



LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL MARCO DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN ESPAÑA

*Prof. Dra. Verónica Casado Vicente
Presidenta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria
Vicepresidenta del Consejo Nacional en Especialidades en Ciencias de la Salud*

MARCO

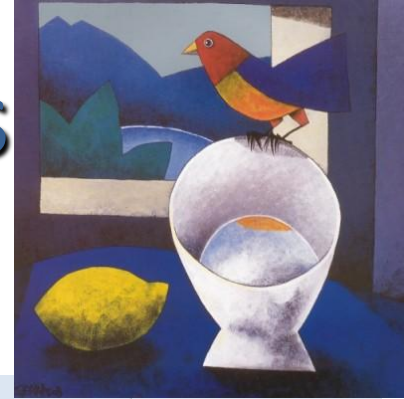
- **EQUIDAD:**
 - Financiación pública por impuestos
 - Aseguramiento único: cartera de servicios
 - Accesibilidad geográfica: territorialización de la atención: creación de las áreas de salud, centros de salud y equipos de atención primaria
 - Gestión fundamentalmente pública
- **EFECTIVIDAD Y VIABILIDAD**
 - MEJORA EN LA FORMACIÓN
 - Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria
 - Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria
- **EFICIENCIA**
 - Mejora en la formación en gestión
 - Eficacia de nivel: atención primaria puerta de entrada y médicos de familia en urgencias

El sistema de formación especializada mediante residencia

ha tenido un gran impacto no sólo formativo sino que se ha constituido en un auténtico motor de cambio y mejora del sistema sanitario tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria



FORTALEZAS: Evidencias



Farmer y cols. (1991) fueron los primeros en demostrar con datos obtenidos de todos los condados de los EEUU, que los condados con menos tasas de mortalidad ajustada por edad eran aquellos con mayor densidad de médicos de familia.

Asimismo, otros estudios demuestran el impacto que los médicos de familia y la Atención Primaria tienen sobre la accesibilidad, la longitudinalidad, la relación médico-paciente, así como sobre la globalidad y la relación que estas características tienen sobre los niveles de salud (Starfield 2001, Macinko J 2003, Saltman RB 2006, Boerma 2006, Grishaw 2007, Kringos 2013).

Evidencias

los países que disponen de una AP fuerte consiguen mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población y menores costes del conjunto de los servicios

AP es esencial para mejorar la salud de los pueblos.

las personas que reciben cuidados preferentemente de médicos de familia son más saludables

el nivel de salud es mejor en las zonas con mayor número de médicos de familia en AP





ADMINISTRACION SANITARIA

- ❖ Eficiencia
- ❖ Formas organizativas y de gestión
- ❖ Informatización

CAMBIOS DEMOGRAFICOS

- Envejecimiento
- Mov. Migratorios
- Nuevo papel de la familia
- Nuevo marco de relaciones entre las personas

CAMBIOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

- Altas precoces
- Cuidados paliativos
- Técnicas que se trasladan a A.P.: cirugía menor, control embarazo, inserción DIU, control AHO, doppler, ecografía

NECESIDADES DEL SISTEMA

LA SOCIEDAD DE LA INFORMACION

Mejor y más rápido acceso la información
Nuevas herramientas
Telemedicina

CAMBIOS SOCIALES

↑ Nivel de exigencia (mayor capacidad de resolución y mayor calidad de las prestaciones.
Mayor capacitación para la autonomía
↑ mejor trato humano

CAMBIOS SANITARIOS

- ↑Cronicidad
- ↑de las incapacidades
- ↑Nuevas enfermedades y reaparición de antiguas enfermedades
- ↑ conductas adictivas, trastornos de la conducta alimentaria
- ↑ conductas de riesgo, trastornos adaptativos
- ↑ personas en riesgo social



**AVANCES
CIENTIFICO-
TÉCNICOS
ALTAMENTE
SIGNIFICATIVOS**

**FRAGMENTACIÓN
DESPERSONALIZACIÓN,
ENCASILLAMIENTO
PROFESIONAL,
DESCOORDINACIÓN
Y ATROGENIA**

REALIDAD HOLÍSTICA DE ENFERMAR

FORMACIÓN SÓLIDA

AMPLIA

Versatilidad, pluralidad,
base competencial amplia



FORMACIÓN

SUPERESPECIALIZADA

Reformas EEES y LOPS

- ✓ Mejor atención clínica
- ✓ Actividades de promoción y prevención de la salud
- ✓ Sistemas de información
- ✓ Incorporación de la docencia
- ✓ Incorporación de la investigación
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Práctica familiar
- ✓ Intervención comunitaria
- ✓ Sistemas de mejora de la calidad
- ✓ MOTOR DE CAMBIO

Ventajas de la AP como regulador de flujos en el sistema y gestora de casos con su correspondiente impacto sobre efectividad, eficiencia, equidad y satisfacción de los usuarios

FORTALEZAS: Impacto en España

Alta resolutividad
Ampliación de servicios a la población
Transferencias de servicios del hospital a atención primaria

Estructuras asistenciales y docentes consolidadas
aprovechamiento del MF en el ámbito hospitalario GPSI



Una AP fuerte está asociada con una mejor salud de la población, mejor salud autopercebida y menos hospitalizaciones innecesarias. Las personas que sufren enfermedades crónicas que pueden en gran parte ser tratadas en AP (ej: CIC, ACVA y asma) pierden menos años de su esperanza de vida total.

En Europa, los países con mejor AP tienen una población más sana. Ejemplos de países con

Europa

La variable de AP que más se relaciona con la variación de los indicadores de salud es el número de médicos de familia en AP.

Se ha notificado que el número de médicos de familia en AP/ 10.000 habitantes se relaciona con:

- ❑ la mortalidad por todas las causas,
- ❑ la mortalidad específica por cáncer, enfermedades cardio y cerebrovasculares,
- ❑ la mortalidad infantil,
- ❑ el bajo peso al nacer y
- ❑ con la mala salud autopercebida.



Definición del perfil y las competencias del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

1. Generalidades del sistema de residencia MIR en España y características generales de la especialidad

Formación especializada. Sistema MIR

Centrado en el aprende



práctica clínica
programada y
retribuida

Programa formativo
Oficial orientado
a competencias

asunción progresiva
de
responsabilidades y
un nivel decreciente
de supervisión

vinculación laboral
entre especialista en
formación y el
Servicio de Salud

Formación especializada. Sistema MIR

Ministerio Sanidad y CCAA
(No Universidad)
Financiado por los Servicios de
Salud

Comisión
nacional de la
especialidad:
Programa



Unidad Docente y
Comisión de
Docencia:
guía e itinerario tipo

ACCESO ÚNICO
para todas las
especialidades y
para toda España.
(examen 225
preguntas tipo test)

Tutor: plan
individual de
formación

Acceso a la especialidad

Examen MIR: 225 PRM.10 preguntas de reserva . 5 horas
Diferentes ciudades : Mismo día.

Punto de corte \leq 35% de la media de los 10 mejores expedientes

La puntuación final: 90% la nota + 10% expediente académico

Clasificación según puntuación
Elección especialidad y UD en el Ministerio Sanidad Madrid.

Cupo extracomunitarios 4%
Discapacitados 7%

CONVOCATORIA:
SEPTIEMBRE

EXAMEN:
FEBRERO

ADJUDICACIÓN
PLAZAS: ABRIL

INCORPORACIÓN
A LA FSE: MAYO

2014

1682
MFyC
(27,4%)

6149
plazas



formación

sanitaria

especializada

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ESPECIALIDAD:

Especialidad
creada en
1978

Es una de las 47
Especialidades
médicas
reconocidas en
España

6.800 residentes en
formación de los 18000

2005

FORMACIÓN:
4 años

Programa
Oficial de la
Especialidad

COMPETENCIAS

1. Valores profesionales

2. Esenciales: comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y bioética (primer programa español que incluye la bioética)

3. Competencias de base (formación, docencia e investigación)

4. Transversales (22 áreas de atención a la persona y 11 áreas de atención a grupos definidos por edad o riesgo)

5. Específicas: atención familiar y atención comunitaria

Definición del perfil y las competencias del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

2. El programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España

Disciplina
Académica

Especialidad Médica

Profesión Sanitaria

La medicina familiar y comunitaria

Cuerpo
asistencial

Cuerpo de
investigación

Cuerpo
docente

Cuerpo de
gestión

MEDICINA DE FAMILIA COMO ESPECIALIDAD Y COMO DISCIPLINA

- ✓ **AMBITO DE ACTUACIÓN DIFERENCIADO:** *PRIMER NIVEL SANITARIO: ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS*
- ✓ **CUERPO DE CONOCIMIENTOS PROPIO:**
 - *MEDICINA PREVENTIVA CLÍNICA*
 - *MEDICINA DE ALTA PREVALENCIA E INCIDENCIA,*
 - *MEDICINA FAMILIAR Y MEDICINA COMUNITARIA*
- ✓ **PARADIGMA DE ACTUACIÓN:** *ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL*
- ✓ **ORIENTACIÓN ESPECIFICA:** *GLOBALIDAD Y LONGITUDINALIDAD*
- ✓ **TRADICIÓN HISTORICA**
- ✓ **INVESTIGADORES NACIONALES E INTERNACIONALES**

La formación especializada de la medicina familiar y comunitaria en Europa. Especialidad UNIVERSAL

País	Años	H/CS	Programa	Rotaciones	T/P	Examen	Responsables	Obligatorio	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
Dinamarca	5	+/-	SI	SI	200h	NO	G/P	SI	NO
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
G.Bretaña	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
Irlanda	4	+/-	SI	SI		SI	G/P	SI	NO
Italia	3	+/-	SI	NO	400h	SI	G/P	SI	SI
Luxemburgo	3	-/+	NO	NO				SI	NO
Portugal	3	-/+	Si	Si	180h	SI	G/P	Si	No
Suecia	5	-/+	SI	NO	2000h	NO	U	SI	NO

Euract (WONCA)

EN EUROPA

- La formación específica en MF/GP es obligatoria
- Reconocida como especialidad/formación específica universal en Europa
- 53% de los países ofertan 4, 5 y 6 años de formación y 47%: 3 años.
- 60% denominación MF y 40% MG.
- 71% mismo tiempo o más tiempo de formación en AP
- Examen final en el 80% de los países
- Responsables de la formación 36% universidad y 64% gobierno/profesión
- Obligatoria para la práctica profesional
- En el 80% de los países cambios en los programas formativos que conciernen al tiempo y al desarrollo cualitativo de todos los elementos del proceso formativo
- Se estimula el desarrollo académico en todos los países

INTERVENCIONES EFECTIVAS:

1. Programas formativos sólidos
2. Estancias formativas en los centros de trabajo
3. Encuentros educativos interactivos
4. Intervenciones combinadas de evaluación formativa

España

PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



- ✚ COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
- ✚ CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES MEDICAS
- ✚ COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS
- ✚ MINISTERIO DE EDUCACION, CULTURA Y DEPORTE
- ✚ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2005

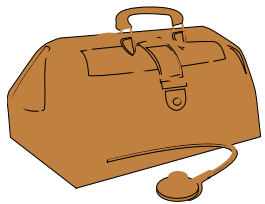




Perfil profesional de La Medicina de Familia y Comunitaria



“El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria es el especialista cuyo objeto de conocimiento clínico, educativo y de investigación es la persona entendida como un todo. Ofrece un abordaje médico continuado sin fragmentación entre lo biológico, lo psíquico y lo social y su objetivo es elevar el nivel de salud no sólo de los individuos, sino también de las familias y de las comunidades a través de la integración de la prevención, promoción, curación, rehabilitación y de los cuidados paliativos”.

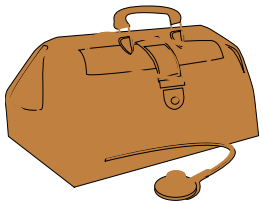




La Medicina de Familia y Comunitaria



“La MFyC hace énfasis en los problemas más frecuentes, prevalentes y urgentes, da mucho peso a los contenidos genéricos de comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y bioética, incide en los problemas más importantes no sólo de los individuos sino de los grupos poblacionales y de los grupos con factores de riesgo e insiste en profundizar en las metodologías de formación, docencia e investigación en su ámbito”.





PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2005

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>

**P
R
O
F
E
S
I
O
N
A
L**

LOS VALORES PROFESIONALES

COMPETENCIAS ESENCIALES:

La comunicación

El razonamiento clínico

La gestión de la atención

La bioética

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA ATENCION AL INDIVIDUO:

Abordaje de necesidades y problemas de salud (22 áreas)

Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo (11 áreas)

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON ATENCION A LA FAMILIA

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON ATENCION A LA COMUNIDAD

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON FORMACION, DOCENCIA E INVESTIGACION



PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2005

**P
R
O
F
E
S
I
O
N
A
L**

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA ATENCION AL INDIVIDUO:

Abordaje de necesidades y problemas de salud (22 áreas)

- Problemas cardiovasculares y factores de riesgo
- Problemas respiratorios
- Problemas del tracto digestivo
- Problemas infecciosos
- Problemas metabólicos y endocrinológicos
- Problemas de la conducta y relación. Problemas de salud Mental
- Problemas del sistema nervioso
- Problemas hematológicos
- Problemas de la piel
- Traumatismos, accidentes e intoxicaciones
- Problemas de la función renal y de las vías urinarias
- Problemas musculo-esqueléticos
- Problemas de la cara-nariz-boca-garganta y oídos
- Problemas de los ojos
- Conductas de riesgo
- Urgencias y Emergencias



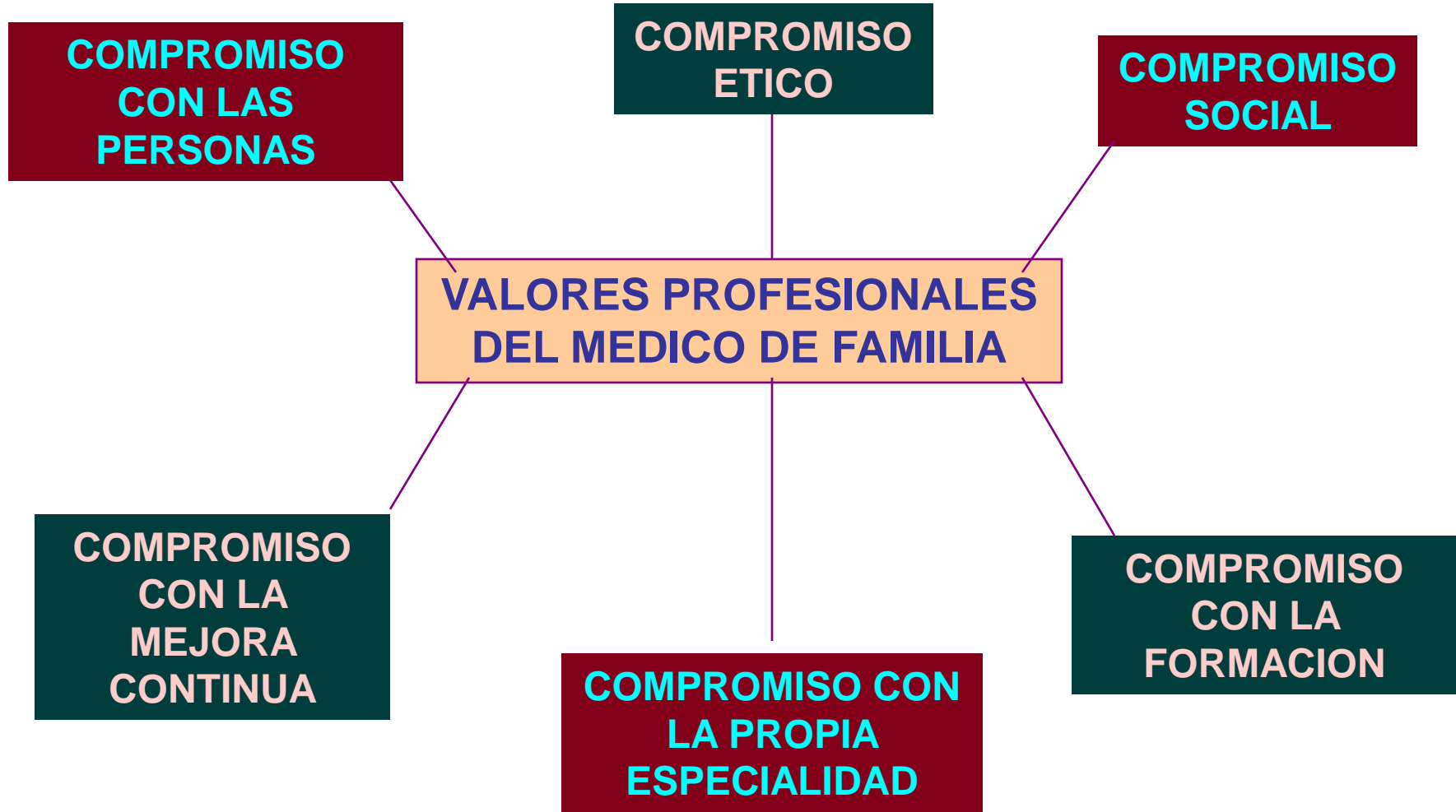
PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2005

**P
R
O
F
E
S
I
O
N
A
L**

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA ATENCION AL INDIVIDUO:

Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo (11 áreas)

- Atención al niño
- Atención al adolescente
- Atención a la mujer
- Atención al adulto
- Atención a los trabajadores
- Atención al anciano
- Atención al paciente inmovilizado
- Atención al paciente terminal/al duelo/a la cuidadora-cuidador
- Atención a las situaciones de riesgo familiar y social
 - Personas en exclusión social
 - Pacientes discapacitados
 - Violencia familiar



ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA RESIDENCIA:



COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD

CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

PRIMER AÑO

- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCIÓN PRIMARIA: 3 - 6 MESES ⁽¹⁾
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES: 5-8 M
- VACACIONES 1 MES
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN URGENCIAS (GUARDIAS) ⁽²⁾
- AUTOAPRENDIZAJE
- CLASES / TRABAJO GRUPAL / TALLERES

SEGUNDO Y TERCER AÑO

- APRENDIZAJE DE CAMPO EN MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES MÉDICA MÉDICO-QUIRÚRGICAS: 8 MESES
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCIÓN PRIMARIA: 3 MESES (R2) EN CENTRO RURAL ⁽³⁾
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCIÓN AL NIÑO: 2 MESES ⁽⁴⁾
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN SALUD MENTAL: 3 MESES
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCIÓN A LA MUJER: 3 MESES
- ESTANCIAS ELECTIVAS COMPLEMENTARIAS O APRENDIZAJE DE CAMPO EN EL CENTRO DE SALUD: 3 MESES (R3) ⁽⁵⁾
- VACACIONES: 2 MESES
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN URGENCIAS (GUARDIAS) ⁽²⁾
- AUTOAPRENDIZAJE
- CLASES / TRABAJO GRUPAL / TALLERES

CUARTO AÑO ⁽⁶⁾

- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCIÓN PRIMARIA: 11 MESES
- VACACIONES: 1 MES
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN URGENCIAS (GUARDIAS) ⁽²⁾
- AUTOAPRENDIZAJE
- CLASES / TRABAJO GRUPAL / TALLERES

RESPONSABLES DEL PROCESO
ENSEÑANZA-APRENDIZAJE:



Residente-
TUTOR PRINCIPAL



Jefe de Estudios de UD, tutor
hospitalario, tutores
principales, de apoyo,
colaboradores docentes,
técnicos en salud pública y
otras figuras docentes...
RD 183/2008



PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2005

CONDICIONES BASICAS

❑ EN RELACION AL PROGRAMA:

- ❖ FORMACION BASADA EN EL PERFIL PROFESIONAL
- ❖ TIEMPO
- ❖ FLEXIBILIDAD
- ❖ PLURIPOTENCIALIDAD

❑ EN RELACION A LOS TUTORES:

- ❖ LA RELACION RESIDENTE-TUTOR → EJE FUNDAMENTAL
- ❖ LOS NIVELES DE COMPETENCIA DE LOS TUTORES
- ❖ APOYO A LOS TUTORES



PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2005

CONDICIONES BASICAS

□ LAS UNIDADES DOCENTES DEBEN GARANTIZAR:

- ❖ Contacto inicial amplio en Atención Primaria
- ❖ $\geq 50\%$ del tiempo en el Centro de Salud
- ❖ Tiempo de estancia formativa en el Centro de Salud todos los años
- ❖ Contacto continuado y estructurado con el tutor
- ❖ Formación individualizada con responsabilidad progresiva
- ❖ Ampliación de los entornos docentes
- ❖ Estancias electivas para ajuste de competencia



PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2005

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

AREAS COMPETENCIALES

OBJETIVOS

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD Y NIVEL DE RESPONSABILIDAD

NIVELES DE PRIORIDAD

- PRIORIDAD I
- PRIORIDAD II
- PRIORIDAD III

FICHAS

NIVELES DE RESPONSABILIDAD

- NIVEL PRIMARIO
- NIVEL SECUNDARIO
- NIVEL TERCARIO



PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2005

METODOLOGIA DOCENTE

AUTOAPRENDIZAJE
DIRIGIDO

APRENDIZAJE
DE CAMPO

CLASES

TRABAJO
GRUPAL

TALLERES

Programa teórico-práctica: 200-300 horas



PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2005

CRONOGRAMA ORIENTATIVO

PRIMER AÑO

- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCION PRIMARIA * : 6 meses (mínimo 3 meses)
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES: 5-8 meses
- VACACIONES: 1 mes
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
- AUTOAPRENDIZAJE
- CLASES / TRABAJO GRUPAL / TALLERES

•El aprendizaje de campo en A.P., de R-1, se realizará en el inicio, preferentemente 6 meses



PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2005

CRONOGRAMA ORIENTATIVO

SEGUNDO Y TERCER AÑO

- APRENDIZAJE DE CAMPO EN MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES MEDICAS Y MEDICO-QUIRURGICAS: 8 meses
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCION PRIMARIA: 3 meses (R-2) EN CENTRO RURAL *
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCION AL NIÑO EN AP: 2 meses
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN SALUD MENTAL: 3 meses
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCION A LA MUJER: 3 meses
- ESTANCIAS ELECTIVAS COMPLEMENTARIAS O APRENDIZAJE DE CAMPO EN EL CENTRO DE SALUD: 3 meses (R-3) **
- VACACIONES: 2 meses
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
- AUTOAPRENDIZAJE
- CLASES / TRABAJO GRUPAL / TALLERES



PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2005

CRONOGRAMA ORIENTATIVO

CUARTO AÑO

- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCION PRIMARIA: 11 meses
- VACACIONES: 1 mes
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
- AUTOAPRENDIZAJE
- CLASES / TRABAJO GRUPAL / TALLERES

Los residentes tienen que ser capaces durante el cuarto año de participar activamente en todas las actividades del CS y de hacerse cargo de forma autónoma y completa de una consulta de medicina de familia sin la presencia del tutor. (Ello no implica ausencia de supervisión y tutorización).

Se recomienda que la actividad asistencial autónoma se realice de forma progresiva de tal manera que al finalizar el cuarto año abarque un periodo no inferior a dos meses



PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2005

DISTRIBUCION GUARDIAS

	A.P.	Urgencia	Pediatría	Ginecología	Traumatología	Medico-Quirúrgica	S. Emerg	TOTAL
R1	25%	75%						100%
R2 y R3	25%	37.5%	12.5%	4.5%	12.5%	8%		100%
R4	75%	12.5%					12.5%	100%

**ÁREA: PROBLEMAS METABÓLICOS Y ENDOCRINOLÓGICOS
DIABETES MELLITUS**

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES	
<u>PRIORIDAD I:</u>	
➤ Estrategias de prevención en población de riesgo, oportunista	PRIMARIO
➤ Bases del diagnóstico de la diabetes: Factores de riesgo, síntomas y signos de sospecha, criterios diagnósticos, clasificación de la diabetes	PRIMARIO
➤ Valoración inicial en el momento del diagnóstico de la diabetes: Inicio de tratamiento, control metabólico, cribado de complicaciones crónicas	PRIMARIO
➤ Seguimiento de la diabetes:	PRIMARIO
◆ Control metabólico: Objetivos de control, Significado de la Hba1c, fructosamina, glucemia, glucosuria, cetonuria, lípidos, peso tensión arterial.	
◆ Cribado de complicaciones crónicas	PRIMARIO/SECUNDARIO
• Retinopatía: interpretación informe fondo de ojo,	
• Nefropatía: albuminuria, creatinina	
• Enfermedad cardiovascular: Factores de riesgo, Calculo RCV	
• Pie diabético: inspección, pulsos periféricos, monofilamento Semmens-Wenstein	
➤ Prevención y tratamiento de complicaciones agudas	PRIMARIO
➤ Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: Nutrición básica. Ejercicio físico. Intervención mínima antitabaco. Grupos farmacológicos (mecanismo de acción, indicaciones, efectos secundarios, interacciones, contraindicaciones, eficacia, costes). Utilización de fármacos en monoterapia y terapia combinada. Insulinoterapia.	PRIMARIO
➤ Educación para la Salud: Individual (entrevista motivacional)	PRIMARIO
➤ Manejo de técnicas: inyección, autoanálisis, autocontrol, tratamiento intensivo	PRIMARIO
➤ Estrategias de cribado y diagnóstico de diabetes gestacional	PRIMARIO/SECUNDARIO
• Cuidados compartidos	PRIMARIO
• Cuidados compartidos médico-enfermera	PRIMARIO/SECUNDARIO
➤ Indicación de consulta con otros especialistas	PRIMARIO/SECUNDARIO
➤ Métodos anticonceptivos en la mujer con diabetes en edad fértil	PRIMARIO
➤ Consejo sobre programación embarazo	PRIMARIO
➤ Manejo del paciente en situación de urgencia:	PRIMARIO/SECUNDARIO
• Complicaciones agudas	PRIMARIO
➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente diabético	
<u>PRIORIDAD II:</u>	
➤ Estrategias de prevención en población de riesgo, comunitaria	PRIMARIO
➤ Educación para la Salud en grupos	PRIMARIO
➤ Tratamiento de las complicaciones crónicas	PRIMARIO/SECUNDARIO
➤ Cribado de complicaciones crónicas	PRIMARIO/SECUNDARIO
• Retinopatía: Fondo de Ojo y/o Fotografía con Retinografo digital	
• Pie: Doppler, Índice tobillo / brazo, podometría	
➤ Cuidados compartidos en el seguimiento de la mujer con diabetes embarazada	PRIMARIO/SECUNDARIO
➤ Cuidados compartidos en el seguimiento del niño con diabetes, para el niño y los padres: apoyo psicológico, resolución dudas e inquietudes, control en circunstancias intercurrentes, vacunación antigripal, cumplimiento	PRIMARIO/SECUNDARIO
➤ Cuidados compartidos en el seguimiento del adolescente con diabetes: apoyo psicológico, resolución dudas e inquietudes, control en circunstancias intercurrentes, Educación específica en anticoncepción y programación de embarazo, tabaco, alcohol y drogas.	PRIMARIO/SECUNDARIO
<u>PRIORIDAD III:</u>	
➤ Nutrición avanzada	PRIMARIO
➤ Tratamiento insulínico intensivo	PRIMARIO/SECUNDARIO
➤ Tratamiento de la diabetes gestacional con dieta y/o insulina	PRIMARIO/SECUNDARIO
➤ Abordaje e Intervención familiar en familias en crisis con pacientes diabéticos	PRIMARIO/SECUNDARIO



- ▶ 158 áreas de salud (11)
- ▶ 2679 zonas básicas
- ▶ 2914 centros de salud (240)
- ▶ 10202 consultorios locales (3647)
- ▶ 315 hospitales públicos (214)



Recursos

estructurales

ACTIVIDAD

- 418 millones de consultas en AP
- 279 millones de consultas en MF
- ▶ Frecuentación AP (8.9)/MF(5.6)
- ▶ Altas hospitalarias 5.2 millones
- ▶ Consultas externas del segundo nivel 82.6 millones
- ▶ Urgencias 26.2 millones

- ▶ 272.000 médicos y enfermeras en el sistema.
- ▶ 18000 residentes de los 6800 son de MFyC
- ▶ 29.000 médicos de familia (50% mujeres) de los 114000 del sistema (25.4%)
- ▶ 6.000 pediatras de AP
- ▶ 34.126 enfermeras
- ▶ Tarjetas sanitarias por MF 1426
- ▶ Médicos en hospitales y centros de especialidades 79.000



Recursos estructurales docentes

- ▶ 856 centros de salud y 214 hospitales acreditados para docencia postgrado.
- ▶ 2143 plazas acreditadas.
- ▶ 97 Unidades Docentes de Medicina de Familia (MFyC)
- ▶ 39 (40) con practicum en Medicina de Familia; 28 (40) facultades con asignatura obligatoria de MFyC y **312 CS universitarios**. 135 Profesores asociados y 6 titulares





PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

2005

CAMBIOS Y APORTACIONES DEL NUEVO PROGRAMA

- CONTENIDOS
 - MÉTODOS
- ESTRUCTURA
 - ENTORNOS
- ORGANIZACIÓN



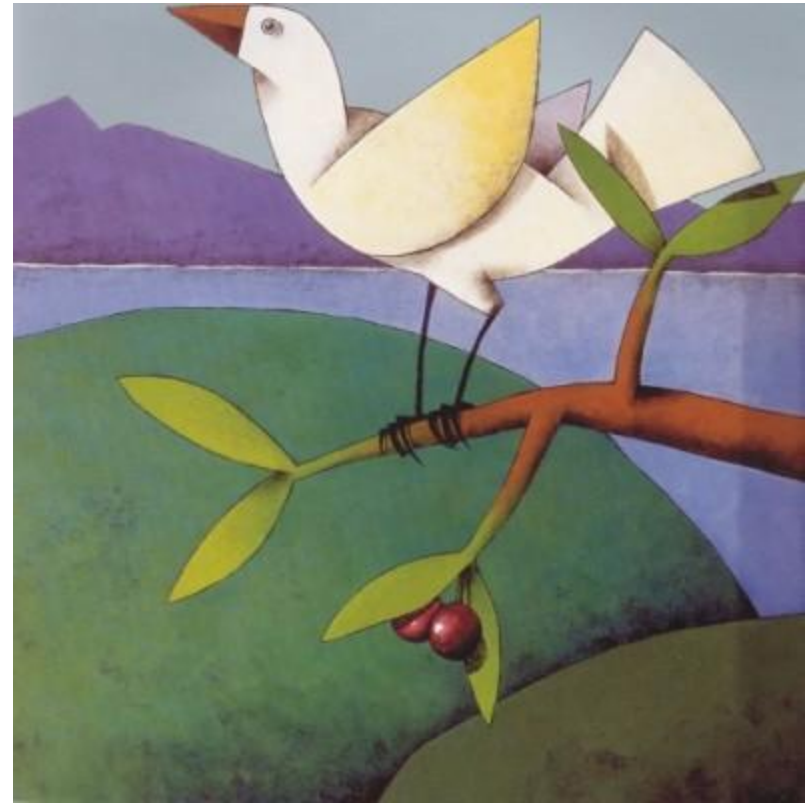


PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

2005

- Incorporación de la formación en valores
- Revisión del perfil profesional y define sus competencias
- Incorporación de las competencias esenciales
- Adaptación a las necesidades sociales y sanitarias
- El cambio en terminología
- Profundización en competencias específicas
- Desarrollo de las competencias relativas a la formación, docencia e investigación

CAMBIOS Y APORTACIONES DEL NUEVO PROGRAMA



APORTACIONES DEL NUEVO PROGRAMA

- Gran potencial por su solidez metodológica y elevado grado de consenso
- Referente para programas de formación de otras especialidades y para la Troncalidad.
- Traducido al inglés y al ruso por la OMS.



La MFyC es

- Conjunto de actividades: atención, docencia, investigación y gestión
- La especialidad nuclear de un ámbito sanitario
- La estrategia para la consecución de objetivos de equidad, efectividad, evidencia y viabilidad
- Filosofía de valores ligados a los compromisos

Formación especializada. Otros accesos

Desde 1995 UE especialidad/formación específica. Necesaria para trabajar en el sector público.

Desde 1984 vía única (complementarias: cursos de nivelación hasta 1995)

RD1783/1998: Homologación del título de especialista mediante 300 horas de formación, 5 años de trabajo como MF y una ECOE de 9 estaciones).

Comienza en 2002 y finalizara en 2013 y hasta ahora se han examinado 11154 candidatos, con un coste global de 4 millones de euros, financiado por el Ministerio de Sanidad. Suspendidos el 2,41%,

LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y LA UNIVERSIDAD

“Nihil volitum, nisi praecognitum” (no se ama lo que no se conoce).

Adagio escolástico

“Formar médicos sólo en los hospitales sería como formar veterinarios sólo en los zoológicos”.

Anónimo

Diversos autores, las sociedades científicas de MF/AP así como la CN de MFyC



- Falta de continuum formativo.
- muchos conocimientos muy específicos, pocos conocimientos esenciales y conocimientos reducidos sobre los problemas más prevalentes y generales y sobre la medicina preventiva clínica.
- No se manejan bien con habilidades y actitudes claves en la competencia profesional.
- Tienen poco grado de autonomía para el aprendizaje autodirigido.
- Su elección de especialidad refleja a lo que han sido expuestos, las modas y la percepción sobre las especialidades como profesiones sanitarias.

EXPOSICIÓN PRECOZ A LA AP Y MODIFICACIÓN DE PREFERENCIAS

Características vinculadas al perfil de los alumnos:

- *antecedentes familiares*
- *antecedentes personales (sexo, edad, estado civil, origen, personalidad, valores, expectativas, experiencias)*

Factores condicionantes de la elección

Factores condicionantes

Características vinculadas con la Facultad y los planes de estudio: *departamentos, profesorado, asignaturas, prácticas*

Percepciones de los alumnos de las características de la especialidad:

- *Estilo de vida controlable o no controlable*
- *Ingresos*
- *Valor social / prestigio académico*
- *Percepción determinada por conocimiento en residencia*

The Lancet Commissions

- La orientación de la formación de médicos hacia las necesidades de las poblaciones y sus sistemas sanitarios, de manera global e integrada y no parcelada y episódica.
- Reconocen el extraordinario papel que debe jugar la medicina de familia y la atención primaria en el sistema sanitario y por esta misma razón en el sistema educativo

Frenk J, Chen L, A Bhutta Z et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet Commissions. Education of Health Professionals for the 2^{1st} Century: a global independent commission. [Publicado on line 29 Noviembre 2010 DOI:10.1016/S0140-6736 (10) 61854-5. Citado el 14 diciembre de 2010]. Disponible en

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext#article_upsell)

una encuesta realizada en 20 FM españolas con 5311 alumnos

**G U
r n
u i
p m
o e
d
f
a
m**

- El 90% consideran que:
 - hay suficientes motivos que justifican un aprendizaje teórico-práctico obligatorio en MFyC durante la carrera,
 - que contribuye a la mejora de la atención de salud,
 - que debe impartirse como asignatura específica, pero también de forma integrada en los contenidos de otras asignaturas
 - que debe ser impartida por médicos de familia.
- Los apartados en los que los alumnos consideran que sus aportaciones serían mayores:
 - comunicación y relación médico-paciente (94.5%),
 - en prevención y promoción de la salud (92.14%),
 - en atención clínica de los problemas más frecuentes (93.86%) y
 - atención a lo largo de la vida (91.06%).
- Consideran que
 - su función social es imprescindible (90.48%)
 - su prestigio científico es bajo (18% la consideran como de elevado prestigio y el 16,37 % opina que goza de un estatus similar al de otras especialidades médicas).

Departamentos de MFyC en la Universidad: REALIDAD

- Se “tolera” la MFyC como área de prácticas. Hasta se “tolera” como asignatura obligatoria.
- Se vislumbra difícil que los MF puedan impartir docencia
 - formación clínica humana. Las patologías médicas o patología general son impartidas por especialistas en medicina interna y sus subespecialidades, y participar en otras materias (atención a la mujer, problemas traumatológicos, de la piel o de la esfera ORL...) parece ciencia ficción
 - En áreas con potencialidad demostrada como comunicación y bioética.
- Los motivos que explican esta importante resistencia:
 - *un marco legislativo universitario “difícil”,*
 - *el desconocimiento del valor de la medicina de familia,*
 - *la falta de confianza en los profesionales que ellos mismos han formado,*
 - *la resistencia al cambio y*
 - *un importante miedo a la pérdida de poder.*

Países	% Dpto. MF	Presencia académica durante el Grado
Alemania	100%	En 4º, 5º y 6º
Austria	50%	En 11º y 12º semestre (120 horas)
Bélgica	100%	En 4º curso
Croacia	100%	En periodo clínico (140 horas)
Dinamarca	100%	En periodo clínico (7 semanas)
Eslovenia	100%	En 6º curso (7 semanas)
España	0%	Obligatoria en 28 FM/40, Practicum 39/40
Finlandia	100%	En 1º y 3º (Turku) y en 4º y 6º (Helsinki)
Francia	30%	En periodo clínico
Grecia	20%	En 6º curso (Creta)
Holanda	100%	En periodo clínico
Hungría	75%	En 5º y 6º curso
Irlanda	100%	En 4º, 5º y 6º curso
Italia	0%	En 4 universidades de 36
Malta	100%	En 3º, 4º y 5º curso (12 semanas)
Noruega	100%	En 10º Term (10-15 semanas)
Polonia	100%	En 6º curso (100 horas)
Portugal	100%	En 6º curso
UK	100%	En 100% del periodo clínico
Suecia	100%	En 6º, 7º, 8º y 9º semestre

PUNTOS O IDEAS CLAVE

1. La MFyC no sólo es una especialidad y una profesión sanitaria, sino también es una disciplina académica.
2. Su ausencia de la Universidad genera sesgos formativos con la consiguiente repercusión sobre calidad y seguridad para el sistema sanitario.
3. Si la MFyC y la AP han de ser la función central del sistema sanitario, también han de serlo en el sistema educativo.
4. Determinantes en la elección de la MFyC como especialidad son la enseñanza de grado, la proporción de MF en el profesorado de las FM, la existencia de departamentos de MFyC, las prácticas obligatorias en AP con MF y las experiencias longitudinales de atención al paciente.
5. La MFyC ha de ser incorporada como asignatura propia, como materia longitudinal y transversal con otras disciplinas y como ámbito de prácticas en todas las FM de España.
6. Se debe crear el escenario docente con profesorado especialista en MFyC, cubriendo plazas de catedráticos, profesores titulares y asociados.

RECOMENDACIONES

semFYC, SEMERGEN, SEMG y CN de MFyC

- La incorporación inmediata de la MFyC como Área de conocimiento de la Universidad Española.
- La creación de Departamentos o Unidades específicas de MFyC dentro de los Departamentos en el 100% de las FM Españolas
- La consolidación de un Cuerpo docente de MFyC: en el 100% de las FM (35-50% del profesorado vinculado y asociado): catedráticos, profesores titulares, contratados doctores y asociados, acreditados por ANECA.
- La creación de una Red de Centros de Salud Universitarios
- La presencia de la MFyC en todas las FM debe hacerse como:
 - Asignatura Obligatoria de MFyC (recomendable 6 ECTS).
 - Materia longitudinal y transversal: 100 créditos ECTS de formación clínica humana, medicina social, ética, comunicación, iniciación a la investigación y procedimientos diagnósticos y terapéuticos impartidos por médicos de familia.
- El Practicum en AP debe tener un peso considerable (60 ECTS), así como prueba de competencia de fin de carrera dirigidos por MF.

Pistas de futuro

- ▶ Mejora de la continuidad entre grado, formación especializada y desarrollo profesional
- ▶ Reforma del examen MIR (evaluación de la competencia)
- ▶ Troncalidad en el grado (EEES)
- ▶ Troncalidad en la formación especializada
- ▶ Formación en MF para otras especialidades
- ▶ Sistema de evaluación en la formación especializada: formativa y sumativa
- ▶ Unidades Docentes de carácter troncal; Unidades docentes multiprofesionales; unidades docentes de especialidad

Los centros de salud docentes deben formar

- Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria
- Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria
- Especialistas del tronco médico en su periodo de formación troncal
- 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, psiquiatría, urología, otorrinolaringología

Datos y cifras sobre egresados y plazas MIR

2001-2014

año	Egresados	Plazas MIR	Plazas MFyC	%	OE/MFyC	Nº orden 1ª plaza	media
2001-2002	4066	5242	1804	34.41	1.91	135	4302
2002-2003	4140	5417	1801	33,35	2.01	161	4444
2003-2004	4010	5661	1770	31.27	2.20	187	4862
2004-2005	4414	5480	1682	30.69	2.26	274	4760
2005-2006	4286	5804	1700	29.29	2.41	282	5239
2006-2007	3899	6048	1771	29,28	2,42	127	5526
2007-2008	4245	6517	1859	28,53	2,51	167	6322
2008-2009	4228	6797	1892	27,84	2,59	214	6562
2009-2010	4259	6944	1904	27,42	2,65	234	6885
2010-2011	4241	6874	1919	27,92	2,58	472	7155
2011-2012	4406	6704	1860	27,74	2,60	221	7479
2012-2013	4665	6388	1775	27,79	2,60	51	6063
2013-2014	4930	6149	1682	27,35	2,66	80	5336
total	55796	80025	23419	29,27			

<http://gangasmir.blogspot.com.es/>

En los últimos 15 años se han formado 80025 especialistas de los cuales 25276 no españoles procedentes de 109 países. Colombia 5.821; Perú 5.273; R. Dominicana 2.265; Venezuela 1.788; Bolivia 1.663; México 1.660; Italia 1.468; Ecuador 1.392; Argentina 1.015; Cuba 876; Rumanía 597; Honduras 399; Marruecos 383; Paraguay 361; Brasil 255.
23419 en MFYC (29,27%) de estos el 75,93% son españoles y el 23,6% son extranjeros

Factores a considerar en la planificación de plazas MIR de MFyC

CRITERIOS DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

- SNS con puerta de entrada AP. Territorialización
- % de MF en relación al resto. Estándar 50-60%
- La oferta de plazas de MF para formación especializada
- La acreditación de unidades, centros y tutores
- Utilización de MF con intereses especiales en los hospitales (urgencias, cuidados paliativos...).

CRITERIOS DEMOGRÁFICOS:

- Poblacional: criterios de demografía dinámica de la población y de los médicos
- Tasa de reposición (índice de reposición a 3 años más ajuste).

CRITERIOS SANITARIOS

- La oferta de servicios de AP
- Traslado de oferta de servicios desde Hospital a AP
- Ambulatorización de los cuidados
- indicador de capacidad de Saltman
- La frecuentación media en AP

	Revisión padronal INE	TIS/MF MSPSI	Total MF MSPSI	% > 65 años Ine 2011	Oferta final BOE	mínimo	óptimo	Plazas acreditadas BOE 2013	Propuesta CN
Total	47150819	1410	28405	17.1	1682	2173	2514	2143	2039
Andalucía	8415490	1452	4748	14.9	286	363	420	363	363
Aragón	1345132	1187	990	20.2	58	76	88	85	85
Asturias	1081348	1455	670	22.1	48	51	59	68	58
Balears (Illes)	1112712	1688	525	14	31	40	46	45	45
Canarias	2125256	1509	1101	13.3	70	84	97	74	74
Cantabria	592560	1378	360	18.8	37	28	37	37	37
Castilla y León	2555742	945	2383	22.7	103	110	211	197	110
Castilla –La Mancha	2113506	1401	1277	17.7	55	98	113	100	100
Cataluña	7535251	1409	4486	17.1	270	343	397	337	337
C. Valenciana	5111767	1552	2665	16.4	148	204	236	195	195
Extremadura	1108140	1199	810	18.9	56	62	72	64	64
Galicia	2794516	1316	1888	22.1	88	144	167	111	111
Madrid	6481514	1535	3513	15.4	238	269	311	238	238
Murcia	1469721	1465	819	13.7	75	63	72	82	75
Navarra	641293	1420	377	18	25	29	33	30	30

Propuesta de oferta de plazas de MFyC 2014 de la Comisión Nacional de MFyC

Expectativas

- ▣ **Disciplina: incorporación como asignatura obligatoria, como materia transversal y como ámbito de prácticas tuteladas**
- ▣ **Especialidad: planificación adecuada de la oferta y posición nuclear en la troncalidad**
- ▣ **Profesión:**
 - Mejorar financiación de la AP
 - Reconocimiento y prestigio y entornos adecuados
 - Papel del MF como gestor de casos y regulador de flujos y
 - Formador de primera magnitud para alumnos, residentes propios, residentes de tronco, residentes de las 18 especialidades que deben rotar por AP.

ENLACES WEB DE INTERÉS PARA CONOCER EL SISTEMA SANITARIO, EL SISTEMA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA Y EL PROGRAMA FORMATIVO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE ESPAÑA

- http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf
- <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/>
- http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2012/B.S.2012total.mar.pdf
- http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/AP21_INFORME_2012.pdf
- <http://sis.msssi.es/fse/PaginasDinamicas/General/PagGeneral.aspx?MenuId=QE-00&SubMenuId=QE-02&cDocum=1>
- <http://www.boe.es/boe/dias/2012/09/22/pdfs/BOE-A-2012-11914.pdf>
- <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>
- <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/AcreDocCntUniForSanEsp.htm>
- http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/RD_MFYC.pdf
- <http://www.euract.eu/resources/specialist-training>
- <http://www.boe.es/boe/dias/2013/05/18/pdfs/BOE-A-2013-5218.pdf>
- <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediFamiliar07.pdf>
- http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/programa-especialidad-ingles.pdf
- <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/libroResidenteMedFamiliar.pdf>
- <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>

VIDEOS SEMFYC

- <http://www.youtube.com/watch?v=bU4OuGi3n-Y&list=TLEjTr1y8HonF3C4KDIJTZZkBOjqfg-OTj&index=3>
- <http://www.youtube.com/watch?v=JiBcTGXF0IU&list=TLEjTr1y8HonF3C4KDIJTZZkBOjqfg-OTj>
- <http://www.youtube.com/watch?v=D2nO2T8Lfoo&list=PLPF4Vu NxeDYL42Wrv4fsRuJctd OX-W->

La cultura no se hereda, se conquista.

André Malraux

la MFyC debe dar forma a la reforma y no al revés
Barbara Starfield

El medico de familia no espera tiempos mejores, los hace mejores (PNE2005)

