisitos para cada especialidad los determina el comité de cada especialidad, pero existen unos requisitos generales, como haber completado el grado de “Medical Doctor” en una facultad de medicina reconocida, hacer el programa de entrenamiento en un programa de residencia acreditado para ello, disponer de un informe de las competencias adquiridas por el aspirante durante su programa de residencia, firmado por el director del programa de residencia o por el jefe del servicio en el que se ha formado, tener licencia para practicar la medicina y superar el examen previsto por el comité de la especialidad. Tras superar el examen se obtiene el diploma acreditativo de especialista certificado. Un proceso similar se sigue con los especialistas que quieren ser subespecialistas.

Formación Médica especializada en España

En España la duración de las especialidades médicas varía entre 4 y 5 años según la especialidad. Existe una única prueba de acceso de ámbito nacional para todas las especialidades. El programa formativo se basa en el aprendizaje mediante el ejercicio profesional programado, supervisado y tutelado, de forma tal que el especialista en formación adquiere, de manera paulatina y progresiva, los conocimientos, habilidades y actitudes, así como la responsabilidad profesional, que permiten el ejercicio autónomo de la especialidad.

Existe un sistema de rotaciones preestablecido para cada especialidad, con un seguimiento por parte de los tutores y con una evaluación continua de cada rotación y

una evaluación anual, en las cuales se tiene en cuenta tanto la actitud como la aptitud basada en la labor asistencial práctica, el aprendizaje teórico y la actividad científico-docente e investigadora (todo ello plasmado en los programas docentes de cada especialidad elaborados por las respectivas comisiones nacionales y aprobados por ambos Ministerios de Sanidad y Consumo. La actividad científico-docente es evaluada mediante el libro de residente o libro del especialista en formación. Actualmente no se realiza un examen final que evalúe las competencias adquiridas, sino que tras este sistema de evaluación continua se obtiene una calificación final y el título de especialista.

Normas legales reguladoras de la formación especializada en España

La regulación española del sistema de especialidades y de la estructura docente se encuentra en el recientemente publicado Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, complementado por la orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, a que publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.

La publicación del Real Decreto 183/2008 ha permitido clarificar el disperso panorama normativo de la formación sanitaria especializada y derogar disposiciones anteriores a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que estaban creando un alto grado de confusión e inseguridad jurídica. Este Real Decreto, además de establecer una nueva configuración de las unidades docentes y las comisiones de docencia, adaptada ya al futuro desarrollo de la troncalidad, centra sus líneas de actuación en la potenciación de la figura del tutor de la formación sanitaria especializada y en el sistema evaluativo del residente.

Con respecto a la figura del tutor, el Real Decreto pone de manifiesto su carácter nuclear en la formación de especialistas por el sistema de residencia y sienta las bases para el desarrollo, por parte de las comunidades autónomas, de los sistemas de acreditación y reacreditación de tutores y de reconocimiento de su labor tutorial.

Por lo que se refiere al sistema de evaluación, a través de este Real Decreto se consolida el concepto de evaluación formativa, se dota de contenido a la evaluación final del período de residencia y se regula un procedimiento común y garantista que, al mismo tiempo que incorpora la cultura, hasta ahora prácticamente inexistente, de la evaluación y sus revisiones, no retrase innecesariamente la obtención del título de especialista.

Tabla 7. Comparación de los sistemas de formación médica especializada en España respecto a otros países europeos y los Estados Unidos de Norteamérica.

	Italia	Países Bajos	Reino Unido	Francia	Suecia	Alemania	España	EEUU
Acceso	Prueba Local	Solicitud aspirante	Solicitud aspirante	Prueba nacional	Solicitud aspirante	Solicitud aspirante	Prueba nacional	Solicitud aspirante
Requisito	Licenciado Medicina							
Duración (años)	4 a 5	3 + (4- 6)	2+4; 2+6	4 a 5			4 a 5	
Rotaciones	Variable por hospitales							
Periodo troncal		Si	Si	Si	Si	Si	No	Si
Tutores/supervisores								
Clínicos	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Responsabilidad Asistencial	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Guardias	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Evaluación Programa establecido	Anual	Continuada	Continuada	Certificado de rotaciones		No	Anual y final	
Rotaciones establecidas	Si	Si, nacional	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Examen final	Si, escrito	Sí	Si	Si		Si	Si	Si
Actividad científica Y docente	Si, obligatoria	No	Si, escrito	No		Si	No	Si
Participación en investigación	Sí, parcial	Sí, obligatoria						
Tesis investigación	Si	No	No	Si	No	No	No	No

Tabla 8. Comparación de la denominación y duración de las especialidades médicas en España respecto a otros países europeos y los Estados Unidos de Norteamérica.

Reconocidas en la UE-25	A	B	C	D	EEUU
TRONCO MEDICINA					
Medicina Familiar y Comunitaria	4	3	3	UE-25	Medicina de Familia
Medicina Interna	5		5	UE-25	Medicina Interna (MI)
Neumología	4	Mínimo 2+4	4	UE-25	Subespecialidad de MI
Neurología	4	Mínimo 2+4	4	UE-25	Neurología
Aparato Digestivo	4	Mínimo 2+4	4	24	Subespecialidad de MI
Cardiología	5	Mínimo 2+4	4	23	Subespecialidad de MI
Reumatología	4	Mínimo 2+4	4	23	Subespecialidad de MI
Nefrología	4	Mínimo 2+4	4	22	Subespecialidad de MI
Endocrinología	4	Mínimo 2+4	3	21	Subespecialidad de MI
Hematología y Hemoterapia	4	Mínimo 2+4	3	21	Subespecialidad de MI
Geriatría	4	Mínimo 2+4	4	16	Subespecialidad de MI y de MF
Alergología	4	Mínimo 2+4	3	14	Alergia e inmunología
TRONCO CIRUGÍA					
Cirugía General y Aparato Digestivo	5	Mínimo 2+6	5	UE-25	Cirugía General
Otorrinolaringología	4	Mínimo 2+6	3	UE-25	Otorrinolaringología
Cirugía Ortopédica y Traumatología	5	Mínimo 2+6	5	UE-25	Traumatología
Urología	5	Mínimo 2+6	5	UE-25	Urología
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	5	Mínimo 2+6	5	UE-25	Cirugía Plástica
Oftalmología	4	Mínimo 2+6	3	UE-25	Oftalmología
Cirugía Torácica	5	Mínimo 2+6	5	24	Cirugía torácica
Angiología y Cirugía Vascular	5	Mínimo 2+6	5	20	Subespecialidad de Cirugía
Neurocirugía	5	Mínimo 2+6	5	UE-25	Neurocirugía
Cirugía Oral y Máxilo-Facial	5	Mínimo 2+6	5	13	
Cirugía Aparato Digestivo	5	Mínimo 2+6	5	14	
Cirugía Pediátrica	5	Mínimo 2+6	5	21	Subespecialidad de Cirugía

Anestesiología y Reanimación	4	3	UE-25	Anestesiología
Radiodiagnóstico	4	4	UE-25	Radiología
Medicina Nuclear	4	4	21	Medicina Nuclear
Obstetricia y Ginecología	4	4	UE-25	Obstetricia y Ginecología
Pediatría	4	4	UE-25	Pediatría
Anatomía Patológica	4	4	UE-25	Anatomía Patológica
Psiquiatría	4	4	UE-25	Psiquiatría
Oncología Radioterápica	4	4	UE-25	Subespecialidad de Radiología
Microbiología y Parasitología	4	4	20	
Inmunología	4	4	14	Alergia e inmunología
Análisis Clínicos	4	4	12	
Bioquímica Clínica	4	4	15	
Medicina física y Rehabilitación		3	21	Medicina física y rehabilitación
Dermatología	4	3	23	Dermatología
Medicina Preventiva y Salud Pública		4	21	Medicina Preventiva
Farmacología Clínica	4	4	14	
Medicina del Trabajo	4	4	24	
Neurofisiología Clínica	4	4	8	Subespecialidad de Neurología
NO EXISTENTES EN ESPAÑA				
Hematología Biológica		4	4	
Medicina Tropical		4	8	
Enfermedades Infecciosas		4	18	Subespecialidad de MI
Neuropsiquiatría		4		
Psiquiatría Infantil		4		
Urgencias			7*	Urgencias
ESPECIALIDADES SIN FORMACIÓN ARMONIZADA EN LA UE				
Medicina Intensiva	5			Subespecialidad de MI y de Anestesiología
Oncología Médica	4			Subespecialidad de MI

Cirugía Cardiovascular	5
Hidrología Médica	2
Medicina de la Educación Física y del Deporte	4
Medicina Legal y Forense	3

Cirugía torácica

Subespecialidad de tres

Genética Médica

Colon y recto

A: años en España; B: años RU; C: Año UE mínimo; D: Países que lo reconocen

*De los 7, en 4 países es traumatología y urgencias y medicina y urgencias

Modelos de Especialización médica en Europa

De la documentación analizada se concluye que en Europa hay una considerable variabilidad en las estructuras, procesos y programas de formación médica especializada. No existe unanimidad en las pruebas de acceso, en los sistemas de formación, en la organización y contenidos de la educación posgraduada, en el tipo de especialidad y campo de actuación, en los estándares de formación en las especialidades médicas ni en la evaluación de los conocimientos y competencias adquiridos por los residentes, y eso a pesar de que los países miembros se ven obligados a reconocer automáticamente los títulos de otros países.

En lo referente al sistema de acceso a la especialización médica, se perfilan dos modelos:

1. Sistema mediterráneo, que adoptan Francia, España e Italia, y que consiste en un examen de entrada con distintas características (locales o estatales)
2. Sistema anglosajón, que aplican el Reino Unido, los Países Bajos, Suecia y Alemania, así como la mayor parte de los restantes países europeos, que se centra en un sistema de solicitud individualizado del aspirante dirigido a los distintos servicios acreditados, cuya regulación y garantía de derechos varían mucho entre los distintos países y centros.

El acceso a la especialidad precisa el paso previo por un área troncal en los EEUU y en la mayoría de los países de la UE, salvo en España, que es directo a cada especialidad.

Los programas formativos de las diferentes especialidades médicas en los países europeos carecen de homogeneidad en lo que respecta a su duración, objetivos docentes y sistemas de evaluación. Más aún, muchos países miembros no han desarrollado programas que unifiquen la formación dentro de sus fronteras.

La casi totalidad de los países europeos disponen de una definición curricular de la especialidad, con una gran variabilidad en su estructura, contenido y desarrollo: desde especialidades definidas como en España, a modelos de sub o súper-especialización, parecidos a los de los EEUU, a la que se accede desde áreas troncales multidisciplinares como medicina interna, cirugía general o anestesiología. Existe una autoridad nacional responsable (gobierno o asociación profesional) y la formación se hace en centros sanitarios de cada sistema sanitario, con vinculación universitaria o no. No hay información sobre la existencia de comisiones de docencia como en España.

La mayoría de los países afirman disponer de programas nacionales estandarizados que definen conocimientos y habilidades, con gran variabilidad de contenidos en función del camino para acceder a la especialidad y las necesidades asistenciales del país. Existe solapamiento de contenidos formativos entre las distintas especialidades. Los programas de formación basados en competencias no están desarrollados, sólo los tienen los EEUU y el Reino Unido. Algunas especialidades en España los están desarrollando. No existen guías de formación con criterios concretos obligatorios para alcanzar un nivel competencial. La organización y soporte del programa educativo recae en áreas clínicas, no estando guiada la formación, en muchos países, por criterios estandarizados de habilidades clínicas y conocimientos científicos que deben ser obligatorios para alcanzar un nivel de determinado de competencia. Existe limitación en el número de horas de

trabajo de los médicos en formación. La figura del tutor, como en España, no está generalizada. Sin embargo en muchos países existe la figura del supervisor clínico.

Existe una escasa implantación de los sistemas de evaluación continuada a lo largo del desarrollo del programa formativo, con la excepción del Reino Unido y Suecia.

En todos los países analizados es preciso superar con éxito un periodo mínimo de formación, con estándares determinados, que se superan a juicio del supervisor clínico. En la mayoría de países, excepto España, existe una evaluación final del periodo formativo, bajo la responsabilidad de una autoridad nacional (gobierno o asociación profesional). Esta evaluación final no es homogénea en los distintos países y varía en su forma desde las preguntas de elección múltiple, preguntas cortas o exposiciones orales a la evaluación directa de la práctica clínica o a combinación de varias pruebas.

La acreditación no es uniforme y los criterios mínimos de acreditación se relacionan con el tamaño de la unidad clínica, complejidad de las enfermedades atendidas, número de camas, cualificación de la plantilla o las instalaciones hospitalarias, entre otros. La responsabilidad de determinar estándares nacionales es compartida entre gobiernos (ministerios), universidades y organizaciones profesionales. El papel y autoridad de cada una de dichas instituciones varía entre países.

La preocupación existente en Europa por la movilidad de los médicos especialistas entre países y el reconocimiento mutuo de las competencias profesionales ha estimulado, desde hace años, a distintas organizaciones europeas a trabajar para armonizar los programas formativos y los contenidos curriculares, estableciendo guías y recomendaciones a los distintos gobiernos y colectivos profesionales. Entre estas organizaciones destaca la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), una organización no gubernamental sin ánimo de lucro, creada en Bruselas en julio de 1958. En el momento actual cuenta con un miembro de derecho por cada uno de los países de la UE y una serie de miembros asociados, que corresponden a otros países europeos, en general aspirantes a integrarse en la UE. Entre sus principales objetivos la UEMS señala el de influir sobre las autoridades sanitarias europeas para definir los principios básicos en el campo de la formación de los médicos especialistas europeos. En este sentido asesora y forma parte del Comité Consultivo de Formación Médica de la UE, es asesor de la propia Comisión Europea y forma parte del Comité Permanente de los Médicos Europeos (SCED), organismo asesor de la propia Comisión y que está compuesto, fundamentalmente, por los colegios médicos de los estados miembros de la UE. Las propuestas de la UEMS no son vinculantes para los países miembros de la UE.

La UEMS ha establecido unas secciones y comités para las distintas especialidades médicas. Cada una de estas secciones y comités ha elaborado los requisitos que deben tener los programas de formación en las diferentes especialidades, el currículo, las competencias técnicas, con el número mínimo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que debe acreditar el residente para obtener el certificado de la especialidad. Además, establecen también los mecanismos de acreditación de los centros formadores de estos especialistas.

El órgano colegiado de mayor importancia como comité de expertos es el denominado Comité Consultivo para la formación de los médicos (ACMT o “Advisory Committee on Medical Training”) del Consejo de las Comunidades Europeas. Su objetivo es

procurar que en la educación y la formación de los médicos de la UE exista un estándar de exigencia comparable. Cada estado miembro tiene tres expertos en él. Sus informes, dictámenes y recomendaciones pueden ser convertidos en “directivas comunitarias”.

La residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en Europa

La formación específica en MF/GP es obligatoria en todos los países de la UE y en todos los países adscritos a la UEMO y es reconocida como especialidad en el 93.3%. Los tiempos de formación en Medicina Familiar y Comunitaria oscilan entre 2 años (3 años es el tiempo mínimo para los países de la UE de formación específica mínima reconocida por Directiva Europea) y 6 años. El 44% de los países ofertan 4, 5 y 6 años de formación y 46%: 3 años: 2 años (3 países): Albania, Italia, Rusia; 3 años (14 países): Austria, Bélgica, Bosnia, Croacia, R. checa, Estonia, Francia, Lituania, Holanda, Portugal, Rumania, Eslovaquia, Turquía, Reino Unido; 4 años (6 países): Grecia, Israel, Polonia, Eslovenia, España, Irlanda; 5 años (6 países): Dinamarca, Alemania, Hungría, Noruega, Suecia, Suiza y 6 años: Finlandia.

En el 50% de los países la denominación es Medicina de Familia y en el 50% Medicina General: Médico de Familia (13 países): Albania, Bosnia, Croacia, Estonia, Hungría, Israel, Italia, Holanda, Polonia, Rumania, Eslovenia, España, Turquía y Médico general (14 países): Austria, R. Checa, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Lituania, Noruega, Eslovaquia, Suecia, Suiza, Reino Unido y ambas denominaciones (3 países): Bélgica, Portugal, Rusia

Existe Programa oficial en el 70% de los países, con rotaciones prefijadas en el 76% de los programas, Formación teórica práctica en el 73.3%. La investigación se incluye en el 73% de estos.

En cuanto al tiempo de formación el 57% mismo tiempo o más tiempo de formación en Atención Primaria (Tabla 9). Mismo tiempo en Atención Primaria que en Hospital (9 países): Croacia, Estonia, Alemania, Israel, España, Polonia, Rumania, Eslovenia, Reino Unido, más tiempo en Atención Primaria (8 países): Bélgica, Bosnia, Finlandia, Hungría, Holanda, Noruega, Portugal, Suecia y más tiempo en Hospital (13 países): Albania, Austria, R. checa, Dinamarca, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Rusia, Eslovaquia, Suiza, Turquía.

En la mitad de los países el responsable de la formación es la Universidad y en la otra mitad es gobierno/profesión

El porcentaje de médicos en formación especializada en MF en relación al total

- Más del 50%: Austria
- 40-50%: Bélgica, Francia, Polonia, Reino Unido.
- 30-40%: Dinamarca, Lituania, Noruega, Portugal, España
- 20-30% Bosnia, Finlandia, Alemania, Israel, Holanda, Eslovenia, Estonia.
- 10-20% Albania, Grecia, Hungría, Italia, Rumania, Eslovaquia, Suecia
- Menos del 10%: Croacia, R. checa, Turquía

Tabla 9: Duración de la formación especializada de la medicina familiar y comunitaria en Europa. Euract (WONCA) 2004.

H= hospital; CS Centro de Salud; U= Universidad; G/P= gobierno/profesión; No*= no pero con pago diferente

País	A	H/CS	Programa Formativo nacional	Rotaciones prefijadas	Contenido Teórico-práctico	Examen final obligatorio	Responsables de la formación	Obligatorio para la practica	Recertificación
Alemania	5	=/=	SI	NO	80h	SI	G/P	SI	NO
Austria	3	+/-	Si	Si		Si	G/P	Si	No
Bélgica	4	-/+	NO	NO	440h	SI	U	SI	SI
Croacia	3	=/=	SI	SI	9M.	SI	U	SI	SI
Dinamarca	5	+/-	SI	SI	200h	NO	G/P	SI	NO
Estonia	3	=/=	SI	SI	180h	SI	U	SI	SI
Eslovaquia	3	+/-	SI	NO		SI	G/P	SI	SI
Eslovenia	4	=/=	SI	NO	400h	SI	G/P	SI	SI
España	4	=/=	SI	SI	300h	NO	G/P	NO	NO
Finlandia	6	-/+	SI	NO	120h	SI	U	SI	NO
Francia	3	+/-	SI	NO	150h	NO	U	SI	NO
Reino Unido	3	=/=	SI	NO	360h	SI	G/P	SI	SI
Grecia	4	+/-	Si	Si	No	Si	U	SI	NO
Países Bajos	3	-/+	SI	NO		NO	U	SI	SI
Hungría	5	-/+	SI	SI	300h	SI	U	SI	SI
Irlanda	4	+/-	SI	SI		SI	G/P	SI	NO

Islandia	5	+/-	NO	NO		SI		SI	NO
Italia	2	+/-	SI	NO	400h	SI	G/P	SI	SI
Lituania	3	+/-	SI	SI	600h	SI	U	SI	SI
Luxemburgo	3	-/+	NO	NO				SI	NO
Malta	4	-/+	NO	NO				SI	NO
Noruega	5	-/+	SI	NO	420h	NO	G/P	NO*	SI
Polonia	4	=/=	SI	SI	264h	SI	U	NO*	NO
Portugal	3	-/+	Si	Si	180h	SI	G/P	Si	No
Republica Checa	3	+/-	SI	SI		SI	G/P	SI	NO
Rumania	3	=/=	SI	NO		SI	U	NO	Si
Suecia	5	-/+	SI	NO	2000h	NO	U	SI	NO
Suiza	5	+/-	NO	NO		SI	G/P	NO	NO
A: Tiempo en años									

La residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en España

Hace ya ocho años, en el seno de la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) se tomó la decisión de iniciar los pasos para elaborar un Nuevo Programa, promovida por el requisito legal de revisar los programas con periodicidad quinquenal y por la sensación, percibida por los miembros de la CNE, de que era necesario, en este punto del desarrollo de la especialidad, seguir promoviendo cambios cualitativos. Desde 1978, fecha de la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, se han desarrollado dos programas oficiales de la especialidad, con otras dos revisiones intermedias, que han posibilitado la formación vía MIR de más de 20. 000 especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de nuestro país. Este Nuevo Programa, por tanto, es el tercer programa oficial, y podemos considerarlo el quinto programa real en los 25 años de la especialidad. Y es precisamente en su vigésimo quinto cumpleaños cuando se aprueba un Programa que nace con la vocación de seguir consolidando la medicina de familia como lo que es: una especialidad sólida, global, integral y altamente resolutive.

Etapas en la elaboración del Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España

La elaboración del Nuevo Programa ha supuesto un trabajo de cinco años, con el desarrollo de seis etapas.

1. Primera Etapa:

En la primera etapa se efectuó **el análisis de la situación** y con este fin se constituyó un grupo de informadores clave formado por Coordinadores de Unidades Docentes (UDD), Tutores y Residentes, que identificaron las fuerzas y debilidades del programa oficial vigente y las líneas futuras de trabajo. Se extrajo el análisis de situación no sólo del programa en sí, sino de los condicionantes sociales y sanitarios actuales y previsibles en el futuro. Entre las fuerzas se destacó que la situación actual era un buen punto de partida, tanto por el programa en sí como por la estructura docente existente. Entre las debilidades destacaban la falta de tiempo, la necesidad de adaptar el programa a los importantes cambios sociales, sanitarios y tecnológicos que se van produciendo, la profundización en áreas imprescindibles del perfil profesional del médico de familia y la necesidad de incorporar los nuevos avances en metodologías docentes. Simultáneamente se realizó una revisión de los programas de medicina de familia en el ámbito internacional, revisando casi un centenar de ellos, fundamentalmente los de varias Universidades de los EE.UU., Canadá, Finlandia, Suecia, Dinamarca, Reino Unido, entre otras.

En todo momento se ha sustentado el programa en la evidencia de que la Atención Primaria deben proporcionarla médicos bien formados y entrenados en su práctica. Los resultados de diferentes estudios demuestran el impacto de la accesibilidad, la longitudinalidad, la relación médico-paciente y la globalidad sobre los niveles de salud. Se evidencia, asimismo, que los médicos de familia entrenados en estos aspectos son más efectivos y más eficientes que otros especialistas para la prestación de las funciones propias de la Atención Primaria de salud.

Son determinantes importantes de la calidad asistencial, tanto la duración de la formación postgraduada, como el grado de experiencia con el problema específico en evaluación y el tipo de organización en la que trabaja el médico.

Recientes publicaciones objetivan de una manera clara las grandes ventajas de la organización de los servicios de salud en torno a la Atención Primaria y al Médico de Familia. Los ya convertidos en clásicos estudios de Bárbara Starfield demuestran que aquellos países que cuentan con médicos de familia bien adiestrados como puerta de entrada al sistema sanitario presentan una utilización más racional de la medicación, unos costes globales menores, consiguiendo mayores niveles de satisfacción entre los usuarios y mejores niveles de salud; en definitiva, mejores resultados en términos de efectividad, eficiencia micro y macroeconómica, equidad y satisfacción.

Al mismo tiempo se lanzan nuevas propuestas para redefinir el ámbito de la Atención Primaria y de la Medicina de Familia, no en contraposición a las anteriores definiciones, sino como adaptación a las nuevas situaciones. En 2002, WONCA-Europa (Organización Mundial de Colegios y Academias de Médicos de Familia de Europa) presentó un documento de consenso sobre las competencias básicas del Médico de Familia, que recoge fielmente el actual programa. La UEMO (Unión Europea de los Médicos Generalistas) ha propuesto al Parlamento Europeo la ampliación a cinco años de la formación de los médicos de familia, ya que las competencias que se exigen a los médicos de familia son siempre mayores.

Otro marco básico para el programa ha sido la competencia profesional, que es algo más que los conocimientos, por muy sólidos que éstos sean.

La pirámide de la competencia de Miller establece cuatro niveles: saber, saber cómo, demostrar cómo y saber hacer, es decir, que desde el nivel en el que se recuerda los conocimientos hay diferentes pasos por los que pasamos (integrar y saber hacer), hasta llegar al final en el que se encuentra el correcto desempeño en la práctica, en el que se imbrican conocimientos, habilidades y actitudes. Y ése es el objetivo final del programa: conseguir que los médicos de familia sean competentes para dar respuesta a las necesidades de salud que exige la sociedad actual.

Pero ¿qué es la competencia profesional?

Brailovsky determina 14 esferas/dimensiones que configuran la competencia. El desarrollo competencial se enmarca en estos campos, ya que cuando definimos a un profesional competente no sólo nos referimos a sus conocimientos, sino a un amplio abanico que incluye aspectos tan diversos como su humanidad, su profesionalidad, sus habilidades comunicativas, sus comportamientos éticos, su autonomía, su juicio crítico y razonamiento clínico o sus capacidades para la resolución de problemas, el conocimiento de los límites de su profesión, las habilidades organizativas, las habilidades técnicas, las habilidades reflexivas y la capacidad para trabajar en equipo.

El Programa actual se justifica por la necesidad de continuar afianzando los cambios introducidos hasta este momento, afianzar las ventajas que para el sistema supone el 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 sistema de salud; afianzar los niveles de competencia necesarios

para la práctica de la Medicina de Familia, dada su extensión, grado de responsabilidad, globalidad e impacto sobre los niveles de salud; la necesidad de suplir algunas carencias del pregrado, la necesidad de potenciar áreas de conocimiento propias de las competencias del Médico de Familia, y de introducir y profundizar algunas otras, y la necesidad de profundizar en las metodologías docentes.

Las consideraciones anteriores hay que enmarcarlas en el cambio socio-demográfico y sanitario que condiciona las orientaciones del programa:

- los factores socioeconómicos: *las migraciones y la globalización e internacionalización de los problemas de salud*, con nuevas percepciones de la salud, nuevas presentaciones de las enfermedades, estilos de vida, prácticas culturales, patrones de enfermedad, utilización de medicina alternativas; *mayores niveles de necesidad, de exigencia y de información*; aparición de *nuevas desigualdades*; *cambios en la estructura familiar*; el *envejecimiento*, con incremento de la esperanza de vida y alta expectativa de incapacidad.
- los factores sanitarios, con la presencia de enfermedades crónicas, incapacidades y minusvalías, factores de riesgo individual, familiar y social y conductas adictivas y de riesgo.
- los factores ligados a los recursos: la circulación de profesionales, la feminización de la medicina, la revolución genética, las tecnologías de la comunicación, la telemedicina, las nuevas tecnologías, la simplificación de las tecnologías, el desarrollo de la medicina ambulatoria (disminución de estancias medias hospitalaria con altas tempranas, CMA), técnicas y habilidades que se desarrollan en AP (cuidados paliativos, cirugía menor, control embarazo, inserción DIU, control anticoagulantes, control anticonceptivos, Doppler, ecografía, etc.,...), la necesidad de la continuidad de cuidados allende las fronteras del hospital.
- Los factores relacionados con la organización de los recursos. Se considera que, dada la legislación vigente, el Sistema podría mantenerse en un modelo de elección estructurada con una orientación hacia la inversión en salud.

2. Segunda Etapa

La siguiente etapa fue la **fase de diseño**. Teniendo en cuenta que siempre ha estado presente la absoluta necesidad de elaborar un programa con el máximo grado de consenso y de participación posible, se valoró la oportunidad de establecer un Grupo de Coordinación Editorial y de Redacción del Nuevo Programa en el que estuviera representada la CNE, la estructura docente (con la participación de Coordinadores, Tutores y Residentes) y la semFYC, en su calidad de Sociedad científica con mayor grado de representatividad en Atención Primaria. Este Grupo de Coordinación Editorial y de Redacción tuvo el encargo específico de perfilar y diseñar el formato del Programa y las líneas maestras del mismo.

En esta fase se decidió:

- La incorporación en la formación de los valores profesionales del médico de familia,
- La revisión del perfil profesional.
- La incorporación de competencias esenciales: la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética

- La adaptación a las necesidades sociales y sanitarias, que se verían reflejados en el área de atención al individuo, tanto en su bloque de atención a problemas y necesidades de salud como en el área de abordaje de grupos poblacionales y de riesgo
- El cambio de terminología empleada al referirse a las áreas de atención al individuo, ya que el médico de familia no aprende cardiología, neurología o urología, sino que aprende el abordaje de problemas cardiovasculares, problemas del sistema nervioso o problemas de las vías urinarias, etc.,... Porque este abordaje forma parte tanto de nuestra especialidad como de las otras especialidades anteriormente mencionadas.
- La profundización en las competencias que se consideran “específicas” del médico de familia, que son la Atención a la Familia y la Atención a la Comunidad.
- El desarrollo de las competencias relativas a la formación, docencia e investigación.
- Las cualidades intrínsecas del programa:
 1. El Programa debe ser flexible. Lo importante son las competencias determinadas por el perfil profesional: tiempos y métodos deben estar a su servicio.
 2. El Programa debe permitir la pluripotencialidad, es decir, formar médicos de familia que puedan trabajar no sólo en el Centro de salud, sino en otros entornos laborales, y servir de base formativa para posterior formación en áreas de capacitación como las urgencias, los cuidados paliativos, la intervención familiar, etc.,...
 3. El Programa debe pivotar en el eje tutor-residente. La formación central se da en el centro de salud, pero se deben proporcionar estancias electivas y se debe ampliar los entornos docentes con el objetivo de adquirir las competencias. El Tutor principal es el responsable de la formación tutorizada, continuada y estructurada, independientemente de las estancias formativas en el Centro de Salud. Se determina un contacto amplio inicial con Atención Primaria, preferentemente 6 meses; que al menos el 50% del tiempo de la residencia se efectúe en el Centro de Salud; un tiempo de estancia formativa en Centro de Salud todos los años, y la formación debe ser individualizada, con un incremento progresivo de la responsabilidad.
 4. Se establece el formato estructural del Programa.

Aunque el objeto final de la formación del Residente es la adquisición de la competencia suficiente para realizar la atención a la persona como un todo y en su contexto, a efectos docentes se identifican cinco áreas competenciales sobre las que el Programa pivota.

En cada área se definen los objetivos específicos y las actividades propias para la adquisición de estas competencias, incluyendo conocimientos, habilidades y actitudes.

Para desarrollar estos aspectos se confecciona una ficha que recoge por cada área formativa los siguientes aspectos: área competencial, objetivos específicos, actividades docentes propias agrupadas según prioridad y nivel de responsabilidad.

Se establecen tres niveles de prioridad (fundamentales para la evaluación formativa y sumativa):

- **Prioridad I:** Indispensable: las competencias deben ser adquiridas por todos los Residentes. Su ausencia cuestiona la aptitud.
- **Prioridad II:** Importante: las competencias deben ser adquiridas por la mayoría de Residentes.

- **Prioridad III:** Excelente: la adquisición de estas competencias no es indispensable pero si lo anterior está presente, puede ser criterio de excelencia.

Se determinan tres niveles de responsabilidad, que tiene especial relevancia para la relación entre ámbitos asistenciales y para forjar la competencia relacionada con el conocimiento de los propios límites:

- **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.
- **Nivel secundario:** Una consulta a otro nivel es habitualmente requerida en el curso de la evaluación o del tratamiento de este tipo de problemas.
- **Nivel terciario:** El diagnóstico y tratamiento de estos problemas es competencia de otros especialistas, pero el MF 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 determinan recomendaciones sobre la metodología docente, el lugar de aprendizaje (Centro de Salud, estancia en un servicio de la Unidad Docente, rotación externa, etc.), el tiempo de aprendizaje, la evaluación y las lecturas recomendadas.

La metodología docente recomendada, en general, se fundamenta en el autoaprendizaje dirigido, el aprendizaje de campo, las clases, el trabajo grupal y los talleres, siendo básicos los dos primeros, y pudiendo complementarse con los cursos, los talleres y trabajo en grupo, según se trate de adquirir conocimientos nuevos, aprehender habilidades o mejorar las actitudes.

La bibliografía específica se recomienda en cada Área de Formación, aunque de forma general se listan libros, revistas, recursos en Internet, páginas Web, guías de práctica clínica, etc.,..., que deben estar accesibles para el Residente.

Por cada área de competencia se realiza una propuesta de evaluación, así como un capítulo específico sobre la evaluación (Plan evaluativo global de la unidad docente, evaluación de los médicos residentes y evaluación de la estructura docente).

La evaluación formativa cobra especial relevancia en el marco de una formación tutorizada y personalizada. Deben detectarse las deficiencias en la adquisición de competencias para poder poner en marcha los mecanismos de corrección de las mismas.

3. Tercera Etapa :

Una vez alcanzado este consenso, se inicia la **fase de redacción**. Se encargó a grupos de expertos el desarrollo de los diferentes apartados del programa, participando un total de 83 redactores. Efectuado este trabajo, el Grupo Coordinador se ocupó de homogeneizar los diferentes contenidos. En esta fase es cuando se empieza a hacer muy tangible la necesidad de incremento de tiempo. Cuando se procede a sumar los tiempos mínimos recomendados por los expertos se observa la necesidad imperiosa de incrementar el tiempo de formación de tres a cuatro años. Esta necesidad se intuía ya previamente, ya que el programa aún vigente tiene ya una mayor extensión. La inclusión de nuevas competencias recomienda al menos cuatro años.

4. Cuarta Etapa

Con esta etapa se inicia la **fase de consenso**. El borrador se remitió a todas las UDD de las 17 Comunidades Autónomas, a la semFYC y a sus 17 sociedades federadas, y a la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN). En este proceso de corrección han participado 154 correctores, aportando importantes sugerencias para la mejora de la calidad del Programa. En definitiva, más de 400 folios de sugerencias, que fueron analizadas e incorporadas en su mayor parte.

De esta manera, el documento del Nuevo Programa contó con un elevado grado de consenso. Ha participado la CNE; ha participado la semFYC con el apoyo logístico, facilitando las reuniones del Grupo de Coordinación, así como el contacto con los diferentes expertos que trabajan en los Grupos semFYC; han participado numerosos médicos de familia expertos en ámbitos, tanto nacionales como internacionales, y muchos coordinadores, tutores y residentes.

5. Quinta Etapa

El 20 de noviembre de 2002 se aprueba el Programa de la especialidad por parte de la CNE. A partir de este momento se inicia un largo y muy difícil proceso de negociación y consenso. El incremento en un año de especialización de la especialidad más numerosa del sistema MIR no es una empresa fácil a priori, a lo que se añade un cambio de Gobierno, cambios en la Dirección General de Recursos Humanos y en la Subdirección General de Ordenación Profesional; el desconocimiento que se tiene de nuestra especialidad por parte de otros entornos especializados; la aprobación de la LOPS (15), que da un vuelco a la formación: introduce cambios importantes como la troncalidad y el cambio en el sistema de aprobación de los programas que antes se aprobaban por los Ministerios. Así, la LOPS determina en su artículo 21 que “los programas de formación serán elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad. Una vez ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, serán aprobados por el Ministerio de Sanidad y Consumo”. Esto obliga a iniciar un proceso amplio de negociación con las CCAA, entre las cuáles una mayoría apoya el programa. La aprobación por el Consejo Nacional de Especialidades, en cuyo seno más de 30 especialidades han solicitado incremento de tiempo, no está exenta de dificultades serias; sin embargo, el 15 de Julio de 2005 (tras informe del Comité de Estudios y del Comité Permanente del Consejo Nacional de Especialidades) se ratifica el Programa de la especialidad. Los informes y sugerencias del Comité de Estudios del Consejo Nacional de Especialidades introducen cambios en el Programa y la necesidad de que su parte más vinculada a normalizar los aspectos de acreditación de las Unidades Docentes se extraigan del Programa. Esto constituye la base de una futura norma, pendiente de publicación, que se denomina “Requisitos generales de acreditación de las Unidades Docentes para la formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria”, que desarrolla aspectos de la orden de 22 de junio de 1995 y los adapta al Nuevo Programa. Esto obliga a redactar un nuevo documento con estas modificaciones, de las cuales ninguna afecta al contenido técnico y competencial del Programa, que es aprobado nuevamente por la Comisión Nacional de la Especialidad el 20 de abril de 2004.

El 16 de septiembre la Comisión de Recursos Humanos informa favorablemente el Programa, pendiente de ser incorporadas algunas puntualizaciones que se hacen en el seno del Comité Técnico de dicha Comisión.

Finalmente se publica en el BOE del 3 de Mayo de 2005

6. Sexta etapa

A partir del mes de mayo de 2005 se inicia la **fase de puesta en marcha y desarrollo** con la entrada de los nuevos Residentes. Esta etapa, altamente interesante, ya ha tenido su fase preparatoria, porque en prácticamente todas las UDD se está preparando la estructura, se está informando y formando a los Tutores para su puesta en marcha.

La organización pivota básicamente en las UDD, que no sólo deben organizar las estancias formativas, sino definir las actividades y los métodos que en su entorno son los más operativos para garantizar la adquisición de competencias. El grado de implicación de los Tutores en el desarrollo del Programa es piedra angular. Su formación en los contenidos propios de la especialidad, en metodología docente y en evaluación formativa son determinantes. El apoyo a la función de Tutores por parte de la Administración es fundamental y se precisan actividades formativas, actividades correctoras que permitan que las condiciones estructurales sean favorables a la docencia y la puesta en marcha de actuaciones que incentiven a los Tutores. El Programa precisa requisitos estructurales de idoneidad de presión asistencial, tiempo de dedicación a la asistencia con tiempo específico para la docencia y tiempos mínimos por consulta, que son requisitos que hacen saludable el entorno para el aprendizaje.

Pero el Programa va a tener muchos impactos, y no sólo el exclusivamente relacionado con la formación de postgrado, porque apuesta por:

- La Atención Primaria y la Medicina de Familia como eje vertebrador de un Sistema sanitario equitativo, efectivo, eficiente y viable, porque satisfaga a las personas, porque persiga la competencia de sus profesionales y porque los motive.
- Los valores profesionales y por lo tanto por el compromiso social, ético, con las personas, con la formación y por la especialidad.
- La calidad y los entornos formativos favorables. Determina requisitos de acreditación, que redundan en la calidad estructural de la Atención Primaria.
- Los Tutores y su desarrollo profesional
- Un perfil profesional definido
- La troncalidad y las áreas de capacitación específicas
- La reorientación de la formación de pregrado
- La cohesión y calidad del sistema
- Una mejor relación entre ámbitos de atención
- Un desarrollo profesional para todos los médicos de familia, enmarcado en las competencias del MF

Los ejes de desarrollo en la implementación del Programa de la Especialidad en España

Los ejes de desarrollo, que corren paralelos a la puesta en marcha del Programa son:

Líneas Estratégicas

Sobre Estructura Docente

1. Adaptación de las plazas ofertadas a las posibilidades formativas y a las necesidades sanitarias, favoreciendo todas las acciones para evitar el déficit de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria
2. Evaluación y propuestas de acciones de mejora para la estructura docente tras el análisis de los resultados del proceso de acreditación y reacreditación de las UDD
3. Mejora del sistema de acceso MIR.
4. Puesta en marcha y desarrollo de la UDD multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria
5. Desarrollo de criterios de calidad de acreditación y reacreditación de jefes de estudio, técnicos de salud, tutores y colaboradores docentes.

Sobre Proceso Docente

1. Apoyo y desarrollo de aspectos específicos de la Medicina Familiar y Comunitaria en todo el trayecto formativo médico: grado, postgrado, formación especializada (tanto propia como de otras especialidades), troncos, áreas de capacitación y de desarrollo profesional y formación continuada.
2. Colaboración en el desarrollo de la troncalidad en formación especializada
3. La propuesta de creación de áreas de capacitación específica en las que participe la Medicina Familiar y Comunitaria
4. Apoyo al desarrollo de la función docente. Potenciar la normativa, y su posterior aplicación, que reconozca la función docente como una actividad nuclear de la actividad de los centros sanitarios: carrera profesional, ratios adecuados de tiempo y pacientes...
5. Desarrollo de la tutorización: Potenciar la utilización del libro del especialista en formación y el portafolio docente
6. Potenciar las estancias formativas en Atención Primaria de las 18 especialidades de en aplicación de la Resolución de 15 de junio de 2006, de la Dirección General de Recursos Humanos y servicios económicos-presupuestarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la incorporación progresiva de una rotación en atención primaria de salud, en los programas
7. Impulsar la mejora y desarrollo de la gestión de la docencia.
8. Impulsar la investigación en docencia en Medicina Familiar y Comunitaria.

Sobre Resultados

1. Desarrollo de la evaluación formativa y mejora de la evaluación sumativa.
2. Mejora, desarrollo y/o puesta en marcha de sistemas de evaluación del tutor y de los colaboradores docentes.
3. Contribuir a la mejora de la evaluación sumativa final y de la repercusión en baremos y carrera profesional.
4. Participar en los procesos de homologación de títulos nacionales, contemplados en el RD 1753/98 y de títulos extranjeros.

La medicina de familia y la troncalidad

Desde hace años se viene demostrando que la atención médica deben proporcionarla médicos bien formados y entrenados en su práctica. La especialización tiene innegables ventajas, ya que mejora la calidad de la asistencia y favorece el avance en el conocimiento mediante la investigación y la docencia. Este hecho nos lleva a alcanzar en España las 47 especialidades médicas actualmente aprobadas. Sin embargo, esta situación también tiene algunos inconvenientes al provocar la atomización de la asistencia a un mismo paciente e incluso la desconexión entre los distintos profesionales con distintas áreas de interés. Con el agravante bien conocido de que cuanto más se segmente el mercado, mayores le parecerán las necesidades al planificador. Por ello, en el momento actual asistimos a un intenso debate sobre cómo hallar un equilibrio entre la necesaria subespecialización y la necesidad de integrar la mayoría de los aspectos de la práctica médica prevalente en el núcleo duro de la formación de todos los especialistas.

Por otra parte, los mismos avances de la ciencia médica introducen una cierta transversalidad entre las especialidades clásicas y ello ha hecho prever un nuevo mapa de competencias, lo que exige una versatilidad mayor y cierta flexibilidad para que estos especialistas puedan derivar de una especialidad a otra, si sus circunstancias personales, profesionales o del entorno sanitario así lo aconsejan.

Asimismo, en muchos dispositivos asistenciales se están experimentando nuevas formas de organización con la integración de distintos especialistas que ponen en común conocimientos y habilidades para gestionar casos y resolver demandas tanto muy prevalentes como otras encuadradas en “enfermedades raras” a los efectos de disminuir el tiempo de resolución, potenciar de forma coordinada las nuevas tecnologías y conseguir un visión más integrada del paciente. La formación troncal puede favorecer este tipo de organización versus una organización más clásica y basada en los conocimientos y formación de décadas pasadas. Esto evitará que los pacientes sean visitados simultáneamente, para una misma enfermedad, por varios especialistas, en distintos ámbitos sanitarios, y en diferentes dispositivos asistenciales. Tener una buena base de conocimientos troncales aumentará la eficacia y la calidad de las prestaciones sanitarias y evitará múltiples derivaciones y consultas innecesarias, lo cual acarreará menos molestias al paciente, favorecerá la eficiencia del sistema sanitario y evitará la polifarmacia injustificada.

Por todas las razones anteriormente mencionadas desde hace años se está manejando el concepto de troncalidad, sus fortalezas y debilidades. Este debate se remonta incluso al inicio del propio sistema MIR. De hecho muchos profesionales recuerdan que hubo ya un intento con un año común denominado “rotatorio”.

El grupo de troncalidad de especialidades médicas, constituido en el seno del nuevo Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la salud analiza las respuestas de un cuestionario Delphi realizado a todos los presidentes de las Comisiones Nacionales de Especialidades Médicas, el entorno internacional, nuestro marco legal, los programas formativos y diferentes propuestas previas, y finalmente propone que la troncalidad en formación especializada se defina como “el conjunto de competencias comunes a varias especialidades médicas que permite la agrupación de éstas y de su proceso formativo durante un tiempo determinado”. Y determina la existencia de tres troncos: El tronco médico, el tronco quirúrgico y el tronco médico y de laboratorio clínico. Las especialidades que formen parte de un mismo tronco deben tener

competencias comunes, beneficiarse de estancias formativas comunes y deben compartir áreas en las que el trabajo conjunto mejore la efectividad y eficiencia y la satisfacción del paciente al acarrearle menos molestias.

Las competencias genéricas son comunes a todos los troncos y las competencias del tronco médico tienen íntima relación con las competencias de las especialidades más pluripotenciales como son la medicina familiar y comunitaria y la medicina interna y el cronograma tiene tiempos específicos para la medicina familiar y comunitaria tanto en el primer año (obligatorio para todos) como en el segundo año (opcional). Estas estancias formativas se deberán desarrollar en las Unidades Docentes Troncales que convivirán con las unidades docentes multidisciplinarias y las unidades docentes de cada especialidad. En definitiva, cuando se desarrolle el proyecto, en un centro de salud docente rotarán los especialistas en formación de las especialidades de medicina familiar y comunitaria y enfermería familiar y comunitaria, especialistas del tronco médico en su periodo de formación troncal y allí se seguirán desarrollando las estancias formativas de otros especialistas en formación, no incluidos en tronco médico: especialistas en formación de cirugía general y del aparato digestivo, cirugía ortopédica y traumatología, dermatología médico quirúrgica y venereología, medicina física y rehabilitación, obstetricia y ginecología, oftalmología, pediatría, psiquiatría, urología, otorrinolaringología, regulados por Resolución .

Todo esto se debe a que la medicina de familia y la atención primaria son una especialidad y un ámbito sanitario de extraordinaria envergadura para la formación troncal y esta debe iniciarse indefectiblemente en el grado. Ya que al igual que Grishaw demuestra que cuando los “médicos de familia con interés especiales” ocupan puestos en los hospitales mejoran la coordinación entre niveles, hecho claramente demostrado en nuestro país con la presencia de médicos de familia en las puertas de Urgencias, también estamos convencidos que la formación de una gran proporción de especialistas en nuestro ámbito mejorara de forma considerable no sólo la elección vocacional de nuestra especialidad sino también la coordinación entre niveles sanitarios.

FORMACIÓN CONTINUADA Y RECERTIFICACIÓN PROFESIONAL DIRIGIDA AL RECONOCIMIENTO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN ESPAÑA

Se han desarrollado varios procesos para el acceso a la especialización de los profesionales ya integrado en la Atención Primaria. Durante los años 90 se estableció un proceso formativo basado en la acreditación del tiempo trabajado (al menos 5 años en Atención Primaria) y la realización de un curso presencial de 3 meses de duración y la realización de un proyecto personal. Posteriormente se estableció otro modelo de reconocimiento del título basado en la experiencia previa y en la realización de una ECOE. Con las normativas europeas este proceso se encuentra en su fase final y este año será la última ECOE para reconocimiento del título. De todas maneras aquellos médicos que ya estén en activo desde el año 1995 en el Servicio Público de Salud podrán seguir ejerciendo su trabajo, aún sin poseer el título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Los médicos que finalizaron su Grado a partir del año 1995 deben realizar una formación postgrado de manera obligatoria para poder ejercer en el Servicio Público de Salud.

Las distintas normativas legales en España han ido perfilando que los profesionales médicos más indicados para el ejercicio profesional en APS deben ser médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Sin embargo, el proceso de transformación del anterior modelo asistencial de los años 70 de biomedicina centrado en la curación y el individuo a otro basado en la salud y la comunidad requería la existencia de Médicos de familia formados y capacitados para realizar su ejercicio profesional en el nuevo modelo. En España se ha producido en un proceso simultáneo y armonizado por el cual la transformación del anterior modelo de Ambulatorio de la Seguridad Social a otro de Centros de Salud ha requerido simultáneamente la formación de especialistas y la capacitación de los médicos generalistas en ejercicio sin formación especializada previa.

Distintas normas legales han facilitado es proceso. Así, el Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, reguló el sistema de formación de estos especialistas en medicina familiar y comunitaria, disponiendo en su artículo 8 que *los médicos que acrediten cinco años de ejercicio, en propiedad o interinos, en puestos de asistencia primaria, dependientes de cualquier Administración pública o entidades gestoras de la Seguridad Social, podrán obtener el título de médico de familia y comunitaria previo cursillo de perfeccionamiento en la forma que la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y el Ministerio de Educación y Cultura determinen.*

Igualmente y con el fin de posibilitar el acceso de los médicos generales se establecieron dos procedimientos. En una primera fase fue un procedimiento excepcional restringido y controlado para la obtención del título de médico especialista en medicina familiar y comunitaria mediante la realización y superación de un curso de perfeccionamiento específico y posteriormente se organizó otro proceso diferente por el que el acceso se obtenía mediante la acreditación de la experiencia como médico en Atención Primaria, el haber realizado una serie de horas de formación en los contenidos de la especialidad y finalmente con la superación de una prueba objetiva y estructurada en las competencias de Médico de Familia (EEOE).

Curso de perfeccionamiento para la obtención del título de médico especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria

Fue la primera actividad reglada de formación que se realizó en España con los objetivos de adecuar la formación de los médicos generales a las necesidades de la APS. El fin era que los médicos generales de manera excepcional pudieran acceder al título de médico especialista en medicina familiar y comunitaria

Este curso de perfeccionamiento tenía una duración total de tres meses, era de carácter teórico y práctico, y versaba sobre las áreas clínicas y de salud pública y medicina comunitaria, desarrollándose a tenor del programa determinado por el Ministerio de Educación y Cultura y la Comisión Nacional de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria.

Para garantizar el máximo aprovechamiento docente y la optimización de los recursos, el curso se podía realizar en régimen de dedicación completa, en un único período continuado o en diversas fases, a tenor de las necesidades organizativas locales. Cuando excepcionalmente el curso no se pudo organizar en régimen de dedicación completa, se garantizaba una duración en número de horas equivalente al previsto. Se establecieron unas partidas presupuestarias específicas que facilitaron la sustitución en sus puestos de trabajo de los médicos generales que realizaban el curso.

Posteriormente el proceso se modificó dado el número de aspirantes y las limitaciones de recursos. Así, fue necesario que los aspirantes se financiaban su formación de 300 horas y su participación en una ECOE. Desde su inicio han pasado cerca de 15000 profesionales y aún están pendientes de realizarla unos 4000. La inmensa mayoría ha obtenido el título dado que ó bien habían adquirido la capacitación necesaria o se les ofertaba un curso de formación y reevaluación para conseguirlo.

ECOE para el acceso excepcional y transitorio para la obtención del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Para aquellos profesionales que hubiesen concluido los estudios de la licenciatura de medicina y cirugía antes del 1 de enero de 1995 y acreditaran un período equivalente a cinco años de práctica profesional como médicos de familia. El esfuerzo profesional y documental para facilitar este acceso ha sido el de las Sociedades Científicas de Medicina de Familia y de Atención Primaria especialmente por el perfil profesional de sus asociados.

Los requisitos que debían cumplir los aspirantes que desearan acceder al título, eran:

1. Ser español o nacional de algún país de la Unión Europea o de los Estados integrantes del Espacio Económico Europeo.
2. Haber obtenido el título español de licenciado en Medicina y Cirugía antes del 1 de enero de 1995.
3. Tener, al menos, cinco años de ejercicio profesional antes del 1 de enero de 2008.
4. Poseer una formación académica complementaria, en materias relacionadas con la especialidad, de un mínimo de 300 horas lectivas antes del 1 de enero de 2008 (Tabla 10).

Tabla 10. Contenidos de formación académica complementaria en materias relacionadas con la especialidad.

Área general

Los interesados habrán de acreditar haber cursado un mínimo de cuarenta horas lectivas en total, en alguna/s de la/s materias que se citan a continuación:

- a. Funciones del Médico de Familia.
- b. Garantía de calidad en Atención Primaria de Salud.
- c. Investigación en Atención Primaria de Salud.
- d. Trabajo en equipo y otras formas de organización de la práctica médica en Atención Primaria de Salud.
- e. Ética médica y legislación.
- f. Entrevista e historia clínica.
- g. Informática en Atención Primaria de Salud.

Área de atención al individuo

Los interesados habrán de acreditar haber cursado un total de doscientas diez horas lectivas distribuidas de la siguiente forma:

Cinco módulos diferentes, de una duración mínima de veinte horas cada uno de ellos sobre, al menos, tres materias distintas, relacionadas con las actividades asistenciales que se citan a continuación:

- a. Atención al niño.
- b. Atención a la mujer.
- c. Atención al anciano.
- d. Atención traumatológica y quirúrgica.
- e. Atención oftalmológica, otorrinolaringológica, urológica y dermatológica.
- f. Atención en salud mental.
- g. Exploraciones complementarias más utilizadas en Atención Primaria de Salud (radiología, electrocardiografía,...).
- h. Otras actividades asistenciales relacionadas con el Área de Atención al Individuo.

Ciento diez horas que serán de libre distribución entre la totalidad de los epígrafes relacionados en el apartado 2.1.

Área de atención a la familia

Los interesados habrán de acreditar haber cursado un mínimo de veinte horas lectivas en total, en alguna/s de la/s materias que se relacionan a continuación:

- a. Familia y salud.
- b. Relación familia/paciente.
- c. Exploración e intervención familiar en Atención Primaria de

Salud.

Área de atención a la comunidad

Los interesados habrán de acreditar haber cursado un mínimo de treinta horas lectivas en total, en alguna/ s de la/s materias que se relacionan a continuación:

- a. Análisis de la situación de salud de la comunidad.
- b. Diseño de un programa comunitario.
- c. Los programas de salud comunitarios.
- d. Educación para la salud.
- e. Los sistemas de registro en atención primaria de salud.

ECOPE

Las características comunes de la prueba práctica siguen un modelo de evaluación clínica objetiva y estructurada (ECOPE). Esta prueba tiene un carácter eminentemente práctico, a través de la resolución de casos clínicos, articulados en un circuito de estaciones o situaciones por las que los candidatos rotan consecutivamente. Cada aspirante tiene la posibilidad de presentarse a la prueba ECOPE en dos ocasiones y en caso de no superación de las mismas, puede someterse a una tercera y última evaluación, de características afines a la prueba inicial.

Se trata de una prueba de evaluación de la competencia profesional del aspirante en situaciones muy similares a las que se producen en el entorno real del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el ejercicio de su actividad profesional. Esta prueba tiene un carácter eminentemente práctico, orientada a valorar la competencia profesional del interesado en el ejercicio de sus funciones como Médico de Familia, a través de la resolución de diversos casos clínicos adaptados a los contenidos formativos propios de la especialidad, y articulada en un circuito de estaciones o situaciones por las que los interesados rotarán de forma consecutiva.

En la prueba ECOPE están incluidas las siguientes competencias clínicas:

- Habilidades clínicas básicas: Anamnesis y exploración física.
- Comunicación
- Habilidades técnicas
- Manejo de las situaciones (diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento)
- Atención a la familia
- Habilidades preventivas

Las sociedades científicas de Atención Primaria y los Colegios Médicos de España han realizado un importante esfuerzo para apoyar el proceso de homologación de los Médicos Generales para la obtención del título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, siendo la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria la ha realizado un esfuerzo importante en estas tareas de las que se han tomado la mayoría de los textos y referencias utilizados (Tabla 11).

Tabla 11. Instrumentos de la ECOPE de Medicina Familiar y Comunitaria

Este tipo de prueba, debe reproducir con la máxima exactitud posible la situación real a la que se enfrenta el médico a diario. Para conseguirlo, se han utilizado los siguientes instrumentos:

Pacientes simulados estandarizados: Los **pacientes simulados estandarizados** son actores que representan el rol de un paciente que acude a la consulta. Se les enseña a explicar sus síntomas de modo totalmente creíble, estandarizada, evitando las palabras técnicas, con un lenguaje coloquial y respondiendo específicamente a las preguntas que les realiza el médico evaluado.

También se les puede entrenar para que simulen hallazgos en la exploración física, como dolor cuando el médico explore una zona determinada, ruidos respiratorios o déficit neurológicos. La evaluación la realiza un médico evaluador externo que está en la consulta mientras el encuentro paciente-candidato se realiza. Los evaluadores son médicos de familia que han sido entrenados para evaluar las competencias de los participantes de manera justa asegurando en todo momento su imparcialidad y una total reproducibilidad.

Preguntas abiertas con respuesta corta: **Preguntas abiertas de respuesta corta** relacionadas con una situación clínica específica. Permiten evaluar conocimientos y habilidades de manejo.

Estas preguntas, convenientemente estructuradas, nos permiten evaluar también otros aspectos de aplicación clínica como: la capacidad de jerarquización de problemas, planificación de exploraciones, tratamiento a seguir, etc.

Maniqués: Sirven casi exclusivamente para valorar habilidades técnicas concretas, como reanimación cardiopulmonar, intubación, punciones, etc.

Imágenes clínicas: Muestran en fotografía, transparencia o vídeo, imágenes dermatológicas, radiológicas, de ECG, etc. para su diagnóstico. Se seleccionan para la prueba imágenes o exploraciones complementarias típicas y a menudo no hace falta dar el diagnóstico etiológico, basta con el sindrómico.

Consultas telefónicas: destinadas a evaluar la capacidad de anamnesis y comunicación de planes de manejo. Pueden hacerlas pacientes estandarizados o observadores entrenados para ello.

Básicamente permite evaluar la capacidad de manejo de las diferentes situaciones clínicas que se le plantean al candidato.

La prueba modelo ECOE, se realiza anualmente, y se garantiza que es homogénea y equiparable en sus contenidos en la totalidad de los lugares donde se realiza. Hasta el momento actual se han sometido al proceso de homologación vía ECOE más de 10000 médicos

La Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria debe aprobar la evaluación definitiva de cada aspirante, si la evaluación es “apto” el Ministerio de Educación y Cultura dicta la resolución correspondiente en orden a la concesión del título de Médico Especialista. Cuando sea “no apto”, el aspirante puede

someterse a una segunda prueba. En el caso de que el aspirante volviera a ser “no apto” por segunda vez, tiene derecho, a someterse a una nueva prueba, cuyas características serán similares a la establecidas para la prueba inicial y que será realizada por la Subsecretaria de Sanidad y Consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo) y la Dirección General de Universidades (Ministerio de Educación y Cultura). La solicitud para participar en el proceso se presenta en la Tabla 12. Esta prueba es evaluada directamente por la Comisión Nacional de la especialidad y su resultado, que es definitivo, se comunica al Ministerio de Educación y Cultura para que adopte la resolución procedente que es notificada al interesado.

Tabla 12. Impreso oficial para la solicitud de acceso al título de especialista página 2.

Tabla 1.- Organismos que expiden, informan o visan los títulos, diplomas o certificados correspondientes a la formación complementaria, según lo dispuesto en el Artículo 3.c de R.D. 1753/1998.

Organismos
Sociedades Científicas
Colegios de Médicos
Servicios Salud
INSALUD
Universidades
Comunidades Autónomas
Ministerio Sanidad y Consumo

Tabla 2.- Índice de materias y ámbitos de formación, agrupados por Areas, que configuran el perfil del Médico de Familia, a efectos de la formación complementaria exigida por el Artículo 1.2 del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio.

1. Area General. Materias:	Códigos
- Funciones del Médico de Familia	1.1
- Garantía de calidad en Atención Primaria de Salud (APS)	1.2
- Investigación en APS	1.3
- Trabajo en equipo y otras formas de organización de la práctica médica en APS	1.4
- Ética Médica y Legislación	1.5
- Entrevista e historia clínica	1.6
- Informática en APS	1.7
2. Area de Atención al Individuo. Materias:	Códigos
- Atención al niño	2.1
- Atención a la mujer	2.2
- Atención al anciano	2.3
- Atención traumatológica y quirúrgica	2.4
- Atención oftalmológica, otorrinolaringológica, urológica y dermatológica	2.5
- Atención en salud mental	2.6
- Exploraciones complementarias más utilizadas en APS (radiológica, electrocardiografía,...)	2.7
- Otras actividades asistenciales relacionadas con el Area de Atención al Individuo	2.8
3. Area de Atención a la Familia. Materias:	Códigos
- Familia y salud	3.1
- Relación familia/paciente	3.2
- Exploración e intervención familiar en APS	3.3
4. Area de Atención a la Comunidad. Materias:	Códigos
- Análisis de la situación de salud de la comunidad	4.1
- Diseño de un programa comunitario	4.2
- Los programas de salud comunitarios	4.3
- Educación para la salud	4.4
- Los sistemas de registro en APS	4.5

Conclusiones

1. La formación de Grado en Medicina en los países europeos es responsabilidad de la Universidad en las Facultades de Medicina y esta dirigida a formar profesionales con conocimientos, habilidades, actitudes y competencias genéricas y polivalentes que constituyan la base sobre la que realizar una posterior especialización de postgrado mediante un sistema de residencia. En la Comunidad Europea es requisito indispensable para trabajar de médico en la red sanitaria pública hospitalaria o de atención primaria, el haber realizado una formación postgrado como residente.
2. La Medicina de Familia en el Grado complementa la formación hospitalaria con el modelo bio-psico-social y una visión holística de los pacientes, las familias y la comunidad con las situaciones sanitarias y sociales reales del paciente, proporciona contenidos teórico-prácticos transversales, genéricos y específicos. Es transversal, es inter y multidisciplinar, y orienta a la resolución de problemas. Fomenta el pensamiento crítico y el manejo de la incertidumbre en la toma de decisiones.
3. Los servicios asistenciales de la Atención Primaria de Salud son un ámbito de aprendizaje idóneo para los alumnos de medicina, independientemente de su tipo de especialización posterior. La presencia de asignaturas de Medicina de Familia y de aprendizaje práctico en los Centros de Salud está generalizado en todos los países europeos. En los países más desarrollados económica, técnica y educativamente la presencia de la Medicina de Familia en la universidad se establece en igualdad académica al resto de disciplinas tradicionales. La disciplina académica de Medicina de Familia debe ser impartida por profesores con formación y titulación en dicha área.
4. La formación específica en Medicina de Familia es obligatoria en todos los países de la UE y en los adscritos a la UEMO. El 44% de los países ofertan 4, 5 y 6 años de formación y 46%: 3 años: 2 años (3 países); 3 años (14 países); 4 años (6 países); 5 años (6 países) y 6 años: 1 país. Existe programa oficial en el 70% de los países, con rotaciones prefijadas en el 76% de los programas y formación teórica práctica en el 73.3%. En la mitad de los países el responsable de la formación es la Universidad y en la otra mitad es gobierno/profesión.
5. El programa de MFyC en España es de 4 años y aporta: adaptación al perfil profesional y a los valores del médico de familia, pluripotencialidad y flexibilidad; definición del perfil competencial; profundización en el eje tutor-residente; redefine el perfil competencial: profundizando en áreas propias e incorporando nuevas; es referente para el mantenimiento de la competencia; contenidos genéricos, transversales y específicos; posibilita la troncalidad; contribución al impacto sobre, efectividad, eficiencia, equidad y satisfacción; y es una potente herramienta de cohesión y calidad para el sistema.
6. La especialización mejora la calidad de la asistencia y favorece el conocimiento mediante la investigación y la docencia. En España hay 47 especialidades médicas aprobadas lo que genera inconvenientes al provocar la atomización de la asistencia a un mismo paciente e incluso la desconexión entre los distintos

profesionales con distintas áreas de interés. Con el agravante bien conocido de que cuanto más se segmente el mercado, mayores le parecerán las necesidades al planificador. Por ello, es importante hallar un equilibrio entre la subespecialización y la necesidad de integrar la mayoría de los aspectos de la práctica médica prevalente en el núcleo duro de la formación de todos los especialistas, mediante una formación troncal.

7. La medicina de familia como especialidad y la atención primaria como ámbito sanitario son de extraordinaria importancia para la formación troncal y esta debe iniciarse indefectiblemente en el grado. Ya que al igual que Grishaw demuestra que cuando los “médicos de familia con interés especiales” ocupan puestos en los hospitales mejoran la coordinación entre niveles, hecho claramente demostrado en nuestro país con la presencia de médicos de familia en las puertas de Urgencias. La formación de varias especialidades con tronco compartido con la Medicina de Familia en Atención Primaria mejorara de forma considerable no sólo la elección vocacional de nuestra especialidad sino también la coordinación entre niveles sanitarios.
8. Es importante rentabilizar la experiencia y riqueza profesional de los médicos que ya trabajan en APS pero sin formación postgrado específica, a la cual no ha podido tener acceso la mayoría. A estos profesionales se les debe potenciar en el sistema de salud y para ello se les debe facilitar los cauces formativos suficientes para que puedan actualizar sus conocimientos y competencias profesionales, y así ejercer su profesión con la mayor calidad posible. Pero a su vez deben demostrar ante las autoridades asistenciales y académicas de manera objetiva tener la capacitación profesional que le es exigible a un Médico de Familia que ha realizado una formación postgrado.

Bibliografía

1. 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.
2. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patient related to levels of patients satisfaction with consultations. *Br J Gen Prat* 1996; 46: 601-6.
3. Boerma WGW, Dubois CA. Mapping primary care across Europe. In Saltman RB, Rico A, Boerma, W, edit. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Berkshire: Open University Press; 2006. p. 22-49.
4. Bonal Pitz P. Antecedentes y modelo actual de la Medicina de Familia en la Universidad. En: *Documentos de Opinión para Atención Primaria. Medicina de Familia y Universidad*. IMC, Madrid 2005:11-31.
5. Bonal Pitz P. El reconocimiento académico de la Medicina de Familia por la universidad: una necesidad inaplazable. *Aten Primaria* 1998; 21: 63-4.
6. Bonal-Pitz P. Respuesta de la Medicina de Familia a la Declaración de Granada. *Aten Primaria* 2002; 29: 265-7.
7. Brailovsky CA, Grand'Maison PA. Using evidence to improve evaluation: a comprehensive psychometric assessment of a SP-based OSCE licensing examination. *Adv Health Sci Edu* 2000; 5: 207-19.
8. Byrne PS. University departments of general practice and the undergraduate teaching of general practice in the United Kingdom in 1972. *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 1973; 23 (Suppl 1): 1-12.
9. Casado V. 4 años. *AMF*. 2005; 1 (2) 61-2.
10. Casado V. El examen MIR y las plazas de médico de familia. *Aten Primaria*. 2006; 38 (10) 535-6.
11. Casado V. Presente y futuro del MIR de Medicina Familiar *Aten Primaria*. 2007; 39 (8) 391-3.
12. Casado V. Troncalidad y Medicina de Familia. *Aten Primaria*. 2009. Aceptado para su publicación. En prensa
13. Casado V. Valoración del programa de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Posibilidad de ampliación de los años formativos. *Tribuna Docente* 2002; (3 supl) 2: 23-35.
14. Casado Vicente V, Bonal Pitz P. La formación pregrado a debate. En: Prieto Orzanco A. *Medicina Familiar y Comunitaria* 1997. Saned; 1997.
15. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. *Libro del Especialista en Formación en Medicina Familiar y Comunitaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2007. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en:
<http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>

16. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. www.msc.es.
http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/programa-especialidad-05.pdf
17. Comissió d'ordenació de la professió mèdica. La necessitat de metges en el sistema sanitari català. Causes i solucions. Informe final. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, febrero, 2007. Disponible en:
<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/consells/index.html>
Consultado el 17 de diciembre de 2007.
18. Declaración de Granada sobre estándares en la educación médica de pregrado. Granada 24 de octubre de 2002. Educación Médica 2002; 5(1): 3 - 5.
19. Desenvolupament professional continuat (DPC) individual. Comissió per al desenvolupament operatiu del llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya. Instituto de Estudios de la Salud. Barcelona 2005.
20. Disponible en <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD005471-ES.pdf>
21. Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. Scand J Prim Health Care 2001; 19:131-4.
22. European Society of General Practice / Family Medicine WONCA EUROPE . The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA EUROPE. Barcelona (Spain), Noordwijk 20052. Disponible en:
<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Definition%202nd%20ed%202005.pdf>
23. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. Bulletin No. 4. Boston, Massachusetts: Updyke; 1910.
24. Fraser RC, Preston-Whyte E. The contribution of Academic General Practice to Undergraduate Medical Education. Londonres: The Royal College of General Practitioners; 1988.
25. Gómez Gascón T. Recertificación y carrera profesional. Cuadernos de Gestión. 2002; 8:103-5.
26. Gonzalez B, Barber P. Oferta y Necesidad de Médicos especialistas en España (2006-2030). Disponible en
http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06_30.pdf
27. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians´. N. Engl J Med 1993, 329 (17) 1271-3
28. Grishaw JM, Winkens RAG, Shurran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford:Update Software. Disponible en
<http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD005471-ES.pdf>
29. Grupo de trabajo de investigación de Enfermería en REUNI. Recomendaciones del Comité Europeo sobre la Investigación de Enfermería. Barcelona: Enferm Clin 1997; 7 (5): 232-40.

30. Grupo de trabajo de Investigación en Enfermería (FIS). La Investigación de Enfermería en España: Med Clin. (Barc); 1994; abr. 25, 102 (15): 584-8.
31. Grupo de trabajo del centro coordinador REUNI para la investigación de Enfermería. Investigación clínica de Enfermería en la Red de Unidades de Investigación REUNI: Enferm Clin. (Barc) 1997; 7 (1): 25-30.
32. Grupo de troncalidad del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la salud. La Troncalidad en las Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Ministerio de Educación. Madrid 2008. Disponible en http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/e-Commerce/Publicaciones/Documentoscolaborativos/La%20troncalidad%20en%20las%20especialidades%20medicas.pdf
33. Harris CM. General practice teaching of undergraduates in British medical schools. The Royal College of General Practitioners. Londres; 1969.
34. Howie JG, Hannay DR. General Practice in the Medical Schools of the United Kingdom. The Mackenzie Report. Londres: Mackenzie Fund; 1986.
35. Jonas HS, Etzel SI, Barzansky B. Educational Programs in US Medical Schools. JAMA 1991; 266: 913-20.
36. Jung HP, Wensing M, de Wilt A, Olesen F, Grol R, Comparison of patient's preferences and evaluation regarding aspects of general practice care. Fam Practice 2000;17:236-242.
37. Levinson W, Roter D, Mullooly J, Dull V, Frankel R. Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1997; 277:553-9.
38. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de Profesiones Sanitarias. BOE nº 280. 22 de noviembre de 2003. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
39. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE nº 301 de 17 de diciembre de 2003. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/12/17/pdfs/A44742-44763.pdf>
40. López Morales M. La Enfermería Comunitaria y el Asociacionismo Científico en España. Enferm Comun 2005; 1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_5-7.php
41. Martín Zurro A, De Nadal J. ¿Peligra el Sistema MIR? El País.06-06-2006. Disponible en: http://www.elpais.es/articulo/salud/Peligra/sistema/MIR/elpsalpor/20060606elpesal_5/Tes/
42. Martínez Riera JR. Enfermeras comunitarias. De la palabra a los hechos. Enfermería Comunitaria (rev. digital) 2006, 2(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n2/ec0307.php>
43. Ministerio de Educación y Ciencia. Catálogo oficial de títulos. Directrices generales. Secretaria General del Consejo de Coordinación Universitaria. Disponible en: http://www.mec.es/educa/jsp/plantilla.jsp?id=602&area=ccuniv&contenido=/ccuniv/html/direct_generales/troncal/enfermer.html

44. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Documento Marco: La Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Febrero 2003. Disponible en:
http://www.eees.ua.es/conferencias/DocumentoMarco_10_Febrero.doc
45. Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Ciencia e Innovación. Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud La troncalidad en las especialidades médicas. Madrid 2008. Disponible en:
<http://www.diariomedico.com/documentos/020708troncalidad.pdf>
46. Ministerio de Sanidad y Consumo. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid 2005. Disponible en:
<http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>
47. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información Sanitaria del SNS. Principales Cifras del SNS 2005. Madrid. Consulta 27 de enero de 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/FOLLETO-BAJA.PDF>
48. Morales Asensio, JM. Investigación de Resultados en Enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm.* [online]. 2004, vol. 13, no. 44-45 [citado 2007-12-17], pp. 37-41. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es&nrm=iso
49. Organización Médica Colegial. Noticia. Los profesionales saludan la elaboración del informe del Ministerio sobre recursos humanos. Disponible en:
http://www.cgcom.org/notas_prensa/2007/07_03_13_rr_hh.html Consultado el 17 de diciembre de 2007.
50. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra. 1978. Disponible en:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
51. Oriol i Bosch, De Oleza R. *LLibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Departamento de Salud. Generalidad de Cataluña. Barcelona, 2003.
52. Palmer RH, Reilly M. Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care. *Med Care* 1979; 18: 693-717.
53. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Disponible en:
<http://www.mec.es/mecd/gabipren/documentos/files/2007-ensenanzas-univ-texto-rd.pdf>
54. Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel. Disponible en:
http://www.mec.es/univ/html/normativa/alumnos/titulaciones/titulaciones_gobierno/ciencias_experimentales_d/rd1466-90.pdf
55. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la universidad de las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios como escuelas universitarias de

- enfermería. Disponible en: <http://enfermeros.org/Legislacion-RD-2128-1977-IntegracionATS-EscuelasUniv.pdf>
56. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Disponible en: <http://www.mec.es/universidades/especialidadesenfermeria/files/a-15480-15486.pdf>
57. Resolución Conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia de 9 de junio de 2005 por la que se establece los Requisitos Generales de Acreditación de las Unidades Docentes para la formación de Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: <http://www.udomfyc.org/descarga/ministerio/INFORME%20ACLARACIONES%20ACREDITACION%20CENTROS%20Y%20FIGURAS%20DOCENTES.pdf>
58. Resolución de 15 de junio de 2006, de la Dirección General de Recursos Humanos y servicios económicos-presupuestarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la incorporación progresiva de una rotación en atención primaria de salud, en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias. Disponible en: <http://www.udomfyc.org/descarga/ministerio/RESOLUCION%20ROTACION%20EN%20AP.pdf>
59. Rosser w. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: Is there a difference? *J Fam Pract* 1996; 2:139-144.
60. Saltman RB, Rico A, Boerma, W, Editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2006.
61. semFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria). Actividades de formación para médicos de Atención Primaria. Disponible en: http://www.semfy.com/es/informativo/formacion_semfy.com/
62. Simó Miñana J, Campos González JC, Sanfélix Genovés J, Chinchilla Albiol N. Carrera profesional, organización y compromiso con la organización. *Cuadernos de gestión*. 2004; 10:217-9.
63. Simó Miñana J, Casado Vicente V. Carreras profesionales: ¿algo más que reconocimiento? *Aten. Primaria*. 2006; 38(7):405-8.
64. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Curso de SEMERGEN de Atención Primaria. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen2/cda/nav/03/301010.jsp?curso=6906>
65. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Prueba ECOE Título de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: http://www.semergen.es/semergen2/cda/documentos/web_ecoe/web_ecoe.htm
66. Sociedad Española de Medicina General (SEMG). Escuela Española de Medicina General. Disponible en: http://www.semg.es/formacion_continuada/escuela_medicina_general.html
67. Sociedad Española de Medicina General (SEMG). Informe de la SEMG sobre la prueba de Evaluación Clínica Objetiva Estructurada: ECOE de Familia, para los

- licenciados pre-95. Disponible en:
http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/informe_semg_ecoe.pdf
68. Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2000.
 69. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344:1129-1133.
 70. Suárez F, Bonal P, Cobaleda J, Buitrago F. Documentos de opinión para Atención Primaria: Medicina de Familia y Universidad. IM&C Madrid 2005. Disponible en:
http://www.semergen.es/semergen2/microsites/opinion/opinion3/opinion3_complet.pdf
 71. Terés J, Capdevilla JA, Nonell F, Cardellach F, Bundó M y Torres M. Formación troncal de las especialidades médicas: un reto del presente para una mejora del sistema sanitario. *Med Clin (Barc)* 2006; 127 (4):139-44.
 72. Thom D, Campbell C. Patient-physician trust. An exploratory study. *J Fam Pract* 1997; 44: 169-176.
 73. Walton HJ. Primary health care in European medical education: a survey. *Medical Education* 1985; 19: 167-88.
 74. WFME task force on defining international standards in basic medical education. Report of the working party, Copenhagen, 14-16 October 1999. *Med Educ* 2000; 34: 665-75.
 75. World Federation for Medical Education (WFME). Trilogía de la WFME. Estándares globales en Educación médica. Pregrado, postgrado y desarrollo profesional continuo. *Educación médica*. 2004: 7(2).

Pablo Bonal Pitz
Verónica Casado Vicente

Academia de Medicina de Familia de España de la semFYC
Madrid 2009