

# UNIVERSIDAD DE SALAMANCA



**FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA MÉDICA,  
MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA**

## **INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA COMO ESPECIALIDAD MÉDICA EN ESPAÑA (1978-2008)**

**MEMORIA PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR POR  
Don Pablo Amigo Rodríguez**

**DIRECTOR DE TESIS DOCTORAL:  
Dr. Antonio Carreras Pachón  
Dr. Luis García Ortíz**

Salamanca 2010



**TESIS DOCTORAL REALIZADA POR EL  
LICENCIADO EN MEDICINA DON  
PABLO AMIGO RODRÍGUEZ, EN EL  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA,  
PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA  
LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA, DE  
LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA,  
PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Antonio Carreras Pachón, por su inestimable ayuda en el diseño del presente proyecto, así como por orientarme en la metodología investigadora sobre Historia de la Ciencia, que lo hicieron posible.

A Luis García Ortiz, por su tremenda eficacia en el trabajo, ejemplo de constancia investigadora, por su apoyo en el desarrollo y conclusión de este estudio.

A la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, por su confianza a la hora de avalar mi proyecto de Tesis y por la financiación que posibilitó iniciar el trabajo de campo.

A Verónica Casado Vicente, Alfonso Romero Furones, Epifanio de Serdio Romero y Carmen Fuertes Goñi, mis modelos profesionales de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

A Pablo Amigo Martín y Pilar Rodríguez Fernández, mis padres, que me animaron a iniciar este proyecto y me apoyaron incansables en los momentos difíciles, por haber vivido conmigo día a día esta experiencia.

A Raquel Herguera Manso, Amelia Otero Vieira, y Ángela María Morales Martínez, por su colaboración, desde la Secretaría del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, en el análisis de los archivos generales de la Subdirección de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Política Social.

A Víctor López de Torres, por su colaboración en la recopilación e informatización de datos.

**INDICE**

<b>I – INTRODUCCION, OBJETIVOS Y METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
1 – INTRODUCCIÓN .....	13
2 - OBJETIVOS .....	14
3 - DISEÑO .....	15
4 - AMBITO DEL ESTUDIO .....	17
5 - FUENTES DE INFORMACION Y VARIABLES ANALIZADAS .....	18
5.1. Archivos Generales de la Subdirección de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo .....	18
5.2. Memorias anuales de las Unidades Docentes .....	23
5.3. Otras fuentes de información .....	25
6 - ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	27
<b>II – RAÍCES HISTÓRICAS DEL ESTUDIO .....</b>	<b>29</b>
1 – ANTECEDENTE DE LAS COBERTURAS SANITARIAS .....	30
1.1. Sistemas de Seguridad Social en la Europa del siglo XX .....	30
1.2. Antecedentes de protección social en España.....	32
1.2.1. Función pública de sanidad atribuida al estado .....	32
1.2.2. Protección social .....	33
1.3. La organización sanitaria del franquismo .....	34
1.3.1. Herencia sanitaria de la primera mitad del siglo XX .....	34
1.3.2. La sanidad en la España franquista: Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 .....	35
1.3.2.1. Ministerio de la Gobernación: la Dirección General de Sanidad: red sanitaria de la Sanidad Nacional .....	35
1.3.2.2. Corporaciones Locales: diputaciones y ayuntamientos: hospitales ge- nerales de beneficencia y psiquiátricos. Consultorios Locales asistenciales ..	37

1.3.2.3. Ministerio de Trabajo: el Instituto Nacional de Previsión: red sanitaria de la Seguridad Social. Ley Girón de 1942 .....	37
1.3.2.4. Hospitales universitarios, sanidad Militar, sanidad penitenciaria, clínicas privadas .....	39
1.3.3. La sanidad en la España franquista: ley de bases de la Seguridad Social de 1963 .....	39
1.4. La quiebra ideológica del franquismo (1967-1975) .....	40
<b>2 - LA TRANSICIÓN Y EL SISTEMA SANITARIO EN LA ESPAÑA POST FRANQUISTA .....</b>	<b>43</b>
2.1. Declaración de Alma-Ata 1978: la nueva planificación sanitaria .....	43
2.1.1. Organización de la conferencia de Alma-Ata .....	43
2.1.2. Éxitos y derrotas de Alma-Ata .....	44
2.2. La Constitución española de 27 de diciembre de 1978 .....	46
2.2.1. Contenido de la constitución en materia sanitaria .....	46
2.2.2. Competencias exclusivas del estado en materia de sanidad .....	47
2.3. El modelo socialista de Servicio Nacional de Salud: de bismarck a beveridge .....	50
2.4. La creación del Ministerio de Sanidad .....	50
2.4.1. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social (1977-1981) .....	52
2.4.2. Ministerio de Sanidad y Consumo a partir de 1982 .....	54
2.4.3. La creación del INSALUD (1979-2002) .....	55
2.5. Descentralización y transferencias sanitarias .....	56
2.5.1. El proceso de transferencias .....	56
2.5.2. La estructuración del Sistema Autonómico .....	58
2.5.3. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud .....	59

2.6. Ley General de Sanidad de 1986: principios de integración en un Sistema Nacional de Salud, proceso de descentralización autonómica .....	60
2.6.1. Extensión de la protección de la salud de los ciudadanos: cobertura y financiación .....	61
2.6.2. El principio de descentralización territorial .....	62
2.6.3. La ordenación territorial y el principio del Sistema Nacional de Salud .....	62
2.6.4. Las corporaciones locales en la Ley General de Sanidad .....	63
2.6.5. La formación, docencia e investigación en el Sistema Nacional de Salud .....	63
2.6.6. Ejercicio libre de las profesiones sanitarias. Salud Mental .....	64
2.6.7. Limitaciones y evolución de la Ley General de Sanidad de 1986 .....	64
2.7. Implantación de la Atención Primaria de Salud en España (1984) .....	65
2.7.1. La ordenación territorial: las Áreas de Salud .....	65
2.7.2. Equipos de Atención Primaria .....	66
2.7.3. La figura del médico de cabecera .....	68
2.7.4. Creación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria e integración en el Sistema de Especialidades .....	70
2.7.5. Problemática de la reforma de la Atención Primaria de Salud .....	71
<b>3 - EL SISTEMA FORMATIVO DE ESPECIALISTAS .....</b>	<b>72</b>
3.1. El debate sobre la enseñanza de la medicina .....	72
3.1.1. La crisis de la Universidad del siglo XX. Conflicto del modelo formativo de pregrado .....	72
3.2. Modelos que han dominado la programación de la enseñanza médica en el siglo XX .....	73
3.2.1. La enseñanza por objetivos y por problemas. Aprendizaje por el método de estudio de casos .....	73
3.2.2. La guía pedagógica para personal de la salud, de Jean Jacques Guilbert (1ª ed. Esp. 1976) .....	77

3.2.3. La Educación Médica en la España del siglo XXI .....	78
3.2.3.1. Pregrado .....	79
3.2.3.2. Posgrado. Evolución de la formación MIR .....	79
3.2.3.3. Formación Médica Continuada .....	80
3.3. Los antecedentes del sistema de formación en residencia .....	83
3.3.1. Institutos y escuelas profesionales de especialización. Cátedras de las facultades de medicina. Ley de 20 de julio de 1955 sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas .....	84
3.3.2. Hospitales generales. El seminario de hospitales con programas graduados .....	85
3.3.3. Investigación científica y tecnológica .....	86
3.4. Las especialidades médicas y la implantación del Sistema MIR .....	88
3.4.1. El proceso de definición de la especialidad .....	88
3.4.2. La formación de especialistas .....	93
3.4.3. La reforma legislativa y las comisiones de docencia .....	97
3.4.4. Futuro de la prueba MIR .....	99
3.5. La planificación de los recursos humanos en materia de sanidad .....	100
<b>III – TREINTA AÑOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA COMO ESPECIALIDAD MÉDICA EN ESPAÑA (1978-2008) .....</b>	<b>116</b>
1. CREACIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA .....	117
1.1. Primera Comisión Nacional (1978 a 1984) .....	117
1.2. Segunda Comisión Nacional (1984 a 1990) .....	122
1.2.1. Marco jurídico para la reforma de la Atención Primaria de Salud ....	122
1.2.2. Comisión Nacional: primer Programa oficial. Criterios de acreditación y auditorías docentes .....	122
1.2.3. Homologación y examen MIR .....	125

1.3. Tercera Comisión Nacional (1990 a 1996) .....	127
1.3.1. Marco económico, jurídico y social .....	127
1.3.2. Revisión del Programa formativo; libro del residente; implantación de las jornadas de coordinadores; revisión de los criterios de acreditación; elaboración de la Memoria normalizada de Unidad Docente .....	128
1.3.3. Homologación y examen MIR .....	130
1.4. Cuarta Comisión Nacional (1996 a 2003) .....	132
1.4.1. Segundo programa oficial, libro del especialista en formación, sistemas de evaluación, jornadas de docencia, Memorias informatizadas de las Unidades Docentes, Unidades Asociadas para la Docencia, inclusión en la Universidad .....	132
1.4.2. Homologación y examen MIR .....	136
1.5. Quinta Comisión Nacional (2003 a 2008) .....	139
1.5.1. Marco legislativo y Comisión Nacional .....	139
1.5.2. Medicina de Familia y Universidad .....	143
1.5.3. Jornadas de Coordinadores y Sistemas de Información .....	144
1.5.4. Estructura docente .....	145
1.5.5. Homologación y examen MIR .....	147
1.6. Actual Comisión Nacional (2007 y 2008) .....	149
2. LA SITUACIÓN LABORAL DEL RESIDENTE .....	152
3. CREACIÓN DE LAS SOCIEDADES PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA .....	155
4 - LA ENSEÑANZA DE LA ESPECIALIDAD .....	158
4.1. Proceso de enseñanza y aprendizaje: Programas formativos de la Especialidad .....	158
4.1.1. Primer Programa escrito de la Especialidad, año 1978 .....	158
4.1.2. Segundo y tercer Programas escritos de la Especialidad: primer Programa oficial de la Especialidad, año 1986 .....	160



4.1.3. Segundo Programa oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, año 1995 .....	161
4.1.4. Tercer Programa oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, año 2005 .....	162
4.2. El proceso de acreditación para la Formación de especialistas .....	163
4.2.1. Inicio de la acreditación en medicina de familia .....	163
4.2.2. Normalización de la acreditación .....	164
4.2.3. Calidad docente mediante control de La acreditación .....	164
5. MEDICINA DE FAMILIA Y UNIVERSIDAD.....	167
6. ACCESO AL MIR Y FORMACIÓN DE POSTGRADO .....	170
7. SISTEMAS DE INFORMACIÓN: INFORME DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, SOBRE EL FORMULARIO DE MEMORIAS DE LAS UNIDADES DOCENTES DEL EJERCICIO 2003 – 2005 .....	173
8. FORMACIÓN COMPLEMENTARIA: NECESIDADES PERCIBIDAS POR LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA .....	174
<b>IV – UNA REFLEXIÓN CRÍTICA .....</b>	<b>179</b>
<b>V – CONCLUSIONES .....</b>	<b>208</b>
<b>VI – PUBLICACIONES, COMUNICACIONES Y DOCUMENTOS, DERIVADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>212</b>
<b>VII - BIBLIOGRAFIA, FUENTES DOCUMENTALES Y BASES DE DATOS .....</b>	<b>215</b>
<b>ANEXO I – COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD .....</b>	<b>237</b>
Anexo 1 - Reconocimiento de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria mediante el Real Decreto 3303/78 .....	238
Anexo 2 - Acta constitucional de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria el 21 noviembre de 1978 .....	240
Anexo 3 - Rotaciones del primer Programa oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, año 1986 .....	243

Anexo 4 - Criterios de acreditación y reacreditación de las Unidades Docentes, año 1983 .....	246
Anexo 5 - Acreditación de las primeras plazas de especialista en Medicina de Familia dependientes de las Comisiones Delegadas Provinciales .....	250
Anexo 6 - Protesta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria por la convocatoria MIR del Ministerio de Sanidad en 1979 .....	253
Anexo 7 - Protestas iniciales de la primera promoción de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en 1979 .....	254
Anexo 8 - Normativa para la formación extrahospitalaria de los residentes de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria .....	256
Anexo 9 - Rechazo de la Organización Médica Colegial y la sociedad científica SEMER a la nueva Especialidad .....	258
Anexo 10 - Solicitud de disolución de la primera Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria por los residentes .....	259
Anexo 11 - Criterios de acreditación y reacreditación de las Unidades Docentes, segunda Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria .....	260
Anexo 12 - Propuesta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, necesidades anuales reales de Médicos de Familia del Sistema Nacional de Salud hasta 1996 .....	263
Anexo 13 - Propuesta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria para la ampliación de plazas ante la aplicación de la Directiva Europea 86/457/CEE .....	270
Anexo 14 - informe de las III Jornadas Estatales de Coordinadores de Unidades Docentes .....	273
Anexo 15 - Sistema de evaluación, reunión de Coordinadores de Unidades Docentes de 1998 .....	277
Anexo 16 - Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, propuesta de reducción de la oferta MIR de 1995 y 1996 .....	279
Anexo 17 - Solicitud de la Comisión Nacional al Ministerio de Sanidad para regresar a la convocatoria única para el MIR año 2001 .....	282
Anexo 18 - Procesos de homologación: Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada .....	284

Anexo 19 – Protesta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria contra el borrador de Proyecto de Ley del proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas del personal interino del año 2001 .....	285
Anexo 20 – Formulario del Conjunto Mínimo Básico de Datos Docentes .....	287
Anexo 21 - Informe de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria sobre necesidades de Médicos de Familia a partir del año 2006 .....	288
<b>ANEXO II – INFORME DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, SOBRE EL FORMULARIO DE MEMORIAS DE LAS UNIDADES DOCENTES .....</b>	<b>291</b>
Anexo 1 - Artículo primero: aspectos de filiación y coordinación .....	292
Anexo 2 - Artículo segundo: estructura docente .....	301
Anexo 3 - Artículo tercero: estructura docente del hospital acreditado .....	307
Anexo 4 - Artículo cuarto: actividades formativas realizadas por las Unidades Docentes .....	315
Anexo 5 - Artículo quinto: planificación docente .....	320
<b>ANEXO III - FORMACIÓN COMPLEMENTARIA: NECESIDADES PERCIBIDAS POR LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA .....</b>	<b>325</b>
<b>ANEXO IV – ENTREVISTA A LOS PRESIDENTES DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD .....</b>	<b>330</b>

# **I – INTRODUCCION, OBJETIVOS Y** **METODOLOGIA**

### 1. INTRODUCCIÓN

La implantación de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad médica en España tuvo lugar en noviembre de 1978, fruto de la necesidad de habilitar un nuevo perfil de profesional que guiase el desarrollo de la Atención Primaria de Salud en nuestro país, dentro de la corriente sociosanitaria de la época, que concebía la salud como derecho humano fundamental y llave del desarrollo. La Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, órgano consultivo del Ministerio de Sanidad y Política Social, sobre esta base conceptual, fue responsable, durante los últimos 30 años, de dar contenido a esta Especialidad, construyendo y perfeccionando su estructura docente, integrada en el sistema de especialización MIR.

Si bien el desarrollo de la Atención Primaria de Salud en España, ha sido motivo de diversos estudios, no ocurrió de igual manera con la implementación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, que nunca fue analizada desde la perspectiva de su Comisión Nacional, obviando una óptica que permitiría entender la realidad política y social del momento histórico.

El propósito general del presente estudio, es por tanto, analizar el papel que tuvo la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria en el desarrollo de la Especialidad, mediante la revisión histórica de su documentación administrativa y producción científica, fuente de información nunca antes analizada y que se halla depositada en los archivos generales de la Subdirección de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Política Social. Desde esta óptica, se han valorado las aportaciones realizadas por la Medicina Familiar y Comunitaria a la educación médica en España; se ha objetivado como la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria contribuyó a la implantación de la Atención Primaria de Salud en nuestro país, enmarcada en el Sistema Nacional de Salud; y se han podido determinar los problemas políticos y estructurales que frenaron el desarrollo de la Especialidad en sus treinta años de existencia. Posteriormente, identificamos a partir de los Sistemas de Información habilitados por la Comisión Nacional de la Especialidad (Memorias anuales de las Unidades Docentes), las áreas de mejora respecto a la calidad formativa, pudiendo colaborar así en la planificación futura. En la última fase del estudio, nos centramos en las necesidades formativas percibidas por los residentes, con el objetivo de optimizar el aprovechamiento de las actividades formativas impartidas por las Unidades Docentes.

## **2. OBJETIVOS DEL PROYECTO DE TESIS**

1º. Realización de un análisis documental para objetivar las aportaciones que la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en sus sucesivas etapas, ha tenido respecto a los programas formativos, criterios de acreditación, procesos de evaluación, grupos de trabajo y sistemas de información, en la implementación de dicha Especialidad y en el desarrollo de la educación médica en España.

2º. Identificar los incidentes críticos que produjeron las decisiones políticas respecto a homologación de títulos de especialista, planificación de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, convocatoria de plazas en el examen MIR y el proceso de transferencias autonómicas en materia sanitaria, durante el desarrollo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

3º. Objetivar la influencia que ha tenido la creación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en la implantación de la Atención Primaria de Salud en España.

4º. Obtener una descripción actualizada de la estructura docente en Medicina Familiar y Comunitaria. Identificar áreas para la mejora de la calidad formativa, planteando soluciones y objetivos de planificación futura.

6º. Conocer la opinión de los residentes respecto a sus necesidades formativas y la valoración que estos realizan de las actividades que se les imparten durante su especialización.

### 3 – DISEÑO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DOCUMENTAL

Se trata de un estudio cualitativo, subdividido en tres apartados:

1ª. Análisis documental sobre la actividad de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en sus treinta años de existencia, completada con la revisión de la legislación y bibliografía relacionada con la Especialidad en dicho periodo. En ella se analiza pormenorizadamente los programas formativos existentes, los procesos de acreditación y reacreditación de dispositivos docentes, la evaluación formativa y sumativa, habilitación de sistemas de información docente, incidentes críticos acaecidos respecto a la homologación de títulos de especialista y política de recursos humanos respecto a las convocatorias de la prueba MIR.

2ª. Estudio descriptivo longitudinal diseñado para la explotación de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes, obteniendo una descripción actualizada de la estructura docente en Medicina de Familia y analizando su adaptación al actual Programa de la Especialidad.

3ª. Estudio descriptivo trasversal, articulado mediante técnicas de grupo nominal, entrevistas de residentes y encuestas autocumplimentadas, para conocer las necesidades formativas percibidas por los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en los distintos años de su especialización, con el objeto de mejorar el aprovechamiento de las actividades docentes que se imparten en las Unidades Docentes.

En la primera fase del estudio, se realizó un análisis documental sistemático de las actas y documentos elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, desde su creación, en noviembre de 1978, hasta la actualidad (diciembre del año 2008); dicha documentación se halla depositada en los archivos generales de la Subdirección de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Política Social. El objetivo del estudio era analizar la actividad de la Comisión Nacional de la Especialidad en sus distintas etapas, respecto a una selección de variables de interés, establecidas mediante técnicas cualitativas, que permitieron sistematizar la búsqueda de la información. Objetivados los logros en cada periodo de la Comisión Nacional, analizamos su influencia en el desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria como Especialidad Médica en España.

Para completar esta primera fase documental del estudio, era requisito imprescindible conocer el contexto sociopolítico en que se había desarrollado la actividad de la Comisión Nacional, pudiendo valorar solo de esta manera las circunstancias que influyeron en la toma de decisiones. Con este objeto se analizó la legislación que definió la evolución de la formación médica postgraduada en España y de la Atención Primaria de Salud integrada en el

Sistema Nacional de Salud; se revisaron las publicaciones científicas relacionadas con el ámbito de la Atención Primaria producidas en este periodo, así como artículos de prensa y bibliografía referentes a la Especialidad; se estudió la provisión de plazas MIR en cada convocatoria; las políticas de recursos humanos llevadas a cabo por la administración pública y su repercusión en la formación postgraduada; se registraron las ingerencias políticas respecto a los procesos de homologación de títulos de especialista paralelas a la formación MIR, que marcaron decisivamente el desarrollo de la Especialidad; se registró la evolución de la metodología docente utilizada por la Comisión Nacional de la Especialidad en los procesos de enseñanza y aprendizaje, así como la actualización de sus herramientas docentes y la habilitación de sistemas de información docente.

Reunida la información correspondiente al análisis documental, y para entender el contexto sociológico en que tuvieron lugar los acontecimientos, se recogieron las opiniones de personas principales que formaron parte de la estructura docente en Medicina Familiar y Comunitaria y que fueron miembros destacados de la Comisión Nacional de la Especialidad, colaborando en el proceso de implementación de la misma.

La segunda fase del proyecto de investigación consistió en la elaboración de un estudio descriptivo longitudinal, analizando la estructura docente actual en Medicina de Familia, mediante la explotación de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes recibidas por el Ministerio de Sanidad entre los años 2003 y 2005, en formato de base de datos Access, de cuyo análisis estadístico se elaboró el "*Informe de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria sobre el Formulario de Memorias de las Unidades Docentes*", presentado en las Jornadas de Docencia del Ministerio de Sanidad y Consumo, en Marzo del año 2006. A partir de este documento, visión objetiva y actualizada de la estructura docente en Medicina Familiar y Comunitaria, se identificaron carencias estructurales y formativas críticas para el cumplimiento del actual Programa Oficial de la Especialidad, se elaboraron propuestas de mejora de la calidad formativa y se enunciaron medidas correctoras para la planificación futura.

En la tercera fase del proyecto de investigación, se diseñó el estudio descriptivo transversal "*Formación complementaria: necesidades percibidas por los residentes de Medicina de Familia*"; realizado desde la propia estructura docente de la Especialidad en el año 2005, por residentes en formación de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Salamanca, dirigidos por su Coordinador, Alfonso Romero Furones. En dicho estudio se recogieron las necesidades básicas de formación teórico-prácticas sentidas por los residentes de Medicina de Familia en cada uno de sus años de residencia, y en base a sus resultados, se estableció, respecto a las actividades de formación complementaria desarrolladas por las Unidades Docentes, el momento y los contenidos más adecuados para su aprovechamiento docente.



### **4 - AMBITO DEL ESTUDIO**

El presente estudio abarca la implementación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España, desde su creación en el año 1978, hasta el momento actual, diciembre del año 2008. Dicha implementación es paralela a la implantación de la Atención Primaria de Salud en España, para cuya consecución se creó la Especialidad, en el seno de un Sistema Nacional de Salud en nuestro país, público y universal, que caracterizó el advenimiento de la democracia.

El trabajo de campo para analizar la documentación producida por la Comisión Nacional de la Especialidad, se realizó en los archivos de la Subdirección de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo, en Madrid, mediante un análisis documental protocolizado, centrado en la actividad de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria a lo largo de sus 30 años de existencia, diferenciando cinco etapas en base a la composición de la Comisión, seleccionando un número de variables de interés en base a técnicas cualitativas. El análisis documental recogió el ámbito de relación de la Comisión Nacional con las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria (estructura docente en Medicina de Familia); con el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, así como con el resto de especialidades médicas desde la normalización de la formación posgraduada MIR en el año 1978; con la propia estructura del Ministerio de Sanidad, del cual es órgano consultivo, mediante su Subdirección General de Ordenación Profesional; y con las sociedades científicas del ámbito de la Atención Primaria de Salud. El estudio analizó también la contribución que la formación en Medicina de Familia ha tenido en la Educación Médica en España.

Una vez analizado el desarrollo del proceso de implementación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España, se procedió a realizar una descripción actualizada de la estructura docente en Medicina de Familia, a partir de la explotación de las "Memorias Anuales de las Unidades Docentes" correspondientes a los años 2003 - 2005, sistema de información docente habilitado por la Comisión Nacional de la Especialidad. El trabajo de campo se realizó en el ámbito de la propia estructura docente: la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Salamanca y la Unidad de Investigación del Centro de Salud de la Alamedilla, en Salamanca. Para financiar la explotación de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes, se solicitó una beca a la Sociedad Científica semFYC en el año 2004, ayudas para la elaboración de Tesis Doctorales en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

Para completar el proyecto de investigación, en el año 2005 se habilitó un grupo de investigación compuesto por residentes de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Salamanca, cuyo objetivo era conocer el impacto que tendría en la organización de las Actividades Formativas de las Unidades Docentes conocer las necesidades formativas que el residente percibe a lo largo de su especialización. Con este objeto se diseñó un estudio descriptivo transversal, realizado mediante encuestas autocumplimentadas, que fueron remitidas a todas las Unidades Docentes del ámbito nacional, y que también fueron distribuidas en las distintas reuniones científicas que tuvieron lugar en el año 2005, en el ámbito de la formación postgraduada en Medicina de Familia. Se obtuvo la opinión de 602 residentes, de 15 Comunidades Autónomas, y sus resultados formaron parte de las Comunicaciones sobre Postgrado presentadas en el XVII Congreso de la SEDEM: Programas Docentes y Metodologías, en el año 2006, alcanzando por tanto el ámbito de la formación médica de pregrado y el interés del conjunto de la educación médica en España.

### **5 – FUENTES DE INFORMACIÓN Y VARIABLES ANALIZADAS**

#### **1ª FASE DEL ESTUDIO: ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (1978 – 2008)**

A - Análisis documental realizado en los archivos generales de la Subdirección de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo, en Madrid, entre los años 2003 y 2004

Recogida sistemática de información de las actas y documentos elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, desde su creación en noviembre de 1978, así como de los escritos existentes en su registro de entrada. Los archivos a analizar se componían de 64 carpetas, enteramente en formato papel, segregadas según fueran: Actas de la Comisión (42 carpetas); Documentos del Registro de Entrada (14 carpetas); Documentos del Registro de Salida (8 carpetas). A su vez estaban ordenados cronológicamente, por quinquenios aproximadamente, con independencia de la composición de cada Comisión Nacional.

Respecto a las Actas de la Comisión Nacional, se constató la uniformidad en su orden del día, mantenida durante los treinta años de existencia de la Especialidad, lo que permitió sistematizar la recolección de datos estableciendo los ítems en relación a los puntos del orden del día, lo que facilitó el análisis de las mismas. El orden del día establecido en las Actas de la Comisión Nacional es el siguiente:

- filiación y composición de la Comisión Nacional (asistencia de los vocales en cada reunión)
- aprobación del acta precedente (con los comentarios al margen de cada vocal)

- informe de presidencia, repasando con periodicidad una serie de temas: actualidad de las Unidades Docentes y Memorias Anuales recibidas; programa de la Especialidad; Jornadas de Docencia y evolución de líneas de trabajo de la Comisión; requerimientos ministeriales sobre asesoramiento y provisión de plazas para la convocatoria MIR; pruebas de homologación extraordinaria de títulos de especialista; evaluación de residentes
- estudio de expedientes de facultativos extracomunitarios para la solicitud de convalidación del título de especialista
- asuntos de trámite: acreditación de centros; convenios de colaboración docente; cambios de especialidad y escritos recibidos
- ruegos y preguntas

### B.- Opinión de expertos mediante técnicas cualitativas estructuradas

El abordaje del análisis documental comenzó con la selección, definición y descripción de las variables que delimitaban el tema objeto de estudio. Siguiendo técnicas cualitativas, reuniendo la opinión de personas que poseían información de primer orden para la generación de ideas (los vocales de la quinta Comisión Nacional de la Especialidad), se elaboró una encuesta que enumeraba posibles variables de estudio y su interés relativo en el desarrollo de la Especialidad. Posteriormente se aplica la técnica Delphi, de búsqueda de consenso, pasando la encuesta a un Comité de Expertos, los vocales de las distintas etapas de la Comisión Nacional de la Especialidad desde 1990 (encuesta realizada mediante correo electrónico) y Consenso de Grupos, los Coordinadores de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria (encuesta realizada en las Jornadas Docentes del año 2005). En la explotación del cuestionario Delphi se obtiene una participación del 93% de los encuestados, observándose un alto grado de acuerdo respecto a las diez variables a seleccionar, que finalmente fueron las recogidas en la Tabla 1.

**TABLA 1 - VARIABLES SELECCIONADAS EN EL CUESTIONARIO DELPHI, PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL DE LAS ACTAS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Comisión Nacional: Composición (miembros, procedencia, fechas y lugar de reunión), asuntos de trámite
Programas formativos y sus contenidos docentes: retrospectivo con puntos de corte en cada programa e intervenciones desarrolladas entre la consecución de los mismos, desarrollo curricular, áreas competenciales, cronogramas y metodologías, guías de la Especialidad
Implantación de la Especialidad: comisiones delegadas provinciales, comisiones de docencia, reuniones de la OMS y WONCA
Criterios de acreditación y reacreditación de los centros docentes
Jornadas anuales de Docencia para coordinadores
Sistemas de evaluación formativa y sumativa
Desarrollo de los sistemas de información docentes
Convocatoria MIR: evolución del examen, provisión de plazas, convocatorias del Ministerio de Sanidad
Homologación de la Especialidad: procesos de homologación y legislación vigente al respecto, títulos extranjeros
Consejo Nacional de Especialidades Médicas/ Ciencias de la Salud

En el desarrollo del trabajo de campo, hubo el inconveniente de que la documentación que se analizaba no podía abandonar las dependencias del Ministerio de Sanidad y Consumo, dada la trascendencia política de determinados documentos, y que el apoyo administrativo del que disponía la Subdirección de Ordenación Profesional era muy limitado. Por este motivo se diseñó una hoja de recogida de los datos en formato papel, sobre la que se hizo un pilotaje con las actas más actuales para valorar la calidad en la recogida de datos y validez interna del modelo de recogida de datos (Tabla 2).

Paralelamente, continuando con el protocolo de creación de registros fiables para la recogida de información, se diseñó un sistema de registro informático con el programa de diseño y gestión de datos Filemaker, consistente en la elaboración de diez fichas estándar, una por variable estudiada, con cinco entradas para la recuperación de información: fecha, fuente, asunto principal, asunto secundario, comentario. Cumplimentadas las hojas de recogida de datos en formato papel, diariamente se digitalizaba la información, comprobando cronológicamente que no se habían perdido datos en ningún apartado. El procesamiento informático permitía también exportar los datos a programas de análisis estadístico, llegado el momento de integración y explotación de los mismos.

**TABLA 2 - HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DE LOS ARCHIVOS GENERALES DE LA SUBDIRECCIÓN DE ORDENACIÓN PROFESIONAL DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**

<b>Acta # :</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Composición de la Comisión:</b>
<b>Miembros</b>		<b>Representación</b>

**Lugar de reunión y periodicidad desde última reunión:**

**Orden del día:**

**Informe de Presidencia:**

-----

**Programa #:      Fecha:      Procedencia:      Legislación:**

**Programa y Contenidos:**

**Intervenciones desde el anterior programa:**

**Cronograma, formación teórico-práctica:**

**Metodología:**

**Contenidos docentes (¿definido el perfil, definidos los objetivos docentes?):**

**Sistemas de información:**

**Sistema de evaluación:**

**Acreditaciones:**

**Convocatoria MIR:**

**Procesos de homologación/ convalidación de títulos:**

**CNECS (Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud):**

**Asuntos de trámite:**

Respecto a los archivos correspondientes a los Registros de Entrada y Registro de Salida de la Comisión Nacional, dada su diversidad, se procuró codificar los documentos en relación a los apartados establecidos en las fichas estándar, así como ordenarlos en base a su cronología. En la documentación de la Comisión Nacional, se prescindió de aquella que expresaba opiniones personales y de representación política (cartas de dimisión, opiniones ante sentencias judiciales, manifestaciones de índole política y sindical), puesto que suponían la inclusión de posibles sesgos en el análisis final de la información procesada.

Como anexo del Cuestionario Delphi, sobre variables a seleccionar en la revisión de las Actas, se presentaban las publicaciones relacionadas históricamente con el ámbito de la Atención Primaria de Salud y Educación Médica en España, así como posibles fuentes de información adicionales, solicitando opinión a los expertos sobre la importancia de las mismas y para seleccionar cuales incluir en la búsqueda documental, aplicando las variables seleccionadas. De esta manera se incluyeron en la revisión histórica documental las siguientes fuentes de información:

Revistas: Atención Primaria, El Médico Interactivo, SEMERGEN, Educación Médica, Diario Médico, Tribuna Docente
Publicaciones: semFYC, Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Fundación CESM y REAP.
Otras fuentes documentales: Servicio de archivos y bibliotecas de la Universidad de Salamanca, Red Estatal de Bases de Datos sobre Investigación Educativa, Asociación de Educación para la Salud, Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, Boletín Oficial del Estado, Instituto de Salud Carlos III, Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejo de Europa, MEDYNET, OMS, WONCA.

Para el registro de los datos obtenidos de este análisis documental, se utilizó una segunda base de datos Filemaker, con las mismas variables y entradas para recuperación de la información. Para la primera base de datos Filemaker, sobre las Actas de la Comisión Nacional, se obtuvieron 287 entradas válidas. Para la segunda base de datos, sobre fuentes de información adicionales, se obtuvieron 221 entradas válidas. Esta parte de la investigación se realizó en el seno de la Unidad de Investigación del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de la Alamedilla, del Departamento de Historia de la Medicina de la Universidad de Salamanca y desde la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Salamanca.

### C.-Opinión de expertos mediante entrevista personal

La realización de entrevistas semiestructuradas a los presidentes de las sucesivas etapas de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, permitió comprender el contexto político y sociológico en que se desarrollaron las distintas decisiones de la Comisión Nacional y del Ministerio de Sanidad y Consumo. Se entrevistó a José María Segovia de Arana, presidente de la primera Comisión Nacional de la Especialidad, que desarrolló los aspectos relacionados con la creación y desarrollo de la formación médica postgraduada mediante el sistema de residencia, así como la problemática entorno al inicio de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

La opinión de Tomás Gómez Gascón, presidente de la Comisión Nacional desde 1992 hasta 1996 y de 1999 al 2003, aportó una síntesis descriptiva de los incidentes críticos respecto a la planificación de los recursos humanos desde el Ministerio de Sanidad (convocatorias MIR) y procesos de homologación extraordinaria de títulos de especialista, que interfirieron en el desarrollo de la Especialidad. También explicó las aportaciones que la creación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria tuvo en la implantación de la Atención Primaria de Salud en España.

La entrevista a Verónica Casado Vicente, presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad desde septiembre del año 2003 hasta el momento actual, giró entorno al desarrollo conceptual del programa formativo de la Especialidad y sus fuentes metodológicas, aportaciones de la Medicina de Familia al desarrollo de la educación médica en España, la estrategia de potenciar los procesos de acreditación y reacreditación para mejorar la calidad docente, la evaluación del proceso formativo y el diseño de sistemas de información docente.

### **2ª FASE: EXPLOTACIÓN DE LAS MEMORIAS ANUALES DE LAS UNIDADES DOCENTES. VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO.**

#### **Grupo de estudio y criterios de inclusión**

Estudio descriptivo longitudinal, cuya muestra estudiada fueron las 92 Unidades Docentes existentes en el año 2005 en el ámbito nacional. El criterio de inclusión era el haber enviado una Memoria correspondiente al ciclo formativo 2003-2006, al Ministerio de Sanidad y Consumo, en formato informático Access. La posibilidad de muestra era fija y su tamaño se consideró suficiente para responder a los objetivos del estudio: descripción actualizada de la estructura docente en Medicina Familiar y Comunitaria. Señalar que no se había elaborado ningún censo efectivo de dicha estructura desde el año 2002.

El Formulario de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes, consistía en una hoja de recogida de datos en formato de registro Access, dividida en seis apartados (Tabla 3), compuestos por las variables seleccionadas mediante comités de expertos y consenso de grupos de trabajo, dirigidos por la Comisión Nacional, para la implementación de sistemas de información docentes, en base a la memoria anual que cada coordinador de Unidad Docente ha de cumplimentar por ley<sup>1</sup>, en el seguimiento del cumplimiento del Programa formativo vigente.

**TABLA 3 - VARIABLES A ANALIZAR EN LAS MEMORIAS ANUALES DE LAS UNIDADES DOCENTES, ESTABLECIDAS DESDE 1998 POR LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Filiación y coordinación
Estructura docente
Centro de salud
Hospital acreditado
Actividades formativas realizadas por las Unidades Docentes
Planificación docente

*Fuente: Documento de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria "Conjunto Mínimo Básico de Datos Docentes" (CMBDD).*

La recopilación del conjunto de Memorias de las Unidades Docentes fue función administrativa de la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo. La posterior integración, explotación y elaboración de conclusiones, sobre el Formulario de Memorias, fue función de los miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad.

La explotación de datos se realizó entre los años 2005 y 2006, y consistió en la integración de las Memorias, análisis estadístico y elaboración de conclusiones. La integración de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes se realizó mediante la elaboración de seis bases de datos, una por variable analizada, respetando el sistema de registro informático de gestión de datos Access, segregadas por Comunidades Autónomas. La finalidad era facilitar la comparación de los resultados entre autonomías, de manera que las respectivas Unidades Docentes, por provincia y por comunidad, comparasen e identificaran sus áreas de mejora. En este punto del estudio se objetivaron carencias en el cumplimiento tanto estructural como formativo del Programa Oficial de la Especialidad en determinadas Unidades Docentes, lo que permitió elaborar una serie de documentos de consenso a los coordinadores de las Comunidades Autónomas afectadas, solicitando la dotación necesaria a sus respectivas Consejerías de Salud para solventar dichas deficiencias. Los documentos de consenso elaborados fueron:

- "Aspectos de filiación y coordinación, por Comunidades, de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes". A petición del Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Área 7 de Madrid, a la Consejería de Salud de Madrid. Noviembre 2004.



- “Estructura docente, por Comunidades, de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes”. A petición de los coordinadores de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Castilla la Mancha, a la Consejería de Salud de Castilla la Mancha. Febrero 2005.

Una vez integrada la información, el procesamiento informático en formato Access permitió exportar los datos al programa de análisis estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Sobre los resultados y comparativas se elaboraron unas conclusiones, mediante consenso de los miembros de la Comisión Nacional, concretadas en el “Informe de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, sobre el Formulario de Memorias de las Unidades Docentes”, núcleo de las Jornadas Anuales de Docencia organizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, celebradas en Madrid en Marzo del año 2006. Estas conclusiones permitieron completar los objetivos del presente estudio respecto a la descripción actualizada de la estructura docente en Medicina Familiar y Comunitaria; identificaron las áreas deficitarias en el cumplimiento del Programa formativo; establecieron líneas de planificación futura para la mejora de la calidad formativa en Medicina de Familia.

### **3ª FASE: OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN: “FORMACIÓN COMPLEMENTARIA: NECESIDADES PERCIBIDAS POR LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA”**

Esta fase del estudio fue realizada en el seno de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Salamanca, en el año 2005, y fue presentada como comunicación al XVII Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica en Noviembre 2005.

El objetivo era observar las necesidades básicas de formación teórico-práctica, sentidas por los residentes de Medicina de Familia en cada uno de sus años de residencia, y poder conocer la importancia que conceden a éstas y el momento que consideran más adecuado para realizarlas, de manera que pudiesen aprovecharse al máximo las actividades formativas realizadas por las Unidades Docentes. La pertinencia del estudio se objetivó al constatar la escasez presupuestaria y de recursos humanos (dedicación del Técnico de Salud a la Unidad Docente) detectada en la explotación de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes correspondiente al ciclo formativo 2003-2006, que se estaba llevando a cabo desde la Comisión Nacional de la Especialidad.

Siendo ambiciosos en el planteamiento del estudio y con la idea de poder extenderlo en una segunda fase a los residentes de todas las especialidades, decidimos analizar sólo las actividades formativas en áreas básicas, excluyendo la formación específica en Medicina de Familia. Obtendríamos así conclusiones válidas genéricas, que contribuyeran en un futuro al diseño de programas formativos comunes a todas las especialidades de un mismo tronco, en concordancia con el desarrollo de la troncalidad que establece la LOPS a partir del año 2011.

Para su realización se diseñó un estudio descriptivo transversal, articulado mediante técnicas de grupo nominal, entrevistas de residentes, opinión del usuario y observación participativa, así como el envío de encuestas auto-cumplimentadas a las Unidades Docentes nacionales con las variables: año de residencia; edad; sexo; importancia para la formación de 23 cursos básicos (de 0 a 10) ; año de residencia más adecuado para realizarlos.

Los 23 cursos básicos se puntuaban de 0 a 10, y se dividían en eminentemente “clínicos” y “no clínicos” (Tabla 4). Los datos se integraron posteriormente en una hoja de cálculo del programa informático Microsoft Excel.

Se recibieron 602 encuestas válidas, con participación de residentes de 15 Comunidades Autónomas, pudiendo fijar el perfil del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, así como objetivar que la distribución de la media de la importancia otorgada a los cursos era muy homogénea. Respecto a las actividades de formación complementaria y el momento y los contenidos más adecuados para su aprovechamiento docente, se concluyó que la uniformidad de criterios en la selección de los cursos era estadísticamente significativa y que se podían planificar en base a las necesidades percibidas por el residente.

**TABLA 4 – CURSOS BASICOS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO “NECESIDADES PERCIBIDAS POR LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA”**

1. Urgencias básicas
2. Interpretación de ECG
3. Interpretación de Radiología básica
4. RCP Básica
5. RCP avanzada
6. Atención al paciente politraumatizado
7. Atención al paciente drogodependiente
8. Atención a situaciones de violencia (familiar y otras)
9. Manejo del dolor
10. Cuidados paliativos
11. Inmovilización y vendajes
12. Suturas y técnicas quirúrgicas básicas
13. Tratamiento parenteral y fluidoterapia
14. Entrevista Clínica, comunicación, relación médico-paciente y habilidades sociales
15. Informática básica y búsqueda de información médica en Internet
16. Metodología de la investigación, epidemiología, estadística y demografía.
17. Medicina Basada en la Evidencia
18. Responsabilidad Civil y Medico-Legal
19. Bioética
20. Organización y Gestión sanitaria
21. Calidad
22. Uso racional de recursos sanitarios
23. Inglés para médicos

### 6 - ANÁLISIS ESTADÍSTICO

De la información recogida en las distintas fases del proyecto de investigación, requerían soporte para su análisis estadístico los siguientes apartados:

1º) Explotación de los datos numéricos de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes, recogidos en la base de gestión de datos Access.

2º) Explotación de los resultados de las encuestas auto-cumplimentadas sobre “Necesidades básicas de formación teórico-prácticas percibidas por los residentes de Medicina de Familia”, recogidas en una hoja de cálculo del Programa informático Microsoft Excel.

Para su análisis estadístico, se exportaron los datos al programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)<sup>2-5</sup>.

Respecto al método de análisis estadístico, se consideraron las siguientes medidas de estadística descriptiva: para las variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión; para las variables categóricas se obtuvieron los porcentajes.

Respecto a los test estadísticos utilizados en la elaboración del Informe de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, sobre el formulario de memorias de las Unidades Docentes del ejercicio 2003 – 2005, para establecer la relación entre las variables estudiadas, previa comprobación mediante test de Kolmogorov-Smirnov<sup>6</sup> que seguían una distribución normal, se utilizó el Chi-cuadrado para establecer la relación entre variables cualitativas independientes, la t-de student para las cuantitativas y cualitativas de dos categorías y el ANOVA si las cualitativas eran de más de dos categorías<sup>7,8</sup>. Para el contraste de hipótesis se fija un riesgo  $\alpha$  de 0.05 como límite de significación estadística<sup>9-12</sup>.

**REFERENCIAS AL CAPÍTULO I**

1. Real Decreto 3303/1978, de regulación de la Medicina Familiar y Comunitaria como Especialidad de la profesión médica. Boletín Oficial del Estado, nº 29, (2-11-1979).
2. Bailey D. Coding and data reduction SPSS (Statistical package for the social sciences). Boston: Harvard-MIT Data Center; 2005. Disponible en: [http://www.hmhc.harvard.edu/projects/SPSS\\_Tutorial/spsstut.shtml](http://www.hmhc.harvard.edu/projects/SPSS_Tutorial/spsstut.shtml)
3. Sapiro V. SPSS/PC (Statistical package for the social sciences/ Personal computer) for the IBM PC/XT. Chicago: University of Michigan; 1999.
4. Ferrán M. SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico. Madrid: McGraw Hill; 1996.
5. Correa AD. Análisis Estadístico Computarizado Aplicado a la Investigación Educativa, Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Tenerife: Universidad de la Laguna; 2005.
6. Argimón JM. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2ª Ed. Barcelona: Harcourt; 2004.
7. Lobe J. Estadística descriptiva, probabilidades y teórica, muestreo, actuarial. 6ª Edición. Madrid: Vicens-Vives; 1980.
8. Casa E. Estadística descriptiva. 4ª Edición. Barcelona: Vicens-Vives; 1985.
9. Sarabia A. Problemas de Probabilidad y Estadística. Elementos teóricos, cuestiones, aplicaciones con Statgraphics (MSDOS). Madrid: Clagsa, 1993.
10. Cramer H. Elementos de la teoría de probabilidades y aplicaciones. 8ª Edición. Madrid: Aguilar Colección Ciencia y Técnica; 1984.
11. Visauta B. Análisis estadístico (Vol I: Estadística Básica. Vol II: Estadística Multivariante). Madrid: McGraw Hill; 1997.
12. Camacho J. (1998). Estadística con SPSS para Windows. Madrid: Ra-Ma; 1998.

## **II – RAÍCES HISTÓRICAS DEL** **ESTUDIO**

## **1. ANTECEDENTE DE LAS COBERTURAS SANITARIAS**

### **1.1. SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA EUROPA DEL SIGLO XX**

Seguridad Social, expresión acuñada en 1935 por la <<Social Security Act>> norteamericana<sup>1</sup> y definida por William Beveridge<sup>2</sup> en 1942, ante el parlamento inglés, como “el conjunto de medidas adoptadas por el Estado contra aquellos riesgos de concreción individual que jamás dejarán de presentarse por óptima que sea la situación de conjunto de la sociedad en que vivan”. Sobre el terreno la Seguridad Social puede entenderse como un sistema general y homogéneo de prestaciones de derecho público y gestión estatal, para el aumento del bienestar social de los ciudadanos, describiéndose dos grandes interpretaciones de este Servicio:

**TABLA 5 – MODELOS UNIVERSALES TEORICOS PUROS DE SEGURIDAD SOCIAL**

<p><b>PROFESIONAL O CONTINENTAL BISMARCKIANO O SISTEMA DE SEGUROS SOCIALES:</b>  <b>Seguridad Social como cobertura o aseguradora de riesgos de los trabajadores</b></p>	<p><b>UNIVERSAL, CIVICO O ATLANTICO BEVERIDGE O SISTEMA NACIONAL DE SALUD:</b>  <b>Seguridad Social como servicio público universal</b></p>
<p>PRIVATISTA: fórmulas de gestión privada</p>	<p>PUBLICO: de responsabilidad y gestión pública, control parlamentario</p>
<p>LABORAL: limitada a los trabajadores</p>	<p>CIVICO: libertad de acceso extendida a todos los ciudadanos o residentes</p>
<p>CAUSAL: atiende a las causas (accidentes, enfermedades)</p>	<p>CONTINGENCIAL: ajena a la causa, se fija en la situación establecida o contingencia (invalidez, muerte,...)</p>
<p>CARENCIAL: periodo de carencia previo a tener derecho a prestaciones</p>	<p>NO CARENCIAL: derecho a percibir las prestaciones desde el inicio</p>

<p>SUBJETIVADA: prestación a recibir según el caso concreto que la origine</p>	<p>OBJETIVADA: prestación preestablecida independientemente del caso que la origine</p>
<p>FINANCIACION: por cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores a fondos gestionados por entidades no gubernamentales reguladas por Ley</p>	<p>FINANCIACION: pública a través de impuestos, incluida la financiación en los presupuestos generales del estado</p>
<p>FACULTATIVOS: autónomos, profesionales liberales pagados por acto médico, mayor satisfacción del profesional de la salud</p>	<p>FACULTATIVOS: empleados públicos asalariados o remunerados mediante capitación</p>
<p>CENTROS HOSPITALARIOS: proveedores de servicios contratados a los fondos de gestión privada</p>	<p>CENTROS HOSPITALARIOS: presupuestos globales "limitados"</p>
<p>PAGO: Los ciudadanos que no tienen acceso a los fondos de previsión, reciben asistencia de seguros privados, de sistemas impositivos o de la beneficencia</p>	<p>PAGO: Permite cierto sector privado y pagos directos por parte de los usuarios</p>
<p>Inspirado en la legislación social impuesta por Bismarck en la reunificación alemana hacia 1883, de actitud liberal, instituye un régimen de seguros sociales (seguro de enfermedad, de accidentes de trabajo y de vejez e invalidez) a favor de los trabajadores de la industria. Ejemplos: Alemania, Francia, Holanda; y hasta 1980 España, Grecia, Italia y Portugal.</p>	<p>Inspirado en el informe Beveridge de 1942, por el que se formaliza el sistema de organización sanitaria adoptado por Suecia en los años 30. Ejemplos: Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia. Irlanda y Reino Unido, tras la Segunda Guerra Mundial. Desde la década de 1980 España, Grecia, Italia y Portugal.</p>

*Fuente: Freire Campo JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005. p. 61-99. Elaboración: propia.*

Estos dos modelos teóricos no se dan puros en la práctica, combinándose entre sí según el ordenamiento jurídico y características intrínsecas de cada país, de manera que características de ambos modelos suelen coexistir en cada sistema de salud<sup>3</sup>.

## **1.2. ANTECEDENTES DE PROTECCIÓN SOCIAL EN ESPAÑA**

### **1.2.1. FUNCIÓN PÚBLICA DE SANIDAD ATRIBUIDA AL ESTADO**

En España la función pública de sanidad atribuida al Estado se remonta al siglo XIX, interpretada como la “atención de los problemas sanitarios que afectan a la colectividad (Salud Pública) y la asistencia de beneficencia”<sup>4</sup>. Con la aprobación el 28 de Noviembre de 1855 de la Ley de Sanidad, primera norma de carácter general sobre el sector sanitario en España, se estableció el sistema de prestaciones asistenciales sobre la base del libre ejercicio profesional de la Medicina, regulando unos órganos de desarrollo de acciones sanitarias dirigidas a la atención de los problemas de salud de la colectividad<sup>5</sup>. Para asumir las competencias sanitarias establecidas en dicha Ley, se creó la Dirección General de Sanidad, dependiente del entonces Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, que asumió la función de salud pública, con sus respectivas delegaciones o Inspecciones Provinciales de Sanidad; y se responsabilizó a las Corporaciones Locales (Diputación y Municipalidad) de mantener una asistencia de beneficencia. Dicha atención, fue prestada a nivel de las Diputaciones mediante los Hospitales Generales Provinciales; y a nivel municipal, mediante el sistema de Mancomunidades Sanitarias (la mancomunidad era el conjunto mínimo de ayuntamientos con capacidad económica para costear un facultativo), dispensada en los Consultorios Locales por un médico que asistía a las familias pobres del municipio.

La siguiente reforma, en el terreno de la Salud Pública, la constituyeron: el RD de 12 de Enero de 1904 de Instrucción General de Sanidad Pública, el RD de 11 de Mayo de 1920 sobre creación de los Consejos Provinciales de Sanidad y Comisión Central de Sanidad Local (Consejo Nacional de Sanidad a partir de 1936) y los Reglamentos de Sanidad Municipal y Provincial del año 1925. Dicha legislación mantuvo el mismo reparto de competencias que dictaba la Ley de 1855 y reguló un dispositivo de higiene a nivel del Estado, de la Diputación y de los entes Municipales<sup>6</sup>.

La Ley de Coordinación Sanitaria de 1934 reordenó posteriormente este singular régimen de Mancomunidades Sanitarias, caracterizado por financiación a nivel de las Corporaciones Locales pero administración y gestión controlada por el estado, con el fin de potenciar los servicios sanitarios periféricos de la administración central y asunción progresiva por el Estado de la financiación de la sanidad rural. Posteriormente, la Ley de Bases de Sanidad de 25 de noviembre de 1944, recogió dicha reordenación manteniéndola vigente hasta 1967.



Mediante la Ley de Bases de 1944, la Dirección General de Sanidad, dependiente por entonces del Ministerio de la Gobernación, sustituyó las Inspecciones Provinciales de Sanidad por las Jefaturas Provinciales de Sanidad, órgano estatal que amplió las competencias centrales en materia de Salud Pública, y pasó a hacerse cargo del mantenimiento de los servicios sanitarios territoriales, financiando el mantenimiento de los sanitarios locales. Así, la figura del médico rural costeado por la municipalidad para la atención de beneficencia, pasó a ser la de un funcionario por oposición (Médico de Atención Pública Domiciliaria) con competencias de control de Salud Pública en el municipio, percibiendo su capitación directamente del Ministerio de la Gobernación, como quedará finalmente recogido en la Ley de Retribuciones de los Sanitarios Locales de 28 de diciembre de 1966. Además, dicho facultativo concertaba con los Ayuntamientos, dentro de su partido, servicios asistenciales que garantizaran la cobertura de beneficencia a las familias más pobres del municipio, y con el resto de familias, un sistema privado de pago de iguales<sup>7</sup>.

### **1.2.2. PROTECCIÓN SOCIAL**

Respecto a los antecedentes de protección social, entendidos por la vía de los seguros obligatorios con financiación contributiva, adoptando un modelo bismarckiano de Sanidad, se inició desde el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, con la creación, en base a la Ley del 27 de febrero de 1908, del Instituto Nacional de Previsión, heredero del Instituto de Reformas Sociales (organismo habilitado a principios de siglo XX para la mejora de las clases obreras) y con la creación de una Caja Nacional de Seguro Popular.

La Ley de Creación del Instituto Nacional de Previsión estableció el régimen legal español de Retiros Obreros, bajo el sistema de la libertad subsidiada de las pensiones de vejez, que libremente contrataban los obreros con este Organismo. El régimen legal español de desarrollo de la previsión y de los seguros sociales tuvo su continuidad en la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria, del 30 de Enero de 1900, en el Código de Seguros Sociales de 1911, el Seguro de Retiro Obrero y Accidentes de Trabajo para Trabajadores de la Mar de 1919 y el Seguro Obligatorio de Maternidad del año 1929. Mediante estas medidas legisladoras, quedó a cargo del Instituto Nacional de Previsión la asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad, garantizando la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto, e indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de las situaciones anteriores. Reseñar que a estos efectos, el Instituto Nacional de Previsión fue pionero en establecer convenios asistenciales en España, con las organizaciones profesionales de médicos, farmacéuticos y matronas<sup>8</sup>.

### **1.3. LA ORGANIZACIÓN SANITARIA DEL FRANQUISMO**

#### **1.3.1. HERENCIA SANITARIA DE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX**

Durante la primera mitad del siglo XX, el único organismo estatal encargado de la sanidad continuó siendo la Dirección General de Sanidad dependiente del Ministerio de la Gobernación, que persistió en el mantenimiento de sus atribuciones sanitarias en la órbita de lo estrictamente preventivo. La sanidad era entendida exclusivamente como la atención de los problemas sanitarios que afectaban a la colectividad, con un escaso matiz asistencial en la investigación y tratamiento de enfermedades socialmente trascendentes (instituciones sanitarias para tratamiento de enfermos tuberculosos, sifilíticos, del paludismo, de la lepra, etc.), servicios al fin y al cabo preventivistas, orientados a preservar la salud pública<sup>9</sup>. La expansión de la sanidad pública en esta época, consistió en la creación de la Comisión Central de Lucha contra el Tracoma, en 1928; la Liga Española contra el Cáncer, en 1930; el Consejo Superior Psiquiátrico, en 1931; el Instituto Nacional de Venereología, en 1933; el Patronato Nacional Antituberculoso, en 1936; el Centro Leprológico y Sanatorio Nacional de Trillo, en 1943.

La persistencia en la orientación sanitaria de los servicios dependientes de la Dirección General de Sanidad hacia la Salud Pública, determinó una insuficiente cobertura asistencial y de prestaciones sociales, que se tradujo a partir de la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, en que cada departamento ministerial desarrollara sus servicios sanitarios asistenciales, destinados a colectivos reducidos con necesidades particulares, provocando una progresiva dispersión en materia de competencias sanitarias. El Ministerio de Gracia y Justicia desarrolló la Sanidad carcelaria; el Ministerio de Instrucción Pública creó los dispensarios médicos en las universidades y estableció su Inspección Sanitaria de Locales y Alumnado; el Ministerio de Trabajo implementó la red asistencial de la Seguridad Social para el desarrollo de los Seguros Obligatorios de Enfermedad. Concluida la Guerra Civil, se estableció también la Delegación Nacional de Sanidad de FET y de las JONS y el Servicio de Sanidad del Movimiento, se implantó la red asistencial de los Ministerios de los Ejércitos, etc. Junto a ellos, tuvo lugar la ineludible creación de órganos colegiales de coordinación, subrayando la creación de la Comisión Nacional Asesora de Especialidades Médicas, por la Ley del 20 de julio de 1955, encargada de regir en adelante la formación médica especializada<sup>10</sup>.

### **1.3.2. LA SANIDAD EN LA ESPAÑA FRANQUISTA: LEY DE BASES DE SANIDAD NACIONAL DE 1944**

La Ley de Bases de Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944, representó la primera reorganización sanitaria del franquismo. Definió una estructura de poder provincial personalizada en la figura del Gobernador Civil, en representación de una concentración de competencias a nivel del gobierno central. La reorganización, se orientó hacia el modelo Benéfico Liberal de protección social, de bajas coberturas inicialmente, dibujando una estructura sanitaria hospitalocentrista y un mapa sanitario caracterizado por la dispersión institucional<sup>11</sup>.

Las dos décadas iniciales del franquismo se caracterizaron por el estancamiento respecto a la vertiente preventiva y comunitaria de la sanidad (red de la Sanidad Pública)<sup>12</sup>, como hemos citado en el capítulo anterior, que derivaron en la creación de subsistemas sanitarios, redes asistenciales diferentes e independientes sobre el modelo de seguros sociales (red de la Seguridad Social), o por financiación institucional (Hospitales Universitarios, Administración Institucional de la Sanidad Nacional, Sanidad Militar). El desarrollo de estos subsistemas, permitió el aumento de coberturas y mejoras asistenciales de la población, pero también acusó solapamiento y desorganización entre ellos<sup>13</sup>.

Las principales redes sanitarias existentes durante el franquismo fueron<sup>14</sup>: la de Sanidad Nacional en la Dirección General de Sanidad, dependiente del Ministerio de la Gobernación; la red asistencial de las Corporaciones Locales dispensada en Hospitales Generales de Beneficencia, Psiquiátricos y Consultorios Locales; la red asistencial de la Seguridad Social del Instituto Nacional de Previsión, dependiente del Ministerio de Trabajo; las redes asistenciales ministeriales, de los Hospitales Universitarios dependientes del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes; la Sanidad Militar dependiente de los Ministerios de los Ejércitos; Sanidad Penitenciaria dependiente del Ministerio de Gracia y Justicia. Junto a estas, otras redes asistenciales sin ánimo de lucro, como la Cruz Roja y las órdenes religiosas; y las Clínicas privadas asistenciales.

Respecto a los cargos de gestión de los centros sanitarios, correspondió a facultativos más o menos acreditados, afines al régimen, su dirección<sup>12</sup>.

#### **1.3.2.1. Ministerio de la Gobernación: la Dirección General de Sanidad: red sanitaria de la Sanidad Nacional**

Con la aprobación de la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, se confirmó a la Dirección General de Sanidad, dependiente del Ministerio de la Gobernación, como máximo órgano sanitario del Estado español, persistiendo a cargo de las competencias en materia de salud pública. Quedó vertebrada la Dirección General de Sanidad entorno a las tres grandes profesiones sanitarias, con las subdirecciones correspondientes de Medicina Preventiva y

Salud Ambiental (médicos), de Farmacia (farmacéuticos) y de Veterinaria (veterinarios). A su vez, la Sanidad Nacional tuvo sus distintos Cuerpos Nacionales por oposición, formados en la Escuela Nacional de Sanidad, con las escalas: Diplomado en Sanidad, Oficial Sanitario Médico, Médico de Sanidad Nacional, Epidemiólogo, Farmacéutico y Veterinario.

La Dirección General de Sanidad tuvo como órgano consultivo, a nivel central, al Consejo Nacional de Sanidad, y a nivel periférico, a las Comisiones Provinciales Delegadas de Sanidad, herederos correspondientemente desde 1936, de la Comisión Central de Sanidad Local y de los Consejos Provinciales de Sanidad. Estas Comisiones Provinciales Delegadas de Sanidad, en su estructura administrativa, tuvieron un Jefe Provincial, sometido al poder político del Gobernador Civil de la provincia, y estuvieron a cargo de los sanitarios locales de la provincia, repartidos por “partidos médicos”, con la denominación de Jefes Locales de Sanidad o Médicos Titulares de Asistencia Pública Domiciliaria (APD), con labores preventivistas sobre el terreno, asesorados por un Consejo Municipal de Sanidad<sup>15</sup>.

Persistió así la separación, en materia sanitaria, de la planificación y gestión de la Sanidad Pública o colectiva, frente a la vertiente sanitaria asistencial<sup>12</sup>:

1º. Por un lado la planificación y gestión de la sanidad colectiva, entendida como Salud Pública, correspondía a la Dirección General de Sanidad, con sus funciones sobre el terreno de los servicios sanitarios preventivos, del control de enfermedades infecciosas consideradas de trascendencia social (tuberculosis, lepra, paludismo, poliomielitis, brotes de cólera y tifus), inspecciones sanitarias del agua potable, vacunaciones, etc. Realizando una cobertura asistencial restringida a hospitales centrados en patologías específicas (red de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional o AISNA) y a nivel local mediante los Médicos Titulares de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) repartidos por “partidos médicos”.

2º. Por otro lado, la gestión y control de la sanidad asistencial del individuo continuó siendo responsabilidad de las Corporaciones Locales, en lo referente a la beneficencia, junto a la sucesiva aparición de redes asistenciales de distintos organismos públicos ya mencionada.

Tan solo a nivel rural, los Médicos de APD, responsables de las labores preventivas y de higiene encomendadas a la Dirección General de Sanidad, fusionaron la actividad de salud pública con la vertiente asistencial, ya que concertaban, dentro de sus partidos médicos cerrados adquiridos por oposición, unos servicios asistenciales con el Instituto Nacional de Previsión en base a cartillas del Seguro Obligatorio de Enfermedad asignadas en su partido médico, y con los ayuntamientos un cobro mínimo por asistencia de beneficencia a las familias más pobres del municipio. Además, mantuvieron un modelo retributivo por ejercicio privado asistencial, mediante el sistema de Iguales<sup>16</sup>.

### **1.3.2.2. Corporaciones Locales: Diputaciones y Ayuntamientos: Hospitales Generales de Beneficencia y Psiquiátricos. Consultorios Locales asistenciales**

Las Corporaciones Locales ya habían sido un exponente de Sanidad pública asistencial, al asumir la clásica responsabilidad de la asistencia de beneficencia desde el siglo XIX<sup>15</sup>.

La Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 encomendó a las Diputaciones provinciales, el establecimiento de servicios hospitalarios que garantizaran a la población más pobre la asistencia médico-quirúrgica, la asistencia infantil, la maternal y psiquiátrica, respetando una gestión y control por parte de las Diputaciones bastante independiente de dichos centros. Las Diputaciones Provinciales cubrieron esta responsabilidad mediante los Hospitales Generales Provinciales de la Diputación o de la Beneficencia, constituidos inicialmente con carácter benéfico. Los Hospitales Generales Provinciales, además de prestar asistencia en sus hospitales a los enfermos “asimilados” o de la beneficencia, con un régimen de tarifas según sus niveles de pobreza, prestaron también asistencia a enfermos en régimen de “pensionado”, una especie de clínica privada de pago dentro del hospital (pacientes de clases agrarias más pudientes y funcionarios), con un régimen de estancia distinto al resto de pacientes<sup>17</sup>. De las Corporaciones Locales dependió también la atención psiquiátrica, realizada en los Hospitales Psiquiátricos o “manicomios”.

En el medio urbano, la asistencia primaria a la población más necesitada fue función también de las Corporaciones Locales, dispensada por un médico general asistido de una enfermera, ubicados en los Ambulatorios Locales. Posteriormente, al asumir la Dirección General de Sanidad la financiación de estos ambulatorios, se irían añadiendo médicos especialistas a los centros: pediatras para menores de 7 años, tocoginecólogo para seguimiento de embarazo y dentista para extracciones dentales.

Los Ayuntamientos, por su parte, con la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 mantuvieron los Consultorios Locales, concertando con el jefe Local de Sanidad (médicos de Atención Pública Domiciliaria, dependientes de la Dirección General de Sanidad y herederos de los médicos titulares o inspectores municipales) la asistencia benéfica a las familias más pobres del municipio. También se articularon por la nueva Ley, los Consejos Municipales de Sanidad, con la finalidad de asesorar al Jefe Local de Sanidad.

### **1.3.2.3. Ministerio de Trabajo: El Instituto Nacional de Previsión: Red sanitaria de la Seguridad Social. Ley Girón de 1942**

La Ley de Bases de Sanidad Nacional, de 1944, recogió las relaciones a establecer con el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). El franquismo inicialmente fue continuista en la ordenación sanitaria y potenciador del modelo profesional o bismarckiano de sistema de seguros sociales<sup>18</sup>, considerando la asistencia sanitaria de la Seguridad Social como cobertura o aseguradora de riesgos de los trabajadores, de base mutualista, orientación reparadora, cobertura no universal y financiación por cuotas.

La masa de trabajadores al servicio de la industrialización del siglo XX estaba en una zona intermedia, indefinida, a la que no llegaban los auxilios sanitarios individualizados benéficos del Estado, por no tratarse de pobres, pero tampoco podían costearse la asistencia sanitaria privada, por carecer de medios<sup>19</sup>. Este riesgo de enfermedad, en la primera mitad del siglo, sólo era cubierto en el campo de la previsión por la acción mutualista espontánea o gracias a la cobertura ofrecida por el seguro mercantil. Ante esta situación, partió la iniciativa desde el ministerio de Trabajo de adoptar un sistema de Seguridad Social, financiado por aportaciones mixtas, que garantizase unas prestaciones sanitarias en una nueva red de hospitales asistenciales para trabajadores, de tendencia expansiva y con un número de beneficiarios siempre en aumento.

En esta línea se aprobó el 14 de diciembre de 1942, y se implantó en 1944, el Seguro Obligatorio de Enfermedad en España. Impulsado por el Ministerio de Trabajo, en la figura de su ministro José Antonio Girón de Velasco, representando la línea falangista de política social del régimen. Girón recuperó la Ley de Contrato de Trabajo dictada por la II República en 1934, mediante la Ley de 16 de Octubre de 1942, sobre Reglamentaciones de Trabajo y los Decretos de 26 de Enero y 31 de Marzo de 1944, con el “Nuevo Texto Refundido de la Ley de Contrato de Trabajo” (vigente hasta marzo de 1980, en que fue derogada por el Estatuto de los Trabajadores). Configuró esta legislación la base jurídica de aquella incipiente Seguridad Social y, con la Ley de Mutualidades Laborales, cubrió la demanda de asistencia social de los trabajadores.

La Ley de Bases de Sanidad Nacional añadió apartados de trascendencia social, en materia de educación<sup>15</sup>. También se fundaron mediante dicha Ley las Universidades e Institutos Laborales, donde los hijos de los trabajadores recibían gratuitamente educación técnica y humanística, optando a un futuro profesional o accediendo a la Universidad y a las Escuelas Técnicas<sup>18</sup>. En materia laboral, desterró discrepancias interpretativas de los contratos de trabajo, creando las Magistraturas de Trabajo, hoy transformadas en Juzgados de lo Social, para favorecer al trabajador en la resolución de conflictos sociales, mediante un Órgano colegiado y profesional.

La gestión del Seguro Obligatorio de Enfermedad, quedó a cargo del Instituto Nacional de Previsión, como entidad aseguradora única. Entre las prestaciones del Seguro, figuraban la asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad, e indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de las situaciones anteriores.

Sobre el terreno, esta política sanitaria se tradujo en una gran expansión de los centros hospitalarios provinciales de la red sanitaria de la Seguridad Social<sup>20</sup>. A nivel local aprovechó para ello la estructura de la Sanidad Nacional, respecto a sus médicos de Atención Pública Domiciliaria, con quienes concertaba servicios asistenciales a nivel rural, en base al número de cartillas asignadas en su partido médico de trabajo, para garantizar la asistencia sanitaria del seguro correspondiente del trabajador.

A nivel provincial, su poder se concentraba en un Jefe Provincial de Servicios Sanitarios del Instituto Nacional de Previsión, encargado de la inspección de los Servicios Sanitarios de la provincia y del control de las cartillas que correspondían a cada médico de Atención Pública Domiciliaria rural. La creación de la red asistencial de la Seguridad Social y su exponencial crecimiento, significó con los años la absorción paulatina de las competencias de la Dirección General de Sanidad, inmovilista en su papel burocrático, llegando a su total integración con la llegada de la democracia<sup>12</sup>.

### **1.3.2.4. Hospitales Universitarios, Sanidad Militar, Sanidad Penitenciaria, Clínicas privadas**

Por la necesidad y demanda de dotar a los distintos colectivos ministeriales de una asistencia sanitaria y unas coberturas sociales, se crearon sucesivamente durante el franquismo diferentes redes asistenciales, cuyas competencias se atribuían a distintos Departamentos del Gobierno: la Sanidad Militar a los Ministerios de los Ejércitos; Hospitales Universitarios al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes; Sanidad Penitenciaria al Ministerio de Gracia y Justicia. Coexistieron con ellas organizaciones sin ánimo de lucro que prestaron asistencia sanitaria en distintos regímenes y situaciones, como la Cruz Roja o las Órdenes Religiosas<sup>11</sup>.

También prestaron asistencia sanitaria las Clínicas Privadas, sector que daba asistencia médica a los agricultores y funcionarios intermedios, que no eran pobres como para ser asistidos por la beneficencia, pero tampoco estaban incluidos aún en las coberturas del Seguros Obligatorios de Enfermedad. Estas clínicas, lógicamente, fueron disminuyendo su actividad en la medida en que la Seguridad Social expandió su cobertura a la población y mejoró la dotación de sus servicios asistenciales.

### **1.3.3. LA SANIDAD EN LA ESPAÑA FRANQUISTA: LEY DE BASES DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE 1963**

El 28 de Diciembre de 1963 se aprobó la Ley de Bases de la Seguridad Social, que entró en vigor en 1967 y significó un avance cualitativo hacia modelos más universales de Seguridad Social como servicio público unitario, superando los esquemas de previsión y seguros sociales clásicos, e instrumentando el desarrollo del sistema de Seguridad Social<sup>21</sup>. Se caracterizó esta Ley por propiciar la participación de los interesados en el gobierno de las entidades gestoras y por la supresión del ánimo de lucro en dicha gestión, también aumentó las aportaciones estatales en la financiación y se preocupó por añadir la prevención y la rehabilitación al mero plano asistencial de la sanidad. Continuó en esta época el desarrollo de la extensa red de hospitales de la Seguridad Social, las "ciudades sanitarias", coincidiendo con el auge económico de la década de 1960. Gracias a este gran desarrollo de centros y servicios propios, para la asistencia de medicina general, ambulatoria de especialidades y hospitalaria, la Seguridad Social consiguió ampliar rápidamente la cobertura sanitaria a la población, pasando del 53% del total de españoles en 1966, al 81.7% en el año 1978<sup>22</sup>.

Corresponden también a este decenio:

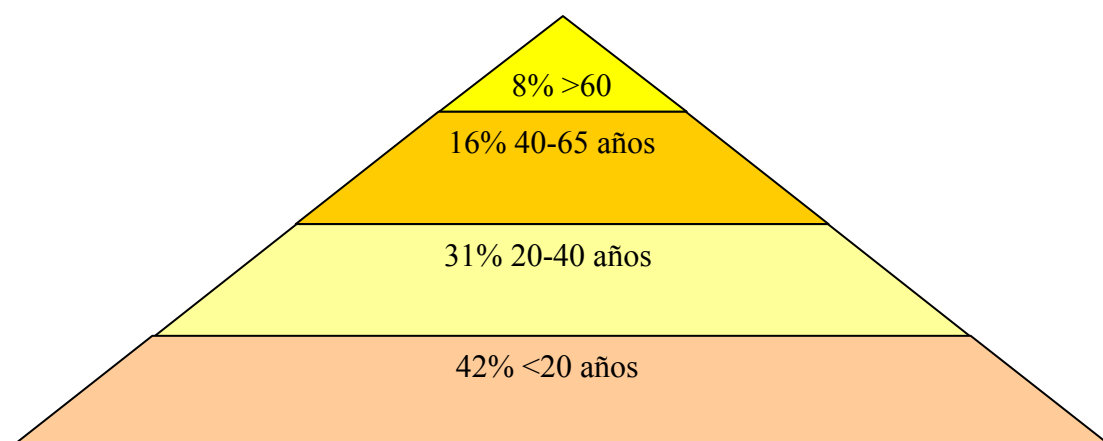
1º. La aprobación de la Ley de Hospitales, de 1962, sobre Comarcalización y Subcomarcalización Sanitaria, antecesor respecto a la organización territorial del modelo basado en las Áreas de Salud<sup>23</sup>.

2º. La implantación del Primer Plan de Desarrollo Agrario en el año 1964 y la creación en 1966 del régimen especial agrario, que supuso la supresión del sistema de iguales a nivel rural al incluir a los trabajadores agrarios en el régimen de la Seguridad Social, en cumplimiento de lo previsto en la Ley de Bases de 1963.

3º. La Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social, de 1972, que sentó las bases para un crecimiento rápido y sostenible de las cotizaciones y prestaciones, gracias a la progresiva aproximación de las bases a percibir por contingencias con los salarios reales.

#### **1.4. LA QUIEBRA IDEOLÓGICA DEL FRANQUISMO (1967-1975)**

España sufrió a finales de la década de 1960 y principios de 1970, una crisis ideológica respecto a la planificación de los servicios sanitarios, ya que a pesar de objetivarse avances sociales durante el régimen franquista, partiendo de un país empobrecido, dividido y con un estancamiento histórico en lo referente a la sanidad, se constataba la persistencia de una política basada en bajas prestaciones sociales<sup>24</sup>. El inicio de la aplicación de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, instrumentó el desarrollo del sistema de Seguridad Social, representando un modelo más universal de Sanidad, pero planteando una asistencia médica puntual, centrada en grandes y sofisticados hospitales, que contrastaba con una medicina ambulatoria y de urgencia pobre en recursos y con nula conexión del médico de primaria respecto al medio hospitalario.



**Figura 1 - PIRÁMIDE POBLACIONAL DE ESPAÑA EN EL AÑO 1971**

Fuente: "Estudio sanitario de un grupo poblacional en el barrio de San José Obrero de Zamora 1969-1972". Datos por José María Francia en su Tesina de Licenciatura, Universidad de Salamanca 1971. Elaboración: propia.



Esta situación sanitaria dio lugar, desde finales de la década de 1960, a experiencias comunitarias de denuncia de las condiciones socio-sanitarias de los barrios obreros, algunas de inspiración cristiana, impulsadas por la teología de la liberación y por profesionales del sector de corriente progresista que identificaban el desarrollo comunitario como mejoras en salud pública<sup>24</sup>.

Dentro de las reformas impulsadas en estos años como prioridades destacaban la necesidad de:

- 1º. Incremento de las inversiones públicas en materia de sanidad
- 2º. Desarrollo de los servicios sociales y sanitarios
- 3º. Creación de infraestructuras básicas
- 4º. Planes de ordenación urbana

A esta crisis del modelo asistencial <<benéfico-liberal>>, tantos años imperante en España, evidenciada en la década de 1970, se unía el exacerbado centralismo y burocratización del sistema, así como la duplicidad de servicios y legislación entrecruzada en materia sanitaria, fruto de las múltiples redes asistenciales creadas por los diferentes ministerios, que suponían un excesivo gasto económico en sanidad para la nación y una menor funcionalidad en la prestación de servicios sanitarios públicos<sup>25</sup>.

El exponencial desarrollo del Instituto Nacional de Previsión y sus servicios sanitarios de la Seguridad Social, aumentando su cobertura y calidad de servicios, afectó al resto de redes sanitarias del país:

1º. Paulatinamente los Hospitales de la Seguridad Social absorbieron la actividad de los Hospitales Provinciales, dependientes de las Corporaciones Locales de carácter asistencial benéfico, evidenciando sus carencias, originando una confrontación histórica de las Diputaciones con la estructura de la Seguridad Social<sup>12</sup>.

2º. La extensión de las coberturas de la Seguridad Social al grueso de la población, obligó al replanteamiento del ejercicio de la medicina privada, sustituyéndose las clínicas privadas por las compañías de seguros libres, que racionalizaban la oferta de la medicina privada en función de los costes.

3º. La expansión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, frente al manifiesto estancamiento organizativo y técnico de los servicios preventivos estatales y de las jefaturas Provinciales de Sanidad, acabó provocando la duplicidad de actividades preventivas y de Salud Pública, imperando finalmente las de la Seguridad Social sobre las de Sanidad Nacional, provocando un divorcio entre la estructura de Sanidad Nacional y la estructura de la Seguridad Social. Esta confrontación, supuso un importante problema que llegada la democracia heredó el Ministerio de Sanidad a la hora de unificarlas; y aún a las Comunidades Autónomas, tras la transferencia de competencias<sup>26</sup>.

En definitiva, se entendieron las mejoras sanitarias como aumento de la atención especializada, permaneciendo ajenos a las lamentables condiciones socioeconómicas y a las precarias infraestructuras<sup>24</sup>. Esta suma de conflictos dio lugar a la publicación, en 1974, del “Informe al Gobierno de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria”, exponiendo necesarias vías de reforma. Esta situación carencial dio lugar a un intento de reorganización territorial sanitaria, definiendo un nuevo modelo de concentración de servicios sanitarios, de carácter comarcal, subcomarcal e intermunicipal<sup>23</sup>. Este proceso de Comarcalización y Subcomarcalización sanitaria, perduró hasta el fin del franquismo y durante la Transición española, intentando una reordenación territorial de la función sanitaria, en un medio rural disperso y en regresión, que cuestionaba la viabilidad del municipio rural como unidad autónoma de servicios, en crisis por razones laborales, económicas, geográficas y sociales<sup>7</sup>.

## **2. LA TRANSICIÓN Y EL SISTEMA SANITARIO EN LA ESPAÑA POSTFRANQUISTA**

### **2.1. DECLARACIÓN DE ALMA-ATA 1978: LA NUEVA PLANIFICACIÓN SANITARIA**

En la segunda mitad del siglo XX, superada la Segunda Guerra Mundial e implantada una época de desarrollo social e industrial en Occidente, se inició un proceso de desarrollo conceptual socio-sanitario de envergadura mundial, cambio cualitativo en la concepción de la sanidad en pos de la sociedad del bienestar<sup>27</sup>. Al lado del concepto tradicional de la salud individual, surge una corriente sociológica que considera a la salud como un bien comunitario, como un bien social, considerando el derecho a la protección de la salud y a los cuidados en la enfermedad, como el último de los derechos humanos adquiridos<sup>28</sup>.

Conceptos de salud pública, como el enunciado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1946, sobre la definición de salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades"; o la meta social y política bajo el "slogan" enunciado por el Director General de la OMS, Halfdan Mahler en 1975 "Salud para todos": "Alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y productiva en lo económico, un nivel mínimo de vida digna dentro de un desarrollo verdaderamente humano"<sup>29</sup>. Así como la estrategia de la "Atención Primaria de Salud", para la consecución del cuidado integral de la salud para todos y por todos, concepto que adquirió carácter institucional en la 28ª Asamblea Mundial de la Salud en 1975; en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Nueva York, en 1976; y en la Declaración final de la Conferencia sobre la Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, en 1978.

#### **2.1.1. ORGANIZACIÓN DE LA CONFERENCIA DE ALMA-ATA**

Proclamada desde la OMS la necesidad y urgencia de conseguir nuevos enfoques del cuidado de la salud<sup>27</sup>, en enero de 1976 el Viceministro de Salud para Asuntos Internacionales de la Unión Soviética, Dimitri Venediktov, ofertó ante el Consejo Ejecutivo de la OMS patrocinar una gran conferencia internacional sobre el tema de la "Atención Primaria de Salud" en el Centro de Convenciones Lenin, de la ciudad de Alma-Ata, de la República Soviética de Kazajistán, reunión que tuvo lugar del 6 al 12 de Septiembre de 1978. Para la época, en plena guerra fría y con innumerables dificultades técnicas, semejante despliegue de medios tuvo una gran importancia política<sup>30</sup>. La Conferencia, auspiciada en forma conjunta por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se diseñó como un proceso abierto, descentralizado, democrático y participativo. Fue el resultado de dieciocho borradores, revisados y corregidos en las reuniones de las seis regiones de la OMS, y en la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas de 1977.

De la Conferencia se elaboró una Declaración final y unas Recomendaciones, que en esencia, defendían la salud como derecho humano fundamental y llave del desarrollo para países subdesarrollados, e introducían los conceptos de atención integral al individuo, el carácter universal de la prestación sanitaria y la equidad en el acceso a los servicios. La segunda parte, “Salud para todos en el año 2000”, era la fecha calculada en que todos los países del mundo habrían diseñado sus estrategias políticas al respecto y estarían ya en un proceso claro de ejecución de medidas concretas. La simple celebración de la Conferencia, ya se consideró una victoria de los países en desarrollo de la época<sup>31</sup>.

Posteriormente, el movimiento de promoción de la salud, heredero del espíritu de Alma-Ata, continuó procurando apoyo institucional a estos conceptos, mediante la Carta para la Promoción de la Salud de Ottawa en 1986<sup>32</sup> y la Declaración de la Conferencia de Adelaida en 1988<sup>33</sup>.

### **2.1.2. EXITOS Y DERROTAS DE ALMA-ATA**

De las conclusiones de la Conferencia de Alma-Ata, y más correctamente de la corriente de evolución social y sanitaria de la que surgió la Conferencia, se implantaron en la Europa mediterránea modelos sanitarios universales similares a los desarrollados en Reino Unido y Finlandia, basados en el modelo de Servicio Nacional de Salud<sup>34</sup>. En España, el cambio se inició con la implantación del modelo unitario e integrado de protección social de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 y la Ley General de la Seguridad Social de 1966; y se consolidó con la Constitución de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986. Estas últimas establecieron el derecho a la protección de la Salud, presente en la Constitución española en su artículo 41: “Que el Sistema de Seguridad Social constituye un elemento imprescindible y un objetivo esencial de la sociedad moderna, como sistema de protección pública de cualquier situación de necesidad y para todos los ciudadanos”. También significó para España la implantación de un modelo moderno de “Atención Primaria de Salud” basada en la Comunidad, y la formación de un profesional específico para liderar el cambio, bajo el perfil del Médico de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>35</sup>.

A nivel de los países más pobres, para lograr el ambicioso objetivo de “salud para todos” que propugnaba Alma-Ata, las naciones del mundo -junto a la OMS, el UNICEF y las principales agencias financieras-, se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista, bajo la denominación también de Atención Primaria de Salud.

Durante la década de 1980, algunos gobiernos de países en desarrollo, como Mozambique y Nicaragua, tuvieron éxito en la línea del protocolo de Alma-Ata, consiguiendo aumentar su cobertura de Atención Primaria de Salud y mejorando de forma importante sus estadísticas de salud. Las claves de estos éxitos se debieron a la presencia de un deseo político de responder a las necesidades básicas de salud de toda la población, a la consecución de una participación popular activa en el intento de lograr este objetivo y a un aumento de la igualdad social y económica coincidente en el tiempo<sup>36</sup>. También surgieron iniciativas desplegadas en países del Tercer Mundo de la llamada "atención primaria de salud selectiva", "intervenciones concretas de bajo costo" como GOBI y GOBI-FFF (siglas en inglés para monitoreo del crecimiento de niños, rehidratación oral, lactancia materna, suplementos alimentarios, alfabetización de mujeres y planificación familiar), distorsiones en realidad del espíritu y conceptos de Alma-Ata, pues predominaba la confusión del concepto de salud pública con la atención médica reparativa orientada a unas pocas enfermedades<sup>30</sup>.

## **2.2. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 27 DE DICIEMBRE DE 1978 (CORTES GENERALES - BOE N. 311 DE 29/12/1978)**

“El tiempo ha sido un buen aliado del <<progreso sanitario>>”

José María Francia Viñas<sup>12</sup>

### **2.2.1. CONTENIDO DE LA CONSTITUCIÓN EN MATERIA SANITARIA**

Con la elaboración de la Constitución se resumieron las directrices de un delicado periodo de transición hacia la democracia. En el ámbito sanitario, la Constitución estableció un modelo de Sistema Nacional de Salud universal, con una política sanitaria unitaria y una organización territorial del Estado descentralizada en base a la creación de las Comunidades Autónomas<sup>37</sup>.

La Constitución reconoció expresamente en su artículo 41: “La obligación de los poderes públicos de mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos”; en su artículo 43: “El derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos” y la obligación de los poderes públicos de: “Organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”; y en el artículo 149 especifica que: “Corresponde al Estado la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas que en lo sucesivo se establecieran”.

En materia de organización, lo más relevante de la Constitución consistió en el reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, implantando una descentralización política frente a la fuerte centralización histórica de España<sup>38</sup>. Las Comunidades Autónomas pasaron a ostentar amplias competencias definidas por sus Estatutos de Autonomía respectivos, incluidas, según el artículo 148 de la Constitución, las de Sanidad e Higiene. Pero también a nivel organizativo la Constitución insistió en que la titularidad y gestión de los servicios se concentrara en Administraciones únicas, que serían las Consejerías de Salud y Sistemas Autonómicos de Salud de cada Comunidad Autónoma, resolviendo la dispersión de competencias sanitarias entre todas las Administraciones públicas con mínimo poder de gestión, heredada de la época preconstitucional. No obstante, la Constitución mantuvo como competencias exclusivas del Estado, en materia de sanidad, las necesarias para garantizar la equidad e igualdad en la prestación de servicios en el ámbito nacional (coordinación, bases de la sanidad, etc).

El significado de protección de la salud y las responsabilidades concretas de los poderes públicos que la Constitución recogió en su artículo 43, no precisaba la extensión de coberturas que debían tener los servicios sanitarios públicos, ni que la atención al individuo fuera gratuita, por lo que se desarrolló con posterioridad una Ley de organización, la Ley General de Sanidad de 14/1986 (con 80 artículos organizativos y 23 artículos de definición del derecho a la salud), base para la reforma de creación de un Sistema Nacional de Salud en España<sup>39</sup>.

La Ley General de Sanidad ratificó los términos de la Constitución, delimitando el contenido del derecho a la salud y concretando:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud, procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Concepción unificadora, con la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud; reparando la situación preconstitucional, donde cada financiador de servicios sanitarios públicos creaba sus propios establecimientos, con disciplina jurídica y régimen económico diferente.

### **2.2.2. COMPETENCIAS EXCLUSIVAS DEL ESTADO EN MATERIA DE SANIDAD**

\* **Bases de la sanidad:** Competencias sobre legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, que permitieran constituir un sistema sanitario de alcance nacional, con unas bases con regulación normativa uniforme y vigencia en toda la nación. Así los artífices de la Constitución pudieron cerciorarse, de que una vez decidido el modelo y contenido básico de ese derecho, este fuera uniforme en todo el territorio español.

\* **Coordinación general de la sanidad:** Para realizar la Coordinación General, que perseguía la integración de los subsistemas autonómicos en un Sistema Nacional de Salud. La Constitución articuló instancias de participación autonómica mediante el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que garantizó: uniforme planificación, organización de las relaciones entre servicios autonómicos de salud, programación de inversiones para evitar desequilibrios territoriales y común definición de las prestaciones sanitarias públicas.

\* **Alta Inspección:** entendida como funciones estatales de vigilancia que permitieran comprobar que la legislación era cumplida efectivamente por los ejecutivos autonómicos y fuera interpretada conforme a pautas uniformes por todos ellos. Nada que ver con la inspección concreta de servicios, o control sanitario de establecimientos, que quedó como competencia de cada autonomía.

\* **Legislación sobre productos farmacéuticos:** Tanto función legislativa como reglamentaria. Evaluación, autorización y registro de medicamentos de uso humano, medicamentos de uso veterinario y productos sanitarios. Decisión sobre la financiación pública y fijación del precio de los medicamentos y productos sanitarios. Garantía del depósito de sustancias estupefacientes de acuerdo con lo dispuesto en los Tratados Internacionales. Mantenimiento de un depósito estatal estratégico de medicamentos y productos sanitarios para emergencias y catástrofes.

\* **Sanidad Exterior y acuerdos sanitarios internacionales:** Son actividades de Sanidad Exterior, todas aquellas que se realizan en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías, y del tráfico internacional de viajeros, así como los acuerdos sanitarios internacionales.

La Administración del Estado, desarrolló igualmente actuaciones en materia de:

- Control sanitario del medio ambiente y de alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos.
- Reglamentación, autorización y registro u homologación de los medicamentos de uso humano y veterinario y, sobre los primeros, ejerciendo las competencias de inspección y control de calidad.
- Fomento de uso racional del medicamento y establecimiento del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.
- Determinación, con carácter general, de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.
- Fomento de la calidad en el Sistema Nacional de Salud.
- Formación sanitaria especializada en centros y unidades docentes acreditados al efecto.



**TABLA 6 - COMPETENCIAS DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS EN MATERIA SANITARIA**

<b>ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO</b>	Bases y coordinación de la Sanidad	<b>CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS</b>
	Gestión de INGESA (heredero del INSALUD)	
	Sanidad Exterior	
	Política del medicamento	
<b>COMUNIDADES AUTÓNOMAS</b>	Gestión Servicios de Salud	
	Planificación sanitaria	
	Salud pública	
<b>CORPORACIONES LOCALES</b>	Salubridad	
	Colaboración en la gestión de los servicios públicos	

*Fuente: Reparto de competencias según la Constitución Española (BOE 29-12-1978), la Ley General de Sanidad (BOE 25-04-1986) y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE 28-05-2003). Elaboración: propia.*

A raíz de la aprobación de la Constitución, la Sanidad en España sufrió una reorganización institucional y gestora en consecución de un Sistema Nacional de Salud universal. Aumentó la participación en el Sistema, introduciendo medidas de control parlamentario (aprobación anual del presupuesto, Intervención y Tribunal de Cuentas), y el de los Sindicatos libres y empresarios a través de los Consejos de Entidades Gestoras<sup>40</sup>. Aunque hay que reseñar que no se habilitó la participación del personal sanitario, ni de los usuarios del sistema. Se redujo el número de entidades gestoras y se especificaron sus funciones, mediante el RD/Ley 36/1978, de 16 de Noviembre, sobre gestión

institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, para la disolución del Instituto Nacional de Previsión y de las Mutualidades y Servicios Comunes que existían previamente<sup>41</sup>. Así las Entidades Gestoras se simplificaron en tres:

- \* **INSS:** Para gestionar las prestaciones económicas
- \* **INSALUD:** Para gestionar las prestaciones sanitarias
- \* **INSERSO:** Para gestionar las prestaciones sociales

Paulatinamente se consolidó el cambio con la Ley Básica de Empleo, la Ley 31/84 de protección por desempleo, la Ley 26/85 sobre Medidas urgentes para racionalizar la estructura y acción protectora de la Seguridad Social, y por fin, la Ley General de Sanidad de 1986.

### **2.3. EL MODELO SOCIALISTA DE SERVICIO NACIONAL DE SALUD: DE BISMARCK A BEVERIDGE**

La atención a la salud fue uno de los principales retos durante el primer gobierno socialista, en pos de la implantación de políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles<sup>42</sup>: cada persona aportaría impuestos en función de su capacidad económica y recibiría servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud.

Así, la sanidad en España en la década de 1980, se planificó como una prestación no contributiva, cuya financiación se realizaba a través de los impuestos y estaba incluida en la financiación general de cada Comunidad Autónoma, existiendo dos fondos adicionales, el de Cohesión, gestionado por el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, y el Programa de Ahorro, en Incapacidad Temporal.

Se adoptó el sistema sanitario público y de cobertura universal, similar al postulado por Beveridge en 1942, como Sistema Nacional de Salud; contingencial, no carencial, y de financiación pública. Recordando, no obstante, que la creación de la Seguridad Social y la progresiva extensión de sus coberturas ya era una herencia de gobiernos anteriores<sup>26</sup>.

### **2.4. LA CREACIÓN DEL MINISTERIO DE SANIDAD**

Se creó el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social por el Real Decreto 1558/1977, de 4 de julio, y el Real Decreto 1918/1977, de 29 de julio, sobre estructuración del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, que vino a establecer la primera organización del Departamento, imprescindible para comenzar a funcionar como unidad orgánica propia, dentro de la administración civil del estado. Posteriormente, el Real Decreto 3302/1978, de 22 de diciembre, por el que se reorganizó el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, dividió el Departamento con el fin de ordenar las áreas de su competencia en dos unidades administrativas básicas; de una parte, la Secretaria de Estado para la Seguridad Social (heredera de la Dirección General de la Seguridad

Social, dependiente del Instituto Nacional de Previsión, y del Ministerio de Trabajo); de otra, la Subsecretaría del Departamento (liderada por funcionarios pertenecientes también a la antigua Dirección General de la Seguridad Social). Quedando en segundo plano la Dirección General de Salud Pública (heredera de la Dirección General de Sanidad o Cuerpo de Sanidad Nacional, dependiente del Ministerio de la Gobernación), y se redefinieron la Secretaría General Técnica y las Direcciones Generales existentes. El Órgano ministerial, en mayo de 1981, pasó a denominarse Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.

Las metas perseguidas con la creación del Ministerio de Sanidad eran<sup>42</sup>:

1. La necesaria unificación de los servicios sanitarios públicos adolecidos de una dispersión institucional.
2. La transición al modelo sanitario de Sistema Nacional de Salud.
3. La reconciliación de las redes asistenciales sanitarias existentes, Seguridad Social y Hospitales Generales de la Diputación, entre ellas y con la vertiente preventiva de la sanidad, que representaban los cuerpos de funcionarios de la Sanidad Nacional.

### **TABLA 7 - REESTRUCTURACIÓN DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL EN BASE AL RD 3302/1978**

- SECRETARIA DE ESTADO PARA LA SEGURIDAD SOCIAL
- SUBSECRETARIA DEL DEPARTAMENTO
- SECRETARIA GENERAL TECNICA
- DIRECCION GENERAL DE REGIMEN JURIDICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL
- DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
- DIRECCION GENERAL DE FARMACIA Y MEDICAMENTOS
- DIRECCION GENERAL DE SALUD PÚBLICA
- DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES
- DELEGACIONES TERRITORIALES DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

En la estructura y organización de la sanidad durante los años de la Transición, perduró el conflicto histórico entre los servicios preventivos de Sanidad Nacional, inmovilistas en la orientación higienista y que centraron su vertiente asistencial en las enfermedades infecciosas; y los servicios asistenciales de la Seguridad Social, de carácter curativo y reparador, en exponencial crecimiento y progreso<sup>43</sup>. Con la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, recibieron absoluto protagonismo los servicios sanitarios de la Seguridad Social y sus cuerpos de funcionarios (como el de Inspectores Médicos), ejerciendo el poder sanitario mediante el control de la Subsecretaría del Ministerio<sup>44</sup>. De esta manera abarcaban en realidad todas las funciones, incluidas la reglamentación del régimen jurídico de la prestación de la asistencia sanitaria y la Inspección General de los Servicios (con la creación de las Delegaciones Territoriales del

Ministerio de Sanidad, reconversión administrativa de las Jefaturas Provinciales de Sanidad). Organizaron también la transformación de los servicios sanitarios de la Seguridad Social en el INSALUD, a partir del RD/Ley 36/1978.

#### **2.4.1. MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL (1977-1981)**

Para consolidar la creación del Ministerio de Sanidad se hacía indispensable disolver viejas estructuras preexistentes<sup>45</sup>. En 1979, como consecuencia de la aplicación del RD/Ley 36/1978, de 16 de Noviembre, sobre la reforma efectuada sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, se suprimió el Instituto Nacional de Previsión (red asistencial de la Seguridad Social), y sus funciones pasaron a repartirse entre varios entes gestores dependientes del nuevo Ministerio (INSALUD). Estas directrices formaban parte de los Pactos de la Moncloa, una serie de acuerdos firmados en el Palacio de la Moncloa durante la transición española, el 25 de octubre de 1977, en los que participaron el Gobierno de España de la legislatura constituyente, presidido por Adolfo Suárez, los principales partidos políticos con representación parlamentaria en el Congreso de los Diputados y las asociaciones empresariales y el sindicato Comisiones Obreras. Dichos Pactos, procuraron la estabilización del proceso de transición al sistema democrático, así como adoptar una política económica que contuviera la galopante inflación<sup>46</sup>.

La reforma significó la creación de un sistema de participación institucional de los agentes sociales, favoreciendo la transparencia y racionalización de la Seguridad Social, así como el establecimiento de un nuevo sistema de gestión realizado por los siguientes Organismos:

**El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)**, al que se encomendó la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema público de Seguridad Social y el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, con independencia de que la legislación aplicable tuviera naturaleza nacional o internacional. Posteriormente esta entidad gestora, con personalidad jurídica propia, fue adscrita al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

**El Instituto Nacional de Salud (INSALUD)**, para la gestión de la asistencia sanitaria, organismo que al completarse las transferencias autonómicas y pasar la gestión de la asistencia sanitaria a las Consejerías de Salud de cada autonomía, pasó a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

**Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)**, para la gestión de las prestaciones sociales (Organismo que posteriormente pasará a denominarse Instituto de Mayores y Servicios Sociales).

**El Instituto Social de la Marina**, para la gestión de los trabajadores del mar.

**La Tesorería General de la Seguridad Social**, como caja única del sistema actuando bajo el principio de solidaridad financiera.

El nuevo sistema de gestión y sus correspondientes Organismos pasaron a denominarse, desde Mayo de 1981, Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social. En Diciembre de ese mismo año, mediante el RD 2967/1981, tuvo lugar una segunda división ministerial, creándose el Ministerio de Sanidad y Consumo, con el INSALUD a su cargo; y separadamente el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, englobando: el INSS, INSERSO, Instituto Social de la Marina y Tesorería General de la Seguridad Social<sup>47</sup>.

#### **2.4.2. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO A PARTIR DE 1982**

Por el Real Decreto 2967/1981, de 18 de diciembre, se reorganizó el Ministerio de Sanidad y Consumo, órgano de la Administración Central encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del Gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria. Estableció las normas que definían los estándares básicos y comunes de la prestación sanitaria, y fue el responsable del establecimiento de sistemas que facilitaron la información recíproca y la homogeneidad de las técnicas empleadas en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, asegurando la cooperación entre las distintas administraciones<sup>48</sup>. Creó posteriormente, en base al Real Decreto 858/1992, sobre la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, sus direcciones generales:

- \* Dirección General de Cohesión y Alta Inspección, e Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
- \* Dirección General de Recursos y Servicios Económicos Presupuestarios
- \* Dirección General y Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
- \* Dirección General de Farmacia y de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios: Legislación en el ámbito farmacéutico y de los procesos de evaluación y autorización de los medicamentos y productos sanitarios.
- \* Dirección General de Salud Pública: Actuaciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, incluyendo las relacionadas con la sanidad ambiental y salud laboral, acciones de prevención del Plan Nacional de Drogas. Agencia Española de Seguridad Alimentaria, responsable de garantizar la seguridad y promover la salud de los ciudadanos, en todo lo que respecta al consumo de alimentos. Instituto de Salud Carlos III para la investigación sanitaria. Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa.
- \* Dirección General de Consumo y Atención al Ciudadano e Instituto Nacional de Consumo: Protección y defensa de los consumidores.

Con la progresiva descentralización de las competencias sanitarias hacia las Comunidades Autónomas (el proceso de transferencias se inició en 1981 y culminó en el año 2001), y al ser función de éstas la determinación de la forma en que se organizaban o prestaban los servicios sanitarios, el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo se reorientó progresivamente hacia las tareas de supervisión del Sistema Nacional de Salud, de diseño de las estrategias globales de equidad, calidad, y eficiencia, y representación del Estado español en los organismos internacionales<sup>49</sup>. Sus últimas competencias de gestión de la asistencia sanitaria se circunscribieron al ámbito territorial de Ceuta y Melilla, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

Por el Real Decreto 1041/2009, de 29 de junio, se revisa la estructura orgánica básica del ente ministerial y se modifica el Real Decreto 438/2008, de 14 de abril, pasando a denominarse en adelante Ministerio de Sanidad y Política Social.

### **2.4.3. LA CREACIÓN DEL INSALUD (1979-2002)**

En 1979, como consecuencia de la reforma efectuada sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, por el RD/Ley 36/1978, de 16 de Noviembre, se suprimió el Instituto Nacional de Previsión, pasando la gestión y administración de los servicios sanitarios del Sistema de Seguridad Social, principal red asistencial del país, al Ministerio de Sanidad. Dentro del organigrama ministerial esta adquisición se enmarcó en un organismo de nueva creación que se denominó Instituto Nacional de la Salud<sup>50</sup>.

Este Organismo fue clave al asumir la faceta asistencial sanitaria que imponía la creación del Sistema Nacional de Salud, efectivo con la Ley General de Sanidad de 1986, y en especial a partir de 1989 con la ampliación de la previsión constitucional, en lo que se refiere a la protección de la salud de los ciudadanos. Además asumió el cambio de financiación del gasto sanitario público, que pasó a ser fundamentalmente asumido por el Estado a través del sistema impositivo ordinario, y extendió la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes.

La problemática y factor bisagra que significó el INSALUD, durante sus veinte años de existencia, en la implantación del Sistema Nacional de Salud, se comprende al contemplar varios factores<sup>42</sup>:

1º. El INSALUD surgió en paralelo a las Delegaciones autonómicas de Sanidad y Seguridad Social, herederas de la Jefaturas Provinciales de Sanidad, de las que dependían los sanitarios locales (médicos, farmacéuticos y veterinarios).

2º. Tuvo que solucionar la completa desconexión que existía entre la red asistencial de ámbito local, médicos de cabecera, dependiente hasta ahora del Ministerio de la Gobernación, mediante su Dirección General de Sanidad, que ejercían en un medio rural aislado y unos ambulatorios locales descapitalizados, respecto de la red asistencial del ámbito hospitalario, en crecimiento exponencial, que correspondía a la red asistencial de la Seguridad Social.

3º. De acuerdo con el principio de descentralización territorial, el INSALUD ejecutó, desde 1981, el traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas. Así la red asistencial que controlaba el INSALUD pasará, en distintas fechas y complejos procesos de transferencias, a las administraciones autonómicas. Este proceso que culminaría en el año 2001, requirió reajustes y tensiones políticas constantes, en especial en materia presupuestaria, con confrontación entre quienes planificaban desde el Ministerio de Sanidad, en el gobierno central, y quienes gestionaban el INSALUD en los entes autonómicos.

4º. El progresivo cambio de financiación de los servicios sanitarios, pasando de las cuotas de la Seguridad Social a los presupuestos del Estado, con cargo al sistema impositivo ordinario, significó cuantiosas deudas generadas por unos presupuestos menores a la realidad del gasto.

El presupuesto de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, desde la implantación del Sistema Nacional de Salud, se caracterizó por ser muy insuficiente respecto al gasto real, lo que propició un descontrol del gasto público sanitario y un crecimiento exponencial de la deuda sanitaria<sup>51</sup>. Esta deuda obligó al gobierno a conceder varios créditos extraordinarios en el año 1981 y 1989, además de la elaboración del RD/Ley 6/1992<sup>52</sup>, sobre Concesión de un Crédito Extraordinario para liquidación del 50% de la deuda acumulada, y que obligó al Consejo de Política Fiscal y Financiera a la modificación del sistema de financiación para el periodo 1994 – 1997<sup>53</sup>.

Completado el proceso de transferencias autonómicas en materia sanitaria, desapareció el Instituto Nacional de la Salud por el Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, que modificaba y desarrolló la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. El INSALUD se adaptó entonces en una entidad de menor dimensión, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), conservando personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, y la naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social. En el plano asistencial el nuevo Instituto se limitaría a gestionar prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las ciudades de Ceuta y Melilla.

## **2.5. DESCENTRALIZACIÓN Y TRANSFERENCIAS SANITARIAS**

### **2.5.1. EL PROCESO DE TRANSFERENCIAS**

La legislación en materia de transferencias sanitarias tuvo su inicio con el Título VIII de la Constitución Española, «de la organización territorial del Estado», que delimitaba las competencias y funciones a transferir, incluidas las de materia sanitaria, distinguiendo tres grandes bloques: Sanidad e Higiene, Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) y Red Asistencial de la Seguridad Social.

La Carta Magna estableció dos posibilidades de autonomía. Las comunidades históricas, Cataluña, País Vasco y Galicia, seguirían una vía rápida y con mayores competencias (aplicación del artículo 151 de la Constitución). Andalucía también consiguió dicho título de nacionalidad histórica, puesto que así lo solicitaron la mayoría de sus ayuntamientos y fue ratificado en referéndum el 28 de febrero de 1980. Navarra se constituyó en Comunidad Foral, respetando su peculiar tradición foralista<sup>38</sup>. El resto de regiones siguieron el artículo 143 de la Constitución, de manera que la concesión de la autonomía y la transferencia de competencias sanitarias fué más lenta, recibiendo inicialmente competencias en materia de sanidad e higiene, así como la estructura del AISNA, pero retrasando hasta 1995 la transferencia de la asistencia sanitaria. En resumen, las transferencias sanitarias de sanidad e higiene transcurren desde el RD 2210/1979 (Cataluña y País Vasco) hasta el



RD 1697/1985 (Navarra); las transferencias del AISNA, tras múltiples problemas de financiación que incluyeron una auditoría extraordinaria del organismo en 1985, se realizaron desde el RD 1949/1980 (Cataluña) hasta el RD 1985/1986 (Navarra y Cantabria), destinándose el resto de su patrimonio a la creación del Instituto de la Salud Carlos III; las respectivas a la asistencia sanitaria del INSALUD, desde el RD 1517/1981 (Cataluña) hasta el RD 1480/2001 (Castilla y León); convirtiéndose en el año 2002 el Instituto Nacional de la Salud en una entidad de menor dimensión que pasó a denominarse Instituto Nacional de Gestión.

Los Estatutos de Autonomía, promulgados por cada ente autonómico, establecieron posteriormente el marco de competencias autonómico y definieron sus órganos de autogobierno, para, mediante los Reales Decretos sobre normas de traspaso de servicios y funcionamiento de las Comisiones Mixtas, y Comisiones Mixtas de Transferencias para cada Autonomía, establecer el cauce formal de las transferencias de cada Comunidad Autónoma (Tabla 8). Los dos últimos Estatutos de Autonomía aprobados (estableciéndose como Ciudades Autónomas) fueron los de Ceuta y Melilla en 1995.

**TABLA 8 - PROCESO DE TRANSFERENCIAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA GESTIONADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INSALUD)**

<b>COMUNIDAD AUTÓNOMA Y REAL DECRETO</b>
Cataluña 1517/1981 de 8 de Julio
Andalucía 400/1984, de 22 de Febrero
País Vasco 1536/1987, de 6 de Noviembre
Comunidad Valenciana 1612/1987, de 27 de Noviembre
Galicia 1679/1990, de 28 de Diciembre
Navarra 1680/1990, de 28 de Diciembre
Canarias 446/1994, de 11 de Marzo
Asturias 1471/2001, de 27 de Diciembre
Cantabria 1472/2001, de 27 de Diciembre
La Rioja 1473/2001, de 27 de Diciembre
Murcia 1474/2001, de 27 de Diciembre
Aragón 1475/2001, de 27 de Diciembre
Castilla-La Mancha 1476/2001, de 27 de Diciembre
Extremadura 1477/2001, de 27 de Diciembre
Baleares 1478/2001, de 27 de Diciembre
Madrid 1479/2001, de 27 de Diciembre
Castilla y León 1480/2001, de 27 de Diciembre

*Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. D. G. de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección, año 2004 (www.msc.es). Elaboración: propia.*

## 2.5.2. LA ESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA AUTONÓMICO

La Constitución Española de 1978 diseñó una organización territorial del Estado que posibilitara la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad. Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas asumieron paulatinamente competencias en esta materia. Para ejercer las competencias en planificación sanitaria, salud pública y asistencia sanitaria, las Comunidades Autónomas asumieron las funciones y servicios, los bienes, derechos y obligaciones relativos a dichas competencias, el personal y los créditos presupuestarios correspondientes.

Pero la constitución de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas fue dilatada en el tiempo, el proceso de transferencia de la asistencia sanitaria gestionada por el Instituto Nacional de la Salud - INSALUD se inició en 1981 y culminó en el año 2002. Inicialmente las Autonomías carecieron de la adecuada infraestructura, capaz de asumir las tareas de planificación, ordenación e inspección a nivel provincial; esto se unía a la dispersión real de competencias o funciones, la precariedad de medios técnicos y administrativos, y la ausencia de directrices políticas claras<sup>42</sup>.

Desde una perspectiva sociológica surgieron problemas respecto a las transferencias autonómicas derivadas del desarrollo autonómico precario y desordenado<sup>43</sup>; así, pendiente de la reunificación de servicios, se objetivó el progresivo aislamiento de los hospitales provinciales dentro de las autonomías, y por otra parte el prolongamiento en el tiempo del proceso conllevó la distorsión del mismo<sup>12</sup>.

Las leyes de creación de los servicios de salud autonómicos y sus reglamentos transcurrieron desde 1984 (Madrid) y 1994 (Canarias), estableciendo la naturaleza jurídica del organismo en creación. Definieron sus objetivos y funciones, así como las competencias sanitarias de cada Autonomía, la ordenación territorial y funcional, los regímenes jurídico y económico financiero al que estaban sujetos, y los medios personales y materiales que se le atribuían para el cumplimiento de sus funciones.

Los Servicios de Salud Autonómicos serían básicamente asistenciales, adscritos a las respectivas Consejerías de Salud que realizaban la planificación, nombramiento y cese de cargos de dirección, y manejo de presupuestos. El esquema de organización a nivel central de los Servicios de Salud se basará en un órgano de dirección (Consejo de Administración, Consejo de Dirección o Consejo de Gobierno), un órgano de gestión (en la persona del Director General o Director Gerente), y un órgano de participación (Consejo General, Consejo Asesor de Salud o Junta de Salud)<sup>54</sup>.

### **2.5.3. CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:**

Al asumir el Ministerio de Sanidad y Consumo, el cumplimiento de las transferencias en materia de sanidad a las administraciones autonómicas, se hizo necesaria la creación de un órgano coordinador ministerial con representación autonómica. Así la Ley General de Sanidad habilitó, mediante su artículo 47, la creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, contemplaba el Consejo Interterritorial con este mismo carácter de órgano de coordinación, atribuyéndole una nueva composición y funciones. Así, definió en su artículo 69, que es: “El órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado”<sup>55</sup>.

El Pleno del Consejo Interterritorial, presidido por el Ministro de Sanidad y Consumo, esta compuesto por los Consejeros competentes en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas, reuniendo a un tiempo a los máximos responsables de la Sanidad de nuestro país. El Consejo Interterritorial se desarrolla en Pleno, en Comisión Delegada (órgano de segundo nivel, de apoyo en la preparación de las sesiones del Pleno del Consejo Interterritorial), y mediante habilitación de Comisiones Técnicas y Grupos de Trabajo, con una dinámica propia, relacionada con las tareas que les fueran asignadas. Entre las Comisiones cabe resaltar, desde 1993, la Comisión de Formación y Ordenación de las Profesiones Sanitarias, coordinada por la Dirección General de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Comité Consultivo sería el órgano dependiente del Consejo Interterritorial mediante el cual se hacía efectiva la participación social en el Sistema Nacional de Salud, prevista en la Constitución y posteriormente en la Ley General de Sanidad, y en él se ejercería la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el Sistema Nacional de Salud, además de tener representación la administración de las Corporaciones Locales, que habían perdido sus competencias asistenciales con la universalización del nuevo modelo del Sistema Nacional de Salud. Sus funciones específicas serían las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resultaran de especial interés para el funcionamiento del nuevo Sistema<sup>56</sup>.

## 2.6. LEY GENERAL DE SANIDAD DE 1986: PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN EN UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD, SUMIDOS EN UN PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN AUTONÓMICA

Con la Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril, se configuró el nuevo modelo sanitario español de Servicio Nacional de Salud. Sus 80 artículos organizativos establecieron la política sanitaria unitaria enunciada en la Constitución, enmarcados en una ordenación del territorio basada en las Áreas de Salud y estableciendo Servicios Hospitalarios de Referencia. Dando forma jurídica, en otros 23 artículos, a la definición del derecho a la salud y al concepto de servicio sanitario público que debía prestar el Estado<sup>57</sup>.

**TABLA 9 - APORTACIONES DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD 14/1986**

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas. Creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Prestación de una atención integral de la salud, procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Concepción unificadora, con la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud, en el Sistema Nacional de Salud.

*Fuente: BOE 29-4-1986. Elaboración: propia.*

Consolidó el cambio cualitativo sanitario que se venía forjando desde años antes, transformando un sistema de Seguridad Social, nacido del modelo de seguros sociales, en un modelo de Sistema Nacional de Salud, universal, integrador y de financiación pública (en 1989 el sistema sanitario pasa a financiarse un 70% a través de los Presupuestos Generales del Estado y un 30% por cuotas de la Seguridad Social)<sup>58,59</sup>. En él se integraron sucesivamente el resto de redes asistenciales existentes en España, que antes se interferían en sus funciones. El eje del modelo serían las Comunidades Autónomas, como marcaba la Constitución Española; así, según la Ley General de Sanidad, el Sistema Nacional de Salud se concibe como: “El conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados”.

La implementación de la nueva Ley conllevó largas negociaciones con las Comunidades Autónomas, sobre la asignación de recursos al sistema sanitario y sobre la evaluación de la eficacia de los servicios de salud<sup>60</sup>.

### **2.6.1. EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS CIUDADANOS: COBERTURA Y FINANCIACIÓN**

La Ley General de Sanidad, de 1986, delimitó el derecho a la salud y los derechos complementarios e instrumentales, recogiendo la formulación del catálogo de derechos aprobado en la resolución del Parlamento Europeo, de 19 de enero de 1984, sobre la Carta Europea de Derechos del Paciente. Eran sustancialmente los derechos a la personalidad, a la vida, a la dignidad humana e intimidad, a la información sobre procedimientos, al consentimiento previo y a la constancia del estado real de salud. En su artículo 1º definió las acciones precisas para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, y en su artículo 3º declaró el derecho de toda la población española a la asistencia sanitaria pública<sup>57</sup>.

La implantación del Sistema Nacional de Salud permitió que la cobertura de la población pasara del 77% del total registrado en 1975, al 98,5% registrado en 1995<sup>61</sup>. Respecto a las características de las coberturas: no se exigía declaración previa del estado de salud, no contemplaba periodo de carencia en el acceso a las prestaciones; se garantizaba la hospitalización requerida con independencia de su duración o motivos; aseguraba la asistencia en todo el estado y en el extranjero dentro de los convenios internacionales de reciprocidad suscritos. El usuario no contribuiría al coste del servicio (diferente al modelo de ticket moderador de Francia) salvo al gasto farmacéutico ambulatorio para pacientes en situación de activos. También estableció un sistema de evaluación, habilitado en 1992, para medir la percepción de los ciudadanos sobre el Sistema Nacional de Salud<sup>62</sup>.

Mediante la Ley General de Sanidad se produjo el cambio de sistema de financiación del gasto sanitario público, modificación introducida con la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 1989, que mediante el sistema impositivo ordinario, fue asumido por el Estado. También se extendió la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes. El sistema se fundamentó en la doble solidaridad de los sistemas impositivos modernos, mayor nivel impositivo según ingresos y solidaridad de los sanos con los enfermos.

### **2.6.2. EL PRINCIPIO DE DESCENTRALIZACIÓN TERRITORIAL**

La Ley estableció una declaración de lo que “es básico” en materia de Sanidad, para conjugar Servicio Nacional de Salud único, con descentralización autonómica, manteniendo los principios constitucionales. Reservaba al Estado la capacidad de Coordinación General en su prólogo, y lo relacionado con la Sanidad Exterior (artículos 38 y 39), y las reglamentaciones sobre análisis y control (artículo 40), para nombrar después, en su artículo 41, las competencias de las Comunidades Autónomas en materia sanitaria, respetando la definición de las mismas que estableció la Constitución española y la elaboración de los Estatutos de Autonomía.

La Ley hizo una combinación compleja, compatibilizando su propósito integrador de servicios públicos sanitarios en un modelo único de Sistema Nacional de Salud, sinónimo habitual de una fuerte centralización en la gestión de servicios, con las directrices constitucionales sobre descentralización territorial<sup>57</sup>. Procuró para el ensamblaje de los 17 servicios de salud de las comunidades Autónomas, mantener como competencia del Estado una “fuerte” coordinación y planificación común, entendida como un mecanismo de interrelación. Así concibió la creación de un Plan Integral de Salud a partir de los planes parciales de las Comunidades Autónomas, garantizando la cohesión mediante la supervisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Fijó la financiación de los servicios sanitarios transferidos en su artículo 82, siguiendo el criterio de población protegida, previendo que las desviaciones positivas o negativas de cada Comunidad serían anuladas en los 10 años siguientes a razón de un 10% anual, garantizando la equidad de servicios.

### **2.6.3. LA ORDENACIÓN TERRITORIAL Y EL PRINCIPIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

La Ley General de Sanidad, insistiendo en la integración efectiva de los recursos asistenciales públicos en un dispositivo único, y la integración de la Salud Pública mediante políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde todos sus niveles asistenciales, estableció, en su artículo 18, que el Sistema Nacional de Salud se estructurara en dos niveles de atención sanitaria: Atención Primaria y Atención Especializada (creando una red integrada de hospitales del sector público subdividida en hospitales básicos y de referencia). Diseñó una ordenación territorial del sistema sanitario público en Áreas de Salud, subdivididas en Zonas Básicas de Salud, donde desarrollaban su actividad en el primer nivel asistencial los Equipos de Atención Primaria. Estableció la libre elección de médico por el usuario para cada Equipo de Atención Primaria, la extensión de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a toda la población, incluidas las personas sin recursos económicos (absorbe la estructura de beneficencia de las Diputaciones), universalización de servicios sanitarios para todos los ciudadanos en condiciones de igualdad, con una pretensión de equidad en la distribución y acceso de los recursos, sin discriminación por razones geográficas<sup>63</sup>.

En su artículo 44, reflejó la concepción unificadora, con la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud, en el Sistema Nacional de Salud; así en 1987 se integraron en él los Hospitales Clínicos Universitarios dependientes del Ministerio de Educación, y en 1989, varios centros pertenecientes a la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA).

### **2.6.4. LAS CORPORACIONES LOCALES EN LA LEY GENERAL DE SANIDAD**

La Ley preveía la integración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, de las Diputaciones y Ayuntamientos, en el Servicio de Salud correspondiente de las Comunidades Autónomas, dejando la posibilidad a las Corporaciones Locales de participar en las Áreas de Salud, mediante el Consejo de Dirección de Área. Estas transferencias tuvieron lugar muy lentamente, perdurando hasta nuestros días (transferencia de la Diputación de Segovia a la Junta de Castilla y León de su Hospital Psiquiátrico, en diciembre del 2006).

Las Corporaciones Locales mantuvieron a partir de la entrada en vigor de la Ley, unas competencias mínimas en higiene y medio ambiente a nivel de Ayuntamientos, el control sanitario de industrias, del medio ambiente, de viviendas, control sanitario de cementerios, etc<sup>64</sup>.

### **2.6.5. LA FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

El Título VI de la Ley General de Sanidad recogió los principios fundamentales de la formación y docencia en el Sistema Nacional de Salud: “Toda la estructura asistencial del Sistema debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada y continuada de los profesionales”. Preveía, mediante colaboración del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Educación, la creación de conciertos entre Universidad e instituciones sanitarias para garantizar la docencia práctica de la Medicina. Así, las Universidades contarían al menos con un hospital y tres centros de Atención Primaria, con función universitaria, para el ejercicio de la docencia y la investigación.

La Ley General de Sanidad potenció la investigación médica en los hospitales con la creación del Instituto de Salud Carlos III (artículos ciento once al ciento trece), organismo autónomo adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo para el apoyo científico y técnico del Sistema Nacional de Salud, y en el que se integraron la Escuela Nacional de Sanidad y el Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social (hasta 1980 Fondo de Descuento Complementario del Instituto Nacional de Previsión), articulado mediante un Consejo Rector<sup>65</sup>.

### **2.6.6. EJERCICIO LIBRE DE LAS PROFESIONES SANITARIAS. SALUD MENTAL:**

La Ley reconoció el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias y libertad de empresa en el sector sanitario, en sus artículos 88 y 89, conforme a la Constitución, pero abriendo la vía a una Ley de Incompatibilidades, que mejorando las condiciones económicas del colectivo médico incentivara la dedicación de los profesionales exclusivamente al sector público.

También registró la integración de las actividades de salud mental, llevada a cabo hasta ese momento en los Hospitales Psiquiátricos de las Diputaciones o “manicomios”, en el sistema sanitario general, ubicándola en los hospitales de la Seguridad Social y en las Unidades de Salud Mental de Atención Primaria.

### **2.6.7. LIMITACIONES Y EVOLUCIÓN DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD DE 1986:**

#### **Sobre el control externo de la gestión sanitaria**

La Ley General de Sanidad preveía la articulación de órganos de participación con representación institucional, sindical y ciudadana en el control y seguimiento de la gestión, a nivel del Área de Salud<sup>57</sup>. Se creó el Consejo de Salud de Área, pero no se llegó nunca a desarrollar ni constituir las comisiones de participación hospitalaria previstas en el Reglamento de organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD (RD 521/87), ni las comisiones de participación ciudadana de sector reguladas en el RD 571/90, sobre estructura periférica del INSALUD<sup>66</sup>. Tampoco el RD 347/93, sobre estructura territorial del INSALUD, contempló ningún órgano de control de la gestión diferente a las tradicionales comisiones ejecutivas provinciales constituidas en 1978 y en las cuales solo estaban representados empresarios y sindicatos. Esto supuso un alejamiento de las teorías participativas que inspiraban la “salud para todos”<sup>30</sup>.

#### **Sobre la reforma sanitaria en materia de personal**

De la reforma sanitaria en materia de personal que pretendía la Ley General de Sanidad, estableciendo la necesidad de elaborar un Estatuto Marco para el personal sanitario, tan solo se corroboró el mantenimiento del concepto de guardias médicas, la incorporación del nuevo concepto retributivo de productividad (en la segunda reforma sanitaria) y la oferta de premiar la dedicación exclusiva. Pero respecto al Estatuto Marco, se aplazó 20 años la elaboración del mismo<sup>67</sup>, lo que significó un deterioro progresivo de las condiciones laborales del personal sanitario que pasaba a integrar el Sistema Nacional de Salud.



## **Evolución de la Ley organizativa General de Sanidad**

La implantación de las prestaciones no contributivas, la racionalización de la legislación de la Seguridad Social (llevado a cabo a través del nuevo Texto Refundido de la Ley General de Sanidad en 1994), la mayor adecuación entre las prestaciones recibidas y la exención de cotización previamente realizada, la creación del Fondo de Reserva de la Seguridad Social, la introducción de los mecanismos de jubilación flexible y de incentivación de la prolongación de la vida laboral, o las medidas de mejora de la protección, en los supuestos de menor cuantía de pensiones, son manifestaciones de los cambios introducidos desde 1990 hasta la fecha, en el ámbito de la Seguridad Social<sup>68</sup>.

En 1995 se firmó el Pacto de Toledo, con el apoyo de todas las fuerzas políticas y sociales, que tuvo como consecuencia importantes cambios en la sanidad pública, y el establecimiento de una hoja de ruta para asegurar la estabilidad financiera y las prestaciones futuras de la Seguridad Social<sup>69</sup>.

### **2.7. IMPLANTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA (1984): LA FIGURA DEL MÉDICO DE CABECERA**

El Ministerio de Sanidad aprovechó como base de la Reforma Sanitaria, impulsada por la Constitución de 1978 y organizada por la Ley General de Sanidad de 1986, la nueva concepción de Atención Primaria de Salud, definida en la Conferencia de Alma Ata de 1978 como: “La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”<sup>29</sup>. Su desarrollo debía significar la unificación de todos los recursos sanitarios existentes en el primer nivel asistencial, la consolidación definitiva del Área de Salud, la participación de la comunidad y la implantación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>70</sup>.

#### **2.7.1. LA ORDENACIÓN TERRITORIAL: LAS ÁREAS DE SALUD**

Por el artículo 56 de la Ley General de Sanidad, las Comunidades Autónomas constituyeron en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, sometidas a un principio básico de organización de un sistema sanitario coordinado e integral, delimitadas, ponderando factores geográficos, socio económicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias ya existentes del Área. Las Áreas de Salud fueron por tanto las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial, y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos<sup>63</sup>.

La ordenación asistencial, previa a la reforma, distinguía tres niveles asistenciales:

- Asistencia Primaria (titulares APD y médicos generales de ambulatorio)
- Especialistas de Cupo (especialistas en ambulatorios)
- Especialistas Hospitalarios

Mediante un proceso de jerarquización, el Médico Especialista de Ambulatorio pasa a ser Facultativo Especialista del Área Hospitalaria, integrándose en la plantilla del hospital y desarrollando sus funciones asistenciales tanto en el Centro Hospitalario como en el Centro de Especialidades de Atención Primaria de origen<sup>71</sup>. Así, la nueva Ley redujo a dos los niveles asistenciales, ordenados, ambos, territorialmente en Áreas de Salud:

- Atención Primaria, subdivididas en Zonas Básicas de Salud, con Centros de Salud de nueva creación, donde desarrollan su actividad los Equipos de Atención Primaria.

- Atención Especializada, complementando las actividades de la red de Atención Primaria, y dividida en:

1. Hospitales Generales Básicos, cuyo ámbito de actuación es el Área de Salud a la que se encuentran adscritos. Subsiste la denominación de Hospitales Comarcales para aquellos Hospitales Básicos, situados fuera de la capital de la provincia.

2. Hospitales Generales de Especialidades, que tendrán la consideración de Hospitales de referencia para la asistencia especializada que requiera abarcar más de un Área de Salud. Asimismo asumen las funciones de Hospital General Básico para el Área de Salud a la cual se encuentre adscrito.

Establecido el marco normativo de la Reforma Sanitaria, se consolidó la transformación de la Atención Primaria iniciada por el RD 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud, al establecer este nivel asistencial, de financiación enteramente pública y atención universal, como la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Las Áreas de Salud supusieron un modelo de gestión innovador, puesto que eran dirigidas por un órgano gestor propio, donde participan las Corporaciones Locales, sindicatos y comunidad, mediante un órgano de participación Consejo de Salud de Área (RD 137/1984, Art. 57).

### **2.7.2. EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

La nueva ordenación significó nuevos conceptos de trabajo:

a) El ámbito de la Atención Primaria de Salud adoptó fórmulas de trabajo en equipo (Equipos de Atención Primaria), con atención integral al individuo, atención a la familia y a la comunidad. Sus facultativos serían, idealmente, médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, que reunirían en su formación y en un sólo profesional las dos vertientes sanitarias, asistencial y de salud pública. Estos avances permitían implementar programas de promoción

de la salud, de prevención y de rehabilitación, planificados a nivel autonómico. Supuso por tanto un cambio cualitativo en la asistencia, superando la figura del médico general, limitado en muchas ocasiones por su aislamiento en el medio rural.

b) Respecto al nivel de atención especializada, dispuso los hospitales y centros de especialidades, como apoyos de la atención primaria, para derivación de la atención de mayor complejidad asistencial.

Las atribuciones asistenciales de los Equipos integrados de Atención Primaria ubicados en Centros de Salud, comprendían: atención domiciliaria, prescripción de pruebas diagnósticas básicas, actividades de educación y prevención de la salud, vacunaciones, rehabilitación, curas, cirugía menor. El trabajo, basado en equipos multidisciplinares de médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, orientó la asistencia hacia el concepto biopsicosocial integrador del individuo. Habilitaron sistemas de información que mejoraron la calidad asistencial: las Historias Clínicas; posibilitando la elaboración de registros de morbimortalidad, protocolización de diagnósticos y tratamientos, introducción de guías terapéuticas (optimizaron la prescripción y el gasto farmacéutico). También unificaron en este nivel asistencial las labores de asistencia, prevención y promoción de la salud, superando el divorcio histórico entre la sanidad asistencial y la preventiva<sup>72</sup>. La reestructuración de la Atención Primaria supuso en definitiva acercar el sistema sanitario al ciudadano, facilitando su acceso al mismo.

Se habilitaron actividades preventivas específicas, dirigidas a grupos de población concretos:

■ *Atención a la mujer*: Orientación familiar, seguimiento del embarazo, preparación al parto, visita puerperal, diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama, tratamiento de las complicaciones patológicas de la menopausia.

■ *Atención a la infancia*: Revisiones del niño sano, vacunaciones y educación sanitaria a padres, tutores, maestros y cuidadores.

■ *Atención al adulto y anciano*: Vacunaciones, detección de factores de riesgo, educación, atención y asistencia a crónicos, problemas específicos de la tercera edad y atención domiciliaria a inmovilizados y terminales.

■ *Atención a la salud bucodental*: Información y educación a población infantil, medidas preventivas y asistenciales, tratamiento de procesos agudos y exploración preventiva a mujeres embarazadas.

■ *Atención al paciente terminal*: Cuidados paliativos y soporte al cuidado domiciliario.

■ *Atención a la salud mental*: Detección y atención a problemas de salud mental, en coordinación con el nivel especializado.

En el Centro de Salud, el trabajo en “equipos de atención primaria” hizo posible el diagnóstico de salud del ámbito social y comunitario, lo que permitió intervenciones más eficaces sobre la comunidad y el desarrollo del conocimiento científico en el Centro de Salud. También posibilitó mediante una evaluación continuada del nivel de calidad de sus propios servicios sanitarios y evaluación de resultados, la introducción de medidas correctoras y la organización racional de la asistencia.

**TABLA 10 - CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES EN ESPAÑA AÑO 2008**

	<b>Titularidad</b>	<b>Nº centros</b>	<b>Nº camas</b>
<b>Centros de Salud</b>	Públicos	2.702	-
<b>Hospitales</b>	Públicos civiles	293	103.592
	Ministerio de Defensa	8	1.460
	Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales	24	1.792
	Privados Benéficos	121	20.007
	Privados no Benéficos	333	31.075
	<b>Total Hospitales</b>		<b>779</b>

*Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicios Regionales de Salud de las Comunidades Autónomas y Catálogo Nacional de Hospitales. Publicación Recursos y actividad del Sistema Nacional de Salud en el año 2008.*

### **2.7.3. LA FIGURA DEL MEDICO DE CABECERA:**

A principios de la década de 1980, se mantuvo, respecto a la Atención Primaria de Salud, una estructura de Médicos Titulares en el medio rural y de Médicos de Zona, ubicados en los ambulatorios de la Seguridad Social, para los municipios de más de 10.000 hab. Ambos ejercían su labor asistencial en base a un cupo de asegurados. Existían además puntos de atención de urgencias de la Seguridad Social, ubicados en centros específicos de grandes urbes.

El ejercicio médico en el medio rural previo a la implantación de la Atención Primaria de Salud, consistía en el de funcionario del estado al servicio de la administración local<sup>73</sup>. El acceso se realizaba mediante oposición pública, a la plaza de "Titular de Sanidad Nacional", al que correspondía un partido médico cerrado como ámbito territorial, integrándose el facultativo a vivir en la comunidad rural correspondiente. Contemplaba un modelo retributivo mixto público y privado: 1º. Público: como funcionario perteneciente al cuerpo de Sanidad Nacional con labores de Salud Pública, unido a la asignación de la Seguridad Social en base al número de cartillas de trabajadores en su cupo sobre los que tenía labores asistenciales; 2º. Privado, por el sistema de "Iguales", pactado con las familias del municipio sin cobertura de la Seguridad Social (las "Iguales" fueron legales hasta la incorporación de los trabajadores agrarios al Seguro Obligatorio de Enfermedad). La carrera profesional se basaba en la antigüedad como funcionario de cara a la movilidad geográfica mediante concursos de traslado. La comunicación con otros facultativos era nula y con el medio hospitalario estaba protocolizada por escuetos formularios P10. La formación continuada no existía y tampoco había posibilidad de análisis de los resultados de su labor asistencial<sup>7</sup>.

**TABLA 11 - EVOLUCIÓN DE LA FIGURA DEL MÉDICO EN EL MEDIO RURAL**

<b>COMARCALIZACIÓN DE FINALES DEL FRANQUISMO 1966-1980</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE CENTROS DE SALUD A PARTIR DE 1984</b>
Entidad territorial operativa las Subcomarcas	Entidad territorial operativa en Zonas de Salud
Organización según circunstancias	Modelos urbanos trasplantados de organización de servicios
Carácter comunitario del Médico, dimensión familiar, proximidad con el mundo rural	Pautas laborales similares a la Seguridad Social
Medio rural aislado y feudalizado	Concepción del trabajo sanitario fuertemente corporativizada y especializada

*Fuente: Temes Montes JL. Sistema Nacional de Salud (22)*

La reforma de la Atención Primaria de Salud desde la promulgación del RD 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud, hizo posible la constitución de los Equipos de Atención Primaria, y la implantación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, con un esquema de trabajo en equipo distinto del histórico individual de los Consultorios Locales. En los Centros de Salud se integraron Médicos generales y de familia, Pediatras, Salud Mental, Planificación Familiar, Enfermería y Trabajadores Sociales. Ubicados en Centros de Salud, con nuevas instalaciones y mejor dotados, en jornadas de 40 horas semanales y con patrones de organización de las consultas más racionales, ejercieron con una concepción integral de la salud, dirigiendo sus actividades tanto a la asistencia sanitaria a demanda, como a la realización de una cartera de servicios que incluía actividades de promoción, prevención, y rehabilitación de la salud, delimitado a la zona básica de salud a la que estaba adscrita su Centro<sup>74</sup>.

La reforma requirió 10 años para generalizarse<sup>75</sup>, y en 1995 el 75% de la población del territorio INSALUD recibía ya asistencia a través de los Centros de Salud y sus Equipos de Atención Primaria.

### **2.7.4. CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA E INTEGRACIÓN EN EL SISTEMA DE ESPECIALIDADES**

La implantación de la Medicina Familiar y Comunitaria como Especialidad médica en España tuvo lugar en noviembre de 1978, fruto de la necesidad de habilitar un nuevo perfil de profesional que guiase el desarrollo de la Atención Primaria de Salud en nuestro país, dentro de la corriente socio sanitaria de la época, imperante a nivel mundial, de la salud como derecho humano fundamental y llave del desarrollo<sup>76</sup>. La Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, órgano consultivo del Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre esta base conceptual, fue responsable, durante los últimos 30 años, de dar contenido a la Especialidad, construyendo y perfeccionando su estructura docente integrada en el sistema de especialización MIR<sup>77</sup>.

Así, en la estrategia de implantar una "Atención Primaria de Salud" basada en la Comunidad, para la consecución del cuidado integral de la salud para todos y por todos; concepto propugnado en la Asamblea Mundial de la Salud de 1975, en el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales de Nueva York, de 1976, y en la Declaración final de la conferencia de Alma-Ata en 1978, se concibió un modelo moderno de atención primaria en España, liderado por un nuevo perfil de Médico de Familia, con un cuerpo doctrinal definido, de conocimientos, habilidades y actitudes determinados.

Los antecedentes se buscaron en médicos de familia pioneros de esta atención primaria en otros países, autodidactas que crearon la base intelectual de la nueva Especialidad en Medicina de Familia. Algunos nombres ilustres fueron: Michael Heyden en Holanda; Tim Farley y Bob Haggerty (Harvard, Boston) y Barbara Starfield (JHSPH, Baltimore) en Estados Unidos; Brian Hennen en Canadá (University of Western Ontario); el médico de familia galés Gabriel Smilkstein, pionero en la utilización del APGAR familiar; en el Reino Unido Robert Rakel y Robert Taylor, autores de los primeros textos recopilatorios de Medicina de Familia, e Ian McWhinney, pensador e investigador, centrado en la relación médico-paciente en Medicina de Familia<sup>78</sup>.

Asistimos a la génesis de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España y a su Comisión Nacional, mediante el RD 2015/78, donde se reconoció la nueva Especialidad, y el RD 3303/78 sobre regulación de la misma (Anexo I/1), tipo de formación, forma de adquirirla y las condiciones de acceso a los futuros puestos de trabajo de la estructura básica del nuevo modelo sanitario. Según este Real Decreto, idealmente, el Médico de Familia sería la figura fundamental del Sistema, que, como novedad, realizara una atención médica integrada, añadiendo a los contenidos científicos propiamente médicos tradicionales, un aspecto biopsicosocial en el ámbito de la Atención Primaria basada en la Comunidad, y que recibiría obligadamente una formación continuada que garantizase el mantenimiento de su competencia profesional, dado lo extenso de su labor asistencial<sup>79</sup>.

### **2.7.5. PROBLEMÁTICA DE LA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA**

Los primeros problemas detectados a nivel del Área de Salud, desde su implantación, fueron dificultades de orden institucional. En las formas organizativas de transición, la planificación partía de la administración autonómica, pero la gestión seguía correspondiendo al INSALUD<sup>80</sup>. Así, la superposición de órganos de gestión pertenecientes a distintas estructuras administrativas: Delegaciones Provinciales del Ministerio de Sanidad, estructura administrativa del INSALUD, administración de los incipientes Servicios Regionales de Salud, Diputaciones con competencias de Salud Pública; impidió durante años la elaboración de Planes de Salud de Área que integrasen las actuaciones sanitarias de las distintas administraciones<sup>12</sup>.

También ralentizó la reforma de la Atención Primaria, la dualidad existente entre la red asistencial de la Seguridad Social (que ahora lideraba el INSALUD) y los funcionarios de Sanidad Nacional de los servicios preventivos provinciales<sup>42</sup>. La insuficiente participación de los profesionales sanitarios en la planificación de la reforma, en contra de lo preconizado por la Ley General de Sanidad, motivó sentimientos de rechazo en los Médicos Titulares hacia la nueva estructura y hacia el nuevo perfil de Médico de Familia<sup>43</sup>. Los Centros de Salud se tuvieron que implantar en este clima de enfrentamiento, entre la labor asistencial del INSALUD y la labor preventivo-sanitaria a cargo de la autonomía<sup>44</sup>.

Con el paso de los años, las gerencias de área desarrollaron Sistemas de Información integrales de evaluación de servicios en el Área de Salud, según lo establecido en la Ley General de Sanidad, introduciendo medidas de control de calidad de los servicios prestados. Introdujeron la Memoria anual del Centro de Salud y un plan de auditorías provinciales de Equipos de Atención Primaria<sup>57</sup>, que sirvió para establecer objetivos realistas de gestión a nivel del Área de Salud.

## **3. EL SISTEMA FORMATIVO DE ESPECIALISTAS**

### **3.1. EL DEBATE SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA**

#### **3.1.1. LA CRISIS DE LA UNIVERSIDAD DEL SIGLO XX. CONFLICTO DEL MODELO FORMATIVO DE PREGRADO**

Con la tecnificación de la medicina y generalización de los servicios públicos de salud, así como el concepto de eficacia que primaba en la sociedad industrial, se evidenció en la segunda mitad del siglo XX que la formación que recibía el médico en la universidad se sustentaba en modelos, sistemas y políticas formativas no adaptados a su finalidad fundamental: formar clínicos en primer lugar, y tal vez, investigadores o docentes<sup>81</sup>. La educación superior en la España del siglo XX, se caracterizó por la escasa actualización de su metodología pedagógica, enseñando sobre el modelo clásico heredado, de clases expositivas, enseñanza focalizada hacia los contenidos, priorización de los conceptos abstractos sobre los ejemplos concretos y las aplicaciones, donde las técnicas de evaluación se limitaban a comprobar la memorización de información y de hechos. Un modelo, en definitiva, donde el profesor era el responsable de transferir contenidos y los estudiantes eran receptores pasivos del conocimiento<sup>82</sup>.

Los conocimientos adquiridos en el modelo tradicional se circunscribían a hechos, datos y circunstancias; ignorando los enlaces con otros hechos o circunstancias, tendiendo a tener una visión estática, falta de crítica, compartimentada y estandarizada del conocimiento<sup>83</sup>. Todos los alumnos recibían la misma información, aprendían de la misma manera y al mismo ritmo, restringiendo el cambio de actitudes y la transferencia de conocimientos. La formación de pregrado tardó en incorporar principios básicos para la relación asistencial médico-paciente de la medicina moderna, indispensables para adquirir la competencia profesional, tales como la empatía, el aprendizaje de las técnicas de comunicación y entrevista, la sostenibilidad, el respeto a la autonomía de los consultantes y la integración con otros dispositivos<sup>84</sup>. La competencia médica incluye no sólo el uso de razonamientos clínicos y técnicas, sino que hoy es definida como el uso habitual y juicioso de la comunicación, las herramientas y tecnologías sanitarias, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la autorreflexión en la práctica diaria para el beneficio de individuos y comunidades<sup>85</sup>.

Ante el evidente bloqueo formativo, se hizo obligada en la segunda mitad del siglo XX, una actualización del pregrado a nivel mundial respecto a la enseñanza de la medicina. Esta corriente de cambio, durante la década de 1970, coincidió en España con una política de aumento desmesurado de la admisión de alumnos en las Facultades de Medicina, orientada a la implantación de un Sistema Nacional de Salud, que se tradujo en Facultades saturadas, limitando ostensiblemente la actualización de los métodos de aprendizaje<sup>86</sup>.



## **3.2. MODELOS QUE HAN DOMINADO LA PROGRAMACIÓN DE LA ENSEÑANZA MÉDICA EN EL SIGLO XX**

En la búsqueda de un sistema de enseñanza más flexible y adaptado al contexto de la sociedad moderna, del estado del bienestar, la cultura del ocio y la creciente importancia de las comunicaciones, algunas universidades, en la segunda mitad del siglo XX, habilitaron nuevas metodologías docentes con el objetivo de dar a sus alumnos las competencias necesarias para afrontar su labor profesional<sup>87</sup>. Perseguían que la generación de conocimiento tuviera una función instrumental, clasificando en cuatro órdenes la formación y el aprendizaje en competencias: académicas, instrumentales, interpersonales y cognitivas. Este proceso combinaba diferentes segmentos o piezas con sus correspondientes enlaces: la observación, la búsqueda de información, la confrontación de las ideas, la reflexión, la organización de la información y la generación de pensamiento sintético<sup>88</sup>.

### **3.2.1. LA ENSEÑANZA POR OBJETIVOS Y POR PROBLEMAS. APRENDIZAJE POR EL MÉTODO DE ESTUDIO DE CASOS**

#### **Modelo de enseñanza por objetivos**

La pedagogía por objetivos nació en EEUU, en la década de 1950, en el contexto de la corriente utilitarista que tuvo gran auge antes del advenimiento de la sociedad postindustrial norteamericana. Movimiento liderado por Ralph W. Tyler que preconizó la “life adjustment education”<sup>89</sup>, tendencia pragmática y tecnicista del currículo, que reclamaba un cambio en la orientación de las materias instructivas a lo largo de líneas más funcionales que permitiesen a los alumnos “adaptarse” eficientemente a sus futuros roles adultos; pretendiendo incrementar así, cualitativa y cuantitativamente, la producción futura. Dentro de un modelo curricular en la racionalidad técnica, cuyos objetivos (eje de la programación didáctica) eran la descripción de los logros que se esperaba que los alumnos alcanzasen tras el proceso de aprendizaje, estableciendo cuatro etapas básicas<sup>90</sup>:

- a) diagnóstico previo
- b) elaboración de un plan
- c) ejecución
- d) evaluación

Tyler planteó que era posible definir un objetivo con precisión, si se tiene capacidad para describir o ilustrar el tipo de conducta que se espera que adquiera el estudiante, de manera tal que se pueda reconocer la conducta cuando se presente. Así la pedagogía pragmática trató de responder a la teoría curricular persiguiendo que la educación se orientara hacia la eficiencia, y sobre todo, para que respondiera a las necesidades de la revolución industrial. Concibió el desarrollo del currículo, como una gestión que tuviera por objeto la eficiencia, asumiendo el carácter de instrumento e ignorando el modelo para el cual estaba sirviendo<sup>91</sup>.

Las críticas al planteamiento de Tyler llegaron desde los académicos universitarios, que demandaban la reorganización curricular en torno a la estructura de las disciplinas científicas, denunciando un autoritarismo disimulado bajo formas socialmente aceptadas<sup>92</sup>. La aplicación del modelo por objetivos poseía implicaciones éticas e ideológicas: modelo empresarial y utilitario, enfocado a la adquisición de destrezas y eficiencia, observación de los problemas educativos desde una visión empresarial; modelo donde aprender es asimilar, adaptado a una sociedad que viene impuesta, implicando su aceptación en el estado actual y rechazando la creatividad; modelo que enfatizaba las jerarquías y la centralización del sistema docente.

### **El “Case Study”, el aprendizaje por descubrimiento y el aprendizaje por el método de estudio de casos**

Método desarrollado en la década de 1960 por los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss, denominado “Grounded Theory” o método sistemático cualitativo de investigación de prueba de hipótesis, para las ciencias sociales<sup>93</sup>. Posteriormente fue popularizado su uso en la educación, al introducirlo en sus planes de estudio el Harvard Business School, y de él partió, como método de enseñanza en el desarrollo profesional, el movimiento educativo del “Problem Based Learning”. Un “caso de estudio” es un método particular de investigación cualitativa usado en grandes muestras, siguiendo un rígido protocolo para examinar un número limitado de variables. Los “casos de estudio” representan una forma sistemática de observar los eventos, coleccionando datos, analizando información y obteniendo resultados, que difiere del método clásico de investigación que establece primero un marco teórico (hipótesis) y la aplica posteriormente al fenómeno estudiado<sup>94</sup>.

### **TABLA 12 - MECANISMOS INTELECTUALES ADQUIRIDOS MEDIANTE EL ESTUDIO DE CASOS**

Aprender a analizar los problemas de manera crítica
Reconocer relaciones complejas entre diferentes elementos
Reforzar los conocimientos previos al tener que aplicarlos
Aprender a reunir la información relacionada con el problema a fin de resolverlo

*Fuente: Gimeno Sacristán J. El culto a la eficiencia y pedagogía por objetivos: nacimiento de un estilo pedagógico (93). Elaboración: propia.*

### **Modelo de enseñanza por problemas**

El aprendizaje basado en problemas (“Problem Based Learning”) tuvo sus orígenes en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad McMaster, en Hamilton (Canadá), hacia 1969<sup>95</sup>. Un grupo de educadores médicos objetivaron el fracaso de la formación curricular historicista de sus médicos, y la necesidad de obtener profesionales de la salud con demostrada capacidad para afrontar, en la práctica, los problemas concretos de salud que afectaban a la población canadiense, dadas las particularidades del país. Las autoridades universitarias se replantearon entonces, que los profesionales allí formados tenían que adquirir los conocimientos, las competencias y las habilidades necesarias para

su trabajo concreto en Canadá, y cuestionaron de manera frontal, los procesos de formación tradicionales basados en el conocimiento sistemático predominantemente teórico<sup>96</sup>.

El aprendizaje basado en problemas consiste, en un método mediante el cual los alumnos construyen su conocimiento sobre la base de problemas de la vida real. En el modelo academicista tradicional primero se exponía la información y posteriormente se buscaba su aplicación en la resolución de un problema, mientras que en el modelo de enseñanza por problemas primero se presenta el problema, se identifican las necesidades de aprendizaje, se busca la información necesaria para su adquisición y finalmente se regresa a la resolución del problema<sup>97</sup>. En Canadá denominaron a este proceso Razonamiento Hipotético Deductivo y sobre esta base, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de McMaster, estableció un plan curricular conocido como Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) (Problem Based Learning, Barrows et al.), que pretendía una formación en competencias profesionales. Entre sus objetivos propuso estimular capacidades como el liderazgo, la comunicación, la toma de decisiones, el pensamiento crítico, la creatividad y el trabajo multidisciplinar. En la Universidad de Calgary se denominó currículum basado en esquemas; revisando la literatura sobre educación, llegaron a la conclusión de que, a diferencia de conocimientos de los principiantes, los de los expertos están organizados en esquemas útiles tanto para el almacenamiento como para la recuperación de la información, facilitando así un enfoque organizado de solución de problemas<sup>98</sup>.

En el ABP, el problema dirige todo el proceso (The problem “steers” the process) y tiene dos características esenciales: la familiaridad y la contextualidad, necesarios para la motivación. La primera fase, consiste en la activación del conocimiento, cuyo fin no es la resolución del problema, sino la generación del conocimiento por parte del alumno, en la consecución de la resolución del problema planteado. La segunda fase es de confrontación de las ideas con un interlocutor, tutor y alumno o en el seno de un grupo, lluvia de ideas y elaboración de un mapa conceptual, estableciendo los enlaces entre los distintos conceptos, instrumento para poder orientarse en el proceso de aprendizaje<sup>99</sup>. El proceso culmina con la formulación de los objetivos de aprendizaje que, una vez fijados, cada alumno tendrá que ocuparse de obtener en las fuentes de información que considere convenientes, para construir su conocimiento del problema y de los fenómenos implicados en la resolución del mismo.

En una estrategia de ABP, la evaluación se realiza mediante el método de autoevaluación, con instrumentos como el portafolio (contiene y evidencia los mapas conceptuales, las evaluaciones y el diario de aprendizaje del alumno), diseñado sobre una plantilla en la que se agrupan las categorías de evaluación en cuatro epígrafes (competencias, conocimientos, información y objetivos) y se propone al alumno que indique la frecuencia (1=nunca, 5=siempre) con la que realiza la acción indicada en la proposición del “alumno ideal”, contenida en la plantilla. También utiliza el método de la “evaluación entre iguales, evaluación por pares o evaluación recíproca”, y la heteroevaluación a cargo del tutor, siguiendo la misma técnica de plantilla descriptiva de las competencias

del “alumno ideal” con escala de frecuencias; acompañada de una breve explicación de cada epígrafe en la que el tutor trata de poner en evidencia, en relación con el “alumno ideal”, los puntos fuertes y los puntos débiles del “alumno real”. Mantiene también la realización de pruebas generales, una a mitad del curso y otra sumativa final, con el objetivo de poder contrastar el progreso del alumno<sup>100</sup>.

**TABLA 13 - FINES DEL APRENDIZAJE DE LA ENSEÑANZA POR PROBLEMAS**

Adquisición de un fondo de competencias y conocimientos esenciales para utilizarlo ulteriormente en su trabajo profesional
Capacidad de utilizar sus competencias y conocimientos para evaluar y asumir los problemas de salud de los individuos y de la población
Adquisición de la capacidad de extender o de desarrollar sus competencias y conocimientos (autoaprendizaje) para actuar ante problemas futuros

*Fuente: Barrows et al. The problem “steers” the process. PRL. 1997; 78: 3610. Elaboración: propia.*

Este aprendizaje, basado en problemas, llegó a Europa a mitad de la década de 1970, implementándose en Holanda en la Universidad de Maastricht<sup>101</sup> y en Dinamarca en la Universidad de Aalborg<sup>102</sup>, habilitando enseñanzas de tipo técnico mediante el denominado “aprendizaje basado en proyectos”. Sobre estos modelos, en 1989, la Comisión Europea, desde su subcomisión de Education and Training ([http://ec.europa.eu/education/policies/recqual/recognition/diploma\\_es.html](http://ec.europa.eu/education/policies/recqual/recognition/diploma_es.html)), habilitó el Sistema europeo de transferencia y acumulación de créditos (ECTS), en el marco del programa de intercambio de estudiantes Erasmus. Utilizando el modelo de enseñanza por problemas para describir de forma sistemática los programas educativos, asignando créditos a sus componentes, pudiendo mesurar la transferencia de créditos y reconocimiento de los períodos de estudios en el extranjero<sup>103</sup>. Este hecho supuso un reconocimiento institucional de la validez del modelo de enseñanza por problemas, introduciendo un cambio cualitativo en la educación europea de pregrado, al implantar un sistema de medida de valor del esfuerzo requerido por los alumnos, para adquirir unos determinados conocimientos; expresado en horas de aprendizaje necesarias para la consecución de los objetivos de un programa. Pasando de medir el proceso de aprendizaje en horas de docencia, para hacerlo en horas de esfuerzo, resolviendo la dicotomía entre enseñanza y aprendizaje, agrupando ambas en un mismo proceso.

En la Declaración de Bolonia, de junio de 1999, se ratificó este modelo, al establecer el ECTS como un sistema de acumulación, aplicado a nivel institucional, regional, nacional y europeo, para facilitar la movilidad de estudiantes y el reconocimiento académico; y aconsejándolo a nivel europeo como herramienta para las universidades a la hora de organizar y revisar sus programas de estudios y converger hacia un Espacio de Educación Superior Europeo común<sup>104</sup>.

También del aprendizaje basado en problemas, se han desarrollado las técnicas modernas para evaluación de la relación médico-paciente<sup>105</sup>. Métodos de este tipo son: la observación directa de las entrevistas seguida por la aplicación posterior de sistemas de codificación, análisis interaccional, checklist y escalas evaluación, talleres con pacientes simulados, los autoinformes del médico y el consultante con escalas para evaluar su capacidad, las comunicaciones en grupos focales y grupos “tipo Balint”<sup>106</sup>. En el ABP, se inspira también el actual Programa oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y sus métodos de aprendizaje como el portafolio del residente<sup>107</sup>.

### **3.2.2. LA GUÍA PEDAGÓGICA PARA PERSONAL DE LA SALUD, DE JEAN JACQUES GUILBERT (1ª ED. ESP. 1976)**

Esta guía nació en diciembre de 1969, durante el transcurso de un taller pedagógico de la Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Brazzaville; organizado por Jean Jacques Guilbert, enmarcada en la entonces política de la OMS de extender el concepto de una formación orientada hacia las necesidades de la comunidad, centrada en el aprendizaje, para preparar al personal que trabaja en los equipos de salud de una incipiente Atención Primaria de Salud<sup>108</sup>.

Los talleres pedagógicos de la OMS, realizados en muy diversos países, venían demostrando que los docentes universitarios en ciencias de la salud tenían mucho más parecido entre ellos mismos que con los miembros de las colectividades a las que pertenecían, manteniendo una perspectiva común de enseñanza modelada sobre los conceptos de libertad académica, elitismo e independencia, heredados de la Europa occidental del siglo XIX<sup>109</sup>. Para superar el concepto de enseñanza como “carga docente” o la exposición de cursos teóricos a un alumno pasivo, Guilbert partió de que las actividades educativas para la formación del personal de salud debían responder a las necesidades de salud de la población y enmarcarse en el contexto cultural y socioeconómico del país<sup>110</sup>. Sobre el modelo de ABP, reorientó la educación médica a la importancia del proceso de aprendizaje, insistiendo en la comprensión de la importancia del autoaprendizaje<sup>111</sup>.

Este planteamiento era novedoso, al proponer la identificación de los problemas de salud, como paso previo obligado, a la definición de objetivos educativos. También por desplazar al docente, desde la figura distante de la lección magistral, hacia la figura del “facilitador de discusión y promotor de interacción entre los miembros del grupo”, planificando actividades de aprendizaje, motivando al estudiante y dándole la ocasión de formular problemas identificados a partir de diversas situaciones de salud. Así, Guilbert define la enseñanza como: “Interacciones entre el estudiante y el profesor, bajo la responsabilidad de este último, con el fin de facilitar los cambios previstos en la conducta del estudiante”; y sus métodos de enseñanza colocan al estudiante en una situación activa de aprendizaje<sup>112</sup>. El docente debería definir las competencias que los estudiantes tienen que adquirir, para poder resolver un

problema de salud determinado, proponiendo a sus alumnos actividades profesionales de dificultad creciente, adaptadas a su grado de progreso, y definir los criterios a utilizar para evaluar el trabajo de los estudiantes, así como medir su competencia. El profesor debería ser el ejemplo de conciencia profesional, de fiabilidad, de sentido de análisis crítico y de eficacia.

Guilbert suponía que un programa de formación debería estar constituido por aquellas actividades que permitan a los estudiantes adquirir sus competencias profesionales, en condiciones similares a las existentes en el ejercicio real de su profesión; es el “aprendizaje en el medio profesional”, provocando una confrontación estimulante con la realidad<sup>113</sup>. Sus métodos de enseñanza y pedagógicos fueron: talleres, demostraciones, trabajos prácticos, módulos de autoaprendizaje, “role playing”, modelos y simuladores. El aprendizaje:

- 1) Se traduce en un cambio de conducta
- 2) Conduce a un cambio relativamente permanente que es progresivo, flexible y selectivo
- 3) Resulta de la práctica, repetición y experiencia
- 4) No es observable directamente

El elemento esencial del aprendizaje es la motivación, la comprensión por el estudiante de la experiencia de aprendizaje, y la recepción de retroalimentación o “feedback”, al hacer pasar los objetivos y los métodos de trabajo de los estudiantes, por el tamiz de una crítica constructiva pluralista<sup>114</sup>.

Para garantizar el éxito de este modelo, era preciso que los estudiantes entendiesen los objetivos de aprendizaje requeridos, que investigasen sistemáticamente los factores implicados (biológicos, psicológicos, socio económicos, culturales) en los problemas de salud que intentaban resolver, que adquirieran unas competencias prácticas básicas y que se les proporcionaran ejercicios de autocontrol formativo<sup>115</sup>.

### **3.2.3. LA EDUCACION MÉDICA EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XXI**

Actualmente la educación médica en España es un proceso de continuidad, clasificado en tres fases diferenciadas, cada una con su correspondencia administrativa, que requieren planificación y coordinación conjunta, ya que una fase influye en la otra y los defectos de un período repercuten en el resto. Así Cirilo Rozman ordena<sup>116</sup>:

- 1) Pregrado o período de licenciatura en medicina, planificada por el Ministerio de Educación y Ciencia, asesorado, en la elaboración de los planes de estudio, por la Conferencia de Decanos de Medicina y la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad.
- 2) Posgrado o periodo de especialización médica, planificada por el Ministerio de Sanidad y Consumo desde la Subdirección de Ordenación Profesional, en connivencia con el Ministerio de Educación, asesorada por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y articulada por las Comisiones de Docencia de los Centros acreditados.

3) Formación médica continuada, por la que el médico especialista en ejercicio mantiene su competencia profesional. Encomendada a los colegios de médicos y sociedades científicas, bajo supervisión del Ministerio de Sanidad y Consejerías de Salud.

### 3.2.3.1. Pregrado

Ante la creciente conciencia sobre la necesidad de reformar el pregrado en España, destaca el Proyecto de Convergencia Europea de la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina (CNDM), recogido en el Libro Blanco (ANECA)<sup>117</sup>, que pretende del alumno:

- 1) Capacitar para resolver problemas médicos y tomar decisiones clínicas.
- 2) Adquirir un conjunto de conocimientos teóricos, y junto a ellos las habilidades que le permitan desarrollarlos correctamente en la práctica.
- 3) Dar base científica, para que sea capaz de seguir los progresos biomédicos y, eventualmente, dedicarse a la investigación, en las fases ulteriores de su vida profesional.
- 4) Formar en la capacidad de autoaprendizaje.
- 5) Adquirir la conciencia de integración, en el sistema sanitario, de la trascendencia de la economía de la salud, asumir los aspectos epidemiológicos y preventivos.
- 6) Educar en las actitudes correctas de dedicación, responsabilidad, pensamiento crítico y conciencia ética.
- 7) Formar en herramientas informáticas.

### 3.2.3.2. Posgrado. Evolución de la Formación MIR

En los últimos años se extendió el convencimiento de la necesidad de modificar el examen MIR, en consonancia con la transformación del pregrado y posgrado, resolviendo la influencia negativa que ejerce sobre los objetivos de la enseñanza pregraduada<sup>118</sup>. Dicha modificación variaría el contenido del examen, superando lo exclusivamente cognitivo mediante la valoración de la competencia, planteando problemas y decisiones clínicas, con situaciones clínicas simuladas. Ejemplos como la Universidad de Harvard (Boston, Massachusetts) que lleva desde 1985 desarrollando con éxito planes de estudios basados en el ABP («The New Pathway»); en Europa la Universidad de Limburg (Maastrich, Holanda) con sus laboratorios de habilidades, sobre modelos simulados; en España los seminarios de Cirilo Rozman, en la Real Academia de Medicina, sobre el «Plan de estudios orientado a problemas», y el reconocimiento de las pruebas de Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO) para la homologación de títulos de especialista.

La estructura general de estas pruebas divide el examen en dos categorías:

1º) Conocimientos y Habilidades. Donde se evalúan: a) nivel de conocimientos teóricos; b) nivel de habilidades adquiridas; c) habilidad en el enfoque diagnóstico; d) capacidad para tomar decisiones clínicas, y e) utilización racional de recursos.

2º) Actitudes. Que incluye: a) motivación; b) dedicación; c) iniciativa; d) puntualidad y asistencia; e) nivel de responsabilidad; f) relación con los pacientes y sus familiares; g) relaciones con el equipo de trabajo.

La evolución de la prueba MIR significaría converger con los objetivos de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), en su esfuerzo integrador respecto a la enseñanza de la medicina en el posgrado<sup>119</sup>. Se enunció en la subponencia 20, del XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Educación Médica (año 2007), aprobada por un 95 % de los delegados, la propuesta de mejora del sistema formativo español en medicina: “La necesidad de que la prueba de acceso al MIR evalúe adecuadamente, no solo los conocimientos teóricos, sino también las competencias clínicas, prácticas y de comunicación; competencias que deben determinarse por amplio consenso social”. Se indicó entonces la conveniencia de un sistema MIR troncal y permeable; la necesidad de replantearse el equilibrio entre las actividades docentes y asistenciales, de profesionalizar y formar en habilidades docentes a los tutores, de desarrollar sistemas de evaluación continuada, de fortalecer las Comisiones de Docencia, de revisar los programas de formación para adecuarlos a las nuevas necesidades, y de definir áreas de supraespecialización<sup>120</sup>.

Estas mejoras se iniciaron con el establecimiento, por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, de los criterios para la evaluación objetiva de los especialistas en formación, tanto a lo largo de las rotaciones como al final de cada año, aumentado el control sobre la capacitación progresiva y sobre la certificación al final del período formativo. También, la definición de las «Áreas de capacitación específica», a la espera de la implantación de una troncalidad preconizada por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, dota de mayor flexibilidad al sistema MIR, y posibilita, dentro de cada especialidad, una subespecialización, adquiriendo un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes añadidas, en profundidad y/o extensión, a los recibidos durante el período de formación de especialistas<sup>121</sup>. Estas áreas corresponden a una parte del contenido de una o más especialidades, en las que ya exista interés asistencial y científico suficiente y una dedicación significativa de un grupo de especialistas.

### 3.2.3.3. Formación Médica Continuada (FMC)

El crecimiento exponencial de los conocimientos da lugar, en la actualidad, a la imposibilidad de acotar el conocimiento necesario para el ejercicio profesional, en un determinado espacio y tiempo formativo. De ahí la creciente demanda de aprendizaje de postgrado que, combinada con la oferta de estudios no presenciales, se está convirtiendo en la clave del futuro de las universidades: el aprendizaje a lo largo de la vida.



A la hora de implantar sistemas de especialización en el posgrado y de FMC, se observan diferencias entre modelos preexistentes<sup>122</sup>. El modelo anglosajón se caracteriza por contar con pregrados cortos, más generales e integrados, con orientaciones menos subespecializadas; postgrados orientados a perfiles profesionales y desarrollo profesional más definido y potenciado, con sistemas de acreditación y reacreditación. No sólo se potencian los momentos iniciales de formación sino el mantenimiento y mejora de la competencia, a lo largo del tiempo. El modelo centroeuropeo se caracteriza por contar con pregrados largos con orientación hospitalaria, más teórica y con mucho contenido subespecializado. Los postgrados están orientados a los perfiles profesionales, pero más largos que los postgrados del modelo anglosajón. Ambos, pregrado y postgrado, tratan de solventar la ausencia de modelos organizados y estructurados de desarrollo profesional, ya que, en estos países, aún se trabaja con el paradigma de estudiar pocos años para trabajar toda la vida.

### Antecedentes

A lo largo del siglo XX, con el auge económico de los laboratorios farmacéuticos y el aumento de la prescripción médica que supuso la implantación del Sistema Nacional de Salud en los países desarrollados, se puso en funcionamiento, desde el sector privado, iniciativas de formación continuada para facultativos de la Seguridad Social, en forma de publicaciones y congresos, con un trasfondo de beneficio económico<sup>123</sup>.

Durante la década de 1990 asistimos a un cambio cualitativo en la FMC. Las diversas sociedades científicas de las especialidades médicas, comenzaron a implantar sistemas propios de acreditación de la FMC, que a la postre requirió una normalización de la acreditación por la Administración<sup>124</sup>. Así, en 1989 se creó el Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada, a la vez que la Organización Médica Colegial creaba su Instituto de Formación Médica; en la Comunidad Autónoma de Madrid, la Consejería de Sanidad introdujo en 1995 su sistema preliminar de reconocimiento-acreditación de actividades formativas. A partir de estos órganos pioneros y desde sus presupuestos metodológicos, en 1997 los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte, firmaron con las Comunidades Autónomas, el Convenio de Conferencia Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, por el que se procedía a la creación de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, que unificó en España el sistema de acreditaciones a partir de la Resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo de 30 de julio de 1999.

También se crearon las correspondientes Comisiones Autonómicas de Formación Continuada, ordenadas posteriormente por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, de 21 de Noviembre de 2003, a partir de la cual se prevé la obtención de titulaciones especiales "Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada" diferenciadas de las otras dos titulaciones fundamentales: la de especialidad y la de capacitación específica. El RD 1142/2007, de 31 de agosto, determinó posteriormente la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones

Sanitarias y reguló el sistema de acreditación de la formación continuada. La metodología de acreditación, en manos de las secretarías técnicas correspondientes, resulta estrictamente equivalente y los créditos adjudicados a las actividades acreditadas, son de validez universal, en todo el territorio nacional<sup>125</sup>.

### **Sistema Español de Acreditación de la FMC (SEAFORMEC)**

Desde el año 2002, los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte acordaron, con la Organización Médica Colegial, un convenio de colaboración para la acreditación de las actividades de formación continuada de su sector profesional específico, bajo supervisión de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. A partir de dicho convenio, en Enero de 2003, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos firmó, con la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME), la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, el acuerdo de creación del Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC). SEAFORMEC firmó un convenio de reconocimiento mutuo de los créditos con UEMS-EACCME, lo que significó que el curriculum de FMC, de los médicos españoles, fuera reconocido por los países integrados en UEMS-EACCME, en el contexto de la libre circulación de profesionales, en el seno de la Unión Europea<sup>126</sup>.

Así pues, en la actualidad, en España, existen dos sistemas de acreditación de actividades de FMC para los médicos: el de la Comisión-Comisiones Autonómicas y el de SEAFORMEC. En función de la utilización de la misma metodología de acreditación y de las previsiones legislativas, los créditos adjudicados por cada uno de ellos son equivalentes y tienen idéntico valor de uso para los fines propios (carrera profesional, desarrollo profesional continuo y otros sistemas de promoción profesional). Dado el carácter voluntario de la acreditación, se deja en manos de los proveedores-organizadores, de las actividades formativas, la elección del sistema de acreditación preferido<sup>127</sup>.

En un futuro, la FMC pretende normalizar su aplicación a efectos de la carrera profesional y del desarrollo profesional continuo, a nivel estatal, y contempla su aplicación a iniciativas de revalidación profesional (relicencia-recolegiación o recertificación) que, ineludiblemente, deben llevar a cabo las asociaciones profesionales, en colaboración con la administración, con objeto de desarrollar las previsiones de la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias<sup>128</sup>. En relación con esta última, hay que recordar que, claramente, establece el acceso a los Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada, a partir de la FMC acreditada, como vías complementarias de obtención de algún tipo de titulación; independiente de los de la especialidad y del área de capacitación específica.

### 3.3. LOS ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE FORMACIÓN EN RESIDENCIA

#### Primera mitad del siglo XX

La enseñanza de la medicina estuvo clásicamente circunscrita al ámbito de la universidad, en una racionalidad academicista y diseño curricular cerrado, persistiendo en un método de enseñanza tradicional, basado en la lección magistral, distante de la práctica clínica<sup>129</sup>. Con la llegada del siglo XX se sucedieron los avances médicos y el pregrado universitario se hizo paulatinamente más denso respecto a sus contenidos, pero persistiendo en sus metodologías clásicas. Esto conllevó una progresiva diferenciación entre un pregrado teórico inmovilista y la inclusión, desde el primer cuarto del siglo XX, de un postgrado eminentemente práctico<sup>130</sup>, en una racionalidad curricular tecnológica, con una visión objetivista donde primaba el concepto de eficacia.

Este postgrado fue impartido en España, inicialmente, en dos ámbitos:

1º. Los Institutos y Escuelas Profesionales de Especialización (Puericultura, Salud Pública,...), sobre programas reglados, reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional o habilitadas por las Cátedras de las Facultades de Medicina, y ligadas a los Hospitales Clínicos Universitarios.

2º. En los Hospitales Generales, a la sombra de un jefe de servicio que habilitaba como especialistas a sus pupilos sin programas reglados<sup>12</sup>.

#### Segunda mitad del siglo XX

Durante la segunda mitad del siglo XX, en la enseñanza de la medicina, confluyeron dos nuevos factores: primero aumentó exponencialmente el volumen del conocimiento médico, que, junto al desarrollo tecnológico, condujo a una progresiva superespecialización<sup>131</sup>; segundo la generalización del estado de bienestar significó el acceso masivo de la población a los sistemas públicos de salud, en una sociedad postindustrial que primaba la eficacia, estableciendo una demanda cada vez mayor de servicios sanitarios por un colectivo de pacientes más reivindicativo respecto a su salud y que exigía una mejora cualitativa de la praxis médica<sup>87</sup>.

A medida que la formación en medicina, durante el pregrado, evidenció carencias en la adquisición y mantenimiento de las capacidades y actitudes necesarias para el ejercicio de la profesión, y persistió en la formación orientada a la adquisición y mantenimiento de conocimientos teóricos y habilidades, se hizo más necesario incidir en una formación de posgrado eminentemente práctica y regularizada, que garantizara la competencia profesional antes del ejercicio de la medicina. Así, se implantó en España a partir del Seminario de Hospitales con Programas Graduados, el sistema de residencia o sistema MIR, donde el licenciado era integrado en diferentes grupos profesionales, adquiriendo responsabilidades progresivamente crecientes, con constante supervisión, llegando a dominar, después de un período de años reglado, los diferentes aspectos de la especialidad elegida<sup>132</sup>.

### **3.3.1. INSTITUTOS Y ESCUELAS PROFESIONALES DE ESPECIALIZACIÓN. CÁTEDRAS DE LAS FACULTADES DE MEDICINA. LEY DE 20 DE JULIO DE 1955 SOBRE ENSEÑANZA, TÍTULO Y EJERCICIO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Para el establecimiento de instituciones encargadas de la docencia e investigación sanitaria especializada, el Ministerio de Educación Nacional, por el Real Decreto de 9 de diciembre de 1924, creó la Escuela Nacional de Sanidad para la formación en Salud Pública, con tareas de docencia, investigación y consultoría técnica, dependiente inicialmente de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación, y décadas después del Ministerio de Sanidad y Consumo (con sus cinco departamentos académicos que correspondían a las áreas de Política y Administración Sanitaria; Economía y Sociología de la Salud; Salud Internacional; Epidemiología y Bioestadística; Prevención y Promoción de la Salud). Posteriormente, por el Real Decreto de 16 de noviembre de 1925, se creó la Escuela Nacional de Puericultura, ordenándose el establecimiento de Institutos de Maternología y Puericultura.

Posteriormente, en base a la Ley de 20 de julio de 1955, sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas, se creó la Comisión Nacional Asesora de Especialidades Médicas y otros órganos colegiales de coordinación, que procedieron a definir y regular, por primera vez en España, los requisitos y procedimientos para la obtención del título de Médico Especialista, aprobando treinta y tres especialidades médicas. Esta Ley, transitoriamente, reconoció como especialistas a los siguientes profesionales: médicos con tres años de ejercicio público, médicos que por oposición desempeñasen una plaza especializada, los que tuvieran el aval formativo de dos años o pruebas de capacitación en Facultades de Medicina o Centros de especialización, y además desempeñaran una plaza en dicha categoría dos años. Más tarde, añadió a los especialistas colegiados como tal, con más de dos años de ejercicio reconocido.

Al margen de los Institutos y Escuelas de Especialización Médica, reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional, la responsabilidad de la formación especializada reglada correspondía a la Universidad, que mediante sus Cátedras de las Facultades de Medicina, habilitaba Escuelas Profesionales desarrolladas en los Hospitales Clínicos Universitarios. En todos los casos, se exigía que los Centros estuvieran regidos por un titular Especialista y que acreditaran una serie de parámetros, tales como capacidad de servicios, número de colaboradores, aceptación expresa de los programas y planes de trabajo e informes del Claustro de la Facultad. Cursados los estudios y prácticas de las especialidades, como alumno interno, se exigía la superación de un examen o prueba final que se realizaba en la Universidad a la que correspondía el centro<sup>134</sup>.

### 3.3.2. HOSPITALES GENERALES. EL SEMINARIO DE HOSPITALES CON PROGRAMAS GRADUADOS

Respecto a la formación posgraduada para la especialización, que venía realizándose como médico becario interno en los Hospitales Generales, el mecanismo de especialización consistía en inscribirse en el Colegio Médico de la Provincia, y tras un tiempo indeterminado de ejercicio profesional bajo el patrocinio del Jefe de Servicio correspondiente, obtener la confianza de éste para ocupar una plaza en el Servicio y poder ejercer simbióticamente en el sector privado. Así se obtenía con el tiempo el “título” de especialista, pudiendo entonces inscribirse en la Sociedad Científica correspondiente<sup>12</sup>. El Jefe de Servicio decidía los ascensos, era la llave en la consecución de las especialidades, establecía las relaciones con las sociedades médicas privadas y tenía acceso a la repartición de plazas en la Seguridad Social.

Frente al sistema piramidal de los Hospitales Generales, a la sombra de los Jefes de Servicio, ciertamente desordenado y dependiente de las circunstancias de cada provincia, se produjo un cambio cualitativo con la creación de las Residencias de la Seguridad Social<sup>135</sup>. En estos modernos hospitales comenzaron a implantarse modelos norteamericanos de formación, implementando programas formativos reglados y constituyendo, en 1968, el Seminario de Hospitales con Programas Graduados. Para la elaboración de los programas conjuntos, se tomó como referencia el texto de la Comisión Conjunta sobre acreditación hospitalaria americana (año 1965) y el nombre surgió simplemente de la traducción del inglés Internal Medicine Residency: médico interno residente. Sentaron la base teórica y conceptual de la formación médica especializada, estableciendo programas reglados de formación para cada especialidad y articulando para su realización rotaciones por los Servicios y Departamentos de sus correspondientes hospitales. Este grupo de instituciones sanitarias fueron, desde la década de 1950, el Hospital de Basurto en Vizcaya, la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social Francisco Franco y el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo en Barcelona, Hospital Casa de la Salud de Valdecilla en Santander y el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas de Madrid (unido a la Clínica de la Concepción, en 1955 se convirtió en la Fundación Jiménez Díaz); posteriormente, en la década de 1960, se añadieron el Hospital General de Asturias, el Hospital Provincial Santiago Apóstol en Vitoria, la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social La Paz y Clínica Puerta de Hierro de Madrid.

A partir de la experiencia del Seminario de Hospitales con Programas Graduados para la Especialización, se articuló el Título VI de la Ley General de Sanidad de 1986, que recogió los principios fundamentales de la formación y docencia en el Sistema Nacional de Salud español, y estableció, que toda la estructura asistencial del Sistema debía estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada y continuada de los profesionales. Además, con esta Ley se inició la colaboración del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Educación, para la creación de conciertos entre la Universidad y las instituciones sanitarias, para garantizar la docencia práctica de la medicina en el pregrado<sup>57</sup>.

Las Universidades habrían de contar con al menos un hospital y tres centros de salud de Atención Primaria, con función universitaria para el ejercicio de la docencia y la investigación, incluyendo en los programas docentes del pregraduado rotaciones por los servicios clínicos de los Hospitales de la Seguridad Social. El primer convenio de cooperación, fue el suscrito por la Universidad Autónoma de Madrid con los centros hospitalarios Clínica Puerta de Hierro y Ciudad Sanitaria La Paz.

El Ministerio de Trabajo, para el ámbito de la Seguridad Social, reguló, por ordenes ministeriales de noviembre de 1966, septiembre de 1969 y julio de 1971, relativas al perfeccionamiento técnico de los médicos internos y residentes en instituciones sanitarias de la Seguridad Social, las categorías de internos y residentes, como médicos postgraduados, y estableció, asimismo, las bases de formación en dicho ámbito. Desde ese último año de 1971, el procedimiento de selección de los aspirantes se realizaba mediante convocatoria única de carácter nacional, para todas las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, celebrándose el primer concurso nacional en el año 1972. A partir de la Orden de 7 de octubre de 1976, el Ministerio de Trabajo modificó por última vez el procedimiento de selección de los médicos internos y residentes de la Seguridad Social, pasando en adelante el proceso a ser regulado por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. En 1978 la Dirección General de Investigación y Docencia del Ministerio de Sanidad introdujo el actual sistema MIR, basado en los sistemas de especialización norteamericanos (Anexo IV, Entrevista 3) y que constaba de tres características: 1) función selectiva; 2) función distributiva; y 3) equidad, al tratarse de una prueba objetiva y de ámbito estatal. En su diseño colaboraron Antonio Gallego, presidente de la Sociedad Española de Educación Médica, y reconocidos médicos relacionados con la estructura política del momento, José M<sup>a</sup> Segovia de Arana (Secretario de Estado para Sanidad desde 1979) y Vicente Rojo Fernández (Subdirector General de Docencia e Investigación del Ministerio de Sanidad desde 1978).

### **3.3.3. INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA**

La investigación médica en España correspondió tradicionalmente a determinadas cátedras universitarias y sus hospitales clínicos universitarios de referencia. Con la creación, en 1960, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y el desarrollo de los hospitales asistenciales de la Seguridad Social (y del Seminario de Hospitales con Programas Graduados especialmente), se incentivó la investigación en los hospitales de la Seguridad Social; destacando la Clínica de la Concepción (Fundación Jiménez Díaz). Posteriormente, la colaboración de la industria farmacéutica con el Instituto Nacional de Previsión, que creó la Comisión del Descuento Complementario, que en 1980 pasa a denominarse Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FIS), aumentó la actividad en ayudas a proyectos de investigación y a la docencia en el Sistema Nacional de Salud.

Con la Ley General de Sanidad, de 1986, se creó el Instituto de Salud <<Carlos III>>, organismo autónomo de la Administración del Estado, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, implantado con la finalidad del apoyo científico y técnico a la investigación y docencia en el Sistema Nacional de Salud. Para su capitalización asumió el patrimonio restante, tras las transferencias a las Comunidades Autónomas, de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), además de integrar el FIS preexistente. En 1994, añadió la Escuela Nacional de Sanidad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Posteriormente, con la Ley 13/1986 de Fomento y Coordinación de la Investigación Científica y del Desarrollo Tecnológico, se consolidó un sistema de investigación y desarrollo (I+D) en España, con la creación de la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología y el Plan Nacional de Investigación Científica y Tecnológica.

Por el Real Decreto 1183/2008, el Instituto de Salud <<Carlos III>> pasó a integrar el organigrama del Ministerio de Ciencia y Tecnología, junto con las entidades de él dependientes:

- Escuela Nacional de Sanidad
- Agencia Estatal de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
- Centros de investigación biomédica en red (Ciber)
- Redes temáticas de investigación cooperativa (Retics)
- Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)
- Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC)
- Centro de Investigación de las Enfermedades Neurológicas (CIEN)

### **3.4. LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS y LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA MIR**

“No se entregará carta de bachiller en Medicina a quien no demostrara ante el Rector haber practicado dos años después del grado, además de los que practicaron siendo oyentes”.

Estatutos de la Universidad de Salamanca, año 1538

#### **3.4.1. EL PROCESO DE DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD**

Por la Orden Ministerial de 9 de diciembre de 1977, el recientemente creado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, pasó a regular la formación de postgraduados en las Instituciones de la Seguridad Social, Administración Institucional y otros centros hospitalarios, derogando las órdenes previas del Ministerio de Trabajo. Se produjo entonces un salto cualitativo en la Educación Médica en España, con la implantación de un sistema MIR de especialización y supresión del internado rotatorio preexistente. Al frente del proyecto estuvo Vicente Rojo Fernández, subdirector general de Docencia e Investigación del Ministerio de Sanidad, quien unificó los criterios de formación postgraduada a nivel nacional, sentando los criterios de acreditación de las instituciones sanitarias para su participación en la docencia y especificando el contenido de los programas formativos. Esta Orden estableció las siguientes categorías de programas formativos:

- a) Alumnos Internos: alumnos, en sus últimos años de carrera, que añadían un periodo de práctica profesional.
- b) Médicos Residentes: licenciados que, mediante una práctica programada y supervisada, adquirirían, de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad.
- c) Residentes Extranjeros: práctica programada para especialistas en formación de otros países (en especial hispanoamericanos).
- d) Residente en los cursos de programas especiales: personal de otras profesiones relacionadas con la medicina (biólogos, físicos, farmacéuticos, etc) cuya presencia se considera necesaria en las instituciones para el desarrollo de algunos programas.

El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, mediante la citada Orden, estableció una Comisión Central de Docencia, encargada de coordinar un examen general MIR y de desarrollar en adelante el sistema formativo de posgraduados. La Comisión estaba compuesta por el Subdirector General de Docencia de la Subsecretaría de la Salud, el Subdelegado General de Servicios Sanitarios del Instituto Nacional de Previsión, dos representantes del Consejo General de Colegios de Médicos y dos representantes de los Decanos de Facultades de Medicina.



Además el Ministerio de Sanidad creó una Comisión de Especialidades Médicas, y tantas Comisiones Nacionales como especialidades existían, con programas de formación, incluidas las especialidades en proceso de aprobación como la de Medicina Familiar y Comunitaria.

**TABLA 14 - FUNCION DEL CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DESDE 1986 (LEY 14/1986)**

Informar respecto de las necesidades de especialistas

La coordinación y control de los programas docentes y la duración de los mismos

Sistemas de evaluación y estudios previos a la normativa en materia de formación de especialistas, efectuando las correspondientes propuestas al Ministerio

Coordinar sus funciones con el Ministerio de Educación y Ciencia, y con los organismos que tienen atribuida la titulación y el control del ejercicio profesional

**TABLA 15 - FUNCION DE LAS COMISIONES NACIONALES DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS DESDE 1978 (RD 2015/78)**

Señalar el contenido teórico, tanto en conocimiento básico como especializado

Individualizar los centros, dentro de la red asistencial del país, para que sean acreditados

Revisar los centros con programa de postgraduados

Especificar el contenido práctico de cada programa señalando los tipos de rotaciones a realizar en los años que comprende el proceso formativo

Preparar las pruebas a las que deberá someterse el postgraduado al final de su proceso formativo, una vez acreditadas sus condiciones de elegibilidad

*Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo ([www.msc.es/biblioPublic](http://www.msc.es/biblioPublic))*

Se habilitaron, en el Ministerio de Sanidad, las Comisiones de Acreditación, encargadas de facilitar las funciones de las comisiones recientemente creadas, y en cada uno de los hospitales, con programa de postgraduados, se constituyó una Comisión de Docencia de la Institución, con las funciones:

a) Desarrollar, a través del sistema de residencias, los programas formativos en cada especialidad, siguiendo las orientaciones básicas que le llegaran de la Comisión Central de Docencia, de acuerdo con los recursos docentes y técnicos de la institución hospitalaria.

- b) Establecer el programa docente individual de cada médico interno o residente, en sus rotaciones por los diversos servicios implicados, según las características de cada programa, especificando en todo lo posible los contenidos teóricos y prácticos que cada postgraduado recibiría del hospital docente, entendido como un conjunto.
- c) Establecer los criterios para la evaluación progresiva de los postgraduados en los sucesivos años de su formación en la institución.
- d) Colaborar con las comisiones de acreditación de hospitales, u otras establecidas al efecto, todas las veces que les fuera solicitada información.

Esta Ley vino precedida por la primera huelga nacional de los Médicos Internos Residentes (MIR), en noviembre de 1977, en protesta por el nuevo proyecto de selección y formación de médicos postgraduados<sup>136</sup>, exigiendo un salario durante el periodo de residencia. Estas reivindicaciones laborales coincidieron con el paro iniciado en los Hospitales de la Seguridad Social de Madrid, en demanda de la descongelación de plantillas, la libranza de los sábados y la reducción de jornada.

Establecido el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, el 15 de junio de 1978 se promulgó conjuntamente con el Ministerio de Educación y Ciencia el Real Decreto 2015/78, por el que se reguló la obtención del título de médico especialista y que ratificó la Orden Ministerial de diciembre de 1977, y supuso el reconocimiento del sistema de residencia retribuida en los Departamentos y Servicios Hospitalarios, basándose en la iniciativa del Seminario de Hospitales.

Dicho Real Decreto estableció unos requisitos mínimos de acreditación, y unificó las normas generales de formación de las Escuelas Profesionales dependientes de las universidades, incluyendo en sus programas las innovaciones del sistema formativo de la Seguridad Social, unificando así, los programas formativos y de acreditación docente a nivel nacional, germen del sistema MIR. Además de mantener las Escuelas Profesionales, declaró subsistentes, de manera transitoria, los sistemas de concesión de títulos de especialistas vigentes hasta el momento, a la espera de que los Ministerios de Educación y Ciencia, y Sanidad y Consumo, dictaran las correspondientes normas de desarrollo del Real Decreto.

La nueva legislación no unificó los sistemas de especialización, perpetuando el sistema formativo de Escuelas profesionales y de los Departamentos de las Facultades de Medicina, obligando en la Orden Ministerial, de 11 de Febrero de 1981, a la modificación de las denominaciones de algunas especialidades y a la resolución de las situaciones anteriores al 1 de Enero de 1980, de quienes habían comenzado algún tipo de formación con arreglo a la normativa anterior, toda vez que el Real Decreto base establecía, en sus Disposiciones Transitorias, que respetaba los derechos adquiridos al amparo de la hasta entonces legislación vigente, para la obtención del título de especialista.

A nivel de especialidades médicas, aumentaron hasta cincuenta y una con este Real Decreto, y, a través de las Comisiones Nacionales ya habilitadas, supuso la realización de Acreditación de servicios hospitalarios y aprobación de programas de formación en cada especialidad (tanto en contenidos como en tiempo de duración). De esta manera ratificó la creación de las Comisiones Nacionales de las Especialidades Médicas y del Consejo Nacional de Especialidades Médicas (compuesto por los Presidentes de las Comisiones Nacionales), como órganos consultivos del Ministerio de Sanidad. En el aspecto laboral, recogió las demandas realizadas durante la huelga nacional de los Médicos Internos Residentes, de noviembre de 1977, estableciendo las retribuciones a percibir por los residentes durante su formación.

El Real Decreto 2015/78 contempló la creación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, como reconocimiento unánime, a nivel mundial, de la necesidad de una formación específica para el médico de la Atención Primaria de Salud, cuya regulación se aprobó en el mes de diciembre de ese mismo año mediante el Real Decreto 3303/78.

Posteriormente, el 29 de diciembre de 1978, el Ministerio de Sanidad creó el título oficial de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, como Especialidad de la profesión médica, mediante el Real Decreto 3303/1978. Norma que estableció, como sistema ordinario para la obtención de dicho título, la formación mediante residencia en los centros sanitarios acreditados. Se inició así, en España, una formación específica para los Médicos de Familia que, posteriormente, y a través de la Directiva 86/457/CEE, del Consejo de las Comunidades Europeas, fue implantada, con carácter general, en todos los Estados miembros de la Unión Europea. Los posgraduados accederían al sistema formativo de la especialidad incluidos en la convocatoria MIR anual, con carácter administrativo de residentes de las instituciones hospitalarias.

Su formación se encaminó a perfilar al profesional que habría de guiar el desarrollo de la Atención Primaria de Salud en España, preconizada en la Constitución de 1978. El periodo de formación de la Especialidad sería de tres años, con rotaciones planificadas por medicina interna, pediatría y puericultura, maternología, geriatría, sanidad ambiental, higiene de la alimentación y nutrición aplicada, medicina preventiva, epidemiología, protección de grupos sociales, psiquiatría social y salud mental, y los conocimientos especializados suficientes para la atención de urgencias médicas y quirúrgicas, cirugía general y traumatología, diagnóstico del riesgo y orientación del enfermo y sus familiares en la utilización del sistema sanitario y social (Anexo I/3). Subrayar que esta Ley recogió, de manera innovadora para la época, en su artículo noveno: “Los especialistas en medicina de familia y comunitaria que desempeñan los puestos de trabajos determinados en la Administración Pública, quedarán sometidos a un régimen de formación continuada”<sup>137</sup>.

La ordenación dejó, no obstante, una polémica vía de especialización alternativa al MIR para los médicos que acreditaran cinco años de ejercicio, en propiedad o interinos, en puestos de "asistencia primaria" dependientes de cualquier administración pública o de entidades gestoras de la Seguridad Social. Estos facultativos podrían obtener el título de médico de familia, 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 Ciencia determinasen. Así, estableció en su disposición transitoria que "se respetan los derechos adquiridos a los facultativos que en la actualidad desempeñen plazas de "asistencia primaria", dependientes de cualquier administración pública y entidades gestoras de la seguridad social, tanto en el medio urbano como en el rural".

El 11 de enero de 1984 el Ministerio de Sanidad publicó el Real Decreto 127/1984, mediante el cual continuó desarrollándose la formación médica especializada y definiéndose la obtención del título de médico especialista por el sistema MIR. Este Real Decreto significó:

- Consolidación de los programas de formación especializada, estableciendo los criterios de acreditación con control, mediante auditorias docentes externas, previa petición por la Comisión Nacional correspondiente, y supresión del examen final de especialización.
- La clasificación de las especialidades médicas en grupos, según requiriesen o no formación hospitalaria.
- Confirmación de la necesidad de seguir un programa formativo perfectamente establecido, como Médico Residente, en centros acreditados que reúnan los requisitos adecuados.
- Establecimiento de las normas que regulasen el marco formativo en cada una de las especialidades, creando las bases de los correspondientes programas.
- Impartición de las directrices que presidirán los requisitos mínimos que han de cubrir las Unidades Docentes para su acreditación.
- Creación de una Comisión entre los Ministerios de Educación y Cultura, y Sanidad y Consumo, para determinar el número de plazas anualmente convocado.
- Instauración de un sistema de adjudicación de plazas de formación, en el que todos los candidatos tuvieran las mismas oportunidades.
- Favorecer la responsabilidad de los Médicos Residentes en su propia formación, regulando su participación en las Comisiones Nacionales de la especialidad.

Así mismo, por el RD 127/1984, se redujeron las especialidades médicas a 49, fusionando la Cirugía General y la del Aparato Digestivo, y suprimiendo la Electrorradiología; se incorporó la representación de los médicos residentes en las Comisiones Nacionales de Especialidades; se dejó la "puerta abierta" en la Disposición Transitoria Cuarta para desarrollos posteriores que permitiesen el acceso a la titulación de especialistas, a través de una vía especial, a concretos colectivos que históricamente no habían accedido a titulaciones especializadas: Ayudantes, Doctores y Profesores de Facultades, y que significó la elaboración de la Orden Ministerial de 30 de Diciembre de 1986.

### **3.4.2. LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS**

La Orden Ministerial de 27 de junio de 1989, sobre normalización del procedimiento selectivo del MIR, estableció un procedimiento selectivo que se caracterizó por:

- Principio de mérito y capacidad, al estructurarse la prueba selectiva, mediante un examen de conocimientos planteado de forma objetiva y con un baremo único de méritos académicos.
- Instauración de los sistemas de determinación de plazas: elaboración de una oferta de plazas, con participación de las Comunidades Autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud, del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, del Consejo Nacional de Especializaciones Farmacéuticas y de las Universidades; con adecuación a la capacidad docente acreditada, a las necesidades sociales de especialistas del Sistema Nacional de Salud, a las disponibilidades presupuestarias y a los compromisos adquiridos por el Estado, en Convenios y Tratados Internacionales.
- Información continuada del desarrollo del proceso selectivo, desde la publicación de la convocatoria que contiene el calendario de la misma, y cumplimiento estricto de los plazos.
- Transparencia en la corrección de la prueba, con publicidad de la plantilla de corrección del examen y posibilitando la reclamación de los interesados.
- Adjudicación de las plazas en acto público y simultáneo, en distintas localidades para comodidad de los interesados, respetando orden de prioridad.

La legislación, en materia de formación médica postgraduada, posteriormente a la década de 1980, vino marcada por la Directiva Europea 1985/57/CEE, que condicionaba el ejercicio de las actividades de médico general y especialista hospitalario, en el margen de los servicios públicos de salud, a la posesión de título acreditativo de especialista. Su aplicación, a partir del 1 de Enero de 1995, significó la obligatoriedad de poseer una especialización vía MIR, para poder ejercer la medicina en el Sistema Nacional de Salud.

Para acoger al colectivo de médicos licenciados con posterioridad a 1984, que trabajaban como especialistas sin el correspondiente título, previamente a la entrada en vigor del Real Decreto 127/1984 (de regulación de la formación médica especializada), el Ministerio de Sanidad diseñó las normas recogidas en los Reales Decretos 1776/1994, 931/1995 y 1497/1999, que habilitaron procedimientos excepcionales de acceso al título de Médico Especialista, resolviendo dicha situación de ilegalidad. Muchos de estos facultativos habían iniciado una formación especializada de carácter retribuido, en Instituciones Públicas o concertadas con la Administración Pública, cumpliendo los períodos formativos previstos para cada especialidad, pero ajenos a la vía MIR. Así, se constituyó una Comisión Mixta entre Ministerio de Sanidad y Consumo, y Ministerio de Educación y Cultura, para la tramitación de las solicitudes presentadas, procediendo a su calificación previa, desde el punto de vista administrativo, antes de ser remitidas a las Comisiones Nacionales de cada especialidad, para su análisis desde el punto de vista formativo.

Subrayar que, en esta época, toda decisión política respecto a la modificación de las vías de especialización resultaba extraordinariamente polémica, puesto que la limitada oferta anual de formación de especialistas en el sistema MIR, venía generando una “bolsa de paro” de postgraduados desde la década de 1980 (oferta MIR para 1980 fue de 2.077 plazas, frente a 20.082 facultativos presentados)<sup>138</sup>. Esta “bolsa de paro”, era el resultado del acceso masivo de estudiantes de medicina a las facultades que tuvo lugar en la década de 1970 (Figuras 2 y 3), la cual desplazó a los nuevos licenciados, que además, posteriormente a la Directiva Europea 1985/57/CEE, no podían ejercer legalmente en la sanidad pública sin especialidad vía MIR. Esta situación forzó al Ministerio de Sanidad a duplicar la oferta anual del MIR, llegando a 5.000 plazas en el año 1995, cifra que continuó aumentando hasta el 2008, con una oferta de 6.661 plazas. Este geométrico aumento de plazas MIR, supuso una acelerada acreditación de dispositivos docentes a nivel de las Unidades Docentes, y supuso comprometer la calidad de la formación impartida (Anexo IV, Entrevista 1).

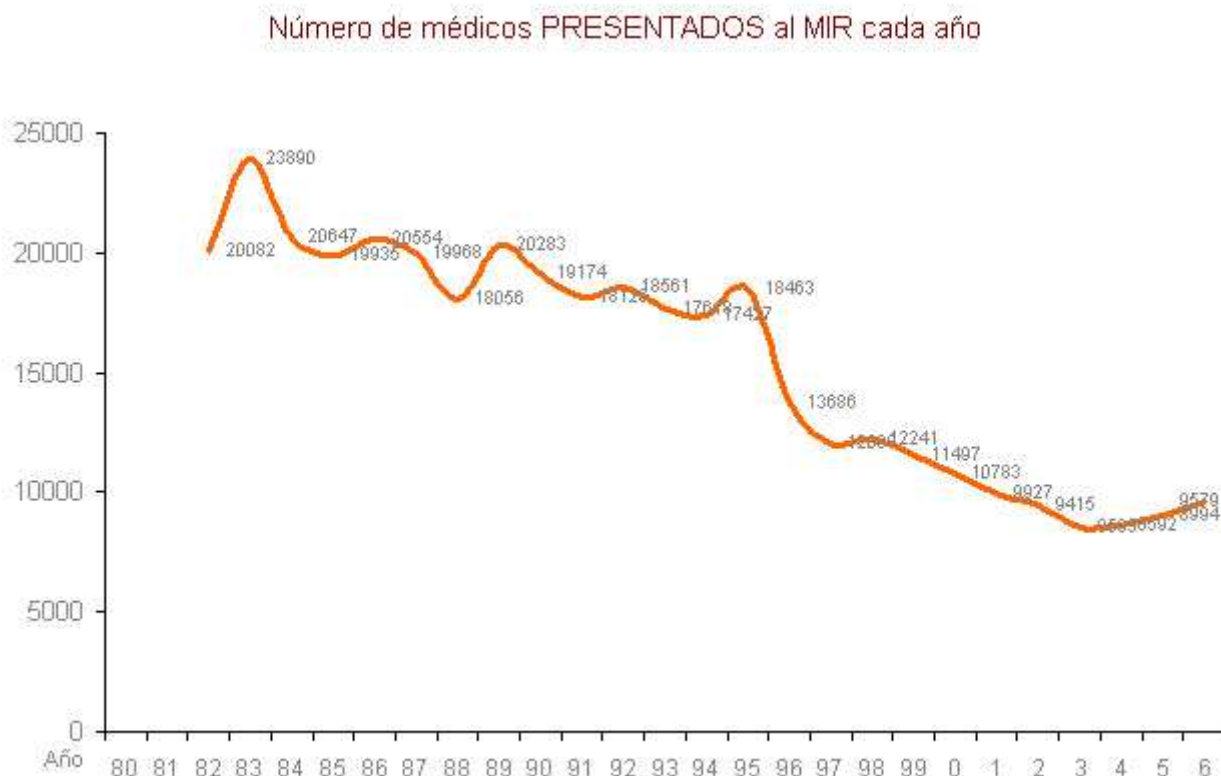


Figura 2 – Fuente y elaboración: Academia CTO.

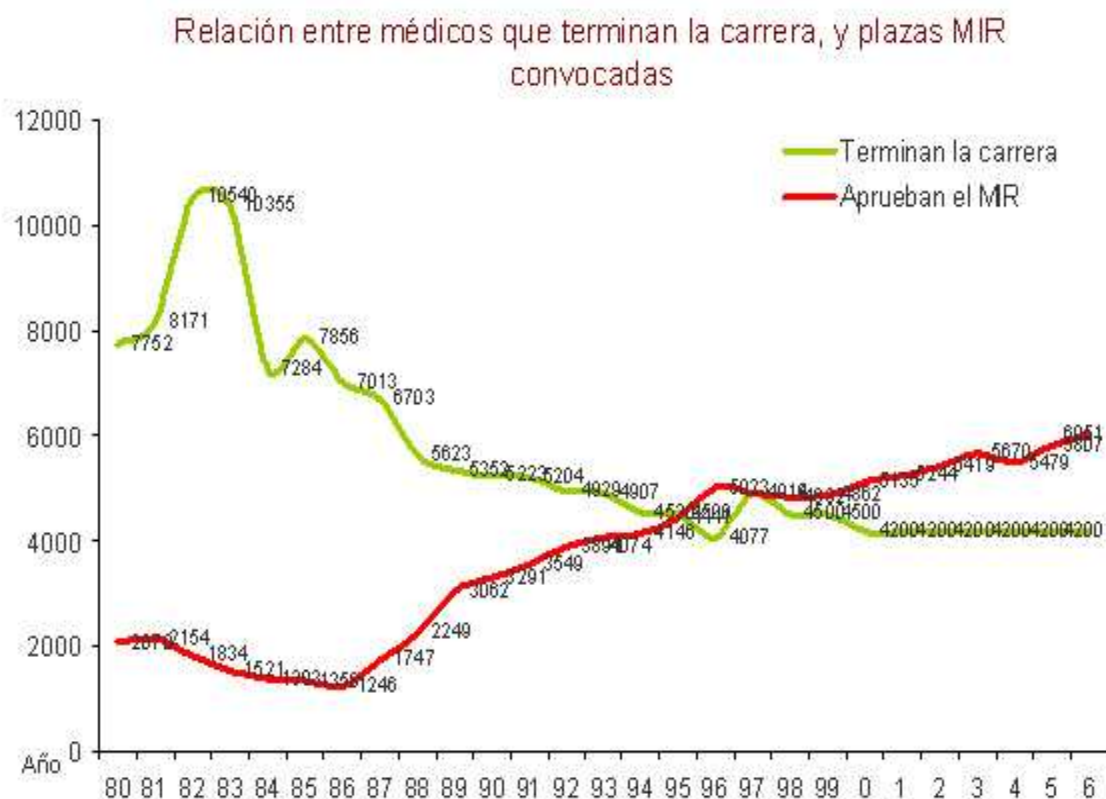


Figura 3 – Fuente y elaboración: Academia CTO.

La Directiva 86/457/CEE, del Consejo de las Comunidades Europeas, sobre formación específica en Medicina General, estableció la necesidad de dicha formación específica para el ejercicio de las funciones de médico general en los regímenes públicos de Seguridad Social de los distintos Estados miembros, a partir del día 1 de enero de 1995.

Una vez aprobados los Reales Decretos 683/1981 y 264/1989, de 6 de marzo de 1981 y 10 de febrero de 1989, respectivamente, por los que se regulaba la obtención de dicho título por diversos colectivos, quedaba por regular, de conformidad con las previsiones contenidas en la Directiva 86/457/CEE, los derechos adquiridos por los Licenciados en Medicina y Cirugía, anteriores al 1 de enero de 1995, para ejercer las actividades propias de los médicos generales, sin la formación específica exigida por dicha Directiva. Así por el Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, por el que se establecieron las funciones de médico de medicina general en el Sistema Nacional de Salud, los españoles y los nacionales del resto de los Estados miembros de la Comunidad Europea, que hubieran obtenido el Título de Licenciado en Medicina y Cirugía, o cumplieran las condiciones necesarias para su expedición antes del 1 de enero de 1995, tuvieron derecho, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, a ejercer actividades propias de los médicos de medicina general sin Título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Aunque el Real Decreto 3303/1978 establecía las normas transitorias para el acceso al título de la nueva Especialidad de los profesionales que ejercían con anterioridad a su creación, se añadieron medidas transitorias por los Reales Decretos 683/1981 y 264/1989. Estas medidas, no obstante, se revelaron insuficientes a partir del 1 de enero de 1995, fecha en que entró en vigor la Directiva 93/16/CEE, el requisito para ostentar el título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, o la certificación a que se refiere el Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, para desempeñar plazas de Médico de Familia, denominación que adopta la Medicina General con este Real Decreto, en centros o servicios sanitarios, integrados en el Sistema Nacional de Salud. Esta situación motivó la publicación del Real Decreto 931/1995, de 9 de junio, por el que se dictaron normas relativas al acceso a la formación como Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de los Licenciados en Medicina posteriores al 1 de enero de 1995. Medidas que se ampliaron con el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre el acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud en relación con los profesionales que superaron los estudios conducentes al título oficial de Licenciado en Medicina, con anterioridad al 1 de enero de 1995 y que ejercían como Médicos de Familia. Supuso establecer un sistema excepcional de acceso al título de Especialista, de conformidad con los requisitos y procedimiento que fijó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en julio de 1997 de carácter transitorio hasta el año 2008.



Dicho Acuerdo contemplaba también otros dos aspectos. El primero de ellos era la denominación común de Médico de Familia para los profesionales que ejercieran con ese perfil. El segundo, buscaba una valoración equilibrada en todas las pruebas de acceso a plazas de Medicina de Familia, entre los méritos relativos a la experiencia profesional y la formación postgraduada como especialista por el sistema de residencia. A efectos de tal valoración, el citado Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, hacía equivalentes la puntuación otorgada en el período completo de formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria, con la equivalente a seis u ocho años de servicios prestados como médico de general; contemplándose también la realización de convocatorias periódicas para el acceso a las plazas del Sistema Nacional de Salud. Esta baremación resultó ser aplicada muy anárquicamente por las Comunidades Autónomas, lo que motivó, en los diez años siguientes, un sin fin de reclamaciones judiciales, desde los diferentes colectivos implicados<sup>139</sup>.

En resumen, los requisitos de acceso al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, paralelos a la vía MIR, eran: haber obtenido el título español de Licenciado en Medicina antes del 1 de enero de 1995, acreditar un total de cinco años de ejercicio profesional efectivo como Médico de Familia del Sistema Nacional de Salud, poseer una formación complementaria de un mínimo de trescientas horas convalidables por los Cursos de Perfeccionamiento previstos en el Real Decreto 264/1989, y una prueba objetiva, dirigida a evaluar la competencia profesional del interesado, organizada y gestionada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma respectiva. Será el punto de partida de las pruebas de Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO-E).

### **3.4.3. LA REFORMA LEGISLATIVA Y LAS COMISIONES DE DOCENCIA**

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, sobre ordenación de las profesiones sanitarias; y la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, supusieron una reforma de la formación especializada. La Ley 44/2003 establecía en su Título II la implantación de la troncalidad en el MIR; planteó unos requisitos previos a la segunda especialización; creó las áreas de capacitación específicas (super especialidades); revisó las funciones de la Comisión Nacional, y señaló la revisión de la relación laboral del residente, desarrollada en el Estatuto Marco. También estableció la obligatoriedad de cobertura de responsabilidad civil del personal laboral (incluidos residentes) por parte de la administración, en el desempeño de sus funciones.

Posteriormente, el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinaron y clasificaron las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollaron determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, representó un replanteamiento global de la formación especializada en nuestro país, estableciendo como su objetivo fundamental, el garantizar un alto nivel de calidad del sistema de formación sanitaria especializada. Para ello, habilitó la aprobación de planes específicos en el seno de cada comisión de docencia y el sometimiento de toda la estructura docente que interviene en la formación de especialistas, a las medidas de control y

evaluación incardinadas en los planes de gestión de calidad que, coordinados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, se llevaran a cabo con la colaboración de las distintas administraciones autonómicas. La administración central prevé en un futuro próximo completarla, con otras normas de desarrollo, como la modificación de las pruebas de acceso, la incorporación progresiva de criterios de troncalidad en la formación de especialidades médicas y la regulación de las áreas de capacitación específica.

Este real decreto fue debatido e informado favorablemente por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, y respaldado por las organizaciones colegiales que de él participaban. Especificó la estructura de los Informes de evaluación formativa y la composición de los Comités de evaluación. A nivel organizativo:

1º. Determinó en su Anexo I, la relación de especialidades en ciencias de la salud por el sistema de residencia, estableciendo las equivalencias entre títulos de médico especialista, al cambiar la denominación de algunas especialidades.

2º. Reguló las unidades docentes. Nombró a las Comisiones de Docencia como los órganos docentes de carácter colegiado; estableciendo su ámbito de actuación, composición, funciones y presidencia. Propuso que las comisiones de docencia, de centro o unidad, elaborasen un plan de gestión de calidad docente. Desarrolló en su Artículo 11, los órganos docentes de carácter unipersonal, el tutor; estableciendo el concepto, funciones y nombramiento de los mismos. Sugirió su evaluación, y la implantación de medidas de incentivación y mejora de sus competencias. Revisó el deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente, estableciendo que la supervisión de residentes de primer año fuera de presencia física.

3º. Desarrolló los procedimientos de evaluación de los especialistas en formación, y la evaluación y control de calidad de los distintos elementos que configuran las estructuras docentes (Tabla 16).

**TABLA 16 - PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN FORMATIVA SEGÚN EL REAL DECRETO 183/2008**

Entrevistas periódicas de tutor y residente, de carácter estructurado y pactado.
Instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente según los objetivos del programa formativo y según el año de formación que se esté cursando.
El libro del residente como soporte operativo de la evaluación formativa del residente. Concepto, características y diseño.
Evaluación anual (positiva/ negativa)
Evaluación final del periodo de residencia

*Fuente: Boletín Oficial del Estado, nº 45 (21-2-2008)*

La evaluación final, según su Artículo 25, como objeto persigue verificar que el nivel de competencias adquirido por el especialista en formación durante todo el periodo de residencia, le permite acceder al título de especialista. Tras la

evaluación del último año de residencia, se llevará a cabo por el comité de evaluación de la especialidad correspondiente, en los términos: a) Positiva; b) Positiva destacado; c) Negativa.

4º. Prevé mecanismos de evaluación y control de calidad de la estructura docente (Artículo 29), de las Unidades Docentes y centros acreditados, con la finalidad de comprobar, la correcta impartición de los programas formativos y el cumplimiento de las normas de acreditación establecidas. Designó a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, como coordinadora de las auditorías, informes y propuestas necesarios para acreditar las unidades docentes y para evaluar, en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y del Plan Anual de Auditorías Docentes, el funcionamiento y la calidad del sistema de formación. Para esta labor cuenta con la colaboración de las agencias de calidad de las comunidades autónomas, de sus servicios de inspección y de los profesionales que con autorización de la correspondiente comunidad autónoma estén acreditados como auditores por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

5º. Reguló el reconocimiento de títulos de especialista obtenidos en otros países, así como el reconocimiento de períodos formativos y de las rotaciones externas del residente (autorización y su evaluación).

Finalmente por la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, sobre Comisiones de Docencia, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, para fijar los 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.

### **3.4.4. EL FUTURO DE LA PRUEBA MIR**

En base a las exigencias recogidas en el Capítulo III de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, respecto a la Formación especializada en Ciencias de la Salud, el Ministerio de Sanidad, mediante su Subdirección General de Ordenación Profesional, deberá habilitar una actualización del examen MIR a partir de la convocatoria del año 2011. De lo expuesto hasta el momento por la administración<sup>140</sup>, el examen constaría de dos partes: una de tipo test multirespuesta (clasificatoria, como la tradicional); y otra práctica (prueba tipo ECOE), que tratará de medir las habilidades de comunicación y las competencias asumidas por el alumno durante el pregrado. El diseño y la decisión sobre las características técnicas del nuevo examen serían responsabilidad del Ministerio de Sanidad, así como las competencias evaluativas, para garantizar la objetividad y homogeneidad para todos los aspirantes. La ejecución de la prueba práctica correspondería a las facultades de medicina, de manera descentralizada, previo consenso con la Conferencia Nacional de Decanos en la manera de desarrollarla y financiarla, con una valoración cualitativa "apto, no apto". Como novedad, en cada convocatoria se exigiría una puntuación mínima para acceder a una plaza de residencia, que, en cualquier caso, sería siempre positiva.

Dicha prueba, en la línea de la evaluación de la competencia, representa un cambio cualitativo del Pregrado, sin precedentes en España, puesto que supondría reorganizar la enseñanza impartida en las facultades adecuándola a los nuevos contenidos del examen MIR.

### 3.5. LA PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN MATERIA DE SANIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud<sup>34</sup>, para los sistemas sanitarios basados en el modelo de Sistema Nacional de Salud, se recomienda históricamente un estricto equilibrio entre oferta formativa sanitaria, - admisión en las universidades -, y la demanda de recursos humanos del sector, al ser el principal empleador de los profesionales sanitarios el propio sistema público. Cualquier desequilibrio en este campo, genera indeseables repercusiones sobre el mercado laboral, traducidos en paro médico.

En España, entre 1970 y 1977, la administración pública triplicó el número de alumnos admitidos en el primer curso de la Licenciatura (Figura 4), traducido 6 años después en el crecimiento geométrico del número de licenciados en medicina, responsable durante dos décadas de un mercado laboral saturado de facultativos en paro<sup>141</sup>.

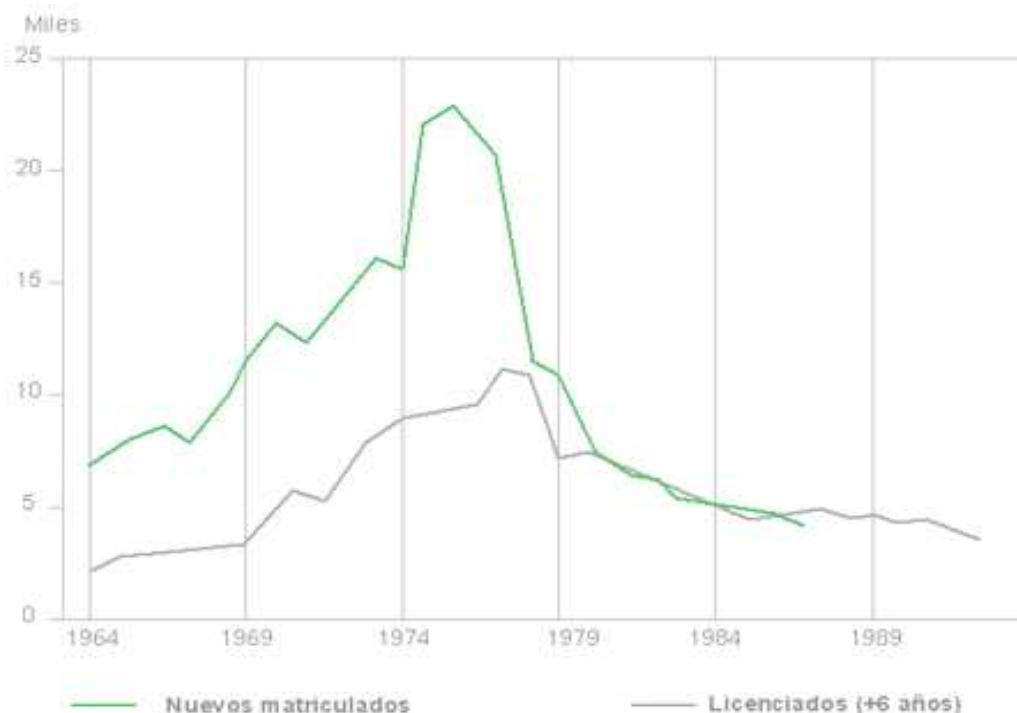


Figura 4 - Evolución entre 1964 y 1993 de los nuevos alumnos matriculados en facultades de medicina en España cada año y los graduados seis años más tarde

Una vez implantado el Sistema Nacional de Salud, el excedente de médicos provocó en el sector constantes enfrentamientos entre colectivos de médicos (médicos titulares APD, generalistas en plazas interinas, médicos de familia vía MIR, médicos de familia vía decretos de homologación, especialistas hospitalarios vía MIR, especialistas hospitalarios MESTOS). La situación caótica, obligó a los Ministerios de Sanidad y de Educación, junto con el Consejo de Universidades, a plantear una reducción del 10% anual de las plazas ofertadas en la Licenciatura<sup>142</sup>. El objeto de dicha reducción, era adecuar el número de licenciados anuales, con el número de plazas convocadas para la formación especializada vía MIR. Con esta medida se persiguió también mejorar la calidad docente, al adecuar el número de alumnos de medicina con la capacidad real de los centros universitarios, de los hospitales docentes y de los centros de Salud acreditados para la docencia de pregrado.

Respecto a la demografía médica, España es uno de los Estados de la Unión Europea con mayor porcentaje de médicos por habitante<sup>143</sup>. A fecha 1 de junio de 2004, el número de médicos con posibilidad de ejercicio en España ascendía a 169.325 (el de licenciados es de 184.548), lo que suponía una media de 412 médicos por cien mil habitantes (la media recomendada de la UE está en torno a los 300 o 350 por cien mil habitantes). Siendo la tasa de especialización médica en España, la más alta de Europa.

Las convocatorias de MIR, a partir de 1984, intentaron reflejar una nueva concepción en la formación especializada, tratando de adaptarse a las prioridades y necesidades del Sistema Nacional de Salud, saturado en determinadas especialidades<sup>138</sup>. Así, las convocatorias MIR se enfocaron a potenciar las plazas de especialidades de Atención Primaria (Medicina de Familia, Pediatría, etcétera), en las que el sistema era deficitario. En la convocatoria de 2006, de las 6.051 plazas convocadas en el MIR, 1.771 (el 29 %) correspondían a la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, mientras que Pediatría, con 337 plazas, se colocaba en segundo lugar y Medicina Interna, con 265, en el tercero. En la convocatoria 2009, Anestesia convocó 327 plazas y Pediatría 392, con 1.832 plazas de Familia.

Otro elemento que influyó la planificación de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, fueron los convenios de convalidación de títulos con países extracomunitarios, así como la libre circulación de trabajadores en el seno de la Unión Europea. Este hecho permitió flujos migratorios de médicos desde y hacia España, constatándose en la última década una enorme inmigración médica, que sólo en el año 2008 significó el acceso al Sistema Nacional de Salud español de 5.383 facultativos, de los que 4.819 eran extracomunitarios y el 97,4 % sin título de especialista convalidado<sup>144</sup>.

Otro factor influyente en la demografía médica de España, fue la desigual distribución etaria por especialidades, así como la irregular distribución geográfica de las mismas (excluyendo la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria).

La última tendencia del Ministerio de Sanidad y Ministerio de Educación en materia de recursos humanos, a petición de las Comunidades Autónomas que denuncian falta de facultativos en su sistemas de salud<sup>145</sup>, es la de aumentar en un 40% las plazas anuales de acceso al pregrado en Medicina para el curso 2009/2010, lo que significará un flujo anual continuo de 7.000 nuevos licenciados a partir del año 2015. Hecho que, unido al exponencial crecimiento del fenómeno de la inmigración médica, puede reproducir las situaciones de excedente de facultativos acaecidas en la década de 1990.

**REFERENCIAS AL CAPITULO II**

1. Mc Whinney I. Orígenes de la medicina de familia. En: Mc Whinney Medicina de Familia. Barcelona: Mosby Doyma. 1995.
2. Beveridge W. Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Service. En: Grupo de recomendaciones técnicas del Ministerio de Trabajo acerca de la Seguridad Social presentadas al Parlamento Británico por orden de su Majestad. Londres: Gobierno Británico; noviembre de 1942- [acceso diciembre del 2005]. Disponible en:  
<http://www.fordham.edu/halsall/mod/1942beveridge.html>
3. Mc Whinney I. Fundamentos filosóficos y científicos de la medicina de familia. 1ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma;1995.
4. Muñoz S. La formación histórica de los servicios sanitarios públicos. En: La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos. Madrid: Alianza; 1995. p. 61-63.
5. Ley de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855, disponiendo lo conveniente sobre el Servicio General de Sanidad. Capítulo I. Disponible en:  
[http://bib.us.es/derecho/servicios/common/Ley\\_28\\_1855\\_ServicioGeneralDeSanidad.pdf](http://bib.us.es/derecho/servicios/common/Ley_28_1855_ServicioGeneralDeSanidad.pdf).  
Significó la primera regulación de las profesiones sanitarias en España, mediado el siglo XIX, pues ya el Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino, de 24 de julio de 1848, determinaba que el ejercicio de las profesiones de Medicina, Farmacia y Veterinaria estaba comprendido dentro del ramo de la Sanidad.
6. Real Decreto de 12 de enero de 1904, aprobando con carácter definitivo la adjunta Instrucción General de Sanidad Publica. Disponible en:  
[http://bib.us.es/derecho/servicios/common/RD\\_1904\\_InstruccionGeneralDeSanidadPublica.pdf](http://bib.us.es/derecho/servicios/common/RD_1904_InstruccionGeneralDeSanidadPublica.pdf)
7. Francia JM. Los años mágicos de medicina rural. En: 25 años de reforma sanitaria. Salamanca: Hespérides; 1997. p. 49-56.
8. Casa Real [sede web]. Madrid: Conmemoración del centenario de la creación del Instituto Nacional de Previsión. [actualizado el 18 de diciembre de 2006, acceso diciembre 2006]. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Disponible en:  
<http://www.casareal.es/noticias/news/3813-ides-idweb.html>

9. Montseny F. La sanidad y la asistencia social durante la guerra civil [base de datos en internet]. Madrid: Monografías Beecham. [actualizado el 8 de septiembre del 2006, acceso octubre del 2006]. Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. Disponible en:

<http://isciii.c17.net/index.php/catalogo/action/listFondos/?C17SESSID=0418645a4f8578e26e0bf7198bd01d87&/1/revista%5Bid%5D/21680/>

10. ABC. El título de médico especialista será imprescindible para ocupar un cargo como tal en instituciones públicas o privadas, 15 de enero de 1958 [base de datos en internet]. Sevilla: ABC edición Andalucía. [actualizado el 29 de septiembre del 2006, acceso noviembre del 2006]. Hemeroteca ABC. Disponible en:

<http://hemeroteca.abcdesevilla.es/detalle.stm>

11. Biblioteca Oficial Legislativa. Ley de 25 de Noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional. Barcelona: Instituto Editorial Reus; 1944.

12. Francia JM. Política y salud pública: el franquismo sanitario. En: 25 años de reforma sanitaria. Salamanca: Hespérides; 1997. p. 20-31.

Según cita el autor: "Respecto a los directores y cargos de los distintos centros e instituciones, aunque en algunas instituciones resultaban evidentes los méritos de guerra y vestigios del franquismo de posguerra, en general estaban a cargo de los servicios sanitarios profesionales de prestigio que permanecían ajenos a opinar sobre el régimen sin criticarlo, desde una posición profesional, social y económica comfortable".

13. Marset P. La Salud Pública durante el franquismo. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus. 1995, 15: 211-250.

14. Repullo JR. Sistemas y servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2005. p. 104-107.

15. Museo Virtual de la Sanidad. Ley de Bases de Sanidad Nacional del 25 de noviembre de 1944 [base de datos en internet]. Madrid: Documentos históricos del Instituto Carlos III [actualizado el 8 de junio del 2006, acceso septiembre del 2006]. Disponible en:

[http://www.isciii.es/htdocs/centros/ens/dictadura/dictadura\\_08\\_ley.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/centros/ens/dictadura/dictadura_08_ley.jsp)

La Ley de Bases de Sanidad Nacional añadió apartados de trascendencia social, en materia de educación disponía: "Que será requisito indispensable para la celebración de contratos laborales, tanto los de trabajo como los de aprendizaje, el poseer el Certificado de Estudios Primarios".

16. Nieto JM. El mercado laboral sanitario. El médico interactivo [revista en internet] 2006 diciembre [acceso diciembre del 2006]; Informes de gestión (3). Disponible:

<http://www.medynet.com/elmedico/informes/gestion/alternativas.htm>



17. Muñoz S. Evolución histórica y situación actual. En: La sanidad pública en España. Madrid: Instituto de Estudios Administrativos; 1975. p. 15-17.

18. Galo S. Universidad Laboral de Zamora: una manifestación del proyecto social y educativo del franquismo (1946-1980) [tesis doctoral]. Zamora: Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Universidad de Salamanca, Instituto de Estudios Zamoranos de la Diputación de Zamora; 2006.

19. Caballero J. Medicina familiar: origen, desarrollo y situación actual. Rev Pac Med Fam. 2000;1(1):8.

20. Gil S. El Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1952. Revista de Política Social. 1954; 24 (1): 27

21. Ley 193/1963 de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. Revista de Política Social. 1964; 61 (1): 481.

22. Temes JL. La Ley General de Sanidad. En: Sistema Nacional de Salud. Madrid: McGraw-Hill; 1996. p. 11-15.

23. García MJ. Estudio sanitario de un área subcomarcal: Robleda de Cervantes. Salamanca: Servicio de publicaciones de la Universidad de Salamanca; 1975.

24. Francia JM. Estudio sanitario de un grupo poblacional en el barrio de San José Obrero de Zamora 1969-1972. En: 25 años de reforma sanitaria. Salamanca: Hespérides; 1997. p. 34-46.

Denuncia José María Francia, en su estudio de tesina ante la Universidad de Salamanca en 1971, que: "España presentaba hacia 1970, en sus barrios obreros y en el medio rural, un deficiente estado higiénico-sanitario por viviendas precarias. Persistían las epidemias cíclicas de cólera y fiebres tifoideas, y una pirámide poblacional de un país en subdesarrollo, con una tasa de mortalidad del 6.57 por mil y una tasa de natalidad del 13.6 por mil". Posteriormente cita: "La reforma sanitaria no se concebía como tal sino como denuncia de las desigualdades sociales contenidas en las palabras democracia y libertad".

25. Navarro V. Análisis de las políticas sanitarias españolas. Revista Sistema (Madrid). 1995; 126 (3): 34-36.

26. Sevilla S. La universalización de la atención sanitaria. En: Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Madrid: Fundación Alternativas; 2006 Documento de trabajo 86/2006.

27. Mahler H. Informe del Director General de la Organización Mundial de la Salud. En: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud patrocinada por la OMS y el UNICEF (Declaración de Alma-Ata). Alma-Ata: OMS; 12 septiembre de 1978 [acceso septiembre del 2005]. Disponible en: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap3.htm#Declaracion>

29. Mahler H. Discurso inaugural 28a Asamblea Mundial de la Salud. En: 28a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra; 1975 [acceso octubre del 2006]. Disponible en:

<http://www.who.int>

30. Tejada D. Perspectivas de Salud: Organización Mundial de la Salud de 1974 a 1985. PAHO Journal (Washington). 2003; Volumen 8, Número 2, p. 1-4. En opinión del Coordinador General de la Conferencia de Alma-Ata, David A. Tejada de Rivero, Subdirector General de la Organización Mundial de la Salud de 1974 a 1985, en "*Alma Ata: 25 años después*": "Las posteriores interpretaciones erradas, las múltiples distorsiones y los consecuentes fracasos en relación con los verdaderos conceptos del tema, no fueron consecuencia de la Conferencia. La causa fue la falta de una adecuada difusión, asesoría y seguimiento por parte de los gobiernos y de los propios organismos internacionales que convocaron la Conferencia".

31. Congreso Internacional de la Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra; 1981 [acceso noviembre del 2006]. Disponible en:

<http://www.who.int>

32. Congreso Internacional de la Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa; 1986 [acceso octubre del 2006]. Disponible en:

<http://www.who.int>

33. Congreso Internacional de la Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Conferencia de Adelaida en 1988. Australia: 1988 [acceso diciembre del 2006]. Disponible en:

<http://www.who.int>

34. Congreso Internacional de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia de Yakarta sobre promoción de la salud, conceptos y principios. Yakarta; 1991. [acceso diciembre del 2006]. Disponible en:

<http://www.who.int>

35. Ministerio de Sanidad y Consumo. Congreso nacional de promoción y educación para la salud: Salud para todos en el siglo XXI. Madrid; 1999. [acceso diciembre del 2006]. Disponible en:

<http://www.msc.es>

36. Internacional Union for Health Promotion and Education. La evidencia de la eficacia de la promoción de salud: Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2000.

37. Muñoz S. Los sistemas sanitarios y su organización. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias; 1989. Documentos de Trabajo: 2.
38. Requejo JL. Constitución española y ley orgánica del Tribunal Constitucional. 8ª ed. Madrid: Editorial Colex; 2009. p. 6-12.
39. Caamaño F. Jurisdicción y procesos constitucionales. 2ª ed. Madrid: McGrawHill; 2000.
40. Rubio F. Estudios sobre la jurisdicción constitucional. Madrid: Trota; 1997.
41. Carrillo E. Hacia una nueva jurisdicción constitucional. Valencia: Tirant lo Blanch; 2008.
42. Francia JM. El nuevo Ministerio de Sanidad: Decepción a las primeras de cambio. Revista Mundo Obrero (Madrid). 1978; 11: 5.
43. Irigoyen J. Crisis del sistema sanitario. En: La crisis del sistema sanitario en España: Una interpretación sociológica. Granada: Universidad de Granada; 1996. p. 15-23.
44. Francia JM. Salud Pública y Transferencias. Correo de Zamora. Domingo 11 de Octubre de 1981; Opinión: 2.
45. Juliá S. Los socialistas en la política española (1979-1982). Madrid; Ediciones Taurus; 1999.
46. Fuentes E. De los Pactos de la Moncloa a la entrada en la Comunidad Económica Europea (1977-1986). Madrid: ICE; 2005.
47. Real Decreto 1943/1986, por el que se determina la Estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado, nº 227, (22-9-1986).
48. Real Decreto 2967/1981, por el que se organiza el Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado, nº 303, (19-12-1981).
49. Costas E. La sanidad agobiada. Diario El País. Viernes 6 de agosto de 1993; Salud: S6.
50. Real Decreto-Ley 36/1978, sobre Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo. Boletín Oficial del Estado, nº 276, (18-11-1978).
51. Martín JJ. Balance crítico de la descentralización territorial de la sanidad. Granada: Fundación Cajamar; 2006. Colección Mediterráneo económico: 10.
52. Ley 6/1992, sobre tasas, precios públicos y contribuciones especiales. Boletín Oficial del Estado, nº 239, (6-10-1993).

53. Francia JM. Informe anual de la Secretaría Regional de Asuntos Económicos, Sociales y Sindicales. Salamanca: Secretaría Regional de Asuntos Económicos, Sociales y Sindicales; 1986. Serie de Informes Técnicos: 16.

54. Ministerio de Sanidad y Consumo. Traspaso a las Comunidades Autónomas de las competencias en materia de sanidad: Reales Decretos Servicios Autonómicos de Salud y Consumo [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso junio del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/ccaa/decretos.htm>

55. Ley 16/2003, sobre cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29-5-2003).

56. Ministerio de Sanidad y Consumo. Introducción y Marco Legal del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso abril del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm>

57. Ley 14/1986, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-4-1986).

58. Ministerio de Sanidad y Consumo. Flujos financieros del sistema sanitario español desde la reforma del año 2002 [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso mayo del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/flujosFinancieros.pdf>

59. Ministerio de Sanidad y Consumo. Financiación del Sistema Nacional de Salud [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso mayo del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/financiacion08.pdf>

60. Beato M. El sistema sanitario español, su configuración en la Ley General de Sanidad. Revista de Administración Pública [revista en Internet] 1989 mayo-agosto [acceso 19 de octubre de 2005]; núm. 119. Disponible en:  
[http://www.cepc.es/rap/Publicaciones/Revistas/1/1989\\_119\\_419.PDF](http://www.cepc.es/rap/Publicaciones/Revistas/1/1989_119_419.PDF)

61. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso septiembre del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/cobertura08.pdf>

62. Ministerio de Sanidad y Consumo. Satisfacción con el sistema sanitario [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso mayo del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/satisfaccion08.pdf>

63. Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización del Sistema Nacional de Salud [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso octubre del 2006]. Disponible en:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/organizacion08.pdf>

64. Elorriaga J. Sanidad y corporaciones locales: la segunda descentralización. El medico [revista en Internet] anuario 2002 [acceso mayo del 2005]; 1 (69). Disponible en:

<http://www.medynet.com/elmedico/documentos/anuario02/68-69.pdf>

65. Ministerio de Ciencia e Innovación. Estructura del Instituto de Salud Carlos III [base de datos en línea]. Madrid: MCI; 2006. [acceso diciembre del 2006]. Disponible en:

[http://www.isciii.es/htdocs/presentacionyestructura/presentacion\\_presentacion.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/presentacionyestructura/presentacion_presentacion.jsp)

66. Zabalza A. El Estado de Bienestar: un pacto social. Diario El País. Lunes 8 de agosto de 1994; Salud: S1.

67. Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 55/2003 de 16 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 301, (17-12-2003).

68. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Historia de la Seguridad Social [base de datos en línea]. Madrid: MCI; 2006. [acceso diciembre del 2006]. Disponible en: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm)

69. Irazusta M. Recetas del Pacto de Toledo. Diario El Mundo. Domingo 2 de junio de 1996; Especial: Su dinero.

70. Medina RM. Estrategias profesionalizadoras en el origen de la especialidad médica [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 1993.

71. Lamata F. Manual de administración y gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1998. p. 172-175.

72. Francia JM. Los Centros de Salud: de la teoría a la práctica. En: 25 años de reforma sanitaria. Salamanca: Hespérides; 1997. p. 187-189.

Según el autor: "Los primeros Centros de Salud, con equipos de atención primaria de diversa procedencia y concepciones distintas de la forma en que debía de organizarse el trabajo asistencial, de salud pública y administrativo, eran lo que decidiese que fuesen quienes trabajaban en ellos, con diversos resultados según comunidades, provincias y comarcas. Con una excesiva teorización del proyecto, incomprensible y sin participación del usuario, y una falta de consenso sobre las funciones a desarrollar por los Equipos de Atención Primaria en el ámbito comunitario y de la salud pública".

73. Cabero V. Geografía de Castilla y León: Las comarcas tradicionales. Revista *Ámbito* (Valladolid);1988.

74. Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (1-2-1984).

75. Francia JM. Fichas de Diagnóstico de Salud de la Ciudad de Salamanca. Salamanca: Ayuntamiento de Salamanca; 1995. Serie de Informes Técnicos: 17.

76. Ceitlin J. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid SEMFYC 1997.

77. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria; B.O.E. 5 de Mayo 2005 [acceso 7 de mayo del 2005]. Disponible en:

<http://www.msc.es/profesional/formacionSanitariaEspecializada/guiasFormacion/pdf/medifamiliar.pdf>

78. Carbón P. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [Monografía en Internet]. Madrid: SEMES; 2002 [acceso diciembre del 2005]. Disponible en:

[www.semes-cv.org/documentos/doc/homenaje/medicina%20de%20familia.doc](http://www.semes-cv.org/documentos/doc/homenaje/medicina%20de%20familia.doc)

79. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La carrera profesional del médico de familia (I). *Aten Primaria*. 2004; 34(45): 256-262.

80. González A. Teoría y práctica de la Atención Primaria en España. Madrid: Instituto Nacional de Salud. 1990.

81. Guilbert JJ. Fines de la guía pedagógica. En: Guía pedagógica para el personal de salud. 6ª edición. Valladolid: OMS y Universidad de Valladolid; 2007. p. 5.

El autor establece en este texto que debido al desarrollo tecnológico: "Ya no se trata de enseñarlo todo, sino de ser capaz de saber cómo aprender".

82. Bloom et al. La clasificación, las metas educacionales. En: Versión condensada de la taxonomía de los objetivos de la Educación. 7ª Ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1979. p. 118-121.

83. Sánchez P. Dimensiones del currículum. En: El proceso de enseñanza y aprendizaje. Madrid: ICE de la Universidad Complutense; 2004. p. 31-43.

84. Casado V. (coordinadora), Gálvez Ibáñez M, Saura Llamas J, Monreal Hajar A. Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria: formación y docencia. Vol I. Barcelona: semfyc; 2007.
85. Rozman C. Educación Médica: Fases y Objetivos. En: Farreras - Rozman. Medicina Interna. 16ª edición. Barcelona: Elsevier; 2008.
86. Temes JL. Recursos humanos y formación. En: Sistema Nacional de Salud. Madrid: McGraw-Hill; 1996. p. 167-190.
87. Bell D. Desde la sociedad industrial a la post-industrial. En: El advenimiento de la sociedad Post-industrial. Madrid: Alianza; 1976. p.67-146.
88. Shires D, Hennen B. Medicina Familiar. Guía Práctica. Madrid: McGraw Hill, 1983.
89. Tyler RW. Basic principles of curriculum and instruction. Chicago: The University of Chicago Press; 1949.
90. Finder M. Educating America: How Ralph W. Tyler Taught America to Teach. Westport: Praeger; 2004.
91. Tyler RW. Principios Básicos del currículo: ¿Qué fines desea alcanzar la escuela?. Buenos Aires: Troquel; 1973.
92. Keller D. The Text of Educational Ideologies: Toward the Characterization of a Genre. Educational Theory 44, no. 1 (1984): 27-42.
93. Gimeno J. El culto a la eficiencia y pedagogía por objetivos: nacimiento de un estilo pedagógico. Madrid: Morata; 1985.
94. Queen Mary University of London. Problem-based Learning [base de datos en Internet]. Londres: QMUL; 2000 [acceso enero del 2007]. Disponible en: <http://www.materials.qmul.ac.uk/pbl/>
95. Mc Master University. History of McMaster University [base de datos en Internet]. Hamilton: MMU; 2002 [acceso enero del 2007]. Disponible en: <http://www.mcmaster.ca/univsec/history.cfm>
96. Elstein AS. On the origins and development of evidence-based medicine and medical decision making. Inflamm. Res. 2004; 53 Suppl 2: S184-9.
97. Grahame-Smith D. Evidence-based medicine: Socratic dissent. BMJ. 1995; 310: 1126-7.
98. American Medical Association. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. JAMA. 1992; 268(17): 2420-2425.

99. Sackett DL. La arrogancia de la medicina preventiva. CMAJ. 2002 ; 167 (4): 363-364.

100. Sackett DL. Medicina Basada en la evidencia. 2ª Edición. Barcelona: Harcourt; 2000.

101. Leading in Learning [sede Web]. Maastricht: Universidad de Maastricht ; 2001 [acceso noviembre del 2006]. European Model United Nations. Disponible en:

<http://www.unimaas.nl/default.asp?template=werkveld.htm&id=P607EXD4TICC1M4Q0KCE&taal=en>

102. National and International Cooperation [sede Web]. Aalborg: Universidad de Aalborg; 2002 [acceso noviembre del 2006]. Traineeship/Internship. Disponible en:

<http://en.aau.dk/National+and+International+Cooperation/Businesses%2C+Organisations+and+Institutions/562038>

103. European Commission [sede Web]. European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS). [acceso noviembre del 2006]. Education & training. Disponible en:

[http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc48\\_en.htm](http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc48_en.htm)

104. Real Decreto 55/2005, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. Boletín Oficial del Estado, nº 21, (25-1-2005).

105. Dochy F. Nuevas Vías de Aprendizaje y Enseñanza y sus Consecuencias: una Nueva Era de Evaluación. Boletín de la Red Estatal de Docencia Universitaria. 2002; 2(2), 13-31.

106. Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.

107. Casado Vicente V. La Medicina Familiar y Comunitaria en la troncalidad del Grado. Barcelona: semfyc; 2005.

108. Hennen BK. Principles of Family Medicine. Madrid. McGraw-Hill. 1980.

109. Guilbert JJ. Readers respond to "a new vision for continuing medical education". MedGenMed. 2006; 8(2):78.

110. Guilbert JJ. Integrating learning by objectives with relevance to the health needs of the community. Med Educ. 1987; 21(6):505-511.

111. Guilbert JJ. On the additional value of lectures in a problem-based curriculum. Educ Health. 2006; 19(1):115-116.



112. Guilbert JJ. Teacher training workshops in education: summary of 15 years' personal experience. *Med Educ.* 1985;19(5):332-343.
113. Guilbert JJ. How to devise educational objectives. *Med Educ.* 1984; 18(3): 134-141.
114. Guilbert JJ. Planning of the continuing education. *Rev Prat.* 1976; 26(47): 330-334.
115. Guilbert JJ. A new method of objective examination: the programmed examination. *Rev Prat.* 1964; 14: I-IX.
116. Rozman C. En: La educación médica en el umbral del siglo XXI. *Med Clín (Barcelona).* 1997; 108: 582-586.
117. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [sede Web]. Madrid: ANECA; 2005 [acceso enero del 2007]. Informe de la Comisión de Evaluación del diseño del Título de Grado en Medicina: Libro Blanco del Título de Grado en Medicina. Disponible en:  
[http://www.aneca.es/media/150312/libroblanco\\_medicina\\_def.pdf](http://www.aneca.es/media/150312/libroblanco_medicina_def.pdf)
118. Bonal P. Medicina de Familia y Universidad: Antecedente y modelo actual de Medicina de Familia en la Universidad [monografía en Internet]. Barcelona: SEMERGEN; 2008 [acceso junio del 2008]. Disponible en:  
<http://www.semergen.es/semergen2/microsites/opinion/opinion3/sumario3.htm>
119. Tutosaus JD. Convergencia Europea en el Postgrado. *Rev. Educ. Méd. (Barcelona).* 2005; v.8: 1.  
Añade en este texto el autor, Presidente de la Asociación de Redes Docentes: "La Convergencia Europea tiene más de deseo que de inminencia tangible".
120. Resumen del XVII Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica. *Rev. Educ. Méd. (Barcelona).* 2005; v.8: 2.
121. Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones. *Boletín Oficial del Estado*, nº 280, (22-11-2003).  
Mencionar los Art. 19-28: Sobre el sistema de especialización. Art. 37: Sobre el desarrollo profesional y su reconocimiento.
122. Casado V. Presente y futuro del MIR de Medicina de Familia. *Aten Primaria (Barcelona).* 2007; 39(8): 391-393.
123. Acarín N. Los médicos en los hospitales públicos. Barcelona: Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris; 1989.
124. Pardell H. La acreditación de la Formación Médica Continuada: hechos y controversias. *Rev. Educ. Méd. (Barcelona).* 2006; v.9: n.4b.

125. Real Decreto 1142/2007, por el que se determina la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de acreditación de la formación continuada. Boletín Oficial del Estado, nº 221, (14-9-2007).
126. Pallarés, L. Retos de la formación médica continuada: Situación actual y perspectivas de futuro en España. Rev. Educ Méd. (Barcelona). 2006; v.9: n.4ª.
127. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La carrera profesional del médico de familia. Aten Primaria. 2004; 34(6): 306-312.
128. Simó MJ, Campos-González JC, Sanfélix GJ. Carrera profesional y médicos de familia: reflexiones y propuesta (I). Aten Primaria. 2002; 29(2): 109-115.
129. Sánchez P. El proceso de enseñanza y aprendizaje. Madrid: Universidad Complutense; 2004.
130. Baladrón J. El examen MIR (1980-1994). Asturias: Colegio Oficial de Médicos de Asturias; 1995.
131. Bottomore TB. Introducción a la sociología. Barcelona: Península; 1968.
132. Hernando L. Los programas de formación de graduados en la transformación de la sanidad en España: Orígenes, desarrollo y futuro. Rev. Adm. San. Vol. 1997; Núm. 2: 2-4.
133. Barona C. Las políticas de la salud: la sanidad valenciana entre 1855 y 1936. Valencia: Universitat de València; 2006. p. 27.
134. Sociedad Española de Neurofisiología Clínica [Sede Web]. Madrid: SENC; 1994 [acceso junio 2007]. Comentarios sobre la legislación sanitaria: IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario: Ley de 20 de julio de 1955 sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas. Disponible en: <http://www.neurofisiologia.org/paginas/documentos/medi.htm>
135. Fuente L. La Seguridad Social. Rev. Razón Española (Madrid). 2000; 104 (4): 15-21.
136. Los MIR impugnan el proyecto de convocatoria de oposiciones. Madrid: Diario El País; 29 de octubre de 1977, sociedad: S1.
137. Real Decreto 3303/1978, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad profesional. Boletín Oficial del Estado, nº 21, (29-12-1978).

138. GrupoCTO.es [Sede Web]. Madrid: CTO; 2007 [acceso febrero 2007]. Disponible en:

<http://www.grupocto.es/web/medicina>

139. Ayala S. Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios de Médicos de España; 1995. Serie de Informes Técnicos: 136.

140. Sánchez A. El nuevo examen MIR: ECOE, test y descentralizado. Diariomédico.com [revista en Internet]; abril del 2008 [fecha de consulta 15 de abril del 2008]. Disponible en:

[http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/profesion/es/desarrollo/1111917.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1111917.html)

141. Amaya C. Demografía médica en España, mirando al futuro. Madrid: Fundación CESM; 2005. Serie de Informes Técnicos: 12.

142. Gérvas J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario: Visión profesional desde la Medicina General. El Médico Interactivo [revista en Internet] abril 2005 [acceso 21 de abril del 2005]]. Disponible en:

<http://www.elmedicointeractivo.es>

143. González B. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006 – 2030). Gran Canaria: Universidad de Las Palmas; 2007.

144. Asamblea General de la OMC [sede Web]. Madrid: OMC; 2009 [acceso agosto del 2009]. Informe sobre homologación de títulos de Medicina obtenidos en países extracomunitarios. Disponible en:

<http://www.medicalfinders.es/salaPrensa/pdf/informes/informe03.pdf>

144. Lamata F. El sistema sanitario español, éxitos y desafíos. En: Ciclo de sesiones “La sanidad española en el año 2009”. Madrid: Academia Nacional de Medicina; Febrero del 2009.

**III – 30 AÑOS DE MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA EN  
ESPAÑA (1978-2008)**

## **1. CREACIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

### **1.1. PRIMERA COMISIÓN NACIONAL (1978 A 1984)**

Para comprender la orientación inicial que tuvo la Especialidad, nos remitimos al acta fundacional de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, del 21 de Noviembre de 1978 (Anexo I/2) que recoge: “La Especialidad se idea sobre un modelo de Medicina Interna aplicada al plano de lo general”; así como a la composición inicial de la Comisión, con reconocidos médicos internistas del momento vinculados a la Universidad y a la estructura administrativa del Ministerio de Sanidad: Cirilo Rozman, Amador Schuller y José M<sup>a</sup> Segovia de Arana (primer Presidente de la Comisión Nacional) (Tabla 17). También refleja el Acta fundacional, que tras establecerse una normativa de funcionamiento interno, la primera Comisión Nacional elaboró:

1º. El 1er Programa de Enseñanza Post Graduada de Medicina Familiar (primer programa escrito, aprobado internamente por la Comisión Nacional), que dotó de contenido formativo a la Especialidad: fijando la duración de las rotaciones; estableciendo objetivos docentes a desarrollar por cada servicio hospitalario acreditado; análisis de la rotación del residente sobre esquemas básicos de preguntas críticas; planificación de una evaluación final anual (Anexo I/3).

2º. Los criterios de acreditación de Instituciones Docentes y Tutores, y criterios de acreditación para la creación de las Unidades Docentes en el ámbito hospitalario (Anexo I/4). En base a los mismos se habilitaron las Comisiones Delegadas Provinciales, y se realizó una acreditación inicial de 46 Instituciones Docentes (Anexo I/5) y 415 plazas de especialista en Medicina de Familia.

Continuando con el análisis documental de las Actas de la Comisión Nacional, durante el primer año de existencia de la Especialidad se registraron los siguientes incidentes críticos:

1º. En Noviembre de 1978, la Comisión Nacional protestó contra el borrador del RD 3303/78, denunciando la incongruencia de que contemplara vías extraordinarias de homologación de títulos de especialista ajenas al MIR, responsabilizándolo de la falta de homogeneización del colectivo médico de Atención Primaria (Anexo I/2).

2º. En 1979 se registra una polémica decisión política del Ministerio de Sanidad, convocando 490 plazas MIR de Medicina de Familia, un 15% más de las acreditadas por la Comisión Nacional. La Comisión Nacional expresó su disconformidad y la dificultad que significaba para el correcto cumplimiento del programa formativo de la Especialidad, acelerar la acreditación de dispositivos docentes (Anexo I/6).

3º. La Comisión Nacional recibe quejas de los residentes sobre los hospitales acreditados para la docencia MIR, denunciando la inercia de conservar la figura del alumno interno, tendiendo a la “internización” del Residente, permaneciendo ajenos a los Programas Formativos oficiales (Anexo I/7).

Respecto al desarrollo de la primera promoción de residentes de Medicina de Familia, en el año 1980 la Comisión Nacional organizó las “Primeras Jornadas para Tutores y Residentes de Medicina de Familia y Comunitaria”, con el objetivo de analizar la problemática de la realización del tercer año de especialización previsto en los Centros de Salud Integrados de Atención Primaria, cuya construcción aún no había tenido lugar.

En el año 1981 los Residentes de Medicina de Familia, representados por el autodenominado “Colectivo de Residentes de Medicina de Familia”, trasladaron sus protestas a la Comisión Nacional al “sentirse discriminados a nivel Hospitalario, sin guardias presupuestadas que realizar y con unas rotaciones sin objetivos y sin planificación a nivel de los departamentos hospitalarios” (Anexo I/7). También se suceden las protestas de este colectivo ante el Ministerio de Sanidad, “porque no se habían creado en los Hospitales las Unidades Docentes Piloto previstas y no existía por tanto una programación para el tercer año de residencia” (Anexo I/8). El clímax de este movimiento reivindicativo, tuvo lugar en junio de 1982, cuando un grupo de residentes se encerró durante 19 días en las dependencias del Colegio de Médicos de Madrid, reclamando el cumplimiento de la reforma sanitaria y la puesta en marcha de los Centros de Salud. Durante el encierro, se habilitaron grupos de trabajo, resultando un foro de debate sobre la orientación que los propios especialistas querían darle a la Atención Primaria de Salud, recibiendo el apoyo a su encierro desde la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. Este conjunto de hechos, quedó recogido en el documento presentado al Ministerio de Sanidad en Septiembre de 1982 “*Memoria de Actividades del Bloque Catalán de Medicina Familiar y Comunitaria*”, elaborado en Barcelona por miembros de la propia estructura docente de la Especialidad. También expuso: “Que la ausencia de definición de las funciones del Médico de Familia y la turbia perspectiva respecto a su futura actividad laboral, eran responsables de que el 20% de los residentes de la primera promoción de Medicina de Familia renunciase a la plaza o cambiara de Especialidad”.

**TABLA 17 - COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, DESDE 21/11/1978 HASTA 27/07/1984**

<b>Presidente: Vocal Ministerio de Universidades e Investigación</b>	- Francisco Vilardel, Subdirector General de Investigación y Docencia, presidente en funciones el 21/11/1978 - José M <sup>a</sup> Segovia de Arana, Catedrático de Patología Médica Universidad de Santiago, del 21/11/1978 al 27/07/1984
<b>Secretario: Vocal Ministerio de Sanidad</b>	- Pedro Díez Domínguez, del 21/11/1978 al 21/01/1980 - Luis Ortiz Berrocal, del 21/01/1980 al 9/5/1980 - Víctor Conde Rodelgo, Subdirector Gral. de Ordenación Funcional, del 9/5/1980 al 3/07/1983 - José Carro Ramos, del 3/07/1983 al 27/07/1984
<b>Vocal Ministerio de Sanidad</b>	- Antonio Sánchez Domínguez, del 21/11/1978 al 9/5/1980 - Víctor Blanco Sanz, Servicio de Medicina Familiar, del 9/5/1980 al 27/07/1984
<b>Vocal Ministerio de Sanidad</b>	- Vicente Rojo, alternando con Emiliano Esteban Velásquez, del 21/11/1978 al 25/09/1979 - Luis Valenciano Clavel, Director General de Salud Pública, del 25/09/1979 al 27/07/1984
<b>Vocal Ministerio de Universidades e Investigación</b>	- Juan Martínez López de Letona, Catedrático de Medicina Interna de la Universidad Autónoma de Madrid, del 21/11/1978 a 27/07/1984
<b>Vocal Ministerio de Universidades e Investigación</b>	- Amador Schuller Pérez, Catedrático de Patología y Clínica Médicas de la Universidad Complutense de Madrid, del 21/11/1978 a 27/07/1984
<b>Vocal Ministerio de Universidades e Investigación</b>	- Cirilo Rozman Borstnar, Catedrático de Medicina Interna Universidad de Barcelona, 21/11/1978 al 20/12/1978 - Javier García Conde-Bru, Director del Servicio de Hematología y Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valencia, del 20/12/1978 hasta 27/07/1984
<b>Vocales del Consejo General de Colegios de Médicos</b>	- Jerónimo Aizpiri Díaz, Vizcaya, Cuerpo de Médicos Titulares, del 25/09/1979 al 27/07/1984
	- José María Álvarez Martínez, Badajoz, representante de SEMER, del 25/09/1979 al 27/07/1984
	- Julio Morán Garcés, Navarra, 21/11/1978 al 25/01/1980 - Antonio Lacleta Pablo, del 25/01/1980 al 27/07/1984
<b>Vocales de las Sociedades Científicas</b>	- José María Febrer Callis, presidente de SEMER, del 21/11/1978 al 9/02/1984
	- José Catalá Ángel, presidente SEMER, del 9/2/1984 al 27/07/1984
	- Vicente Serrano Serrano, León, SEMER, del 21/11/1978 al 9/02/1984 - Miguel Rodríguez Lois, del 9/02/1984 al 27/07/1984

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Elaboración: Propia.*

Fruto de las protestas, el “Colectivo de Residentes de Medicina de Familia” consiguió el compromiso del Ministerio de Sanidad para la creación de las “Unidades Piloto de Medicina de Familia” y para el desarrollo legislativo sobre “regulación de la formación en Atención Primaria”. Estas promesas se materializaron con la publicación del Real Decreto 2392/82, sobre regulación de la formación en Atención Primaria, y la construcción en 1982 de unos Centros de Salud piloto donde poder desarrollar el tercer año de residencia de la primera promoción de la Especialidad en Medicina de Familia. Estos centros pioneros fueron: “La Cartuja” en Granada, “Cambre” en A Coruña, “Pasajes” en Guipúzcoa, “Oliveras” en Hospitalet de Llobregat, “Pozuelo” y “Orcasitas” en Madrid. Significaron el germen de los futuros Centros de Salud y la puesta en marcha de la reforma estructural de la Atención Primaria de Salud en España.

También el Ministerio de Sanidad creó en 1982 el Servicio de Medicina Familiar, dependiente de la Subdirección de Ordenación Funcional, para propulsar las iniciativas de la Comisión Nacional, a la vez que inició una campaña de difusión del concepto de la Medicina de Familia, consistente en la publicación por el Instituto Nacional de Salud de la “*Guía de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*”, y la celebración, ya con carácter anual, de las Jornadas de Tutores y Residentes de Familia. A nivel periférico, corresponde a esta época la creación de las Comisiones de Docencia Hospitalarias, para el seguimiento de los Programas Formativos, y la instauración de la figura del Tutor Hospitalario y del Tutor Periférico Extrahospitalario.

A nivel normativo reseñar la publicación del RD 2392/82, sobre normas de funcionamiento básico de las Unidades Docentes, que significó dotar de independencia presupuestaria a la Unidad Docente Extrahospitalaria, y reconoció la figura del Coordinador y Técnico de Salud como recursos humanos de las mismas, encargados del seguimiento del Programa Formativo. Posteriormente la Orden Ministerial 19/07/83, sobre formación en Atención Primaria de Salud de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, determinó el acceso del Coordinador de Unidad Docente y del Tutor Hospitalario a las Comisiones Locales de Docencia (hospitalarias), además de desarrollar la forma de realización del 3er año de Residencia.

Junto a las dificultades iniciales inherentes a la implantación de una nueva especialidad, en el inicio de la Medicina Familiar y Comunitaria se objetivó la falta de homogeneización del colectivo médico de Atención Primaria. Señalar como prueba de este hecho, que en el año 1980 los médicos generalistas se organizaron entorno a la sociedad científica SEMER, conformando la “Asamblea de Médicos Titulares”, y apoyados por el Consejo General de Colegios de Médicos, consiguieron el rechazo formal desde el Ministerio de



Sanidad y desde las Consejerías de Salud autonómicas, de la preferencia de los Médicos vía MIR en la provisión de plazas en Atención Primaria. Para ello, este colectivo presionó a la Administración Pública en la elaboración del RD 683/1981, que interpretaba la Disposición Transitoria 8ª del RD 3303/78, permitiendo la Homologación del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria a los médicos que acreditaran 5 años de ejercicio en puestos de “asistencia primaria”, previo cursillo de perfeccionamiento a determinar por cada Comunidad Autónoma. Tanto SEMER como el Consejo General de Colegios de Médicos, tenían fuerte representatividad en la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (5 vocales de los 11 existentes), y llegaron a solicitar en diciembre de 1980, desde la propia Comisión, la disolución de la Especialidad recién creada (Anexo I/9).

Este periodo de la Comisión Nacional concluyó con la evaluación final voluntaria, en 1983, de la primera promoción de Médicos de Familia con calificación de excelentes (único proceso de evaluación sumativa efectiva llevado a cabo en la historia de la Especialidad). También corresponde a 1983 la celebración de las “IV Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria”, considerado el primer congreso de Medicina Familiar y Comunitaria, en cuyo transcurso tuvo lugar la creación de la Sociedad Científica que aglutinaría en adelante al colectivo médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria: la semFYC.

En Julio de 1983 fue impugnada la primera Comisión Nacional por sus propias bases, los Residentes de Familia, mediante escrito remitido por el “Colectivo de Médicos de Familia” (constituido por la primera promoción de residentes de 1982) al Ministerio de Sanidad (Anexo I/10), reclamando la disolución de la misma en cumplimiento de los periodos de renovación marcados en el RD 3303/78. Alegaron además en dicho documento: “No sentirse representados por una Comisión, con presencia mayoritaria de la Sociedad Científica SEMER y del Consejo General de Colegios de Médicos, ambos contrarios a la implantación y desarrollo de la propia Especialidad”.

### **1.2. SEGUNDA COMISIÓN NACIONAL (1984 A 1990)**

#### **1.2.1. Marco jurídico para la reforma de la Atención Primaria de Salud (APS)**

En 1984, con la elaboración del Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud, se creó finalmente el sustrato necesario para la implantación “real” de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Anexo IV, Entrevista 1). Con este Decreto quedaron fijados los principios normativos generales para la implementación y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud, marco territorial de la APS, y en cuyo seno se construyeron los Centros de Salud, donde se integraron los Equipos de Atención Primaria y donde se ubicaron las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

En 1986, la Ley 14/86 General de Sanidad impuso la consideración conceptual de la Atención Primaria “como base del Sistema Nacional de Salud”, situando las Áreas de Salud como “eje de los Servicios Autonómicos de Salud”, con diferenciación de su Gestión mediante asignación de presupuestos y estructuras gestoras específicas. Estableció formalmente en su artículo 12 a la APS como: “El nivel básico e inicial de atención, puerta de entrada al sistema sanitario; orientada hacia la promoción de la Salud y a la participación de la Comunidad”. Esta atención garantizaba la globalidad y continuidad de la asistencia a lo largo de la vida del paciente, actuando el Médico de Familia como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos, realizando una atención integral de la persona, continua, en equipo, dirigida a la Familia y a la Comunidad.

#### **1.2.2. Comisión Nacional: Primer Programa oficial. Criterios de Acreditación y Auditorías Docentes**

La nueva estructura habilitada por el Real Decreto 137/84, permitió la creación de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, independientes del ámbito hospitalario, permitiendo el cumplimiento del Programa Docente de la Especialidad y ubicando a sus residentes en el ámbito de la Atención Primaria. En julio de 1984 asumió la presidencia de la Comisión Nacional Amando Martín Zurro (Tablas 18 y 19), secretario del primer Consejo Nacional de Especialidades Médicas, y que junto a Luis de la Revilla y Ahumada, lideraron un cambio de orientación “con una metodología de trabajo más consensuada” en la nueva Comisión Nacional, como quisieron reflejar en su Acta constitucional.

Destacar, respecto al plano organizativo, que en la nueva Comisión Nacional entraron a tener representatividad los residentes, con dos vocales, en detrimento del Consejo General de Colegios Médicos, que solo mantuvo un vocal; y la recién constituida sociedad científica semFYC, con dos vocales, en sustitución de la SEMER.

La segunda Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria llevó a cabo:

1º. El Primer Programa Oficial de la Especialidad (revisión del anterior Programa Formativo no oficial), aprobado en Marzo de 1986 por el recién creado Consejo Nacional de Especialidades Médicas (posteriormente Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud), junto a los Programas de las demás especialidades. Este Programa definió el perfil profesional del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, estableciendo tres Áreas Docentes: Área Clínica; Área en Medicina Familiar; Área en Medicina Comunitaria. Clasificadas por año de residencia y lugar de aprendizaje, determinando como debía ser la Estructura Docente que permitiera impartir el Programa, y cuyos objetivos quedaban a expensas del servicio docente acreditado.

2º. La elaboración de nuevos Criterios de Acreditación y Reacreditación de las Unidades Docentes, Instituciones Docentes y Centros de Salud (Anexo I/11), que estuvieron vigentes hasta el año 1996. Realizados en base a requisitos mínimos de recursos materiales y humanos, limitando una actividad asistencial que garantizase el cumplimiento de las rotaciones, actividades docentes planificadas y aspectos organizativos del centro. Destacar que, en aplicación de estos requisitos, los miembros de la Comisión Nacional realizaron el esfuerzo de reacreditar, visitando personalmente, los 100 Centros de Salud y 66 Instituciones Hospitalarias Docentes acreditadas hasta ese momento.

3º. La implantación de herramientas de control del proceso formativo, con el objetivo de mejorar la calidad docente, introducidas en 1985:

- El Protocolo de Auditorias Docentes Estructuradas, con el apoyo de de la Subdirección de Ordenación Funcional (Subdirección de Ordenación Profesional posteriormente).
- La Memoria Anual de las Unidades Docentes (en formato papel), primer Sistema de Información Docente; permitió interrelacionar la Comisión Nacional con las Unidades Docentes, además de la realización del primer censo de Unidades Docentes y residentes de la Especialidad.

**TABLA 18 - COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, DESDE 27/07/1984 HASTA 27/11/1987**

<b>Presidente: Vocal del Ministerio de Sanidad</b>	- Amando Martín Zurro, del 27/07/1984 al 27/11/1987
<b>Secretario: Vocal de Residentes</b>	- Luis Romero Amich, del 27/07/1984 al 20/04/1986 - Fernando López Verde, del 20/04/1986 al 27/11/1987
<b>Vocal del Ministerio de Sanidad</b>	- Rosa Esquizabel, del 27/07/1984 al 27/11/1987
<b>Vocal del Ministerio de Sanidad</b>	- Luis de la Revilla y Ahumada, del 27/07/1984 al 27/11/1987
<b>Vocal del Ministerio de Educación</b>	- Angel Otero Puime, del 27/07/1984 al 27/11/1987
<b>Vocal del Ministerio de Educación</b>	- Claudio Cid de la Rivera, del 27/07/1984 al 27/11/1987
<b>Consejo General de Colegios de Médicos</b>	- José Maria Segovia de Arana, del 27/07/1984 al 7/11/1987
<b>Vocales de las Sociedades Científicas</b>	- Carlos Martín Cantero, del 27/07/1984 al 27/11/1987
	- Luis Andrés López Fernández (semFYC), del 27/07/1984 al 20/04/1986
	- José Manuel Moreno (semFYC), del 20/04/1986 al 27/11/1987
<b>Vocal de Residentes</b>	- Maria Angeles Plaza García, del 27/07/1984 al 20/04/1986 - José Antonio Martín Cuesta, del 20/04/1986 al 27/11/1987

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Elaboración: Propia.*

Corresponde a este periodo la inclusión de los contenidos clínicos docentes referentes a la Toxicología y a la Especialidad de Geriátrica, además de la potenciación de los propios de la Especialidad de Pediatría.

La Comisión Nacional durante este periodo, reclamó: “El carácter exclusivo de su Especialidad”; reflejando en sus Actas el posicionamiento que tomaba ante el Ministerio de Sanidad, respecto al rechazo frontal de los procesos de Homologación del título de Especialista que se estaban llevando a cabo desde las autonomías (significó 15.000 títulos otorgados en 4 años), y declarando su política de rechazar los cambios de especialidad y la convalidación de periodos formativos entre especialidades.

**TABLA 19 - COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, DESDE 27/11/1987 HASTA 27/04/1990**

<b>Presidente: Vocal del Ministerio de Sanidad</b>	- Luis de la Revilla, del 27/11/1987 a 27/04/1990
<b>Secretario: Vocal de Residentes</b>	- Alberto Alonso Babarro, del 27/11/1987 a 27/04/1990
<b>Vocal del Ministerio de Sanidad</b>	- Juan Carlos Abanades, del 27/11/1987 a 27/04/1990
<b>Vocal del Ministerio de Sanidad</b>	- Esteban de Manuel Kenoy, del 27/11/1987 a 27/04/1990
<b>Vocal del Ministerio de Educación</b>	- Angel Otero Puime, Coordinador Provincial de Madrid, del 27/11/1987 al 27/04/1990
<b>Consejo General de Colegios de Médicos</b>	- José María Bertrán i Soler, del 27/11/1987 a 27/04/1990
<b>Vocales de las Sociedades Científicas</b>	- Ramón Vilatino Pujal (semFYC), del 27/11/1987 al 27/04/1990
	- José María Moreno i Marín (semFYC), del 27/11/1987 al 27/04/1990
<b>Vocal de Residentes</b>	- Rafael Montero Riuz, del 27/11/1987 al 27/04/1990

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Elaboración: Propia.*

### **1.2.3. Homologación y examen MIR**

En 1984, a petición del Ministerio de Sanidad y como órgano consultivo del mismo, se llevó a cabo, desde la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, el documento “*Análisis de la necesidad anual de formación de Médicos de Familia*”, que siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud “sobre adecuación del número de especialistas a las necesidades reales del sistema, en la habilitación del modelo de Sistema Nacional de Salud”, fijaron en 474 residentes de familia anuales las necesidades del sistema público de salud español para el periodo 1984 - 1994 (Anexo I/12).

Respecto a la manera de repartir estas plazas MIR, para garantizar el correcto desarrollo del Programa formativo, con unas Unidades Docentes equilibradas respecto a número de residentes y posibilidades formativas, la Comisión Nacional propuso en dicho documento una convocatoria anual inicial entorno a las 400 plazas, procediendo al aumento progresivo de las mismas, en sucesivas convocatorias, hasta alcanzar las 474 recomendadas.

Pero varias circunstancias interfirieron en el cumplimiento de estas recomendaciones, e influyeron en la decisión final del Ministerio de Sanidad:

1º. Las Comunidades Autónomas con competencias transferidas en materia sanitaria, exigieron al Ministerio de Sanidad la ampliación de las plazas MIR, alegando carencia de Médicos de Familia para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud en sus Comunidades<sup>1</sup>. El Consejo Nacional de Especialidades Médicas, se vio presionado a estudiar la creación de cupos autonómicos de plazas MIR, ajenos a las posibilidades reales que ofrecían las Unidades Docentes en cada autonomía<sup>2</sup>. En este contexto, en Junio de 1987, la Comisión Nacional se vio forzada a acelerar la acreditación de Centros de Salud y a aumentar la capacidad formativa de sus Unidades Docentes ya acreditadas, ampliando el Ministerio de Sanidad ese mismo año la oferta de plazas MIR de Medicina de Familia hasta 686, un 30% más de la capacidad real de su estructura docente. No obstante, con esta medida se ganó algún terreno en la batalla de la homologación, al ampliar el número de médicos especialistas vía MIR que accedían al mercado laboral, pero en detrimento de la calidad formativa de las Unidades Docentes (Anexo IV, Entrevista 1).

2º. Hubo la decisión política de perpetuar la homologación extraordinaria del título de especialista en Medicina de Familia a los facultativos licenciados con anterioridad a la implantación de la vía MIR, mediante el Real Decreto 127/84, sobre la Obtención del Título de Especialista, que establecía un "Curso de Perfeccionamiento" y un "Examen de Especialistas", por vía extraordinaria ajena al MIR, para la consecución del "Certificado de Médico Especialista Diplomado" (la denominación vuelve a ser diferente a la oficial de "Medicina Familiar y Comunitaria"). Dicho Real Decreto dejaba a discreción de las Comunidades Autónomas, y bajo supervisión de sus Comisiones Autonómicas Reguladoras, la homologación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

3º. La Directiva Europea 457/86 y 264/89, sobre Formación Postgraduada Básica en Atención Primaria (normativa CEE que exigía un mínimo 2 años de especialización postgraduada para ejercer la medicina en el ámbito público), forzó a la Administración a elaborar el Real Decreto 264/1989, sobre Homologación de Médicos Generales, con 5 años de ejercicio; posibilitando así la convalidación de la Especialidad también a los médicos generalistas que ya estaban ejerciendo en los Equipos de Atención Primaria, aún iniciada su actividad laboral después de haberse implantado la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria vía MIR.

En las Actas de la Comisión Nacional del año 1985, también quedó reflejado el intento de establecer otra vía paralela de homologación del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, desde la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, que solicitó al Ministerio de Sanidad “la equiparación al Personal Docente Universitario de sus Estudios de Doctorado con la obtención del título de especialista en Medicina de Familia”.

La andadura de este periodo de la Comisión Nacional finalizó en Abril del año 1989, con la resolución de dos líneas de trabajo:

- Ampliación del Documento de Acreditación de Unidades Docentes.
- Modificación del Programa de la Especialidad (tercer programa escrito, no aprobado oficialmente), en adaptación de su estructura docente al Real Decreto sobre Especialidades Médicas, y para incorporar los aspectos clínicos de los Programas de Salud Comunitarios (PAPPS), que se estaban desarrollando en Atención Primaria, a los contenidos docentes de la Especialidad.

### **1.3. TERCERA COMISIÓN NACIONAL (1990 A 1996)**

#### **1.3.1. Marco económico, jurídico y social, de la tercera Comisión Nacional**

Respecto a los acontecimientos que se desarrollaron paralelamente a la nueva Comisión Nacional, y que tuvieron influencia en la formación en Medicina de Familia, señalar a nivel institucional que en Junio de 1991, ante la progresión incesante del gasto sanitario y por petición del Congreso, se publicó el Informe de la “Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud” (Informe “Abril Martorell”)<sup>3</sup>. En este Informe, la subcomisión correspondiente a Personal Sanitario Asistencial (necesidades y formación) y la subcomisión de Asistencia Primaria, apoyaron potenciar la formación postgraduada vía MIR y denunciaron el desequilibrio presupuestario de los Servicios de Atención Primaria respecto a los Hospitalarios. También afectó a la estructura docente en Medicina de Familia la elaboración por el Ministerio de Sanidad del Real Decreto 1573/93, que reguló la libre elección de médico en los Servicios de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud, e incluyó medidas para la adecuación de cupos máximos de población por facultativo. También se aprobó en este periodo la Orden Ministerial 30/06/1995, sobre Comisiones Locales de Docencia, que amplió el reconocimiento de la figura del Coordinador de Unidad Docente.

### **1.3.2. Comisión Nacional: Revisión del Programa formativo; Libro del residente; implantación de las Jornadas de Coordinadores; revisión de los Criterios de Acreditación; elaboración de la Memoria normalizada de Unidad Docente**

Fueron presidentes de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria en este periodo, José María Moreno i Marín, en primer lugar, y Tomás Gómez Gascón, posteriormente (Tablas 20 y 21). Según recogen las Actas de este intervalo “los objetivos se centrarán en aumentar la calidad formativa, buscando mecanismos de garantía de calidad docente”, y para comenzar esta labor se planteó la revisión del Programa de la Especialidad en 1990 (Anexo IV, Entrevista 1). En el primer año de la nueva Comisión Nacional se elaboró el “Libro de Evaluación del Especialista en Formación”<sup>4</sup>, popularmente denominado “libro amarillo del residente”, que significó el primer libro curricular o guía de residentes aprobado por el Ministerio de Sanidad en España, sobre el modelo básico recomendado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Mediante esta herramienta docente, se facilitaba la comprensión de las habilidades que un residente de Medicina Familiar y Comunitaria debía adquirir a lo largo de las diversas rotaciones de su especialización, estableciendo en tablas de fácil manejo, los objetivos de la rotación y las actividades necesarias a realizar para alcanzarlos, recogiendo las áreas de actividad asistencial, docente y formativa, así como las actividades complementarias (comunicaciones, publicaciones, etc) exigidas en el Programa Oficial de la Especialidad. También se fijó el cupo de guardias mensuales a realizar por el residente de familia, para superar el conflicto existente entre dedicación a la formación y cumplimiento de su labor asistencial (Anexo IV, Entrevista 1).

En Abril de 1993, a petición de la Comisión Nacional de la Especialidad, se celebraron en el Ministerio de Sanidad las primeras “Jornadas de Coordinadores o de Docencia”, como “foro de debate de la Comisión Nacional con las Unidades Docentes”. Su importancia radicó en:

1º. En ellas se presentó la revisión o “Programa actualizado de la Especialidad” (borrador del 2º Programa Oficial de la Especialidad, pendiente de aprobación) y la revisión de los Requisitos de Acreditación de Unidades Docentes, Centros de Salud, Centros Hospitalarios y Tutores, para la aplicación del nuevo Programa<sup>5</sup>. Estos requisitos hacían especial hincapié en la dotación estructural de los centros, fijaban los mecanismos de acreditación de Tutores y establecían parámetros límite de presión asistencial, relacionándola ya con la calidad de la docencia impartida.

2º. Se habilitaron en estas primeras Jornadas líneas y grupos de trabajo, integrados por coordinadores, técnicos de salud, tutores y miembros de la Comisión Nacional. Iniciándose el trabajo de campo con las líneas sobre Evaluación Docente y sobre Reforma del pregrado.



3º. Respecto a los Sistemas de Información, se presentó en las Jornadas el nuevo modelo de “Memoria Normalizada de Unidad Docente”, en formato papel, más exhaustivo, verificando dotación de recursos humanos y materiales, permitiendo un censo efectivo de Unidades y residentes, pidiendo la opinión de los Coordinadores en la detección de fallos en la estructura docente, y que perseguía una comunicación más fluida de las Unidades Docentes con la Comisión Nacional de la Especialidad.

Las Jornadas de Docencia fueron convocadas en adelante con carácter anual por el Ministerio de Sanidad. En las III Jornadas Anuales de Docencia, en diciembre de 1995, que contaron con representación de 70 Unidades Docentes (el 90% de las existentes), la Comisión Nacional presentó el Libro Curricular del Residente o Libro del Especialista en Formación<sup>6</sup>, que reforzaría el nuevo Programa, pendiente de aprobación, incluyendo hojas de evaluación de la rotación y de evaluación anual, cumpliéndose así lo especificado respecto a evaluación formativa por la Orden Ministerial 22/06/1995, sobre Comisiones Locales de Docencia y Sistemas de Evaluación de los Residentes. También se presentaron la Guía del Coordinador de Unidad Docente y el Manual del Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria (Anexo I/14).

**TABLA 20 - COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, DESDE 27/04/1990 HASTA 30/11/1992**

<b>Presidente: Vocal de Sociedades Científicas</b>	- Josep María Moreno i Marín (semFYC), del 27/04/1990 al 30/11/1992
<b>Secretario: Vocal de Residentes</b>	- Alejandro Tejedor Varillas, del 27/04/1990 al 10/1991 - José Nemesio Villaroel Rodríguez, del 10/1991 al 30/11/1992
<b>Vocales del Ministerio de Sanidad</b>	- Juan Carlos Abanades Herranz, del 27/04/1990 al 30/11/1992
	- Tomás Gómez Gascón, del 27/04/1990 al 30/11/1992
	- María de los Santos Ichaso Hernández, del 27/04/1990 al 30/11/1992
<b>Vocales del Ministerio de Educación</b>	- Luis Andrés López, del 27/04/1990 al 30/11/1992
	- Esteban de Manuel Kenoy, del 27/04/1990 al 30/11/1992
	- Francisco Buitrago Ramírez, del 27/04/1990 al 30/11/1992
<b>Consejo General de Colegios de Médicos</b>	- José María Bertrán i Soler, del 27/04/1990 al 30/11/1992
<b>Sociedades Científicas</b>	- Ramón Vilatino Puyal (semFYC), del 27/04/1990 al 30/11/1992
<b>Vocal de Residentes</b>	- Juan Manuel Mendive Arbeloa, del 27/04/1990 a octubre de 1991
	- Jaime Sellares Sallas, de octubre de 1991 al 30/11/1992

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Elaboración: Propia.*

Señalar que en este periodo hubo un importante desarrollo y potenciación de dos de las Sociedades Científicas relacionadas con el ámbito de la Atención Primaria, semFYC y SEMERGEN, que aumentaron progresivamente su participación y peso relativo en la Comisión Nacional (Tabla 21).

**TABLA 21 - COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, DESDE 30/11/1992 HASTA 01/02/1996**

<b>Presidente: Vocal del Ministerio de Sanidad</b>	- Tomás Gómez Gascón, del 30/11/1992 al 01/02/1996
<b>Secretario: Vocal de Residentes</b>	- Francisco Javier Montero Luque, del 30/11/1992 a Abril de 1994 Dña. Ana Isabel Ariza Chana, de Abril de 1994 al 01/02/1996
<b>Vocales del Ministerio de Sanidad</b>	- Juan Antonio Salcedo Mata, del 30/11/1992 al 01/02/1996  - Felipe Chavida García (presidente SEMERGEN), del 30/11/1992 al 01/02/1996
<b>Vocal del Ministerio de Educación</b>	- José Saura Llamas, del 30/11/1992 al 01/02/1996
<b>Vocal del Consejo General de Colegios de Médicos</b>	- José María Bertrán i Soler, del 30/11/1992 al 01/02/1996
<b>Vocal de Sociedades Científicas</b>	- Josep María Cots Yago (semFYC), del 09/1993 al 01/02/1996 - Juan José Rodríguez Salvador (semFYC), de Septiembre 1993 al 01/02/1996
<b>Vocal de Residentes</b>	- Jaime Benavent Areu, del 30/11/1992 a Abril de 1994 - José Miguel Baena Díez, de Abril de 1994 al 01/02/1996

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Elaboración: Propia.*

### **1.3.3. Homologación y examen MIR**

En este periodo de la Comisión Nacional entró en vigor la aplicación de la Directiva Europea 86/457/CEE, que exigía una formación postgraduada, a partir de 1995, de al menos 2 años, previa al ejercicio de la Medicina en la Unión Europea. El Ministerio de Sanidad, reguló en su conformidad los derechos adquiridos por los Licenciados en Medicina y Cirugía con anterioridad al 1 de enero de 1995, mediante elaboración del Real Decreto 264/1989, sobre Homologación de Médicos Generales, para que pudieran ejercer las actividades propias de los médicos generales sin necesidad de recibir la formación específica exigida por dicha Directiva. Por tanto, los Licenciados anteriores a 1995 mantenían el derecho a ejercer las actividades propias de los médicos de medicina general, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, sin Título de Médico especialista, resolviendo así su situación de ilegalidad.

La aplicación de la Directiva Europea 86/457/CEE afectó a un tercer colectivo: los licenciados en Medicina posteriores a 1995. A estos facultativos se les exigía formalmente la especialización para el ejercicio de la profesión médica en el Sistema Nacional de Salud, siendo para ellos el MIR la única vía de acceso a esa formación postgraduada, incorporándose por tanto a la “bolsa histórica” de aspirantes al MIR, generada en la década de 1980<sup>7</sup>. Esta circunstancia, dio lugar en el año 1994 a las protestas estudiantiles en las Facultades de Medicina denominadas “protestas del 6=0”, reclamando una salida profesional al conflicto mediante la habilitación de una doble vía de formación postgraduada en “medicina general” ajena al MIR<sup>8</sup>.

A las exigencias del colectivo que protagonizó las “protestas del 6=0”, se sumaron las quejas de las Comunidades Autónomas, denunciando la incongruente política de recursos humanos del Ministerio de Sanidad, que daba lugar a carencia de médicos de familia vía MIR en los servicios de salud autonómicos mientras existía dicha “bolsa histórica” de paro médico<sup>9</sup>. Este cúmulo de circunstancias, llevaron al Ministerio de Sanidad a plantearle a la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, la necesidad de un “esfuerzo formativo”, que ampliara la convocatoria anual de plazas de familia para el MIR entre los años 1995 y 2000, “tanto como para absorber la “bolsa histórica” de médicos en paro sin especialidad” (Anexo IV, Entrevista 1). La Comisión Nacional entonces, elaboró una propuesta de ampliación progresiva de plazas (Anexo I/13), que mantuviera un equilibrio entre posibilidades formativas y cupo de plazas, que se iniciaba teóricamente con una convocatoria de 1.500 plazas de Familia para el MIR del año 1995, aumentando progresivamente hasta 1.900 plazas para el MIR del año 1999.

Finalmente la Subdirección General de Planificación y Desarrollo de Recursos Humanos, ajena a la propuesta de plazas de la Comisión Nacional de la Especialidad, convocó para la prueba MIR de 1995 un total de 2.000 plazas para la Especialidad de Familia, habilitando además dos convocatorias separadas con dos cupos distintos de plazas: 1.800 plazas restringidas para los nuevos licenciados, con reserva de puntuación y sin exigencia de mínimos, y 200 plazas para los licenciados pre95. La Comisión Nacional se vio forzada a aceptar dicha convocatoria, ante el riesgo de que se iniciara una “doble vía de especialización en medicina general”, en paralelo a la Especialidad de Familia vía MIR (Entrevista 1). Esto significó aumentar en 2 años un 40% la tasa por 100.000 habitantes de plazas acreditadas para la formación en Medicina de Familia, acreditando 120 Centros de Salud para poder ubicar dichas plazas.

Paralelamente al aumento de las plazas en el MIR, se aplicaron “números clausus” en las Facultades de Medicina, con el objeto de disminuir cada año un 3% el número de plazas ofertadas en el pregrado, hasta ajustarlas con el número de licenciados anuales que la oferta laboral del Sistema Nacional de Salud podía absorber<sup>10</sup>.

La Comisión Nacional manifestó su malestar por el desprestigio que significó para la Especialidad ser segregada del resto de especialidades en la prueba MIR, y el apuro respecto a calidad formativa que suponía el aumento de plazas para la estructura docente en Medicina Familiar y Comunitaria<sup>11</sup>. Los aspectos positivos de la ampliación forzada de plazas, quedaron recogidos en la Circular del Ministerio de Sanidad 1/96, de Regulación de las Unidades Docentes, estableciendo el compromiso de la administración pública de contratar preferentemente médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en los Centros de Salud docentes, (“allí donde fuera necesario la acreditación de Tutores para los residentes”), y de dotar en infraestructura (retribuciones, recursos humanos y materiales) a las Unidades Docentes de Medicina familiar y Comunitaria, para poder soportar así la nueva carga de residentes. Las promesas económicas ministeriales se materializaron parcialmente en las Unidades Docentes del territorio INSALUD, pero lo respectivo a la contratación dependía de las Consejerías de Salud autonómicas y nunca se hizo efectiva (Anexo IV, Entrevista 1), limitándose los cambios en recursos humanos a la flexibilización de la movilidad de residentes, facilitando el “encaje” del mapa docente global.

Respecto a los procesos de homologación, que previamente se venían realizando, la Comisión Nacional recoge en sus Actas “que se llevó a cabo en este periodo un estrecho seguimiento de los Cursos Autonómicos de Perfeccionamiento”, para la obtención del título de especialista en Medicina de Familia por la vía extraordinaria.

### **1.4. CUARTA COMISIÓN NACIONAL (1996 A 2003)**

#### **1.4.1. Comisión Nacional: Segundo Programa Oficial, Libro del Especialista en Formación, Sistemas de Evaluación, Jornadas de Docencia, Memorias Informatizadas de las Unidades Docentes, Unidades Asociadas para la Docencia, entrada en el Pregrado**

Presidieron la cuarta Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria Juan José Rodríguez Salvador, inicialmente, y Tomás Gómez Gascón, en una segunda etapa, y formaron parte de la misma reconocidos Médicos de Familia pertenecientes a la estructura docente de la Especialidad: Salvador Pita, Verónica Casado, Antonio Monreal, José Saura, José María Cots, Sebastián Calero, Carmen Fuertes,... (Tabla 22 y 23). Tres años después del borrador presentado en las primeras Jornadas de Docencia, fue aprobado en Abril de 1996 el 2º Programa Formativo Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (cuarto Programa escrito y segundo Programa aprobado oficialmente), por Resolución de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia. Este Programa significó la aplicación de nuevas metodologías docentes en la formación postgraduada, planteando el aprendizaje en base a tareas; delimitando objetivos docentes; valorando conocimientos, habilidades y actitudes. Estableció mecanismos de garantía de calidad de todo el proceso formativo, insistiendo en la evaluación de docentes y discentes, y revisando más estrictamente la acreditación de Tutores y Centros de Salud.

El nuevo Programa dividía en tres las Áreas Docentes:

- Atención clínica integral (biopsicosocial) del Individuo
- Atención a la Familia
- Atención a la Comunidad

Delimitó en cada rotación las tareas incluidas para cada área, lugar de aprendizaje y duración de periodos formativos. Integró las actividades de fomento y protección de la Salud, utilización eficaz de recursos, trabajo en equipos multidisciplinares, actividades docentes y de investigación en el seno de los Equipos de Atención Primaria, persiguiendo la utilización del método científico por el residente en la adquisición de la competencia profesional.

**TABLA 22 - COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, DESDE 01/02/1996 HASTA 22/03/1999**

<b>Presidente: Vocal Societ Científica semFYC</b>	- Juan José Rodríguez Salvador, del 01/02/1996 al 22/03/1999
<b>Secretario: Vocal de Residentes</b>	- Rosario Martínez Castillo, del 01/02/1996 al 22/03/1999
<b>Vocales del Ministerio de Sanidad</b>	- Juan Antonio Salcedo Mata, del 01/02/1996 al 20/04/1997
	- Antonio Monreal Híjar, del 20/04/1997 al 22/03/1999
	- Tomás Gómez Gascón, del 01/02/1996 al 22/03/1999
	- Felipe Chavida García (presidente SEMERGEN), del 01/02/1996 al 22/03/1999
<b>Vocales del Ministerio de Educación</b>	- María Ángeles Ortiz Camúñez, , del 01/02/1996 al 22/03/1999
	- José Saura Llamas, del 01/02/1996 al 22/03/1999
	- Angel Otero Puime, del 20/12/1996 al 22/03/1999
<b>Consejo Nacional de Colegios de Médicos</b>	- Giorgio Atella Gil, del 01/02/1996 al 22/03/1999
<b>Vocal de las Sociedades Científicas</b>	- Josep María Cots Yago (semFYC), del 20/09/1996 al 20/04/1998
	- Sebastián Calero Muñoz, del 20/04/1998 al 22/03/1999
<b>Vocal de Residentes</b>	- Margarita Valero Sánchez, del 01/02/1996 al 22/03/1999

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Elaboración: Propia.*

**TABLA 23 - COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, DESDE 22/03/1999 HASTA 24/09/2003**

<b>Presidente: Vocal del Ministerio de Sanidad</b>	- Tomás Gómez Gascón, del 22/03/1999 al 24/09/2003
<b>Secretario: Vocal del Ministerio de Sanidad</b>	- Antonio Monreal Híjar, del 22/03/1999 al 12/12/2001 - Carmen Fuertes Goñi, del 12/12/2001 al 24/09/2003
<b>Vocal del Ministerio de Sanidad</b>	- Verónica Casado Vicente, del 22/03/1999 al 24/09/2003
<b>Vocales del Ministerio de Educación</b>	- María Ángeles Ortiz Camúñez, del 22/03/1999 al 24/09/2003
	- Antonio Cabrera de León, del 22/03/1999 al 24/09/2003
	- Salvador Pita Fernández, del 22/03/1999 al 24/09/2003
<b>Consejo Nacional de Colegios de Médicos</b>	- Giorgio Atella Gil desde Febrero de 1996, del 22/03/1999 al 24/09/2003
<b>Vocales de las Sociedades Científicas</b>	- Sebastián Calero Muñoz (semFYC), del 22/03/1999 al 24/09/2003
	- José Antonio Martínez Pérez (SEMERGEN), del 22/03/1999 al 24/09/2003
<b>Vocales de Residentes</b>	- Manuel Martín Fernández, del 22/03/1999 al 10/05/2001
	- Anabel Ramos, del 10/05/2001 al 24/09/2003
	- Fernando Torrequebrada Abella, del 22/03/1999 al 10/05/2001 - M <sup>a</sup> José Luque Hernández, del 10/05/2001 al 24/09/2003

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Elaboración: Propia.*

Otro aspecto que actualizó la Cuarta Comisión Nacional, fue el desarrollo de los sistemas de evaluación en el postgrado, considerándolo elemento imprescindible de mejora para el desarrollo de los Programas Formativos de especialización médica<sup>12,13</sup>. Así revisó: la situación ante la evaluación negativa del residente; composición del comité de evaluación; instrumentos de evaluación (libro del Especialista en formación); evaluación del Programa y de la estructura docente; prueba final de evaluación.

Señalar respecto al desarrollo de la evaluación sumativa, el revés sufrido en 1999, cuando la Comisión Nacional de la Especialidad habilitó un sistema de evaluación final voluntaria a los residentes de tercer año calificados de excelentes, mediante una prueba de evaluación de la competencia basada en 25 estaciones prácticas, proponiendo además al Consejo Nacional de Especialidades Médicas que dicha prueba de evaluación se hiciera extensible al resto de especialidades. Esta prueba representó el resumen de una esforzada línea de trabajo con las Unidades Docentes de varios años de evolución, y se frustró por falta de consenso y participación en el seno de la estructura docente, ya que se recibieron tan solo actas de los Comités de Evaluación del 25% de

las Unidades Docentes, concluyendo la Comisión Nacional que el proceso habilitado no reunía unas mínimas garantías técnicas que aseguraran la rigurosidad ni la homogeneidad, abandonándose hasta nuestros días la idea de la evaluación sumativa al término de la especialización (Anexo IV, Entrevista 1).

En las IV Jornadas Anuales de Docencia (año 1997), se incorporan como colaboradores la revista Atención Primaria y Gaceta de la semFYC. Las V Jornadas de Coordinadores se centraron en el desarrollo de los canales de información, concretándose más adelante la propuesta de los grupos de trabajo habilitados en dichas Jornadas, en la solicitud desde la Comisión Nacional de la Especialidad a la Subdirección de Formación Sanitaria del Ministerio de Sanidad, de la habilitación de una "Hoja Web", que permitiera informatizar las Memorias Normalizadas de las Unidades Docentes. Este proyecto, iniciado en la Unidad Docente de Zaragoza<sup>14</sup>, tenía por objeto permitir el flujo bidireccional de la información recogida en los Sistemas de Información Docente, entre Comisión Nacional y Unidades Docentes. También perseguía facilitar la cumplimentación de las Memorias y la explotación de los datos recogidos, para poder realizar un seguimiento actualizado de la implementación del nuevo Programa Oficial de la Especialidad. Los resultados del nuevo formato de Memoria de Unidad Docente se materializaron en Mayo del 2002, con la publicación en Tribuna Docente del Informe de Memorias de las Unidades Docentes 1999/2001, mediante el que se actualizó el censo efectivo de la estructura docente en Medicina de Familia<sup>15,16</sup>. En las VI Jornadas de Coordinadores, de 1998, se establecieron los siguientes grupos de trabajo: Evaluación (Anexo I/15); Memorias; Acreditación de Tutores; Perfil de Coordinadores; Contenido del Programa Docente; Programa de 4 años: Nuevos contenidos; Perfil y Tareas de los Técnicos de Salud; Programa de Calidad; Adecuación Curricular y Perfil Profesional; Recursos de las Unidades Docentes. Más adelante, ganaron fuerza las líneas de trabajo entorno a la investigación en Equipos de Atención Primaria y la Formación de Tutores<sup>17</sup>.

En Abril del 2001 se celebraron las primeras Jornadas de Tribuna Docente, nuevo foro anual de encuentro de la Comisión Nacional con los Coordinadores de la estructura docente, miembros del Consejo Nacional de Especialidades y representantes de la sociedad científica semFYC.

Como novedad en este periodo, señalar el desarrollo en la Comunidad Autónoma de Madrid de un proyecto de Acreditación de "Unidades Asociadas para la Docencia" externas al Centro de Salud, que se comenzó con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y la acreditación para la docencia de la Escuela de Sanidad Militar (Hospital Militar Gómez Ulla). Otros acontecimientos importantes de este periodo fueron la solicitud al Consejo de Especialidades Médicas de la ampliación a 4 años del Programa de la Especialidad<sup>18</sup>, así como el rechazo a la creación del Área de Capacitación Específica de Emergencias y Catástrofes.

### **1.4.2. Homologación y examen MIR**

Respecto a la lucha institucional sobre los procesos de homologación de títulos de especialista, desde la Comisión Nacional para este periodo, señalar:

- Las reuniones mantenidas con el Subsecretario de Sanidad exigiendo la vuelta a la convocatoria única de MIR.
- La exigencia del cumplimiento de la circular del Ministerio de Sanidad 1/96 sobre "Regulación de las Unidades Docentes en la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria", en cuanto a dotación de infraestructuras de las Unidades Docentes por parte de las Consejerías Autonómicas de Salud, para financiación del aumento de plazas MIR asignadas a las Unidades Docentes.
- Solicitud de la modificación de la Orden Ministerial 22/06/95, sobre nombramiento de Coordinador de Unidad Docente, proponiendo que pasara a depender de la Comisión Asesora correspondiente la propuesta de cese y nombramiento de Coordinador, dada la problemática de los nombramientos y ceses "técnicos" desde las Gerencias de Área por motivos políticos ajenos a la docencia.

Otros acontecimientos de este periodo de la Comisión Nacional fueron:

- La puesta en marcha del Sistema de Auditorías Docentes
- La creación de la figura del Coordinador Autonómico
- La aparición de normativas autonómicas sobre el funcionamiento de las Unidades Docentes: Cataluña en 1999 y Andalucía en 2001

Respecto al examen MIR, para manejar la ampliación del número de plazas de Medicina de Familia ofertadas por el Ministerio de Sanidad en las convocatorias MIR entre los años 1996 y 2000, la Comisión Nacional continuó para este periodo con la acelerada acreditación de centros para la docencia: 2 Unidades Docentes, 3 Hospitales y 179 Centros de Salud. Del análisis de los documentos archivados en el Registro de Entrada de la Comisión Nacional del quinquenio 1995-2000, se observa el apuro formativo y económico que implicó en la estructura docente de Medicina de Familia el "esfuerzo formativo" de la ampliación de plazas MIR, manifestando repetidamente las Unidades Docentes la escasez de centros aptos para la docencia de los que disponían, siendo la presión asistencial en los Centros de Salud de su Área, el principal factor limitante en la acreditación<sup>19</sup>. Este incidente fue crítico con la resolución del concurso de traslado a nivel nacional del año 1997, que desplazó a un gran número de Tutores acreditados fuera de los Centros de Salud docentes, comprometiendo la capacidad formativa de las Unidades Docentes al disminuir el número de posibles Tutores acreditables.

Paralelamente, en este periodo, el grupo de Salud del Consejo de Universidades continuó aplicando la reducción de oferta de plazas en el pregrado o "numerus clausus", con una reducción del 12% para el año 1998.



Respecto a las convocatorias restringidas del examen MIR para Medicina de Familia, celebradas entre los años 1995 y 2000, se constató que el 30% de las plazas reservadas para post95 eran objeto de renuncia y que la puntuación necesaria para obtener plaza descendía críticamente respecto a convocatorias anteriores. Para paliar esta tendencia, la Comisión Nacional de la Especialidad propuso al Ministerio de Sanidad reducir a 1.800 plazas de Familia la oferta MIR correspondiente al año 1996, además de exigir una puntuación mínima para obtener la calificación de aprobado (Anexo I/16). El Ministerio de Sanidad se mantuvo ajeno a esta solicitud, hasta el año 2001, en que la Comisión Nacional exigió en firme regresar a la convocatoria única de MIR, manifestando su voluntad de dimitir en bloque si no se cumplían sus exigencias (Anexo I/17). En la convocatoria MIR del año 2001, el Ministerio de Sanidad decidió regresar a la convocatoria única con 5.200 plazas totales de formación postgraduada, y tras recoger el consenso de semFYC, Organización Médica Colegial, Comisión Nacional de la Especialidad y Coordinadores de las Unidades Docentes, sobre posibilidades formativas y necesidades futuras de Médicos de Familia, ofertó 1.703 plazas de Medicina de Familia, planteando una reducción progresiva anual del 5% de las plazas hasta el año 2003.

### **HOMOLOGACIÓN DEFINITIVA**

A la publicación del Real Decreto 127/1984, sobre Homologación del título de especialista en Medicina de Familia, le siguió una diáspora de criterios autonómicos en su aplicación<sup>20</sup>. Por este motivo, la Comisión Nacional estableció de acuerdo con el Ministerio de Sanidad, una Comisión Mixta de seguimiento de dichos procesos de homologación autonómicos, insistiendo en el cumplimiento de los baremos en la provisión de plazas y procurando la denominación única de las plazas de Atención Primaria.

En el año 1997 el Consejo Interterritorial estableció una serie de acuerdos en relación a la normalización de la Medicina de Familia en España, aprobando los Criterios para la Homologación de Títulos, fijando los años y periodos de ejercicio necesarios para los aspirantes, la formación complementaria requerida y la elaboración de una prueba de capacitación encargada a la Comisión Nacional y Sociedades Científicas supervisada por Comités Coordinadores Autonómicos. Estos acuerdos se materializaron contra el carácter único y excepcional del RD 264/1989, en el RD 1753/1998, sobre el Ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud, por el que se regulaba la vía extraordinaria de obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, permitiendo la homologación a cualquier licenciado pre95 con cinco años de experiencia profesional, que cursara cursos formativos acreditados de 300 horas de duración y superara la prueba práctica establecida anualmente por el Ministerio de Sanidad. Sobre el objetivo de la consecución de la prueba práctica anual de capacitación de homologación de títulos se configuraron las pruebas de Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECOÉ, Anexo I/18), iniciadas en 1999 y cuya finalización estaba prevista para el año 2008.

La ECOE significó el desarrollo de una nueva cultura evaluadora en la formación de postgrado en Medicina, sobre medición de la competencia, un compendio de conocimientos, habilidades y actitudes, basada en el manejo y resolución de situaciones. Las pruebas ECOE se diseñaron como un circuito de estaciones o situaciones por las que los aspirantes a la homologación rotaban de forma consecutiva, resolviendo casos clínicos de contenido práctico, ajustados al perfil profesional del médico de familia que contemplaba el Programa de la Especialidad. Para este circuito de estaciones se llevaban a cabo entrevistas con pacientes estandarizados; entre los criterios evaluativos se puntuaban las habilidades clínicas básicas (anamnesis y exploración física), habilidades de comunicación, aspectos éticos en la práctica clínica, habilidades diagnósticas y terapéuticas. También se crearon situaciones para desarrollo del abordaje familiar y comunitario, así como valoración del conocimiento en actividades preventivas. La perfección de la ECOE de Medicina de Familia sirvió de modelo al Consejo Nacional de Especialidades para la elaboración del examen de homologación de otras Especialidades, realizándose la 1ª ECOE de MESTOS en Julio del 2001 para 8 especialidades y 12.094 examinados, con un 80% de aprobados. Posteriormente, la prueba fue regulada mediante Resolución de la Secretaría de Estado de Educación y Universidades (BOE 01/2002 página 1612), sobre las características comunes de las Pruebas de Homologación, en desarrollo del Art. 3 del RD 1753/98.

La Comisión Nacional continuó exigiendo en este periodo, la unificación de la denominación del colectivo de Atención Primaria, para resolver los conflictos derivados de la falta de homogeneización del mismo. También solicitó al Ministerio de Sanidad la habilitación de un modelo de certificación del ejercicio profesional único para todas las administraciones públicas del Estado. Además, intentó fomentar el reconocimiento de los Sistemas de Acreditación en Atención Primaria, dependientes de las Sociedades científicas semFYC y SEMERGEN, para evitar que paralelamente siguieran realizándose por las Comunidades Autónomas los antiguos "Curso de Perfeccionamiento" para la consecución del "Certificado de Médico Especialista Diplomado" de homologación extraordinaria de la Especialidad.

El Real Decreto 1753/1998 recogía los acuerdos alcanzados en el seno del Consejo Interterritorial, respecto a la concesión de una equivalencia al MIR de 6-8 años de ejercicio profesional, de cara a los baremos autonómicos de provisión de plazas en Atención Primaria. Pero posteriormente, el incumplimiento sistemático por las distintas gerencias de área de estos baremos, fruto de la presión de los sindicatos y sociedades científicas que representaban a los distintos colectivos involucrados, desembocó en la judicialización de las actuaciones respecto a procesos de selección. Desde la Comisión Nacional se protestó también por la contratación en Atención Primaria de Médicos post95 sin MIR, y se discutió el Borrador de Proyecto de Ley del Proceso Extraordinario de Consolidación y Provisión de plazas del personal Interino (OPE), publicado finalmente el 12 de diciembre del año 2001, penalizando la formación MIR en su baremación y provocando que tan solo un mes más tarde de su publicación ya se hubieran interpuesto 20 recursos judiciales contra dicha Ley (Anexo I/19).

En este periodo se inició un nuevo fenómeno de homologación, con la convalidación de títulos de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria a facultativos extranjeros extracomunitarios, procedentes habitualmente de Cuba (62 títulos en el año 2003), dada la semejanza de Programas Formativos.

En Noviembre del año 2002, en el transcurso del XXII Congreso de la semFYC, se presentó el borrador del que sería el 3er Programa Oficial de la Especialidad, y en septiembre del año 2003, se concluye la actividad de la cuarta Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, con la solicitud al Ministerio de Sanidad de la realización del documento "*Informe Jurídico del Ministerio de Sanidad sobre la Responsabilidad Asistencial del Residente*", que preconizaba la futura elaboración del Estatuto del Residente; y con la entrada de la Medicina de Familia en la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), en la voluntad clara de potenciar la inclusión de esta Especialidad en el pregrado.

### **1.5. QUINTA COMISIÓN NACIONAL (2003 A 2008)**

#### **1.5.1. Marco legislativo y Comisión Nacional**

Presidió la renovación de la Comisión Nacional Verónica Casado Vicente (Tabla 25). Tras varios borradores y documentos de consenso, la Comisión Nacional de la Especialidad consiguió la aprobación en Mayo del año 2005, por el Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Ciencia, del 3er Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (3er Programa oficial y 5º escrito)<sup>21</sup>. Documento que se caracterizó por su amplio consenso y participación de la estructura docente, y para cuya elaboración la Comisión Nacional se apoyó sobre dos estructuras: Coordinadores de las Unidades Docentes y semFYC<sup>22</sup>. El nuevo Programa modernizó el perfil profesional del Médico de Familia, adaptándolo a la oferta de servicios de la Atención Primaria, incluyendo los valores profesionales del médico comprometido con la salud de la Comunidad, y asumiendo la pluripotencialidad del especialista en Medicina de Familia, con diversos ámbitos laborales y posibilidades de áreas de capacitación futura<sup>23</sup>. Destacó por la flexibilidad en sus planteamientos, individualizando la formación en base al perfil de cada residente. A nivel de contenidos y metodologías significó:

- Ampliación de la duración de la Especialidad a un tiempo de aprendizaje de 4 años, que garantizase la adquisición de competencias.
- Rotación durante el 50% del tiempo de especialización en el Centro de Salud (incluido el Centro de Salud rural), contemplando estancias formativas electivas del residente de hasta 3 meses.
- El Programa profundizó en las áreas competenciales propias de la Especialidad: atención a la Familia; atención a la Comunidad; metodología formativa y docente; investigación.
- Incluyó como áreas esenciales: la comunicación, la gestión de la atención, el razonamiento clínico y la bioética.

- Amplió la atención al individuo respecto a las conductas de riesgo; la atención a la urgencia / emergencia; cuidados paliativos; abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo (atención al adolescente, al discapacitado, al anciano). Estableció una definición interna de niveles de prioridad y responsabilidad en las diferentes áreas competenciales.
- Respecto al Tutor, exigió en adelante, junto a su condición de especialista, una experiencia mínima de 5 años de ejercicio efectivo, una acreditación mediante comité profesional, su acceso a la carrera profesional y el sometimiento a procesos de reacreditación que garantizaran el mantenimiento de las competencias.

El nuevo Programa demostró ser un moderno referente en metodología formativa de postgrado médico en España, integrado en la troncalidad definida por la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), delimitando contenidos generales comunes a todas las especialidades, contenidos transversales comunes a especialidades del mismo tronco y contenidos específicos de la Medicina de Familia. Además, asumió la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, puesto que ya recogía el catálogo de servicios de Atención Primaria propuesto en la misma<sup>24</sup>.

TABLA 24 - OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA COMISIÓN NACIONAL 2005

**Objetivos de la Comisión Nacional 2005:**

- Mejorar la calidad y cohesión de la docencia postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria en todo el territorio nacional.
- Mejorar la calidad y relevancia de la Medicina Familiar y Comunitaria.
- Potenciar el desarrollo de aspectos específicos de la Medicina Familiar y Comunitaria en relación a la troncalidad y a las áreas de capacitación.

**Líneas estratégicas de la Comisión Nacional 2005:**

1. Implantación del nuevo Programa de la Especialidad:

**SOBRE ESTRUCTURA DOCENTE**

1.1. Adaptación de las plazas ofertadas a las posibilidades formativas y a las necesidades sanitarias.

1.2. Desarrollo e implantación generalizada y homogénea de los criterios de acreditación y reacreditación.

1.3. Desarrollo de un sistema de evaluación de la calidad de la estructura docente: desarrollo y potenciación de Sistemas de Información.

**SOBRE PROCESO DOCENTE**

1.4. Desarrollo de la función docente: potenciar el reconocimiento de la función docente: carrera profesional, reducción de cupos a tutores para facilitar la docencia en la consulta.

1.5. Desarrollo de la tutorización estructurada y continuada: contenidos, metodologías y herramientas (Libro del Residente).

1.6. Desarrollo y mejora de la gestión de la docencia.

**SOBRE RESULTADOS**

1.7. Desarrollo de la evaluación formativa, de la evaluación sumativa final, y de los procesos de homologación.

2. Coordinación con la estructura docente, Consejo Nacional de Especialidades Médicas, y otras Especialidades: desarrollo Sistemas de información y Jornadas anuales de coordinadores.

**TABLA 25 - COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, DESDE 24/09/2003 HASTA 21/12/2008 (RENOVACIÓN PARCIAL EL 29/11/2005)**

<b>Presidente: Vocal del Ministerio de Sanidad</b>	- Verónica Casado Vicente, del 24/09/2003 al 21/12/2008
<b>Secretario: Vocal del Ministerio de Educación</b>	- Carmen Fuertes Goñi, del 24/09/2003 al 29/11/2005 - Francisco José Pablo Cerezuela, del 29/11/2005 al 21/12/2008
<b>Vocales del Ministerio de Sanidad</b>	- Ferrán Cordón Granados, del 24/09/2003 al 21/12/2008 - Maria Teresa Marco García, del 24/09/2003 al 29/11/2005 - Luís Lizán Tudela, del 29/11/2005 al 21/12/2008
<b>Vocales del Ministerio de Educación</b>	- Elisa Medina Ferrer, del 24/09/2003 al 29/11/2005 - Pablo Bonal Pitz, del 29/11/2005 al 21/12/2008 - Salvador Pita Fernández, del 24/09/2003 al 29/11/2005 - Ana de Santiago Nocito, del 29/11/2005 al 21/12/2008
<b>Vocal del Consejo Nacional de Colegios de Médicos</b>	- Francisco Toquero de la Torre, del 24/09/2003 al 29/11/2005 - Pablo Corral Collantes, del 29/11/2005 al 21/12/2008
<b>Vocales de las Sociedades Científicas</b>	- Antonio Monreal Híjar (semFYC), del 24/09/2003 al 02/12/2003 - Epifanio de Serdio Romero (semFYC), del 02/12/2003 al 21/12/2008 - José Antonio Martínez Pérez (SEMERGEN), del 24/09/2003 al 22/02/2005 - José Antonio Noya Mejuto (SEMERGEN), del 22/02/2005 al 29/11/2005 - Dulce Ramírez Puerta (SEMERGEN), del 29/11/2005 al 21/12/2008
<b>Vocales de Residentes</b>	- Pablo Amigo Rodríguez, del 30/06/2004 al 20/12/2006 - David Godoy, del 20/12/2006 al 21/12/2008 - Pablo Baltanás Rubio, del 30/06/2004 al 20/12/2006 - Sandra González, del 20/12/2006 al 21/12/2008

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Elaboración: Propia.*

Paralelo a la aprobación del 3er Programa de la Especialidad, y para facilitar su implementación, en Junio del 2005, por resolución conjunta del Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Ciencia, se establecieron los “Requisitos Generales de Acreditación y Reacreditación de las Unidades Docentes para la formación de Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria”, así como sus Formularios correspondientes. Para velar por el cumplimiento de estos criterios, evaluando centros y servicios con el fin de su acreditación docente, y para dirigir la actividad de Auditorias Docentes que venía desarrollando el Ministerio de Sanidad, se creó también en el año 2005 la Agencia de Evaluación de la Calidad (preconizada en la LOPS). Organismo público que revisó 36 hospitales acreditados para la docencia durante su primer año de funcionamiento.

De acuerdo con el nuevo Programa de la Especialidad, la Comisión Nacional revisó el Libro del Residente, presentando en las Jornadas de Docencia del año 2006 el “Libro del Especialista en Formación: Guía de Portafolio del Residente”. Herramienta docente consistente, en la recopilación de la información que realiza cada residente sobre el proceso de su aprendizaje en las competencias seleccionadas, para cada una de las áreas que define el Programa de especialización, en una didáctica centrada en la consecución del autoaprendizaje. Para su implantación se desarrolló previamente un año de pilotaje en determinadas Unidades Docentes, incorporándose oficialmente en la promoción de residentes de familia del año 2007. La Guía de Portafolio del Residente, como medidor del aprendizaje estructurado y tutorizado del Residente hacia la competencia profesional, también supuso un instrumento de evaluación formativa a disposición del Tutor, como miembro del Comité de Evaluación de la Unidad Docente, sobre el grado de desarrollo y calidad del aprendizaje que se esta impartiendo.

A los 2.900 Tutores y 750 Centros de Salud docentes acreditados hasta el año 2003, la Comisión Nacional añadió en este periodo de cuatro años: 1 Unidad Docente (ACEBA), 90 Centros de Salud y 3 Hospitales. Denegó la acreditación de 29 Centros de Salud, por la alta presión asistencial a la que estaban sometidos, rechazó 2 Centros de Salud por falta de líneas de investigación y 10 por el escaso número de sesiones clínicas que recogían en su apuesta formativa. Se amplió el campo formativo de la Especialidad, con la firma de convenios de colaboración con estructuras ajenas a las Gerencias de Atención Primaria: Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) en Madrid, áreas asistenciales de urgencias extrahospitalarias de la Gerencia de Emergencias 061, Centros de Drogodependencias, Hospitales de Paliativos, Hospitales Geriátricos y Unidades de Investigación.

### **1.5.2. Medicina de familia y universidad:**

Para completar el desarrollo de la Especialidad, la Comisión Nacional planteó la necesaria inclusión de la Medicina Familiar y Comunitaria, como área de conocimiento independiente en el pregrado<sup>25,26</sup>, además de solicitar que la acreditación de estructuras docentes fuera conjunta para el pregrado (rotaciones del alumno en Atención Primaria) y el postgrado (rotación de especialistas vía MIR en formación), elevando esta petición al Ministerio de Educación en los siguientes términos: “Que las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria colaboren en la docencia durante el pregrado en esta disciplina, acorde con las necesidades educativas que se generan tras el desarrollo de los nuevos planes de estudios del grado de Medicina, tal como se proponen en el Libro Blanco del Grado de Medicina publicado por la ANECA”.

Así, la Quinta Comisión Nacional emitió el documento “*Consideraciones sobre las disfunciones que los actuales planes de estudios de la Licenciatura de Medicina generan en la formación postgraduada en Medicina Familiar y Comunitaria*”, donde enumeró<sup>27, 28</sup>:

- Distorsión formativa: los recién licenciados presentan exhaustivos conocimientos teóricos, en contraste con importantes carencias en competencias clínicas genéricas como la comunicación y relación con el paciente y sus familias, el razonamiento clínico, y el reconocimiento de la dimensión social, preventiva y comunitaria de la Medicina.
- Desconocimiento absoluto de la Medicina de Familia y Atención Primaria de Salud, que será el entorno laboral futuro de la mitad de los estudiantes, con impedimento para la elección vocacional de la Especialidad en el examen MIR, e impedimento para un futuro entendimiento entre niveles sanitarios si sólo se forman en el entorno hospitalario. Los alumnos carecen de modelos profesionales de Médicos de Familia durante su formación, en los que reconocer el valor profesional.
- Falta de optimización de recursos disponibles, puesto que el alumnado podría utilizar los mismos recursos humanos, materiales, metodologías y contenidos, que el residente en especialización de postgrado.

Solicita por tanto la Comisión Nacional en dicho informe, que se incorporen y regulen en los planes de estudios de la Licenciatura de Medicina los contenidos académicos propios de la Medicina de Familia en la Universidad, como Área de Conocimiento independiente, y se utilicen los Centros de Salud y las Unidades Docentes como únicas estructuras con acreditación docente capaces de ofertar un aprendizaje de calidad en Medicina de Familia, a los alumnos del pregrado.

Actualmente sólo 3 facultades en España reconocen la Medicina de Familia como asignatura obligatoria en sus planes de estudio, 11 como asignatura optativa y en 27 facultades se imparten prácticas en Centros de Salud docentes<sup>25</sup>.

### **1.5.3. Jornadas de Coordinadores y Sistemas de Información**

Las Jornadas Anuales de Docencia continuaron siendo claves en este periodo, en la relación de la Comisión Nacional con la estructura docente de la Especialidad. Así quedó recogido en el resumen elaborado tras las Jornadas de Coordinadores 2004, donde se especificó que su metodología continuó siendo la de organizar grupos de trabajo, compuestos por miembros de la estructura docente (Coordinadores, Técnicos de Salud y Tutores) y liderados por miembros de la Comisión Nacional. En dichas Jornadas se abordaron los temas:

- Definición de las propuestas viables de modelos de troncalidad y las áreas de capacitación específica relacionadas con la Especialidad, que se solicitarían próximamente al Consejo de Especialidades en Ciencias de la Salud.
- Rechazo a la creación de la Especialidad de Urgencias y Emergencias, considerando que la pluripotencialidad del especialista en Medicina de Familia garantizaba el desarrollo del trabajo en dichos campos, y que tanto los enunciados de la LOPS como los objetivos de la Comisión Europea, dirigían la formación postgraduada hacia la troncalidad, opuesta a la fragmentación de especialidades.

Respecto a los Sistemas de Información, en las Jornadas de Coordinadores 2006 la Comisión Nacional presentó la explotación de las Memorias 2003-2005, elaborada por el vocal nacional de residentes Pablo Amigo Rodríguez, distribuyendo en formato CD la Base de Datos Integrada, informes finales, borrador del Libro del Especialista en Formación, formularios y documentación aprobada por la Comisión Nacional en ese mismo año. Los objetivos perseguidos por la Comisión Nacional con dicho Informe, fueron que la estructura docente percibiera que mediante estos sistemas de información docente, se mantenía la necesaria comunicación entre la planificación que realizaba el Ministerio de Sanidad y la ejecución de la docencia en las Unidades Docentes. En dichas Jornadas se presentó el formulario "*Conjunto Mínimo Básico de Datos Docentes*" (CBMDD) (Anexo I/20), actualización del formulario de recogida de datos de las Memorias de las Unidades Docentes.



La Comisión Nacional en este quinquenio, solicitó reiteradamente a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, y mediante el Subdirector de Ordenación Profesional, al Ministerio de Sanidad y Consumo, la inclusión de sus Formulario en la página Web del Ministerio de Sanidad, con el objetivo de brindar la posibilidad a los Coordinadores de rellenar y actualizar el Formulario <<on line>> en todo momento, facilitando su análisis interno y externo, quedando la información a disposición del Ministerio de Sanidad, de la Comisión Nacional y de todas las Unidades Docentes. También se planteó dotar a esta página Web de un apartado “dinámico”, como foro de debate que permitiera la conexión entre estructuras docentes, y un apartado “estático” con formularios, programas y legislación. Así se daría cumplimiento a la LOPS, que en su Artículo 28.8e enunciaba: “En base al establecimiento de criterios para la evaluación de Unidades Docentes y formativas”, configurándose como el nuevo sistema de información de que dispondría la Comisión Nacional para evaluar la estructura y funcionamiento de las Unidades Docentes, así como la detección de áreas de mejora, facilitando el <<feed back>> de la información integrada a las Unidades Docentes que la generaron.

### **1.5.4. Estructura docente:**

Las transferencias en materia sanitaria propiciaron que a lo largo del año 2005 y 2006, en base a criterios autonómicos independientes, se reestructurasen las Unidades Docentes de Asturias y País Vasco sobre un proyecto de Unidad Autonómica única.

Otra novedad en formación postgraduada para este periodo, recogida en las Actas de la Comisión Nacional, fue la inclusión en los programas de otras especialidades (aprobados en el año 2005 junto al 3er Programa Oficial de Medicina Familiar y Comunitaria) de periodos formativos en los Centros de Salud de Atención Primaria. Estas especialidades fueron Medicina del Trabajo, Pediatría y Psiquiatría.

También señalar, respecto a la estructura docente, que desde el año 2005 la Evaluación Final de los Residentes no aptos aprovechó la infraestructura creada para la prueba de homologación extraordinaria del título de especialista (ECO), con la novedad que suponía incluir pruebas de evaluación de la competencia en la formación médica de postgrado.

El resto de Líneas estratégicas de la Comisión Nacional sobre estructura docente para este periodo, quedan resumidas en la Tabla 26.

**TABLA 26 - LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA COMISIÓN NACIONAL 2007**

**SOBRE ESTRUCTURA DOCENTE**

1. Desarrollo y consolidación del Programa de la Especialidad:
2. Apoyo en el estudio sobre el análisis de necesidades presentes y futuras de especialistas, y su distribución entre Comunidades Autónomas.
3. Proponer una oferta de plazas de convocatoria MIR adaptadas a las posibilidades formativas y en medida de lo posible a las necesidades sanitarias.
4. Evaluación de la estructura docente mediante el análisis de los resultados de los cuestionarios de autoevaluación y de las auditorías de las Unidades Docentes de la Dirección General de la Agencia de la Calidad del Sistema Nacional de Salud, y propuesta de medidas correctoras.
5. Colaborar en la mejora del sistema MIR.
6. Impulsar el desarrollo de criterios de calidad y de acreditación y reacreditación de tutores, coordinadores y técnicos de salud, y de su reconocimiento profesional.

**SOBRE PROCESO DOCENTE**

1. Apoyo y desarrollo de aspectos específicos de la Medicina Familiar y Comunitaria en todo el trayecto formativo del médico: grado, postgrado, formación especializada, troncos, áreas de capacitación y de desarrollo profesional y formación continuada.
2. Colaboración con el desarrollo de la troncalidad en formación especializada.
3. Apoyo al desarrollo de la función docente: potenciar la normativa y su posterior aplicación, que reconozca la función docente como actividad nuclear de la actividad de los centros sanitarios: carrera profesional, ratios adecuados de tiempo/ pacientes.
4. Desarrollo de la tutorización: Implementar el libro del especialista en formación, el cual define el marco, los contenidos, las metodologías y las herramientas adecuadas para una tutorización estructurada y continuada.
5. Impulsar la mejora y desarrollo de la gestión de la docencia.
6. Impulsar la investigación en metodologías docentes y evaluativas en Medicina Familiar y Comunitaria.

**SOBRE RESULTADOS**

1. Desarrollo de la evaluación formativa del MIR.
2. Mejora, desarrollo y 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 a su repercusión en baremos y carrera profesional.
4. Participar en el desarrollo del Real Decreto 1753/98 y en los procesos de homologación de títulos extranjeros.

Y funciones de coordinación con la estructura docente, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, y otras especialidades: desarrollo de sistemas de comunicación en línea, colaboración en el desarrollo de la página Web del Ministerio de Sanidad, reunión anual con los Coordinadores de Unidades Docentes, 1er Congreso Nacional de Tutores en Mayo del 2007.

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Elaboración: Propia.*

### 1.5.5. Examen MIR y Homologación de títulos de especialista

#### EXAMEN MIR

Por solicitud del Ministerio de Sanidad, la Comisión Nacional, con el apoyo de la Organización Médica Colegial y Sociedades Científicas (semFYC y SEMERGEN), elaboró el documento sobre previsión de necesidad de Médicos de Familia hasta el año 2017 (Anexo I/21). La propuesta de convocatoria de plazas para las sucesivas pruebas MIR elaborada por la Comisión Nacional obedecía a los siguientes criterios de análisis:

- Criterios Demográficos: proyecciones demográficas del Instituto Nacional de Estadística, envejecimiento de la población e inmigración.
- Criterios Sanitarios: cartera de servicios de Atención Primaria, desarrollo de los cuidados de carácter ambulatorio (hospitalización a domicilio y asistencia domiciliaria), incremento de problemas de salud y demanda de servicios sanitarios por el usuario.
- Criterios de organización de servicios: prolongación a 4 años de la Especialidad; equilibrio del Sistema Nacional de Salud (% médicos Atención Primaria/ total médicos = 50%); recomendación de la OMS respecto a ratios (1 médico de familia/ 1.500 hab.); demanda de facultativos por las Comunidades Autónomas; capacidad docente acreditada por las Unidades Docentes; análisis de la Organización Médica Colegial sobre el desempleo médico (previsión de la “bolsa de paro” y “fuga” de facultativos con un cálculo aproximado de 4.000 médicos de familia actualmente en el extranjero).

La propuesta final, recogida en el documento “*Oferta MIR de Médicos de Familia ajustada para tendencias por Comunidades Autónomas*”, concluyó reducir el número de plazas MIR desde las 1.800, ofertadas en el año 2003, a las 1.300 plazas previstas para el MIR del año 2007. Ya en la convocatoria MIR del año 2004 (con aplicación del nuevo Programa de 4 años) la provisión de plazas se fijó en 1.648, reduciendo 122 plazas respecto al 2003 (reducción más marcada en Castilla y León, con 44 plazas menos, y Madrid con 20 plazas menos). El Ministerio de Sanidad compensaba de esta manera la inversión realizada por las Comunidades Autónomas, ya que prolongar 1 año la Especialidad suponía aumentar el número y coste global de los especialistas en formación.

Respecto a la convocatoria MIR del año 2005, destacar que un 10% de las preguntas que componían la prueba escrita fueron del Área de Conocimientos propia de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>29</sup>. La detección en esta prueba MIR de una asignación de plazas de Medicina de Familia con puntuaciones muy bajas, constatándose incluso el acceso a la formación especializada de

Médicos extranjeros sin conocimiento suficiente del castellano, llevó a la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria a plantear al Ministerio de Sanidad la necesidad de exigir una puntuación mínima para la obtención de plaza en el MIR, la realización de un examen sobre conocimiento del castellano a opositores extranjeros, y la pronta implementación del nuevo sistema de incorporación a la formación especializada (previsto en la LOPS para el año 2011).

### **HOMOLOGACIÓN**

A lo largo del año 2004 se sucedieron las sentencias favorables del Tribunal Supremo hacia el colectivo de médicos de familia vía MIR, respecto a la baremación en la provisión de plazas de los procesos extraordinarios de consolidación de empleo en Atención Primaria<sup>30</sup>, concediendo una equivalencia de 6-8 años de experiencia laboral con la realización de la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, como marcaba el Real Decreto 1753/1998.

Respecto a los procesos autonómicos de homologación de títulos en base al antiguo Real Decreto 264/89, ya derogado, pero que siguieron realizándose residualmente en algunas Comunidades Autónomas, paralelamente a la celebración de las pruebas ECOE (teóricamente única vía de acceso excepcional a la homologación de la Especialidad desde la aprobación del RD 1753/98), suscitó especial polémica en Abril del 2004, el acceso excepcional al título de especialista por parte de 390 médicos catalanes mediante un curso de perfeccionamiento de su Comunidad Autónoma, que permaneció ajena a las directrices marcadas por el Ministerio de Sanidad, quedando constancia de este hecho en repetidas Actas de la Comisión Nacional a lo largo de ese año. No obstante, se siguieron celebrando con éxito en este quinquenio las pruebas ECOE iniciadas en 1999, quedando registrado en las Actas los resultados de las celebradas en el año 2003, para 1.600 aspirantes, con sede en Madrid, Sevilla y Barcelona, manteniendo el punto de corte para el aprobado en un 55% de aciertos, y que registraron un 35% de no aptos. A raíz del volumen de no aptos que se iba acumulando en las ECOE, se habilitó un sistema de recuperación tras dos ECOE suspendidas, consistente en la elaboración individualizada de un portafolio sobre el aprendizaje realizado para la recuperación de las áreas competenciales más débiles, completando así la homologación de la Especialidad mediante una evaluación formativa.

Respecto a la homologación directa de títulos de especialista a facultativos extracomunitarios, entre los años 2002 y 2006 se homologaron 90 títulos de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria cubanos. El fin de dicha homologación directa del título de especialista, sobrevino con la publicación en el BOE del nuevo Programa de 4 años, que inhabilitaba la convalidación al variar la duración de los periodos formativos, remitiéndose a los aspirantes a la realización de una prueba teórico-práctica establecida por la Orden Ministerial del 14/10/1991 y organizada por la Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud del Ministerio de Educación.

### **1.6. LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD ACTUALMENTE (AÑO 2009)**

Integrado en el “*Plan de Gestión de calidad para la formación postgraduada*” de la Subdirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de salud y Alta Inspección, perteneciente al Ministerio de Sanidad y Consumo, la Comisión Nacional y la Agencia Nacional de Calidad han aprovechado el marco legal existente para unificar 2 procesos convergentes: Auditorías Docentes y el proceso de reacreditación de dispositivos docentes. Para esta acreditación y reacreditación de 856 Centros de Salud, 215 Hospitales y 97 Unidades Docentes, en cumplimiento de los “*Requisitos Generales de Acreditación y Reacreditación de las Unidades Docentes para la formación de Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria*”, aprobados con el 3er Programa Oficial de la Especialidad, y por la necesidad de coordinación y mejora de la calidad formativa (Anexo IV, Entrevista 2), el Ministerio de Sanidad y Consumo ha habilitado la herramienta informática “E-Room”, presentada en las Jornadas Nacionales de Jefes de Estudio de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de 26 de febrero de 2009 (Jornadas de Docencia 2009), consistente en una Autoevaluación de las Unidades Docentes, basada en el Manual de Auditorías Docentes existente y a las que también sustituye.

La herramienta informática “E-Room”, consiste en la elaboración de un “check-list” por el Coordinador de Unidad Docente, sobre tres formularios independientes: 1) hospitales; 2) centros de salud; 3) entidades colaboradoras docentes. Los formularios recogen los criterios y estándares contemplados en las Memorias Anuales que se venían realizando, y sobre el cumplimiento de los mismos se realiza un algoritmo de decisión para distintos procedimientos de acreditación: Análisis de centros de salud; Análisis de hospitales y entidades colaboradoras; Análisis de Unidades Docentes. El algoritmo de decisión contempla: Criterios previos; Criterios llave; Otros criterios (ítems contemplados en el Programa Oficial de la Especialidad); Criterios moduladores; de su resultado se elabora un listado de áreas deficitarias detectadas y un listado de áreas de mejora propuestas, seleccionadas ambas de una lista estandarizada de respuestas para garantizar la homogeneidad. Acabado este procedimiento de reacreditación, la Subdirección de Ordenación Profesional hará pública una “Resolución de Acreditación”, que habilite cada Unidad Docente evaluada como apta.

Asistimos en la actualidad también a un periodo de lucha institucional desde la Comisión Nacional para el reconocimiento de la Especialidad en varios campos: 1º. En la habilitación del Modelo de Troncalidad, preconizado en la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, colaborando la Comisión Nacional en el Grupo de Trabajo de Troncalidad del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, que elaboró en junio del año 2008 la “*Propuesta del documento marco de troncalidad*”. Este documento revisó la estructura de la formación postgraduada en nuestro país, fijando cuatro troncos formativos de especialidades (Tabla 27), de dos años de duración, durante los cuales se prevé la adquisición de las competencias transversales comunes a las

especialidades de cada tronco, habilitando para su realización Unidades Docentes Troncales. Posteriormente, tras una evaluación sumativa de dicho periodo orientada a la evaluación de la competencia adquirida, se procedería a completar la especialidad elegida, en forma y periodo formativos que estableciera cada Comisión Nacional para su especialidad.

**TABLA 27 – ESTRUCTURA DE LAS UNIDADES DOCENTES TRONCALES**

<b>TRONCO MÉDICO</b>	<b>TRONCO QUIRÚRGICO</b>
Alergología	Angiología y cirugía vascular
Anestesia y reanimación	Cirugía Cardiovascular
Aparato digestivo	Cirugía General
Cardiología	Cirugía Maxilofacial
Endocrinología	Traumatología
Farmacología clínica	Cirugía pediátrica
Geriatría	Cirugía Plástica
Hematología	Cirugía Torácica
Medicina del Trabajo	Neurocirugía
Medicina Familiar y Comunitaria	ORL
Medicina Intensiva	Urología
Medicina Interna	
Nefrología	
Neumología	
Oncología Médica	
Oncología Radioterápica	
Reumatología	
<b>LABORATORIO CLÍNICO</b>	<b>ESPECIALIDADES NO TRONCALES</b>
Anatomía patológica	Oftalmología
Bioquímica Clínica	Medicina Física y Rehabilitación
Inmunología	Pediatría
Análisis Clínicos	Radiodiagnóstico
Microbiología	Medicina Nuclear

*Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, CNECS, año 2009.*

Respecto al mecanismo para la elección de especialidad, el interesado obtendría primeramente un número de orden en la prueba de acceso anual a la formación sanitaria especializada, mediante el cual elegiría tronco formativo de especialidades y Unidad Docente Troncal donde realizarlo. Completados los dos años de adquisición de las competencias transversales comunes, se realizaría una segunda elección de itinerario formativo, a partir del número de orden de acceso a la formación postgraduada más la calificación obtenida en la evaluación sumativa del periodo formativo troncal. La elección de la especialidad definitiva se haría por tanto al final del periodo troncal, y estaría limitada a las especialidades y centros adscritos a cada tronco y Unidad Docente concreta.

2º. Inclusión de la asignatura de Medicina de Familia en los estudios de Grado, en la adaptación al Plan de Bolonia según el RD 1393/2007 y la Orden EC/332/2008, y la traslación a los planes de estudio de las Facultades de Medicina del Bloque “Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado”, recogido en la Orden ECI/332/2008, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión médica, que incluirían la rotación obligatoria por Centros de Salud acreditados.

3º. Exigencia de la Comisión Nacional de la Especialidad al Ministerio de Sanidad y Consumo, de la finalización de los procesos de homologación de títulos por vía extraordinaria, prevista en el Real Decreto 1753/1998, debiendo celebrarse la última prueba de Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECO) en el año 2008, prueba que cuenta con más de 4.300 facultativos inscritos y que está pendiente de ejecutarse en el primer semestre del 2009.

**TABLA 28 - COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, A PARTIR DEL 21/12/2008**

<b><u>Presidente:</u> Vocal Comisión Recursos Humanos Sistema Nacional de Salud</b>	- Verónica Casado Vicente
<b><u>Vicepresidente:</u> Vocal Comisión Recursos Humanos Sistema Nacional de Salud</b>	- Francisco José Pablo Cerezuela
<b>Vocal Comisión Recursos Humanos Sistema Nacional de Salud</b>	- Pascual Solanas Saura
<b>Vocal Comisión Recursos Humanos Sistema Nacional de Salud</b>	- Rafael Manuel Micó Pérez
<b>Vocal Ministerio de Ciencia e Innovación</b>	- Ana de Santiago Nocito
<b>Vocal Ministerio de Ciencia e Innovación</b>	- Pablo Bonal Pitz
<b>Vocal de la Organización Médica Colegial</b>	- Francisco Toquero de la Torre
<b>Vocal de la Sociedad Científica semFYC</b>	- Epifanio De Serdio Romero
<b>Vocal de la Sociedad Científica SEMERGEN</b>	- Juan Saavedra Mijan
<b>Representante Nacional de Residentes</b>	- Francisco Javier Lucas
<b>Representante Nacional de Residentes</b>	- Patricia Chacón

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Elaboración: Propia.*

## **2. LA SITUACIÓN LABORAL DEL RESIDENTE**

Desde las tempranas protestas de la autodenominada “Coordinadora de Residentes” que precipitó la renovación de la primera Comisión Nacional de la Especialidad en 1983 (Anexo I/10), las reivindicaciones tanto formativas como laborales de los residentes han sido numerosas<sup>30</sup>. Respecto al marco jurídico para el desempeño de sus funciones durante el proceso de especialización, la figura del residente se rigió largo tiempo por la legislación relativa al personal laboral recogida en el Estatuto de los Trabajadores, que apenas contemplaba la situación laboral especial de los colectivos en formación<sup>32</sup>. Posteriormente, la Ley 44/2003, sobre Ordenación de las Profesiones Sanitarias, revisó la investigación y docencia en el servicio público de salud, nombrando la existencia de una estructura docente integrada en dicho servicio, y previendo la cobertura de responsabilidad civil durante la residencia. Así mismo, la Ley 55/2003, sobre el Estatuto Marco, definió los periodos de descanso a los que tiene derecho el personal laboral en formación.

La regulación definitiva de la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, llegó con el Real Decreto 1146/2006 (“Estatuto del Residente”). Dicho Decreto proporcionó el marco jurídico estable que recogió los derechos de los residentes en el ámbito laboral, unificándolos entre autonomías, estableciendo unas retribuciones equiparables al resto de personal estatutario, fijando complementos de grado de formación y atención continuada, y con respecto a la jornada laboral, estableciendo una jornada ordinaria máxima de 37,5 horas semanales y jornada máxima total (incluyendo guardias) no superior a 48 horas semanales. Dando cumplimiento a la Ley del Estatuto Marco y a normativa comunitaria vigente.

Además de las importantes mejoras que introdujo en aspectos retributivos y de jornada laboral, el “Estatuto del Residente” aclaró los derechos y deberes de los residentes. Junto a los derechos reconocidos en la Constitución Española y el Estatuto de los Trabajadores (como el derecho de huelga o reunión, entre otros), se introdujeron aspectos novedosos ligados a las políticas del Gobierno en materias sociales:

- Las mujeres embarazadas tienen derecho a una organización de su horario de trabajo durante toda la gestación, que les permita realizar jornadas diarias no superiores a doce horas (actualmente el 74% de los MIR son mujeres en edad fértil).
- Flexibilización del horario de trabajo para aquellos residentes que tengan a su cargo el cuidado de familiares directos, personas con discapacidad o menores.
- Se garantiza el principio de igualdad de las personas discapacitadas, ya que se obligará al centro en el que se formen a hacer accesibles sus instalaciones y a facilitar las ayudas técnicas necesarias para que pueda llevar a cabo el programa formativo de su especialidad.



- Se contempla la protección integral contra la violencia de género.

**TABLA 29 - LEGISLACION EN RELACION AL PERSONAL FACULTATIVO EN FORMACIÓN**

ESTATUTO DE LOS TRABAJADORES, RD 1/1995, DE 24 DE MARZO

Art. 11: Sobre los contratos formativos y su decreto regulador.

Art. 34: Sobre duración de la jornada y descansos del personal laboral en formación (base de lo contenido al respecto en el Estatuto Marco y Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias).

Art. 63: Sobre el Comité de Empresa.

LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS 44/2003, DE 21 DE NOVIEMBRE

Art. 11: Sobre la docencia en el Servicio Público de Salud.

Art. 19 – 28: Sobre el sistema de especialización : implantación de la troncalidad en el MIR, relación laboral pendiente de desarrollo, requisitos previos a la segunda especialización, creación de las áreas de capacitación específicas (superespecialidades), funciones de la Comisión Nacional.

Art. 37-43: Sobre la carrera profesional, creación de niveles, registros profesionales obligatorios.

Art. 46: Sobre la obligatoriedad de cobertura de responsabilidad civil del personal laboral por parte de la administración en el desempeño de sus funciones.

LEY DEL ESTATUTO MARCO 55/2003, DE 16 DE DICIEMBRE

Art. 1: Ámbito de aplicación incluyendo al personal sanitario laboral.

Art. 10: Sobre la creación de la Comisión de Recursos Humanos.

Art. 17: Sobre derechos y deberes en relación al desempeño efectivo de funciones

Art. 26: Sobre la jubilación a los 65 años.

Art. 29-33: Sobre la provisión de plazas y selección del personal temporal.

Art. 46-48: Definición de los periodos de localización, jornada máxima diaria de 12 horas y semanal de 48 horas (incluida la atención continuada). Máximo de 58 horas semanales para el personal en formación desde el 1 de Agosto del 2004. Descanso mínimo 15 minutos cada seis horas, de 12 horas entre turnos de atención continuada, y de 24 horas continuadas semanalmente.

Art. 59 : Definición sobre las necesidades del servicio.

Art. 70 : Régimen disciplinario, definición de faltas graves.

Junto a las medidas contempladas en el Real Decreto 1146/2006 acordado con los sindicatos, el Ministerio de Sanidad elaboró en el seno de su Comisión Técnica de Formación Especializada, con la participación de todas las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Educación y Ciencia, el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinaron y clasificaron las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollaron determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada no recogidos en el “Estatuto del Residente”: la evaluación, nueva conceptualización de las unidades docentes, figura del tutor, etc.

Señalar por último, respecto a la aplicación del “Estatuto del Residente”, el escepticismo mostrado por los formadores (Coordinadores y Tutores) respecto a la imposibilidad de compaginar los derechos como trabajador del facultativo MIR, con su formación y labor asistencial, como quedó registrado en el apartado de “Comentarios” de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes (Anexo II/5).

### **3. CREACIÓN DE LAS SOCIEDADES PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: PERFILES SOCIOLÓGICOS DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS**

Del análisis documental realizado, se desprende que las Sociedades Científicas participaron activamente en el desarrollo de la Atención Primaria en nuestro país. Asesoraron a la Administración Pública en la selección de las coberturas a establecer en la Atención Primaria, colaboraron en la elaboración de los Programas de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (*PPAPS*) contemplados en el primer nivel asistencial, y abogaron por la implantación del trabajo clínico basado en protocolos de actuación consensuados. Esta labor influyó decisivamente en el desarrollo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. También han significado, junto a los Sindicatos de Trabajadores y la Organización Médica Colegial, un grupo de presión definitivo a la hora de desarrollar los procesos de selección para la provisión de plazas en el sistema público de salud, y respecto al desarrollo de los procesos de homologación de títulos de especialista.

Las sociedades científicas del ámbito de la Atención Primaria de Salud en España fueron:



En 1973 se constituyó oficialmente la Sociedad Española de Medicina Rural (SEMER), cuyos objetivos fundacionales fueron: “Agrupar a los médicos rurales con el objetivo común de resolver las difíciles condiciones laborales y escasa formación continuada, en la que se desarrollaba su actividad profesional”<sup>33</sup>. La celebración de su congreso fundacional tuvo lugar en León en 1974, “Congreso de la Unidad, de la Sinceridad y de la Esperanza”, que sirvió para reclamar una formación continuada similar a la que se impartía en el ámbito hospitalario. Señalar también, que la SEMER editó la primera revista que se publicó en España en el ámbito de la Atención Primaria, en el año 1977.

SEMER tradicionalmente encabezó los grupos de presión opuestos a la Medicina de Familia vía MIR, sobre procesos de homologación y baremación para la provisión de plazas en Atención Primaria (Anexo IV, Entrevista I). Entorno a esta sociedad científica, los médicos generalistas se organizaron en la década de 1980 conformando la “Asamblea de Médicos Titulares”, que apoyada por el Consejo General de Colegios de Médicos, consiguieron el rechazo formal desde el Ministerio de Sanidad y desde las Consejerías de Salud autonómicas, de la preferencia de los Médicos vía MIR en la provisión de plazas en Atención Primaria (Anexo I/9).

Este colectivo presionó a la Administración Pública en la elaboración del RD 683/1981, que interpretaba la Disposición Transitoria 8ª del RD 3303/78, para la obtención de la Homologación del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria a los médicos que acreditaran 5 años de ejercicio en puestos de “asistencia primaria”, previo cursillo de perfeccionamiento a determinar por cada Comunidad Autónoma. Esta circunstancia la llevó a una clásica rivalización con la sociedad científica semFYC, dado el colectivo al que representaba, en aspectos referentes a la homologación de títulos, y en la última década en los procesos de concurso para la organización de las pruebas ECOE. Respecto a su influencia en el desarrollo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, SEMER tuvo representatividad en la primera Comisión Nacional de la Especialidad con dos vocales, y unida al Consejo General de Colegios de Médicos (representaban 5 vocales de los 11 existentes en la Comisión Nacional), llegaron a solicitar en el año 1980, desde la propia Comisión, la disolución de la Especialidad recién creada (Anexo I/9).

En 1982 la sociedad pasó a denominarse Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERAP), en 1990, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), y desde el año 2003, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, manteniendo su acrónimo previo. Corresponde también a ese año, la publicación de la revista del ámbito de la Atención Primaria: SEMERGEN.

En la actualidad, la sociedad científica cuenta con ocho mil socios, constituida en Sociedades Autonómicas, con una Comisión Nacional de Formación SaAP SEMERGEN-semFYC para la relación con otras sociedades, y cuenta con varios grupos de trabajo, de formación continuada y de investigación en Atención Primaria.



SEMFYC se creó fruto del activo movimiento asambleario de la “Coordinadora de Médicos Residentes de Medicina de Familia y Comunitaria”, constituida espontáneamente por la primera promoción de médicos residentes de la Especialidad, que percibió la necesidad de establecer unas mínimas garantías de calidad

en el proceso formativo de la Especialidad (Anexo I/7). La “Coordinadora de Residentes” dirigió en junio de 1982 una larga huelga y encierro en el Colegio de Médicos de Madrid, para reivindicar la creación de los Centros de Salud preconizados en el RD 3303/78 y necesarios para la realización del tercer año del programa formativo de la Especialidad. Así mismo, forzó en julio de 1983 la disolución de la primera Comisión Nacional de la Especialidad, mediante escrito remitido por el “Colectivo de Médicos de Familia” al Ministerio de Sanidad, reclamando el cumplimiento de los periodos de renovación de la Comisión establecidos en el RD 3303/78, y denunciando la orientación favorable al colectivo “generalista” que los representantes de la Organización Médica Colegial y SEMER habían impuesto en la misma, ambos contrarios a la implantación y desarrollo de la propia Especialidad (Anexo I/10).

Posteriormente, la “Coordinadora de Médicos Residentes de Medicina de Familia y Comunitaria” planteó la conveniencia de constituirse en sociedad científica, conscientes de que se hacía necesario el mantenimiento de foros de contacto de las sucesivas promociones de especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria, y para organizar un grupo de presión que contrarrestara el empuje de SEMER y su entorno. Así, en diciembre de 1983, se celebró el “Primer Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria” en Granada, constituyéndose una Junta Gestora que en 1984 consiguió el reconocimiento formal y legal de la sociedad científica SEMFYC, la aprobación de sus Estatutos y la celebración de las primeras elecciones a su presidencia.

Durante el período de 1984 a 1987 se constituyeron sus Sociedades Autonómicas, centrándose este período inicial en el desarrollo estructural de la propia Sociedad y en la promoción de actividades formativas propias de las Sociedades Autonómicas. Desde 1989, colabora con el Ministerio de Sanidad para la implantación y desarrollo de los Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS), en el ámbito de la Atención Primaria.

Estableció posteriormente contactos con las organizaciones internacionales de Medicina de Familia (WONCA y CIMF) y con las Sociedades Científicas de la Especialidad en otros países, dotando a la Medicina de Familia española de un carácter y reconocimiento mundial. Con más de 10.000 socios, es el actual referente de la Medicina de Familia y la Atención Primaria en España, volcada en la formación continuada, mejora de la calidad asistencial y formativa, evaluación (ECOPE) y en nutrir la Medicina de Familia de una amplia oferta en forma de publicaciones, programas, cursos y actividades, que ayuden a la consolidación de la Especialidad<sup>34</sup>.



El objetivo constitucional de la SEMG fue la representación y defensa de los intereses profesionales del colectivo de médicos generalistas interinos, en contraposición al auge que la Medicina Familiar y Comunitaria empezaba a tener en España. Fue creada en 1988 bajo el lema fundacional que recoge su intencionalidad: “Si se quiere destruir algo basta con cambiarle el nombre y hacer desaparecer y olvidar su historia”<sup>35</sup>.

Su colectivo entendía por médico general, aquel licenciado en Medicina y Cirugía que realizaba de forma continuada, sistemática o como ejercicio profesional fundamental, la Medicina General, permaneciendo ajenos a que fuera necesaria una titulación para el desempeño de dichas funciones. También rechazaron el desarrollo en España de la normativa europea que exigía, a partir de 1995, una formación específica en Medicina de Familia, para poder ejercer la medicina en el ámbito de la Atención Primaria, considerando que la condición de médico general sólo la otorga el ejercicio efectivo de la profesión. Su peso específico en el ámbito de la Atención Primaria fue disminuyendo, consecuencia de la estatutarización y desaparición del colectivo que representaba, cediendo su representatividad a SEMERGEN.

## **4. LA ENSEÑANZA DE LA ESPECIALIDAD**

### **4.1. EL PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE: PROGRAMAS FORMATIVOS DE LA ESPECIALIDAD**

Desde la implantación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y la constitución de su Comisión Nacional, en Noviembre de 1978, se han elaborado tres Programas Oficiales de la Especialidad y un total de cinco escritos (Tabla 30). Las actualizaciones del programa formativo de la Especialidad obedecieron a sucesivos Decretos Reguladores de la formación postgraduada, y fueron conclusión de múltiples líneas de trabajo habilitadas por la Comisión Nacional en colaboración con su estructura docente.

Del análisis documental de los grupos de trabajo habilitados, borradores elaborados y programas definitivos de la Especialidad, se concluye que nacieron englobados en distintas corrientes psicopedagógicas, evolucionando hacia el desarrollo del pensamiento divergente y la adquisición de capacidad crítica por parte del residente. El diseño curricular de cada programa, fue elaborado sobre el desarrollo curricular del programa previo, modificando, a partir de la aplicación práctica de aquel, el diseño del siguiente.

**TABLA 30 - PROGRAMAS DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

<b>PROGRAMAS DE LA ESPECIALIDAD</b>	<b>PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL</b>
Programa para la implantación de la Especialidad (21/11/1978)	José M <sup>a</sup> Segovia de Arana
Ier Programa Oficial (14/03/1986)	Amando Martín Zurro
Modificación del Ier Programa (1/06/1990)	Luis de la Revilla y Ahumada
IIº Programa Oficial (25/04/1996)	Tomás Gómez Gascón
IIIer Programa Oficial (3/5/2005)	Verónica Casado Vicente

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Elaboración: Propia.*

#### **4.1.1. PRIMER PROGRAMA ESCRITO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, AÑO 1978**

En el Acta fundacional de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, el 21 de Noviembre de 1978, consta la presentación por parte de su primer Presidente, el médico internista José M<sup>a</sup> Segovia de Arana, del contenido formativo del “*Ier Programa de Enseñanza Post Graduada de Medicina Familiar*”. Este fue el primer Programa escrito de la Especialidad, que no pudo ser aprobado oficialmente dado que no se había constituido aún el Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

Este primer Programa, organizaba las rotaciones por año de residencia (Tabla 31), dejando a expensas de los Departamentos hospitalarios correspondientes, el desarrollo de los contenidos, sugiriendo su elaboración a partir del consenso de grupos de expertos y procurando un enfoque hacia la actuación “extrahospitalaria” (Anexo I/3). El Programa preveía la realización en cada Departamento de 2-3 sesiones clínicas semanales, con participación activa del residente y desaconsejando el método tradicional de la “lección magistral”.

Según recogen las Actas de la Comisión Nacional, la finalidad del aprendizaje era: “Elaborar unos esquemas sobre la conducta que el médico tiene que adoptar de forma ordenada ante el problema planteado, “patrones” de conducta diagnóstica y terapéutica del médico general”. Junto al programa teórico, la Comisión Nacional aconsejaba un entrenamiento clínico, práctico, en el seno de las “Unidades Docentes de Medicina Familiar”, pendientes aún de constituir, en los hospitales acreditados para la docencia y en los Servicios de Medicina Social y Preventiva, Sociología y Psiquiatría. Respecto a la evaluación, dejaba a cargo de las Comisiones Delegadas Provinciales los criterios y pruebas a establecer para este fin.

**TABLA 31 - ROTACIONES DEL “I er PROGRAMA DE ENSEÑANZA POST GRADUADA DE MEDICINA FAMILIAR”**

**PRIMER AÑO**

Medicina interna y especialidades médicas y métodos auxiliares de diagnóstico (12 meses)

**SEGUNDO AÑO**

Urgencias médicas y quirúrgicas (2 meses)

Maternología y puericultura (2 meses)

Urgencias obstétricas y pediátricas (2 meses)

Cirugía, incluidas Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología y Rehabilitación (2 meses)

Salud Mental (1 mes)

Medicina de la Comunidad (2 meses)

**TERCER AÑO**

Trabajo de campo en áreas rurales o urbanas extrahospitalarias (12 meses)

Ciencias Sociales

Medicina Comunitaria

Medicina Preventiva

Organización Sanitaria

Técnicas de investigación documental y social

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Elaboración: Propia.*

Sobre la aplicación práctica del primer Programa formativo, el “Colectivo de Residentes de Medicina de Familia” manifestó en 1981: “La problemática que suscitaba un diseño de programa formativo que adolecía en su desarrollo del desinterés de la estructura docente hospitalaria hacia el mismo, dado el desconocimiento de los objetivos de actuación extrahospitalaria que perseguía la Especialidad recién creada” (Anexo I/7). También quedó reflejado en el documento “*Memoria de Actividades del Bloque Catalán de Medicina Familiar y Comunitaria*”, de Septiembre de 1982, como: “En los grandes hospitales de la Seguridad Social, donde se implantó el Programa, colisionó con la inercia de mantener la figura del alumno interno, que se intentó hacer extensiva a los nuevos residentes de Familia”<sup>36</sup>.

### **4.1.2. SEGUNDO Y TERCER PROGRAMAS ESCRITOS DE LA ESPECIALIDAD: PRIMER PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, AÑO 1986**

En el marco jurídico para la reforma de la Atención Primaria de Salud, que representó el RD 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud y la Ley 14/86 General de Sanidad, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas (posteriormente Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud) aprobó en Marzo de 1986, junto a los Programas de las demás Especialidades, el 1er Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, siendo presidente de su Comisión Nacional Amando Martín Zurro.

Este segundo Programa destacó por definir el perfil profesional del especialista en Medicina de Familia en base a sus responsabilidades, estableciendo unos objetivos desarrollados en tres Áreas Docentes: Atención al Individuo, Atención a la Familia, y Atención a la Comunidad. Clasificadas por año de residencia y lugar de aprendizaje, las rotaciones y sus objetivos quedaban a expensas del servicio docente acreditado, pero prefijándose por la Comisión Nacional la Estructura Docente necesaria para poder impartir el Programa Docente. Respecto al proceso de enseñanza y aprendizaje, con la inclusión de este Programa se define una transición del diseño curricular de racionalidad tecnológica hacia el diseño curricular de racionalidad práctica<sup>37</sup>, partiendo el Programa de una visión objetivista: “Que perseguía aumentar la eficacia del profesional, proponiendo cursos de entrenamiento práctico en la resolución de problemas simples, con un currículo definido por series estructuradas de objetivos del aprendizaje, que se aspira a lograr y que anticipa los resultados de la instrucción”.

De la aplicación práctica del Primer Programa Oficial de la Especialidad, la Comisión Nacional detectó carencias, que su Presidente, Luis de la Revilla y Ahumada, enuncia en sus Actas en Noviembre de 1987: “El Programa aprobado persistió en la oferta de un currículo cerrado, obligatorio, sin una guía que apoyara el proceso de aprendizaje del residente. Resultaba en un aprendizaje de asimilación de conocimientos y manifestación de conductas, cuya enseñanza consistía en la imposición de actividades programadas para el



logro de resultados eficaces. El proceso de evaluación que planteó fue de control burocrático del producto final, del rendimiento académico del residente, prueba sumativa tipo test con intención clasificatoria"; y sobre la revisión de su diseño curricular, elaboró en 1990 el "tercer Programa escrito de la Especialidad", no oficial, aprobado exclusivamente en el ámbito de la Comisión Nacional.

### **4.1.3. SEGUNDO PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, AÑO 1995**

Renovada la Comisión Nacional en Noviembre de 1992 y siendo Presidente de la misma Tomás Gómez Gascón, se aprobó en Abril de 1996, tras tres años de desarrollo en el seno de los grupos de trabajo de las Jornadas de Docencia, el segundo Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, cuarto programa escrito.

Presentó un diseño en línea con la racionalidad práctica y cualitativa, superando la racionalidad tecnológica de los programas previos<sup>38</sup>. Se centró en el propio proceso de aprendizaje, primándolo sobre los resultados finales:

#### **TABLA 32 - DIRECTRICES DEL IIº PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Insiste en una acción docente del Tutor guiada por su reflexión personal profesional sobre la práctica clínica diaria
Fomenta la investigación desde el Centro de Salud
Subraya al residente la importancia de desarrollar el autoaprendizaje, necesario para mantener la competencia profesional tras la especialización

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Elaboración: Propia.*

El currículo prescrito continuó siendo cerrado, con una enseñanza programada con objetivos operativos idénticos para todos los residentes. Mantuvo también la evaluación sumativa final, añadiendo la evaluación formativa mediante el "Libro de Evaluación del Especialista en Formación" (o "libro amarillo" del residente). El "libro amarillo" representó una herramienta docente de apoyo al proceso de aprendizaje, introduciendo las áreas de actividades con definición de los objetivos y habilidades que debía adquirir el residente para un correcto aprendizaje de la Especialidad. Por medio de fichas, fijaba las actividades a desarrollar en cada rotación, demarcando su realización y su cuantificación mediante la fecha y firma del responsable docente. Esta guía simplificó la interpretación y comprensión de procesos, y fijó los objetivos por capacidades, evaluando además el proceso formativo, con lo que primaba el desarrollo personal del residente (Anexo IV, Entrevista 1).

**4.1.4. TERCER PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, AÑO 2005**

Con un diseño curricular en la racionalidad crítica<sup>39</sup>, este tercer Programa Oficial de la Especialidad, y quinto escrito, añadió flexibilidad a su diseño. Con propuestas curriculares adaptables a cada residente, respetando sus diferentes contextos sociales, buscando su implicación tanto individual como colectivamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje y caracterizado por su adaptabilidad. El currículo proporcionado es abierto y flexible, contemplando la readaptación de materiales por el equipo docente, según el entorno formativo. Los contenidos se presentaban de forma participativa y crítica, requiriendo el compromiso del residente para su realización y aprendizaje<sup>21</sup>. En relación a la Evaluación:

1º. La evaluación formativa, continuada, cobró fuerza respecto a la mera evaluación sumativa, final. Para ello desarrolló el *“Libro de Evaluación del Especialista en Formación”* con la inclusión de otra herramienta docente: el *“Portafolio del Residente”*.

2º. Planteó a la Subdirección de Ordenación Profesional la posibilidad de elaborar una evaluación sumativa final, basada en valoración de la competencia, dado el éxito que habían tenido las pruebas de homologación de títulos de especialista tipo ECOE.

**TABLA 33 - EL PROCESO DE APRENDIZAJE, SEGÚN EL TERCER PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

La acción del aprendizaje debe estar guiada por la reflexión crítica, compartida por el residente y su tutor, sobre el proceso formativo.
Se ha de apoyar la participación en la investigación desde los Centros de Salud.
Añade principios éticos en la formación del especialista, con conceptos como la profesionalidad, el compromiso ético del médico de familia con sus pacientes y con el mantenimiento de la competencia.

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Elaboración: Propia.*

### **4.2. EL PROCESO DE ACREDITACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS**

Según el RD 3303/1978, de Regulación de la Medicina Familiar y Comunitaria como Especialidad, en su artículo cuarto enuncia: “Corresponderá a la Comisión Nacional de la Especialidad, establecer las áreas sanitarias en donde se desarrollen los programas docentes, así como la acreditación y homologación en los centros y servicios de la capacidad para impartir los programas docentes”. De esta manera, la Comisión Nacional revisó los requisitos de acreditación docentes acorde con la elaboración de cada nuevo programa de la Especialidad, objetivando el compromiso de la Comisión Nacional y de la estructura docente en Medicina de Familia, con la mejora de la calidad formativa, aplicando criterios más rigurosos en cada periodo.

Pero los procesos de acreditación en Medicina de Familia, desde el inicio de la Especialidad, se vieron influenciados por la planificación de las convocatorias MIR realizadas desde el Ministerio de Sanidad (Anexo I/5), que permaneció ajeno a la propuesta anual de plazas acreditadas de la Comisión Nacional de la Especialidad, obedeciendo más al momento político (Anexo I/12), y comprometió el cumplimiento de los criterios de acreditación en pos de la asimilación de plazas MIR y de las necesidades de facultativos que las Comunidades Autónomas manifestaron en cada periodo (Anexo I/13 y I/16).

#### **4.2.1. INICIO DE LA ACREDITACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA**

La primera Comisión Nacional de la Especialidad estableció en 1978 unos “Criterios de Acreditación de Instituciones Docentes y Tutores”, y “Criterios para la creación de las Unidades Docentes en el ámbito hospitalario”, mediante los cuales y apoyándose en la supervisión de las Comisiones Delegadas Provinciales, acreditó 415 plazas de especialistas en Medicina de Familia en 46 Instituciones sanitarias. Posteriormente, en 1982 se estableció la normativa para la formación extrahospitalaria de los residentes de tercer año (Anexo I/8). La dificultad de aplicación de estos criterios detectada desde la Comisión Nacional, partió de la obligada elección de los grandes hospitales de la Seguridad Social (acreditados ya para la docencia) como lugar inicial para la implementación de la nueva Especialidad. En ellos la figura del “alumno interno” y el desarrollo concomitante de los programas formativos de otras muchas especialidades, desplazaba en lo respectivo a la docencia al residente de Medicina de Familia, y no garantizaba la aplicación de su programa formativo (Anexo I/7). También el retraso en la construcción de los Centros de Salud Piloto para el desarrollo del tercer año de Especialidad, imposibilitó la docencia en el ámbito de la Atención Primaria hasta el año 1983, lo que supuso el desarrollo incompleto del programa formativo durante los primeros años de implementación de la Especialidad.

### **4.2.2. NORMALIZACIÓN DE LA ACREDITACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA**

En la década de 1980, se produjo un cambio cualitativo respecto al cumplimiento del Programa Docente de Medicina de Familia y de sus Criterios de Acreditación, gracias a la elaboración del marco jurídico para la reforma de la Atención Primaria de Salud que significó el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud y la Ley 14/86 General de Sanidad. También por la creación de las Unidades Docentes Piloto, independientes del ámbito hospitalario, en base a la Orden Ministerial 19/07/83, sobre Formación de Atención Primaria de Salud de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, que fijó las características mínimas funcionales y de recursos humanos de que debían disponer las Unidades Docentes.

Siendo Presidente de la Comisión Nacional Amando Martín Zurro, se elaboraron en el año 1983 los “Criterios de Acreditación y Reacreditación de las Unidades Docentes, Instituciones Docentes y Centros de Salud” (Anexo I/11), que establecieron en base a la citada Orden Ministerial los requisitos mínimos de recursos materiales y humanos de la Unidad Docente, marcando unos márgenes más estrictos en la actividad asistencial y actividad docente del centro acreditado. La Comisión Nacional realizó en este periodo un esfuerzo para la reacreditación de centros en base a sus nuevos criterios, visitando personalmente los 100 Centros de Salud y 66 Instituciones Hospitalarias Docentes acreditadas por la anterior Comisión (mantuvo 51 centros acreditados, con 929 Residentes de Medicina de Familia asignados para el año 1986). La selección de los Tutores Extrahospitalarios de las Unidades Docentes quedó a cargo de la Delegación Provincial del Instituto Nacional de la Salud, por Orden Ministerial. Esta Comisión Nacional, introdujo también en 1985 el “Protocolo de Auditorias Docentes Estructuradas”, labor de inspección a cargo del Ministerio de Sanidad, habilitando una herramienta de control de la calidad docente mediante retirada de la acreditación a aquellos centros que incumpliesen los requisitos de acreditación aprobados. Junto a estas medidas, se normalizó el formulario de la “Memoria Anual de las Unidades Docentes”, como medidor del cumplimiento de los requisitos de acreditación.

### **4.2.3. CALIDAD DOCENTE MEDIANTE CONTROL DE LA ACREDITACIÓN**

Junto a la aprobación del 2º Programa Oficial de la Especialidad en el año 1996, en el seno de la Comisión Nacional presidida por Tomás Gómez Gascón, se revisaron los Requisitos de Acreditación de las Unidades Docentes, de los Centros Hospitalarios (dotación estructural respecto a su biblioteca básica), de la figura del Tutor (fijando mecanismos más fiables para su acreditación) y de los Centros de Salud. Respecto a estos últimos, se incorporaron como criterios de acreditación la correcta realización del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) y el desarrollo de proyectos de investigación, así como la revisión de los sistemas de registro y de control de calidad. Se hizo especial hincapié en la dotación estructural de los centros docentes, y comenzó a relacionarse ya la presión asistencial que soportaba cada centro con la calidad de la docencia que se impartía (Anexo IV, Entrevista 1).

Este esfuerzo de acreditación, se vio frenado por la imposibilidad del cumplimiento de los criterios de acreditación aprobados en 1996 tras la aplicación de la Directiva Europea 86/457/CEE (epígrafe 1.4.2.), que supuso la imposición por parte del Ministerio de Sanidad a la Comisión Nacional de la Especialidad de un “esfuerzo formativo” a la estructura docente de Medicina de Familia, para la asimilación de la ampliación de plazas MIR convocadas en 1996. La figura del Tutor extrahospitalario se vio especialmente afectada a raíz de dicha imposición, puesto que la asimilación por las Unidades Docentes de la ampliación de plazas MIR en Medicina de Familia exigió de más tutores acreditados, y el concurso de traslado del año 1997 disminuyó la disponibilidad de tutores acreditables en los Centros de Salud docentes.

El periodo comprendido entre el año 1996 y el año 2002, respecto al cumplimiento de los criterios de acreditación, transcurrió para la Comisión Nacional en una lucha institucional para exigir el cumplimiento, por parte del Ministerio de Sanidad y Consejerías Autonómicas de Sanidad, de la Orden Ministerial sobre *"Regulación de las Unidades Docentes en la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria"*, respecto a dotación de infraestructuras a las Unidades Docentes para asimilación de la ampliación de plazas MIR (carencias estructurales detectadas mediante las Memorias Normalizadas de las Unidades Docentes). También para la recuperación de la convocatoria única del MIR, conseguida en el año 2001, que permitió recuperar una racionalidad entre recursos docentes y plazas convocadas. Respecto a los centros docentes acreditados para este periodo, la Comisión Nacional, en el seno de la política de recursos humanos del Ministerio de Sanidad, acreditó 2 Unidades Docentes, 3 Hospitales y 59 Centros de Salud.

La quinta Comisión Nacional, presidida por Verónica Casado Vicente, estableció como su principal objetivo la mejora de la calidad docente y la cohesión de la docencia de postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria, de manera homogénea en todo el territorio nacional (Tabla 34).

**TABLA 34 - LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, SOBRE ESTRUCTURA DOCENTE PARA EL AÑO 2005**

Implantación del Tercer Programa Oficial de la Especialidad
Adaptar las plazas MIR ofertadas a las posibilidades formativas de la estructura docente y a las necesidades sanitarias del sistema
Desarrollar e implantar de manera generalizada y homogénea nuevos criterios de Acreditación y Reacreditación
Desarrollar un sistema de evaluación de la calidad de la estructura docente mediante el desarrollo y potenciación de los Sistemas de Información

*Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Elaboración: Propia.*

En coordinación con la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en Noviembre del 2004, la Comisión Nacional presentó los “Requisitos Generales de Acreditación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria”, que establecían el procedimiento de acreditación de la Unidad Docente y la evaluación periódica de la misma, así como los requisitos específicos de acreditación respecto a cada uno de los tipos de dispositivos que integran las Unidades Docentes y los de entidades colaboradoras. Respecto al Tutor se aprobó la exigencia, junto a la condición de especialista, de una experiencia mínima de 5 años de ejercicio efectivo, un comité profesional que lo acreditara, su acceso a la carrera profesional y el mantenimiento de las competencias garantizado mediante procesos de reacreditación periódicos.

Junto a la aprobación del 3er Programa Oficial de la Especialidad, en Junio del 2005 se aprobó la resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, que se estableció los “Requisitos Generales de Acreditación y Reacreditación de las Unidades Docentes para la formación de Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria”, y sus Formularios correspondientes. Ese mismo año el Ministerio de Sanidad creó la Agencia de Evaluación de la Calidad, en cumplimiento de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, encargada en adelante de la realización de las Auditorias Docentes a los centros acreditados (36 Hospitales revisados durante el año 2005).

Sobre estos criterios se acreditó en el año 2005 una Unidad Docente, tres Hospitales y noventa Centros de Salud, rechazándose en base a los mismos la acreditación de cuarenta Centros de Salud, mayormente por la excesiva presión asistencial y falta de líneas de formación continuada / investigación. También sobre los nuevos criterios de acreditación se iniciaron los convenios de colaboración con entidades ajenas a las Unidades Docentes, ampliando la potencialidad de la Especialidad (AECC, SUAP, Emergencias 061, Hospitales de Paliativos, Hospitales Geriátricos, CAD y Unidades de Investigación).

Para asegurar la correcta aplicación de los criterios de acreditación, y superar posibles ingerencias de la asignación de plazas MIR planificada desde el Ministerio de Sanidad, la Comisión Nacional elaboró en el año 2006 el documento “Oferta ajustada para tendencias por Comunidades Autónomas, estableciendo una reducción progresiva de la oferta de plazas de la Especialidad (1.300 plazas para el año 2007, frente a las 1.800 ofertadas en año 2003).

A fecha de Diciembre del 2006 la estructura formativa en Medicina Familiar y Comunitaria se componía de 92 Unidades Docentes y 152 Hospitales acreditados, con 2.900 Tutores desarrollando su labor formativa en 840 Centros de Salud docentes acreditados.

## **5. MEDICINA DE FAMILIA Y UNIVERSIDAD**

Para completar el desarrollo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, la Comisión Nacional de la Especialidad ha planteado al Ministerio de Sanidad y al Ministerio de Educación la necesaria inclusión de la Medicina de Familia en los Planes de Estudios del Grado en Medicina. Además de la entrada de la Medicina de Familia en el pregrado, como área de conocimiento independiente, la Comisión Nacional ha solicitado que la acreditación de estructuras docentes de Atención Primaria sea conjunta para el pregrado y el postgrado, en pos de una necesaria unificación de objetivos docentes. Desde semFYC, ANECA y la propia estructura docente de la Especialidad se ha denunciado que la ausencia de la asignatura de Medicina de Familia en la Licenciatura de Medicina, produce situaciones disfuncionales en sus discentes:

- El Espacio Educativo Superior Europeo recomienda una formación más general durante el Grado en Medicina (EC/332/2008), exigiendo a los nuevos planes de estudio que incluyan nuevas competencias clínicas relacionadas con el ámbito de la Especialidad de Medicina de Familia: técnicas de comunicación, prevención de hábitos tóxicos, bioética, atención al paciente mayor,...
- Los alumnos tienen un deficiente conocimiento de la Atención Primaria de Salud, nivel asistencial hacia el que se reorienta el futuro de la práctica médica y donde ejercen actualmente el 42% de los facultativos en activo.
- El futuro facultativo carece de modelos profesionales de Médicos de Familia en los que reconocer el valor profesional durante su formación, y a partir de los cuales generar una elección vocacional en el postgrado.
- La Atención Primaria de Salud es el entorno más cercano a la realidad del proceso salud-enfermedad de nuestro entorno, frente a los pacientes ingresados en el ámbito hospitalario, con patologías cada vez más seleccionadas, graves y de menor prevalencia.
- En la práctica clínica diaria del Médico de Familia se utiliza el método científico y epidemiológico, siendo el entorno docente idóneo de aprendizaje de las actividades preventivas clínicas, detección precoz y abordaje de las patologías más prevalentes.
- La estructura docente en los Centros de Salud ya está desarrollada y acreditada, implantadas las metodologías docentes hacia el ejercicio del pensamiento crítico, autoaprendizaje y razonamiento crítico, comunicación y relación con el paciente en entornos reales.

En esta línea de trabajo, la semFYC ha habilitado un Grupo de Pregrado liderado por el profesor Pablo Bonal Pitz, de cuyo análisis de la situación de España respecto a la convergencia hacia la Declaración de Bolonia (Tabla 35), se muestra como en el entorno de la Unión Europea, la Medicina de Familia está presente como Departamento Universitario en el Reino Unido (30 facultades), Alemania (24 facultades), Francia (17 facultades), Austria, Bélgica,

Suecia, Dinamarca, Finlandia, Hungría, República Checa, Grecia, Holanda y Portugal.

**TABLA 35 - PRESENCIA DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN LAS FACULTADES ESPAÑOLAS**

<b>TIPO DE FORMACIÓN</b>	<b>NUMERO DE FACULTADES</b>
Asignatura obligatoria	3
Asignatura optativa	11
Rotación obligatoria	17
<i>Rotación optativa</i>	12

*Fuente: Bonal Pitz P., Medicina de Familia y Universidad. Elaboración: Propia.*

También destacar el trabajo realizado por las Cátedras de Medicina de Familia, Academia de Medicina de Familia de España (AMFE/semFYC) y sociedades científicas SEMERGEN y SEMG, en la elaboración del documento “*Competencias, contenidos, metodología y sistemas de evaluación de la asignatura Medicina de Familia*” en Febrero del 2009 (Tabla 36), exponiendo las directrices de adaptación al Plan de Bolonia mediante la inclusión de la asignatura de Medicina de Familia en los estudios de Grado, según el RD 1393/2007 y en cumplimiento de la Orden EC/332/2008.



**TABLA 36 - COMPETENCIAS, CONTENIDOS, METODOLOGÍA Y SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE LA ASIGNATURA MEDICINA DE FAMILIA**

<b>GRADO DE MEDICINA</b>	
DENOMINACIÓN DE LA ASIGNATURA	MEDICINA DE FAMILIA
CARÁCTER	OBLIGATORIO
MÓDULOS CON LOS QUE SE RELACIONA MÁS DIRECTAMENTE	FORMACIÓN CLÍNICA. MEDICINA SOCIAL, HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS.
COMPETENCIAS TAL Y COMO SE RECOGEN EN LA ORDEN EC/332/2008 A LAS QUE RESPONDE LA ASIGNATURA DE MEDICINA DE FAMILIA	<p>Medicina familiar y comunitaria: entorno vital de la persona enferma, promoción de la salud en el ámbito familiar y comunitario.</p> <p>Asumir su papel en las acciones de prevención y protección ante enfermedades, lesiones o accidentes y mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.</p> <p>Reconocer su papel en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud, como en las intervenciones para la promoción de la salud.</p> <p>Conocimientos básicos del Sistema Nacional de Salud y de legislación sanitaria.</p> <p>Conocer y manejar los procedimientos de documentación clínica. Conocer y manejar los principios de la medicina basada en la (mejor) evidencia</p> <p>Conocer los aspectos de la comunicación con pacientes, familiares y su entorno social: Modelos de relación clínica, entrevista, comunicación verbal, no verbal e interferencias. Dar malas noticias. Redactar historias, informes, instrucciones y otros registros, de forma comprensible a pacientes, familiares y otros profesionales.</p> <p>Conocer los fundamentos de la ética médica. Resolver conflictos éticos. Aplicar los valores profesionales de excelencia, altruismo, sentido del deber, responsabilidad, integridad y honestidad al ejercicio de la profesión.</p> <p>Reconocer la necesidad de mantener la competencia profesional. Saber abordar la práctica profesional respetando la autonomía del paciente, sus creencias y cultura.</p>
<b>ECTS</b>	<b>6</b>

*Fuente y elaboración: AMFE/semFYC 2009.*

## 6. ACCESO AL MIR Y FORMACIÓN DE POSTGRADO

La aparente carencia de facultativos en determinadas Comunidades Autónomas, ha propiciado que las administraciones autonómicas hayan intentado implantar políticas de recursos humanos ajenas al Ministerio de Sanidad<sup>40</sup>.

Durante el año 2008 se solicitó al Ministerio de Sanidad la apertura de nueve facultades de medicina (cuatro en Madrid, cuatro en Cataluña y una en Valencia, tres públicas y seis privadas). Dicha Ampliación de plazas hubiera supuesto un flujo continuo anual de 800 nuevos licenciados a partir del año 2015. Posteriormente, determinadas Comunidades Autónomas mantuvieron una firme presión para aumentar el acceso de estudiantes a la Licenciatura de Medicina en las facultades ya acreditadas en sus respectivas comunidades, como manifestó Fernando Lamata, Consejero de Salud de Castilla La Mancha, en el ciclo de conferencias de la Real Academia Nacional de Medicina “*La Sanidad española en el año 2009*”<sup>41</sup>. Fruto de ambas circunstancias, el Ministerio de Sanidad ya anunció ante el Consejo Interterritorial el 4 de Marzo del 2009, el aumento del acceso a la Licenciatura de Medicina a 7.000 plazas anuales para el curso 2009/2010.

A esta derogación de los <<números clausus>> y ampliación de acceso al pregrado, se une el creciente fenómeno de la inmigración médica (Figura 5), que sólo en el año 2008 fue de 5.383 facultativos extranjeros accediendo al Sistema Nacional de Salud. Del total de estos facultativos, 4.819 fueron extracomunitarios y sólo consiguieron que se les homologara, en el mismo periodo, 129 títulos de especialista. Circunstancia responsable de que uno de cada tres presentados a la convocatoria MIR del año 2009 fueran aspirantes extracomunitarios (Tabla 37 y 38).

### ¡Perspectiva de la formación graduada y especializada

	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08
'Numerus clausus' en las facultades de Medicina			4.113	4.234	4.354	4.486	4.906
Médicos graduados	4.095	4.098	4.009	4.211	4.064	3.951	3.841
Plazas MIR ofertadas	5.247	5.419	5.670	5.483	5.804	6.048	6.517
Adjudicatarios plazas MIR	5.242	5.417	5.661	5.480	5.717	5.804	6.216
Títulos licenciado homologados	1.545	1.042	2.611	2.756	2.810	3.663	5.383
Títulos especialistas homologados	220	260	288	415	551	577	702

Fuente: Ministerio de Sanidad

Figura 5. Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo Marzo 2009 (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>).  
Elaboración: Propia.

**TABLA 37 – FACULTATIVOS PRESENTADOS AL MIR, AÑOS 2001 - 2008**

MIR	FACULTATIVOS EXTRANJEROS				TOTAL	%	ESPAÑOLES	%	TOTAL
	UE	%	NO UE	%					
	2001	59	0,66	287					
2002	74	0,90	404	4,91	478	5,80	7.757	94,20	8.235
2003	93	1,29	455	6,39	584	7,68	7.025	92,32	7.609
2004	155	2,06	667	8,85	822	10,90	6.718	89,10	7.540
2005	233	3,03	930	12,01	1.165	15,04	6.580	84,95	7.745
2006	257	3,15	1.401	17,19	1.653	20,35	6.490	79,65	8.148
2007	325	3,65	2.570	23,12	2.382	26,77	6.516	73,23	8.898
2008	353	4,12	2.855	30,28	3.243	34,40	6.185	65,60	9.428
TOTAL	1.591	2,39	9.087	13,65	10.678	16,04	55.833	83,95	66.561

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, Marzo 2009 (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>).  
Elaboración: Propia.

**TABLA 38 – ASIGNACIÓN DE PLAZAS MIR, AÑOS 2001 - 2008**

MIR	FACULTATIVOS EXTRANJEROS				TOTAL	%	ESPAÑOLES	%	TOTAL
	UE	%	NO UE	%					
	2001	34	0,65	92					
2002	45	0,83	139	3,49	234	4,32	5.183	95,68	5.417
2003	60	1,06	289	5,11	349	6,16	5.382	93,84	5.661
2004	96	1,75	418	7,50	507	9,25	4.973	90,75	5.480
2005	171	2,99	575	10,06	786	13,05	4.971	86,95	5.717
2006	160	2,76	755	13,01	915	15,76	4.889	84,24	5.804
2007	218	3,51	1.153	18,55	1.371	22,06	4.815	77,94	6.216
2008	249	3,71	1.635	25,13	1.934	23,84	4.772	71,16	6.706
TOTAL	1.033	2,23	5.149	11,13	6.182	13,37	40.061	86,63	46.243

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, Marzo 2009 (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>).  
Elaboración: Propia.

## **6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN: INFORME DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, SOBRE EL FORMULARIO DE MEMORIAS DE LAS UNIDADES DOCENTES DEL EJERCICIO 2003 – 2005**

Para la implementación del tercer Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en el año 2005, surgió la necesidad de modernizar las fuentes de información docente, que permitieran conocer la realidad de las Unidades Docentes y la realización de un análisis más regular de las mismas. La obtención de una visión objetiva respecto al marco formativo global, permitiría dirigir la adaptación de los recursos de la estructura docente en Medicina de Familia a las nuevas contingencias.

Los esfuerzos de la Comisión Nacional respecto a la modernización de sus Sistemas de Información docente, se centraron en el desarrollo del “Formulario de Memoria de la Unidad Docente”, de obligada cumplimentación anual por cada Unidad Docente acreditada según lo establecido por la Orden Ministerial del 22 de Junio de 1995. Este Formulario recoge datos docentes del año académico en curso, subdivididos en los apartados: Filiación/Coordinación; Estructura y Recursos; Centros de Salud; Hospitales; Rotaciones; Actividades Formativas; Investigación. Almacenada la información mediante el soporte de una base de datos Access, cuya recopilación se realiza vía Internet por el personal administrativo de la Subdirección de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad. La Comisión Nacional, mediante estos informes, conoció la situación real de las Unidades Docentes respectiva a los años académicos 2003-2005, aportando información sobre necesidades de mejora de cara a la implementación del 3er Programa Oficial de la Especialidad, y sirviendo de herramienta a coordinadores, técnicos de salud, tutores y residentes, en el seno de la estructura docente, para solicitar el apoyo necesario a las respectivas Administraciones Públicas, en la dotación de sus Unidades Docentes. En resumen la Comisión Nacional pretende, mediante los Sistemas de Información Docente, mejorar la calidad formativa en Medicina Familiar y Comunitaria en nuestro país.

De la recopilación de los formularios de Memorias de las Unidades Docentes correspondientes al ciclo formativo 2003-2005 (periodo comprendido entre Mayo del 2003 y Junio del 2005), la Comisión Nacional realizó un análisis estructurado de cuyas conclusiones elaboró el “Informe de la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria sobre el Formulario de Memorias de las Unidades Docentes”, presentado en Madrid en Marzo del año 2006, durante la celebración de las Jornadas Anuales de Coordinadores de Unidades Docentes del Ministerio de Sanidad, y posteriormente, en Barcelona, en Septiembre de ese mismo año, en las Jornadas Docentes de la revista Tribuna Docente.

Posteriormente, con objeto de mejorar el sistema de información de datos docentes, adaptarlo al nuevo programa de la Especialidad, perfeccionar el sistema de recogida de datos del Formulario estructurado así como la modernización de los canales de información, se desarrolló también una línea de trabajo desde la Comisión Nacional de la Especialidad, resumida en el nuevo formulario “Conjunto Mínimo Básico de Datos Docentes” (CMBDD) previsto para el ciclo formativo 2007.

Los resultados del estudio se presentaron en el *“Informe de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria sobre el Formulario de Memorias de las Unidades Docentes”*, dividido en cinco artículos, coincidentes con los apartados a cumplimentar en la Memoria Anual: Filiación/Coordinación (Anexo II/1); Estructura y Recursos (Anexo II/2); Centros de Salud (Anexo II/3); Hospitales y Rotaciones (Anexo II/4); Actividades Formativas e Investigación (Anexo II/5).

### **7. FORMACIÓN COMPLEMENTARIA: NECESIDADES PERCIBIDAS POR LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA**

En el año 2005, en el seno de la Unidad Docente de Salamanca, residentes de tercer año de la Especialidad desarrollamos un proyecto de investigación con el objetivo de analizar las necesidades básicas de formación teórico-prácticas sentidas por los residentes de Medicina de Familia, en cada uno de los años de residencia. El objetivo era conocer la importancia que los facultativos en formación conceden a éstas, así como el momento que consideran más adecuado para realizarlas, con el fin de mejorar su aprovechamiento docente. Los resultados y conclusiones del estudio se presentaron en el XVII Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica (Anexo III).

**REFERENCIAS AL CAPÍTULO III**

1. Rico A. Descentralización y reforma sanitaria en España (1976-1996). Madrid: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones; 1998. Documentos de Trabajo: 3.
2. Muñoz S. La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos. Madrid: Alianza; 1995.
3. Abril F. Informe íntegro de la Comisión Abril [Internet]. Madrid: Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud; 1991 [acceso 8 de Junio del 2005]. Disponible en:  
<http://www.medynet.com/elmedico/informes/informe/informeabril.htm>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Libro del especialista en formación: Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 1996.
5. Cátedra UAB-Novartis de Docencia e Investigación en Medicina de Familia [sede Web]. Barcelona: UAB; 2003 [acceso noviembre del 2006]. Documentos e informes. Disponible en:  
<http://www.catedramfamilia.uab.es/>
6. Gallo FJ. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: International Marketing & Communication; 1997.
7. López-Valcarcel B. Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables. Gac Sanit (Madrid). 2006; 20 (Supl 1): 103-9. Disponible en:  
<http://www.sespas.es/informe2006/p3-2.pdf>
8. Simó J, Chinchilla N. Motivación y médicos de familia (II). Aten Primaria (Barcelona). 2001; 28: 668-673.
9. Instituto de Gestión Sanitaria. Atención Primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia. Madrid: Instituto de Gestión Sanitaria, Catálogo de Publicaciones; 2002.
10. López-Valcárcel G. La Formación de los Profesionales de la Salud: el mercado laboral sanitario y sus consecuencias en la formación; Numerus Clausus. Madrid: Fundación BBV; 1998. Documentos de Opinión: 18.
11. Pujol R. Análisis comparativo de la calidad del ejercicio médico profesional entre médicos formados y no formados mediante el sistema MIR. Barcelona: Publicaciones y Ediciones Universitat de Barcelona; 1996.

12. Molina F. Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento. Madrid: Línea Ejecutiva de Proyectos Editoriales; 1996.
13. Luque MJ. Evaluación de los procesos formativos en Medicina de Familia: Opinión de los Médicos Internos Residentes. Revista Tribuna Docente (Barcelona). 2002; 3 (2):33-39.
14. Monreal A. 1er Informe de la Comisión Nacional: Actividades Formativas realizadas por las Unidades Docentes. Ejercicio 1999/2000. Revista Tribuna Docente (Barcelona). 2002; 3(3):31-36.
15. Medina E. 4º Informe de la Comisión Nacional: Resultados sobre la estructura y recursos en Unidades Docentes referidos en las Memorias 1999-2000. Revista Tribuna Docente (Barcelona). 2002, 4 (2):35-37.
16. Pita S. 2º Informe Comisión Nacional: Unidades Docentes. ¿También unidades de investigación? Revista Tribuna Docente (Barcelona). 2002; 3(2) Supl: 33-44.
17. Saura J. Evaluación del proceso formativo de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Revista Tribuna Docente (Barcelona). 2001; 3(2) Supl: 3-11.
18. Casado V. Valoración del programa de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Revista Tribuna Docente (Barcelona). 2002; 3(2) Supl: 23-35.
19. Martín A. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Volumen I. 4ª Ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
20. Casado V. El examen MIR y las plazas de médico de familia. Aten Primaria (Barcelona). 2006; 38(10): 535-536
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria; B.O.E. 5 de Mayo 2005 [acceso 7 de mayo del 2005]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/profesional/formacionSanitariaEspecializada/guiasFormacion/pdf/medifamiliar.pdf>
22. Bonal P, Casado V, Serrano M. La Atención Primaria de Salud. Manual de medicina de familia: guía educativa. Barcelona: Ariel; 2005.
23. Casado V. Cuatro años. AMF (Barcelona). 2005; 1(2): 61-62.
24. 121. Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003).



25. Bonal P. Medicina de Familia y Universidad: modelo actual de la Medicina de Familia en la Universidad. Madrid: Marketing Int.; 2005.
26. Bonal P, Gil GV, Martín ZA, Pinto HA. La medicina de familia como área de conocimiento. Aten Primaria 1999; 23(3): 151-174.
27. Casado V. Coordinadora. Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria. Vol II. Barcelona: semfyc; 2007.
28. Montero E. Médicos de Familia en Atención Primaria del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid. Madrid: Madrid S.L.; 2005.
29. Quintana J. Objetivos 2005-2006 de la SVMFYC. En: X Jornadas Nacionales para Médicos Residentes de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Valencia: semFYC Ediciones; 2006. p. 2-3.
30. Amigo P. Aspectos legales y laborales de nuestra actividad profesional. En: IX Jornadas Nacionales para Médicos Residentes de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Salamanca: semFYC Ediciones; 2005. p. 8-10.
31. Gavilán E, Prados JA. ¿Diez años de la normalización de la Medicina de Familia en España? Diariomédico.com [revista en Internet] 2008. [acceso 29 de febrero del 2009]. Disponible en:  
[http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/mi\\_dm/atencion\\_primaria/pr\\_ofesion/es/desarrollo/1123794\\_01.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/mi_dm/atencion_primaria/pr_ofesion/es/desarrollo/1123794_01.html)
32. Estatuto de los Trabajadores. Real Decreto 1/1995 de 24 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 75, (29-3-1995).
33. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria [Sede Web]. Madrid: SEMERGEN; 1994 [acceso febrero 2007]. La Sociedad [4 pantallas]. Disponible en:  
<http://www.semergen.es/semergen/la-sociedad>
34. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria [Sede Web]. Barcelona: semFYC; 1993 [acceso febrero 2007]. La Sociedad [3 pantallas]. Disponible en:  
[http://www.semfyc.es/es/informativo/quienes\\_somos/](http://www.semfyc.es/es/informativo/quienes_somos/)
35. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [Sede Web]. Madrid: SEMG; 1995 [acceso febrero 2007]. Quienes somos [1 pantalla]. Disponible en:  
<http://www.hiposemq.com/>

36. Bloque catalán de Medicina Familiar y Comunitaria. Elementos que incidan de forma negativa en el desarrollo del Programa y de la Especialidad. Informe de un Grupo Científico de la estructura docente de medicina de familia. Barcelona: MSC; 1981. Serie de Informes Técnicos: 1.
37. Clark R. Aprendizaje basado en la resolución de problemas. En: La docencia en Medicina. Barcelona: Doyma; 1990. p. 103-118.
38. Gómez T, Ceitlin J. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: semFYC-CIMF; 1997.
39. Guilbert JJ. A new method of objective examination: the programmed examination. Rev Prat. 1964; 14: I-IX.
40. Amigo, P. Nuevas facultades de medicina en España y su repercusión en la formación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria (pendiente de publicación).
41. Lamata F. El sistema sanitario español, éxitos y desafíos. En: Ciclo de sesiones "La sanidad española en el año 2009". Madrid: Academia Nacional de Medicina; Febrero del 2009.

## **IV – UNA REFLEXIÓN CRÍTICA**

Del presente proyecto de investigación, se objetiva la aportación fundamental para la implementación de la Especialidad que realizó la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Planificó el proceso de enseñanza y aprendizaje dentro de un planteamiento didáctico en la racionalidad crítica, vanguardista respecto a los conceptos manejados en la educación médica de nuestro país hasta el momento<sup>1</sup>. La estructura formativa en Medicina de Familia fue innovadora en el desarrollo de herramientas de apoyo a la docencia: el Libro de Evaluación del Especialista en Formación, la Guía del Coordinador de Unidad Docente, el Manual del Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria, el Libro Curricular del Especialista en Formación o Guía de Portafolio del Residente, cuya finalidad era facilitar la comprensión de los Programas formativos y reforzar los procesos de evaluación formativa, según lo previsto en la Orden Ministerial 22/06/1995, sobre Comisiones Locales de Docencia y Sistemas de Evaluación de los Residentes, pero escasamente desarrollados hasta ese momento en la formación de postgrado de nuestro país<sup>2</sup>.

En la consecución del perfil ideal de facultativo que guiara el desarrollo de la Atención Primaria de Salud en España, la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria planteó la estrategia de garantizar la calidad formativa del postgrado mediante el exhaustivo control de la acreditación de los centros docentes (Anexo I/4 y I/11). Con este objetivo habilitó para sus Unidades Docentes los Criterios de Acreditación y Reacreditación Docente, aprobados en el año 1978 y revisados con cada nuevo Programa de la Especialidad (años 1984, 1993, 1996 y 2005), desarrollados mediante los grupos de trabajo habilitados en las Jornadas Anuales de Docencia y consensuados siempre con la estructura docente de la Especialidad. Para garantizar el cumplimiento de estos criterios de acreditación, apoyando la estrategia de mejora de la calidad formativa mediante control de la acreditación, se establecieron en el año 1985, en coordinación con la entonces Subdirección de Ordenación Funcional del Ministerio de Sanidad, el Protocolo de Auditorías Docentes Estructuradas y se estableció la realización obligatoria de la Memoria Anual de las Unidades Docentes, que habilitó un sistema de información sobre el que detectar carencias en la estructura docente. Posteriormente, la Comisión Nacional de la Especialidad modernizó este sistemas de información, primero en el año 1993, mediante la Memoria Normalizada de las Unidades Docentes, más exhaustiva, que pasó a informatizarse en el año 1996 para facilitar el seguimiento del 2º Programa Formativo Oficial de la Especialidad; y después en el año 2006, con el formulario “Conjunto Mínimo Básico de Datos Docentes (CMBDD)” para seguimiento del 3er Programa Formativo Oficial de la Especialidad. A su vez, la Subdirección de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, perfeccionó sus mecanismos de supervisión de la actividad acreditadora implantando en el año 2002 el Sistema de Auditorías Docentes, más estructurado y con mayor capacidad operativa<sup>3</sup>.

La actual tendencia de la Comisión Nacional y del Ministerio de Sanidad respecto al desarrollo de sistemas de información docentes y realización de auditorías docentes, ha sido la de optimizar tiempo y recursos, apoyando la supervisión del proceso docente con la aplicación de la herramienta informática "E-Room". De esta manera se ha normalizado y simplificado en un único proceso la acreditación y recreditación de dispositivos docentes, la realización de las auditorías docentes y la elaboración anual de la Memoria de Unidad Docente (Anexo IV, entrevista 2).

En relación con la evaluación sumativa, al término de la Especialidad, se constataron dos intentos históricos de desarrollo más exhaustivo de su proceso. El primer examen final del postgrado se planteó en el año 1981, para la primera promoción de residentes de Medicina de Familia, convocando una prueba final escrita, de carácter voluntario, con la finalidad de conceder la excelencia a los residentes calificados de aptos que superasen la prueba; este examen no se repitió en años sucesivos por falta de presupuesto. El segundo examen final de postgrado tuvo lugar en el año 1999, resultado de una esforzada línea de trabajo de cinco años de evolución planteada desde la Comisión Nacional y consensuada con miembros de las Unidades Docentes. Planteó una prueba de evaluación de la competencia para los residentes con nota de excelente, pero de su ejecución, se constató escaso interés de la estructura docente por el mismo, falta de participación y escasa uniformidad de criterios en las calificaciones que daban acceso a la prueba, y dado que el proceso no reunió unas mínimas garantías técnicas que aseguraran la rigurosidad ni la homogeneidad del mismo, se abandonó temporalmente la idea de la evaluación sumativa (Anexo IV, entrevista 1). A pesar de esta circunstancia, la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria fue pionera con la realización de este examen, al plantear la evaluación sumativa del residente como una evaluación de la competencia, en línea con los sistemas de especialización médica anglosajones, salto cualitativo en la evaluación posgraduada, que se volvió a materializar con la inclusión de la Evaluación Final de los Residentes no aptos de la Especialidad de Medicina de Familia en la prueba de capacitación para la homologación de títulos o pruebas de Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECO) (Anexo I/18). La Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, solicitó entonces al Consejo Nacional de Especialidades Médicas la implantación de una Evaluación Sumativa tipo ECO a los residentes de último año de todas las especialidades, en la línea de los sistemas formativos de especialistas del resto de Europa y Norteamérica, retomando la idea de la evaluación final de especialización como garantía de calidad formativa, modelo sobre el que podría reestructurarse el examen MIR en un futuro.

También resultó novedosa para la formación postgraduada en España, la acreditación por parte de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria de las "Unidades Asociadas para la Docencia", dispositivos docentes ajenos a las gerencias de origen de las Unidades Docentes (Atención Primaria), que afirmaron el carácter pluripotencial del médico de familia.

Del proyecto de investigación también se concluye, que la Comisión Nacional mantuvo una lucha institucional sostenida en defensa de la Especialidad, decisiva para contrarrestar en el Ministerio de Sanidad la influencia negativa de los sectores contrarios a la implantación de una especialización previa al ejercicio de la medicina general en España. Dicha presión procedió de las sociedades científicas y agrupaciones sindicales que representaban al colectivo de médicos generalistas en ejercicio y de grupos profesionales con influencia en la Organización Médica Colegial (Anexo I/9). También la Comisión realizó un arduo trabajo para conseguir un control mínimo, desde el Ministerio de Sanidad, de los procesos autonómicos de homologación del título de especialista en Medicina de Familia, ajenos a la vía MIR y previos a la implantación de la prueba ECOE normalizada, procesos de homologación que desestabilizaron durante veinte años el desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria en nuestro país, al devaluar el proceso formativo reglado de especialización. Las pruebas ECOE, convocadas por el Ministerio de Sanidad desde el año 1999 hasta el 2009 y elaboradas por las sociedades científicas del ámbito de la Atención Primaria, bajo supervisión de la Comisión Nacional de la Especialidad, se diseñaron en cumplimiento del RD 1753/98 para la consecución de la homologación de títulos de especialista, siendo posteriormente regulada mediante Resolución de la Secretaría de Estado de Educación y Universidades (Boletín Oficial del Estado 01/2002, página 1612), sobre las características comunes de las Pruebas de Homologación, en desarrollo del Art. 3 de dicho Real Decreto. La perfección de la ECOE para la valoración de la competencia profesional, fue reconocida por el ámbito del postgrado, sirviendo de modelo al Consejo Nacional de Especialidades Médicas en el año 2001, para la elaboración del examen de homologación del resto de Especialidades (MESTOS) (Anexo IV, entrevista 1).

Respecto a la defensa de la baremación de la formación vía MIR en la provisión de plazas en el Sistema Nacional de Salud, del proyecto de investigación se deduce que se incumplieron sistemáticamente los compromisos establecidos por el Ministerio de Sanidad con la Comisión Nacional de la Especialidad, en cumplimiento del Real Decreto 1753/98 y de los acuerdos del Consejo Interterritorial de julio de 1997 en relación a la "Normalización de la Medicina de Familia en España". Esta política de recursos humanos frenó la incorporación de facultativos debidamente especializados al ámbito de la Atención Primaria, desviando valiosos recursos hacia las urgencias hospitalarias y sistemas de emergencias sanitarias. Además dio lugar a la judicialización de las actuaciones de los distintos colectivos médicos, por medio de sus organizaciones sindicales (sentencias del Tribunal Constitucional 193/1987, 10/1989, 67/1989, 27/1991 y 60/1994)<sup>4</sup>, que colapsaron la incorporación de los facultativos vía MIR al mercado laboral y fueron responsables de la emigración masiva de especialistas a otros sistemas de salud en el extranjero<sup>5</sup>, cuyas disfunciones aún se reflejan en nuestro Sistema Nacional de Salud<sup>6</sup>.

Otra circunstancia desequilibrante para el desarrollo de la Especialidad recogida en el presente estudio, fueron las convocatorias de plazas MIR de Familia que el Ministerio de Sanidad realizó sistemáticamente ajeno a las recomendaciones de la Comisión Nacional, superando la capacidad formativa de la estructura docente (Anexo I/6, I/12, I/13, I/16). Los incidentes críticos a este respecto se registraron en las convocatorias MIR correspondientes al año 1979, 1987, y tras la aplicación de la Directiva Europea 86/457/CEE, en las convocatorias del MIR realizadas entre los años 1995 y 2000. Este hecho, generó graves interferencias en la aplicación de los criterios de acreditación de centros, limitando las estrategias de la Comisión Nacional de control de la calidad docente mediante control de la acreditación (Anexo I/17).

En la investigación realizada también se detecta que las tendencias futuras respecto a planificación de recursos humanos, son aumentar el acceso al pregrado en Medicina (de 4.000 plazas a 7.000 a partir del curso 2009 / 2010)<sup>7</sup>, lo que unido al fenómeno de inmigración médica reproducirá en un futuro la problemática existente en la pasada década respecto a la “bolsa histórica” de médicos en paro, acumulados a las puertas del MIR para alcanzar la necesaria especialización previa al ejercicio de la medicina en el Sistema Nacional de Salud<sup>8</sup>.

### **1º. PROGRAMAS DE LA ESPECIALIDAD**

La adaptación de la educación médica en España a los métodos de aprendizaje desarrollados por la psicopedagogía moderna ha sido lenta, con persistencia de un desarrollo curricular de racionalidad academicista en los estudios universitarios. En este contexto, el desarrollo de una formación MIR postgraduada eminentemente práctica, reglada y con metodologías docentes modernas, supuso un hito en la educación médica de nuestro país. Los Programas formativos de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, dentro de este avance cualitativo de la formación médica postgraduada, se han visto impregnados desde su inicio por las tendencias más vanguardistas, siendo pioneros en la implantación de metodologías docentes. La evolución, desde los dos primeros Programas Oficiales de la Especialidad, en un diseño curricular de racionalidad práctica, definida por la reflexión personal sobre la práctica como guía del aprendizaje, subrayando la importancia del propio proceso de enseñanza-aprendizaje, dio paso a un tercer Programa Oficial con un diseño curricular en la racionalidad crítica, caracterizado por su flexibilidad, variedad en la metodología docente, adaptación a la heterogeneidad del perfil del médico de familia, favoreciendo el pensamiento divergente y la adquisición de la capacidad crítica por parte del residente respecto a su aprendizaje, en el desarrollo de la competencia profesional<sup>9</sup>.

El actual Programa formativo de la Especialidad, sobre un cronograma más amplio de cuatro años, para el desarrollo de las cinco áreas competenciales que contempla, redefine el perfil profesional del médico de familia, adecuándolo a las necesidades futuras de la Atención Primaria de Salud<sup>10</sup>.

Así cita la Presidenta de la Comisión Nacional, Verónica Casado Vicente (Anexo IV, entrevista 2): “El perfil del Médico de Familia es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud”. Actualmente la formación en Medicina Familiar y Comunitaria continúa siendo innovadora en muchos campos, desarrollando aspectos como la “formación de formadores”<sup>11</sup>, recuperando la importancia de los valores profesionales en el ejercicio de la medicina. También con el desarrollo de herramientas de apoyo al aprendizaje, como la “Guía de Portafolio del Residente”<sup>12</sup>, destacando en su elaboración el equipo investigador de la Unidad Docente de Zaragoza, y sobre el que otras especialidades se han desarrollado, como la Comisión Nacional de Medicina Interna con la elaboración de su documento “Guía de formación de especialistas en Medicina Interna”, sobre el portafolio diseñado por el Grupo de Formación de la SEMI y pilotado durante el curso 2006-2007. Respecto a otras líneas de trabajo en este campo, desarrolladas en el seno de la educación médica de nuestro país, señalar las importantes líneas de trabajo de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) sobre formación estructurada y autoformación, y los avances del grupo investigador de Cirilo Rozman Borstnar sobre desarrollo de mecanismos evaluadores para el mantenimiento de la competencia profesional<sup>13</sup>.

Destacar como retos de futuro para la implementación del programa formativo de Medicina de Familia, la incertidumbre que suscita entre los coordinadores de las Unidades Docentes la conciliación de la actividad docente y asistencial del residente con el respeto a sus derechos laborales, reconocidos mediante el RD 1146/2006 y RD 183/2008<sup>14</sup>. También el futuro incierto que significa la “enseñanza participativa” que caracteriza al 3er Programa Oficial de la Especialidad, en un momento de “crisis de valores” que observan coordinadores y tutores en las nuevas generaciones de residentes, como recoge repetidamente el apartado de “Comentarios” de las Memorias de las Unidades Docentes (Anexo II/2).

## **2º. CALIDAD FORMATIVA MEDIANTE CONTROL DE LA ACREDITACIÓN**

La Comisión Nacional de la Especialidad, ha revisado sistemáticamente los criterios de acreditación de centros docentes, siendo más rigurosos respecto a los mismos con la implementación de cada nuevo programa formativo, en la estrategia de garantizar la mejora de la calidad formativa en Medicina de Familia mediante control estricto de dotación de dispositivos docentes y cumplimiento del Programa Oficial de la Especialidad por la estructura docente.



Como recoge el trabajo de investigación, en el origen de la Especialidad la acreditación consistió en una política de garantía de cumplimiento de mínimos en los hospitales acreditados para la docencia, con el objetivo de poder incorporar la formación en Medicina de Familia al sistema MIR con unas ciertas garantías. Durante la década de 1980, con la aprobación del 1er Programa Oficial de la Especialidad y paralelamente los Criterios de Acreditación y Reacreditación de las Unidades Docentes, Instituciones Docentes y Centros de Salud (vigentes desde el año 1984 hasta 1996), la Comisión Nacional de la Especialidad llevó a cabo una revisión exhaustiva de centros, visitando los acreditados hasta el momento, apoyados en la introducción en 1985 del Protocolo de Auditorías Docentes Estructuradas desde la entonces Subdirección de Ordenación Funcional del Ministerio de Sanidad (Anexo I/11). Esta estrategia de control de la calidad docente mediante la acreditación se vio frenada en la década de 1980, por la planificación de recursos humanos llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad, con convocatorias de MIR que superaron repetidamente los límites de plazas acreditadas por la Comisión Nacional, impidiendo la correcta aplicación de los criterios de acreditación vigentes (Anexo I/12). Este esfuerzo de mejora de la calidad formativa mediante la acreditación, realizado por la segunda Comisión Nacional para consolidar la Especialidad, se vio truncado gravemente por la convocatoria MIR de 1987, que superó las recomendaciones de la Comisión Nacional en un 25% de plazas, más de las que la estructura docente en medicina de familia podía absorber, forzando un apresurado aumento de plazas acreditadas. Circunstancia agravada con la publicación de la Directiva Europea 457/86 y 264/89, sobre Formación Postgraduada Básica en Atención Primaria, que forzaría aún más y de inmediato el incremento de plazas MIR en Medicina de Familia (Anexo I/13).

Durante la década de 1990 se plantearon dos esfuerzos firmes en la línea de habilitación de mecanismos de garantía de calidad docente. Comenzaron en 1993, con la revisión del "Programa actualizado de la Especialidad" y actualización de los "Requisitos de Acreditación de Unidades Docentes, Centros de Salud, Centros Hospitalarios y Tutores", haciendo especial hincapié en la dotación estructural de centros. El segundo impulso tuvo lugar en 1996, con la aprobación del "2º Programa Formativo Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria", que para mejorar la calidad del proceso formativo, estableció una evaluación de docentes y discentes, y revisó la acreditación de Tutores y Centros de Salud, apoyándose en la actualización por parte del Ministerio de Sanidad del Sistema de Auditorías Docentes. Pero la aplicación efectiva de la mencionada Directiva Europea 457/86 y 264/89 (especialización obligatoria previa al ejercicio profesional y eliminación de la "bolsa histórica" de paro médico), que implicaba una doble convocatoria MIR para Medicina de Familia desde 1996 hasta el año 2001, con una impuesta ampliación del número de plazas ofertadas, obligó a acelerar la acreditación de centros docentes, implicando un apuro formativo y económico en la estructura docente (Anexo IV, entrevista 1). También señalar que en esta época, la presión asistencial ya significaba un creciente problema para la acreditación de

los Centros de Salud docentes, como recogen las Actas de la Comisión Nacional de la Especialidad.

Tras constantes reclamaciones desde el seno de la estructura docente de Medicina Familiar y Comunitaria, encauzadas por su Comisión Nacional, dirigidas al Ministerio de Sanidad, se recuperó la convocatoria única del MIR en el año 2001, pudiendo introducir entonces un ajuste progresivo de la oferta de plazas MIR en Medicina de Familia, respetando la capacidad real de la estructura docente, y permitiendo la aplicación más estricta de los criterios de acreditación y reacreditación de centros sanitarios docentes (Anexo I/17). Con la aprobación en el año 2005 del 3er Programa Oficial de la Especialidad, y para su desarrollo y consolidación, de los “Requisitos Generales de Acreditación y Reacreditación de las Unidades Docentes para la formación de Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria”, se produjo un salto cualitativo en el proceso de mejora de la calidad formativa mediante reacreditación en medicina de familia, largo tiempo añorado por los profesionales de la propia estructura docente, en el que nos hallamos inmersos actualmente. Este esfuerzo reacreditador, se ha concretado en la revisión por la actual Comisión Nacional de la Especialidad de 828 Centros de Salud y 205 hospitales docentes, y ha sido respaldado desde el año 2005 por la labor auditora de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Este análisis histórico del conjunto de procesos de acreditación, revela hasta que punto las convocatorias MIR planificadas desde el Ministerio de Sanidad, con cupos de plazas de Medicina de Familia ajenas a las recomendaciones de la Comisión Nacional y a la capacidad formativa de la estructura docente, han causado graves disfunciones en el desarrollo de la Especialidad.

### **3º. EVALUACIÓN**

La actual evaluación del proceso formativo que se realiza al final de cada año de residencia, consistente en la revisión por parte del Coordinador de Unidad Docente y la Comisión Asesora correspondiente, de la correcta y completa cumplimentación de los periodos formativos contemplados en el Libro del Especialista en Formación, es un mero control de cumplimiento de mínimos<sup>15</sup>. En la actual baremación del residente, existe gran influencia de la subjetividad del tutor que firma la rotación, no garantizando la homogeneidad de la evaluación ni un control fiable de la calidad del proceso formativo. Respecto a la evaluación final de la residencia, continúa mesurándose en apto o no apto, como resumen del cumplimiento del programa formativo, sin un examen final, homogéneo, que demuestre la adquisición de competencias en el ejercicio de la Especialidad<sup>16</sup>. Tan solo la evaluación de los residentes no aptos, sin posibilidad de recuperación de periodos formativos, se realiza mediante un examen de su competencia profesional, dada su inclusión en la prueba ECOE.

### **3.1. Evaluación formativa**

La Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, en cumplimiento de la Orden Ministerial de 22 de Junio de 1995 sobre seguimiento y supervisión de la adquisición de competencias por parte del residente, introdujo en la década de 1990 el “Libro de Evaluación del Especialista en Formación”, como evaluación formativa y herramienta docente de apoyo al proceso de aprendizaje. Posteriormente, esta herramienta docente se actualizó mediante los grupos de trabajo de la Comisión Nacional, registrando un salto cualitativo en el año 2006 con la publicación de la “Guía Portafolio del Residente”; guía para la construcción de un portafolio semiestructurado que documentara la adquisición de las competencias requeridas al especialista en Medicina de Familia en base a los requerimientos del Programa Oficial de la Especialidad.

Sobre esta línea de la evaluación formativa, ha destacado, a nivel nacional, el trabajo investigador de facultativos pertenecientes a la estructura docente en Medicina Familiar y Comunitaria, Matilde Ezquerro, Coordinadora de la Unidad Docente Costa de Ponent de Barcelona, y Roger Ruíz, Coordinador de la Unidad Docente de Córdoba. Las tendencias actuales en evaluación formativa son las de guiar la formación del residente hacia la adquisición de la competencia profesional, reforzando la experiencia de “evaluación para el aprendizaje”, estimulando la reflexión y la autoevaluación y promoviendo hábitos de planificación de la propia formación (“self directed learning”), circunstancia clave para el desarrollo profesional a lo largo de toda la vida. También señalar las líneas tácticas defendidas por la Asociación de Redes de Comisiones de Docencia y Asesoras (AREDA) en su documento: “La evaluación de la formación especializada como garantía de la calidad del sistema de salud” (Tabla 39).

**TABLA 39 - CARACTERÍSTICAS DE LA CORRECTA EVALUACIÓN FORMATIVA**

Utiliza métodos objetivos de evaluación
Es continuada a lo largo de todo el periodo de formación
Está basada en la relación entre el tutor y el residente en formación
Proporciona un feed-back constructivo sobre la actuación del residente, de forma regular y que permite planificar conjuntamente la estrategia docente, con el objetivo de garantizar las instrucciones y los cambios necesarios para mejorar el desarrollo de las competencias
Sus métodos de evaluación deben estimular un aprendizaje integrado y evaluar requerimientos prácticos predefinidos, así como también conocimientos, aptitudes y actitudes
Debe establecer mecanismos que permitan la modificación de la aplicación práctica del programa de formación en función de los resultados de la evaluación formativa

*Fuente: AREDA 2009. Elaboración: Propia.*

La evaluación formativa basada en la adquisición de la competencia es una apuesta de futuro. Supone un cambio cualitativo en la concepción de la evaluación, permitiendo guiarla hacia el control del proceso de aprendizaje, localizando fallos que se pueden modificar previamente a la evaluación final, donde los errores detectados son ya irreversibles.

### 3.2. Evaluación sumativa

La evaluación sumativa en el desarrollo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, ha sido una fuente de conflictos permanentes en el seno de la Comisión Nacional. Tras los dos intentos históricos de desarrollar más exhaustivamente la evaluación sumativa, se puede concluir que la evaluación final fiable del proceso de especialización solo se consiguió realizar parcialmente a la primera promoción de Médicos de Familia en el año 1981, mediante prueba meramente teórica<sup>17</sup>. Posteriormente, el proceso de evaluación sumativa sufrió un incidente crítico con el fracaso de la prueba de evaluación de la competencia realizada a los residentes con calificación de excelentes de la promoción del año 1999. Dicho examen no tuvo el apoyo suficiente de la estructura docente, caracterizándose por su falta de homogeneidad y escasa garantía de equidad del proceso evaluador, y llevó a desechar durante la siguiente década el desarrollo de la evaluación sumativa (Anexo IV, entrevista 1).

Respecto a los sistemas de especialización médica en los países de nuestro entorno, la evaluación sumativa se considera de gran importancia como garantía de adquisición de la competencia profesional. Las pruebas siguen un modelo de evaluación teórica, mediante examen escrito, unido a un examen práctico, de evaluación de la competencia mediante resolución de casos<sup>18</sup>. La superación de las pruebas puede exigirse previamente al acceso a la especialización (USMLE norteamericano, basado en el “roll playing”, previo al ingreso en el hospital; en Reino Unido el “Pre-registration House Officer” (PRHO) previo al derecho a recibir el “Register” en el Consejo General Médico), o bien dividirse en sucesivos exámenes, realizados al término de cada periodo formativo de dos o tres años de especialización, necesario para acceder al siguiente nivel de aprendizaje (“Señor House Officer” (SHO) y “Specialist Register” (SpR) de Reino Unido, examen práctico incluido en su entorno de trabajo). En la línea de la evaluación de la formación especializada como garantía de la calidad del sistema de salud, con acreditación de la competencia adquirida y reacreditación del mantenimiento de la misma, el American College of Physicians establece mediante su “*Ethics and Human Rights Comité*”, los objetivos de la Evaluación Sumativa Final de la Formación y su justificación (Tabla 40).

**TABLA 40 - EVALUACIÓN SUMATIVA FINAL DE LA FORMACIÓN**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>
Constatar el grado de aprovechamiento alcanzado en relación al Programa de Formación	Garantizar socialmente que los profesionales formados tienen un nivel de competencia suficiente
Clasificar a los residentes y establecer puntos de corte que definan el grado de aprovechamiento mínimo necesario para poder superar la prueba o pruebas que la componen	Conocer el nivel de competencia de los profesionales en la fase inicial del ejercicio de su profesión
Certificar la aptitud o la falta de aptitud para desarrollar una actividad profesional autónoma	Control de calidad de las estructuras docentes y de los programas de formación

*Fuente: American College of Physician, Ethics and Human Rights Comité.  
Elaboración: Propia.*

En esta línea de trabajo, en España, la Asociación de Redes de Comisiones de Docencia y Asesoras (AREDA)<sup>19</sup> ha investigado sobre los requisitos técnicos que debería reunir el proceso evaluativo, enunciando:

- Validez (grado en que el instrumento mide realmente lo que pretende medir)
- Fiabilidad (confianza en la precisión de los resultados)
- Reproducibilidad (la constancia en la obtención de los resultados)
- Practicabilidad (debe tener en cuenta los recursos disponibles, el tiempo, los costes, el número de discentes a evaluar)
- Relevancia de lo que se evalúa respecto a los que se debería evaluar

Dado que la evaluación sumativa ha demostrado ser un elemento imprescindible de mejora en el desarrollo de los programas formativos de especialización médica, para converger en España hacia modelos más profesionales de especialización, parece lógico que el Consejo Nacional de Ciencias de la Salud establezca un procedimiento de evaluación final de la competencia adquirida con características comunes para todos los profesionales en formación, estableciendo las competencias a evaluar para cada especialidad su Comisión Nacional. Un modelo de éxito a seguir, sería la estructura habilitada para las pruebas ECOE, como ya fue sugerido en el año 2005 por la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria al Consejo Nacional de Ciencias de la Salud.

#### 4º. IMPLANTACION DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Valorando la influencia que ha tenido la creación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en la implantación de la Atención Primaria de Salud en España, observamos que la implantación de la Especialidad se realizó prematuramente respecto a la elaboración del marco jurídico para la reforma de la Atención Primaria de Salud, que llegó con el RD 137/84, sobre Estructuras Básicas de Salud y la Ley 14/86 General de Sanidad (Anexo IV, entrevista 1). Esta legislación, se produjo varios años después de que las primeras promociones de especialistas de Medicina de Familia vía MIR estuvieran ya ejerciendo, circunstancia que supuso gran frustración en los primeros especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, ya que tuvieron que ser los movimientos reivindicativos de aquellos primeros facultativos, el motor que impulsara la creación de los Centros de Salud piloto y la implantación de los nuevos conceptos de trabajo en equipos multidisciplinares en Atención Primaria (Anexo I/7).

La presencia del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en la Atención Primaria de Salud, fue decisiva en la implantación de equipos multidisciplinares en el ámbito del primer nivel asistencial, con nuevos conceptos de trabajo en equipo; la inclusión de registros de actividades y de sistemas de información, que permitieran medir la actividad (historias clínicas); la protocolización y programación de la asistencia en la consulta; el desarrollo en la Atención Primaria del concepto de prevención y promoción de la salud (educación para la salud); y la realización de la docencia y de la investigación en el Centro de Salud. También señalar que actualmente, gran parte de la formación continuada que se lleva a cabo en las gerencias de Atención Primaria, es planificada y ejecutada por las Unidades Docentes allí ubicadas.

La incorporación a los Centros de Salud y órganos de dirección de la administración pública sanitaria, de los nuevos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, significó superar el divorcio histórico entre la estructura de la Sanidad Nacional (heredada del Ministerio de la Gobernación) y la red pública de la Seguridad Social (heredada del Ministerio de Trabajo) una vez constituido el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, dado que los nuevos facultativos vía MIR se formaban tanto en una orientación preventivista como asistencial, además de que su formación a nivel hospitalario y del centro de salud sirvió de nexo entre niveles sanitarios<sup>20</sup>.

También la dependencia de las Unidades Docentes de las gerencias de Atención Primaria ha generado conflictos en su estructura docente, destacando la falta de inversión en sus infraestructuras, fruto de su dependencia económica y presupuestaria, así como los nombramientos y ceses de Coordinador de Unidad Docente en base a decisiones políticas, obligando a la Comisión Nacional de la Especialidad a solicitar la modificación de la OM 22/06/95 referente al nombramiento de Coordinador, para que dependiera de la Comisión Asesora de cada Unidad Docente la propuesta de nombramiento y no de la politizada decisión de las Gerencias de Área (Anexo I/4 y I/5).

Respecto a las líneas de investigación abiertas sobre el desarrollo de la Atención Primaria de Salud en España y la influencia que en ella ha tenido la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, destacan en el seno de la estructura docente, el trabajo investigador de Tomás Gómez Gascón con su documento *“La Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo”*; la investigación de José Manuel Freire perteneciente a la Escuela Nacional de Sanidad en *“Treinta años de evolución del sistema sanitario español y Atención Primaria”*; los documentos de opinión de M<sup>a</sup> Dolores Vicent García del Área de Formación Especializada de la Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid; la actividad de facultativos del sector, como Juan Simó en *“Tres décadas de evolución de la Atención Primaria en España 1976-2006”*, analizando como la existencia de la Especialidad ha contribuido a mejorar los aspectos de capacitación científico-técnica en los Equipos de Atención Primaria, y mostrando como permanecen pendientes problemas respecto a la autonomía y el profesionalismo de sus facultativos.

### 5º. EXAMEN MIR

#### 5.1. Educación Médica en España

Si bien el sistema de especialización de postgrado ha significado un gran avance cualitativo para la educación médica en España, el proceso de acceso a esa especialización, o prueba MIR, ha adquirido un progresivo protagonismo que ha resultado pernicioso a la hora de planificar la formación médica, tanto de pregrado como de postgrado, en nuestro país<sup>21</sup>. Su estructuración entorno a un examen teórico tipo test, sobre un temario limitado y sin relación con la adquisición de la competencia profesional, resulta obsoleto y fuera de contexto en la adaptación de la educación médica española al Plan de Bolonia, para la integración en el Espacio Educativo Superior Europeo. La reestructuración de la formación universitaria orientada a los estudios de Grado, significa un cambio respecto a competencias, contenidos, metodología y sistemas de evaluación, que requiere superar la influencia negativa de la actual prueba MIR<sup>19</sup>.

A nivel del pregrado, el examen MIR ha polarizado la planificación de contenidos en las asignaturas impartidas y ha terminado por imponer su sistema de evaluación tipo test, confinando la formación durante la licenciatura en un desarrollo curricular de racionalidad práctica, enfocado a la adquisición de los conocimientos teóricos que estrictamente son necesarios para la superación del MIR<sup>22</sup>. Limita la introducción de cambios en la metodología docente, perpetúa los procesos de aprendizaje clásicos, limita el pensamiento divergente y la adquisición de la capacidad crítica, y no permite al estudiante adquirir herramientas para gestionar su autoaprendizaje, necesario para el mantenimiento de la competencia en el desempeño futuro de su profesión médica<sup>13</sup>.

La reorientación de la prueba MIR hacia la evaluación sumativa final basada en valoración de la competencia, supondría el mayor avance cualitativo en educación médica postgraduada de las últimas dos décadas en nuestro país. Un examen de acceso a la formación postgraduada orientada hacia la racionalidad crítica y adquisición de la competencia, superaría la mera evaluación de conocimientos teóricos de prueba escrita tipo test actualmente en uso, y resolvería las graves disfunciones que la polarización de la formación pregraduada hacia la consecución de la prueba MIR ha generado.

### 5.2. Convocatoria MIR y Medicina de Familia

Respecto al análisis del marco político en que se ha desarrollado la implementación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, mediante el presente proyecto de investigación, se identifican las numerosas interferencias que las decisiones políticas realizadas por la administración pública respecto a planificación de recursos humanos y convocatorias del examen MIR, han tenido en el desarrollo de la formación postgraduada.

Las sucesivas convocatorias MIR planteadas por el Ministerio de Sanidad, han obedecido más a presiones políticas desde las Comunidades Autónomas y laborales desde los sectores profesionales, que a la capacidad formativa real de la estructura docente posgraduada. Sistemáticamente se han convocado mayor número de plazas para Medicina Familiar y Comunitaria, de las que su estructura docente podía asimilar, forzando acreditaciones ajenas a los criterios aprobados a tal efecto, que garantizaban una calidad en la formación de especialistas. Estas diferencias de cupos entre plazas convocadas y plazas acreditadas, fueron especialmente graves en los años 1978 y 1987, y posteriormente críticas con la aplicación de la Directiva Europea 86/457/CEE. Establecido el requerimiento desde 1995 de dos años de especialización previa al ejercicio de la medicina en la Unión Europea, el Ministerio de Sanidad impuso a la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria un esfuerzo formativo para la ampliación de plazas MIR de familia (años 1995 al 2000), hasta eliminar la “bolsa histórica” de médicos en paro, circunstancia que comprometió económica y estructuralmente a las Unidades Docentes, y afectó la calidad formativa. Las convocatorias del examen MIR restringido de Medicina de Familia, demostraron además ser un fracaso respecto a puntuación y cobertura de plazas (el 30% de las plazas reservadas para post-95 no se cubrieron), a parte de un desprestigio para la Especialidad.

Actualmente la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de centros docentes, respecto al cumplimiento del 3er Programa Oficial de la Especialidad y de sus Criterios de Acreditación. Este esfuerzo en consecución de una mejora de la calidad formativa en medicina de familia y reconocimiento de la Especialidad, ha sido posible gracias a la equiparación de plazas MIR convocadas respecto a las posibilidades formativas reales de las Unidades Docentes, guiándose el Ministerio de Sanidad por el documento elaborado desde la Comisión Nacional “Oferta ajustada para tendencias por Comunidades Autónomas”, válido hasta el año 2017 (Anexo I/21).



### 5.3. Convocatoria MIR, ampliación del acceso al pregrado e inmigración médica

Un desajuste en el acceso al pregrado, respecto a las plazas formativas ofertadas en el postgrado, podría reproducir en un futuro la situación respecto a recursos humanos acaecida en el primer quinquenio de la década de 1990, es decir, una nueva “bolsa histórica” de médicos en paro<sup>8</sup>.

El aumento de plazas en el pregrado, mas allá de una cifra estática y circunscrita a un año de ampliación, significa un flujo anual continuo de nuevos licenciados, que se acumulan en el acceso al MIR dado que el número de plazas MIR ofertadas anualmente serán inferiores al de licenciados que acaban el pregrado a partir de la convocatoria 2015. A este hecho se une un parámetro no predecible por el Ministerio de Sanidad, que es el número de licenciados extranjeros no comunitarios y sin especialidad convalidada, que acceden al posgrado vía MIR en España, y que experimenta una tendencia de crecimiento exponencial en la última década<sup>23</sup>.

Esta situación de excedente de licenciados sin especialidad, “paro médico”, de llegar a producirse, supondría un nuevo conflicto de intereses entre colectivos médicos, y previsiblemente la imposición por el Ministerio de Sanidad de un nuevo “esfuerzo formativo” a la estructura docente en Medicina Familiar y Comunitaria para absorber dicho excedente. Se verían frustrados por tanto los avances en calidad formativa tan duramente alcanzados por la Comisión Nacional de la Especialidad en los últimos años, logrados por medio del estrecho control de la acreditación y reacreditación de dispositivos docentes, así como la correcta asignación de plazas a las Unidades Docentes (Tabla 41).

**TABLA 41 - EVOLUCIÓN ACTUAL DE ESTUDIANTES ADMITIDOS EN LAS FACULTADES DE MEDICINA, LICENCIADOS ANUALES, PLAZAS DE FORMACIÓN VIA MIR, TASA DE ESPECIALIZACIÓN Y ASPIRANTES A PLAZA**

AÑO	ADMITIDOS 1º MEDICINA	LICENCIADOS	PLAZAS MIR	%MIR/ LICENCIADOS	MATRICULADOS MIR**
1970	10.920	2.528	-	-	-
1975	15.541	4.062	-	-	-
1980	10.476	7.752	2.077	0,27	20.082
1985	6.362	7.856	1.355	0,19	19.935
1990	4.973	6.080	3.641	0,68	19.174
1995	4.129	5.250	4.467	0,85	16.357
1996	4.299	3.809	4.441	1,17	12.224
1997	4.220	3.951	5.023	1,27	11.060
1998	4.164	4.263	4.918	1,15	10.710
1999	4.416	4.259	4.782	1,12	9.989
2000	4.381	3.870	4.676	1,11	9.168
2001	4.383	3.709	4.797	1,14	9.927
2002	4.380≈	3.840	5.000	1,19	9.415
2003	4.380≈	3.900≈	5.200	1,24	8.565
2004	4.380≈	3.900≈	5.250	1,25	8.592
2005	4.376	3.900≈	5.585	1,33	8.944
2006	4.726	3.900≈	6.051	1,38	9.579
2007	4.902	3.989	6.388	1,60	10.617
2008	5.215	3.990≈*	6.706	1,68	11.147
2009	7.000≈	3.990≈*	6.706≈	1,68	-
2010	>7.000	3.990≈*	6.706≈	1,68	-
2011	>7.000	3.990≈*	6.706≈	1,68	-
2012	>7.000	4.323*	6.706≈	1,55	-
2013	>7.000	4.461*	6.706≈	1,50	-
2014	>7.000	4.546*	6.706≈	1,48	-
2015	>7.000	6.370*	6.706≈	1,05	-

Fuente: Comisión Nacional Medicina Familiar y Comunitaria, BOE, Consejo de Universidades, CGCM, CESM. Elaboración: Propia.

\* Para una tasa de fracaso en la Facultad de Medicina del 9%

\*\* Solicitudes de matricula, tasa de no presentados del 15,2%

## **6º. PROCESOS DE HOMOLOGACIÓN**

Históricamente los médicos generalistas, organizados en la Asamblea de Médicos Titulares y la Sociedad Científica SEMER, con el apoyo del Consejo General de Colegios de Médicos, consiguieron que se rechazase formalmente la preferencia de los Médicos vía MIR en la provisión de plazas para la Atención Primaria de Salud y que no se valorase el MIR en los procesos de consolidación de empleo. Tanto SEMER como el Consejo General de Colegios de Médicos, tenían fuerte representatividad en la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (5 vocales sobre 11 existentes), y llegaron a solicitar desde la propia Comisión su disolución (Anexo I/9). Este colectivo presionó a la Administración Pública para la elaboración de los RD 683/1981 y RD 3303/78, sobre Homologación del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, que ya en 1984 había otorgado 15.000 títulos por la vía extraordinaria.

Continuó la decisión política de perpetuar la homologación extraordinaria del título de especialista con el RD 127/84, y tras la Directiva Europea 457/86 y 264/89, se elaboró un marco legislativo para una nueva Homologación masiva de Médicos Generales desde las Comunidades Autónomas, culminado con la diáspora de Criterios Autonómicos en el cumplimiento del RD 1753/98 sobre Homologación del título de especialista en Medicina de Familia, más la prórroga a este Real Decreto que supuso la realización de la prueba anual de capacitación de Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECO) hasta el año 2008. Este conjunto de circunstancias hicieron peligrar la continuidad de la Especialidad recién creada, sumiéndola en un periodo de incertidumbre; cambio de conceptos y cambio de profesionales en el ámbito de la Atención Primaria, pero en ausencia de una transformación física, ni de una variación de la idiosincrasia del colectivo sanitario, ni de un apoyo institucional mantenido en el tiempo. El desarrollo de los Centros de Salud tardó aún años en llevarse a cabo; las Unidades Docentes, previstas en el RD 3303/78, tuvieron que ser los embriones de esos futuros Centros; y las primeras generaciones de Médicos de Familia, la fuerza humana que superase la inercia del cambio.

La implantación en España de la Atención Primaria de Salud, se caracterizó desde un inicio por la falta de homogeneización del colectivo de facultativos que ejercían en ella. Esta circunstancia, que benefició en determinados momentos a la administración pública, dificultando la unidad del colectivo a la hora de sus demandas sindicales, fue responsable de infinidad de conflictos laborales entre grupos profesionales y de estos con las distintas administraciones públicas, traducido en conflictos de integración en los Equipos de Atención Primaria, absorbiendo gran parte de la energía que el sistema requería para su desarrollo. Dificultó la implantación de políticas de mejora de la calidad asistencial en Atención Primaria, respecto al desarrollo de los programas de salud, y frenó radicalmente la integración en su medio natural de trabajo al especialista vía MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, al excluirlo las administraciones públicas en los procesos de selección. La frustración del especialista vía MIR, por la falta de apoyo a la Especialidad desde las administraciones públicas, se tradujo en una fuga sistemática de facultativos a otros sistemas sanitarios en el extranjero (4.000 Médicos de Familia hasta el

momento) y en el abandono del ejercicio de la medicina de familia, accediendo los facultativos a una segunda especialización, con el gasto y desajustes en la política global de recursos humanos que esto generó para el Ministerio de Sanidad, dada la imposibilidad de prever la recirculación de profesionales.

Tras 30 años de evolución de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, se ha reconocido como el sistema de formación ideal del facultativo que debe ejercer en la Atención Primaria de Salud, y es imperativo para el desarrollo de la Especialidad acabar con cualquier otra vía de especialización ajena al MIR. La Comisión Nacional de la Especialidad ha reclamado a la administración pública, que ratifique la finalización en el año 2009 de la prueba de capacitación de Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECO-E), y con ella cualquier proceso de especialización ajeno a la vía MIR.

### **7º. LA SOCIEDAD CIENTIFICA SEMFYC EN EL DESARROLLO DE LA ESPECIALIDAD**

La sociedad científica semFYC ha desempeñado un papel fundamental en el desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria y de la Atención Primaria de Salud en España, asumiendo la defensa y representación de la Especialidad frente a las distintas administraciones sanitarias y grupos de presión contrarios al desarrollo de la Especialidad desde 1981, y formando parte de la Comisión Nacional de la Especialidad desde 1984. Nació fruto del propio movimiento reivindicativo de los residentes, siendo clave para evitar que la Especialidad se extinguiera en la década de 1980, bajo la presión de grupos profesionales organizados en contra de su implementación (SEMG, SEMER/ SEMERGEN, CGCM). Desarrolló las reuniones científicas que aglutinaron al colectivo mediante congresos anuales de gran calidad científica, canalizó y potenció la producción científica del sector, resultó imprescindible en la formación continuada de los médicos de familia, asesoró a la Comisión Nacional y a sus grupos de trabajo en la ejecución de las pruebas ECO-E y en la elaboración de herramientas formativas como el Libro del Residente, y está siendo decisiva para la creación de la asignatura de Medicina de Familia en el seno de los estudios de Grado.

Sobre la aplicación irregular del Real Decreto 1753/1998, para la normalización de la Medicina de Familia en España, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), mediante su Sección de Jóvenes Médicos de Familia, ha llevado a cabo en los últimos 10 años, una labor de seguimiento sobre procesos de homologación de títulos y sobre baremación de la Especialidad en los procesos selectivos de adjudicación de plazas en Atención Primaria, interponiendo numerosas apelaciones y recursos contra las convocatorias de procesos selectivos por parte de determinadas Comunidades Autónomas, que devaluaron la Especialidad cediendo a la presión de determinados sindicatos, dificultando la incorporación del facultativo especialista vía MIR al Sistema Nacional de Salud.

Actualmente semFYC participa como representación española internacional de la WONCA y del CIMF, siendo la imagen a nivel nacional e internacional de la Medicina Familiar y Comunitaria española.

### **8º. JORNADAS ANUALES DE DOCENCIA**

Las Jornadas anuales de Docencia o de Coordinadores han sido claves, desde su implantación en Abril de 1993, como escenario de diálogo entre la Comisión Nacional y los miembros de la estructura docente de Medicina Familiar y Comunitaria, resultando por tanto imprescindibles para mantener cohesionada a la misma.

Su metodología, consistente en organizar grupos de trabajo mixtos entre vocales de la Comisión Nacional y Coordinadores y Técnicos de Salud de las Unidades Docentes, sirvió para plantear objetivos en el avance y desarrollo de la Especialidad, fue imprescindible para el diseño de los Programas formativos, elaboración del Libro Curricular del Residente, desarrollo de los canales de información y definición de las áreas de capacitación relacionadas con la Especialidad para la implantación de la troncalidad en la formación médica postgraduada.

Reforzando el cometido de las Jornadas Anuales de Docencia del Ministerio de Sanidad, desde Abril del año 2001, se vienen celebrando con carácter anual las Jornadas Docentes de la revista Tribuna Docente, que propician mediante financiación privada, un foro anual de encuentro e intercambio entre Comisión Nacional y coordinadores de las Unidades Docentes.

### **9º. SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

Tras la implementación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, su Comisión Nacional requirió, para la consolidación de la misma, contar con fuentes de información fiables sobre la realidad de las Unidades Docentes, a partir de las que poder detectar problemas estructurales y sobre las que poder planificar mejoras. De esta manera se habilitó la Memoria Anual de las Unidades Docentes en 1985, a partir de la que se pudo obtener el primer censo de Unidades Docentes y de residentes de la Especialidad. Dado que el sistema se mostró eficaz para la recolección de datos docentes, la Comisión Nacional optimizó y normalizó su formulario de recogida de datos en 1993, respaldando su elaboración mediante la Orden Ministerial del 22 de Junio de 1995, sobre cumplimentación anual obligatoria de una Memoria por parte de cada Unidad Docente acreditada. Junto con las auditorías docentes, las Memorias Anuales suponían la única manera de comprobar el cumplimiento del programa formativo y de los criterios de acreditación, por lo que se decidió continuar desarrollando esta herramienta y se incluyó en los grupos de trabajo de las Jornadas de Docencia.

En el periodo correspondiente a los cursos 1999 - 2002 se procedió a informatizar el proceso de recogida de datos, con el objetivo de hacer una explotación conjunta de las Memorias y establecer un proceso de “feed-back” con las Unidades Docentes que generaban la información, característica común a cualquier sistema de información sanitario. Así se elaboraron en Mayo del año 2002, los “*Informes de Memorias de las Unidades Docentes 1999/2001*”, publicados en la revista Tribuna Docente.

Tras un lapso de 4 años, en las Jornadas de Coordinadores del año 2006, la Comisión Nacional presentó la explotación de las Memorias 2003-2005, como una Base de Datos Access integrada, con la información segregada por Comunidades Autónomas. Dicha documentación sirvió a las Unidades Docentes para solicitar a sus respectivas gerencias la resolución de deficiencias estructurales críticas de cara a la implementación del 3er programa Oficial de la Especialidad, y mantuvo la necesaria comunicación entre la planificación realizada desde el Ministerio de Sanidad, y la ejecución de la docencia en sus estructuras periféricas o Unidades Docentes. Constatadas las barreras administrativas existentes, la dificultad de cumplimentación de las Memorias y la lentitud con que se podían explotar los datos, la Comisión Nacional decidió actualizar el formulario de recogida de datos, que se denominó en adelante “*Conjunto Mínimo Básico de Datos Docentes (CMBDD)*”, resolviendo en parte la problemática de la recogida de datos y potenciando el sistema de información habilitado, pudiendo contribuir a la evaluación de las estructuras formativas y sirviendo de apoyo a la actividad docente e investigadora de las Unidades Docentes.

La Comisión Nacional continuó innovando en el desarrollo de sistemas de información docentes al plantear al Subdirector de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo, la inclusión del Formulario CMBDD en la página Web del Ministerio de Sanidad, con el objetivo de agilizar la cumplimentación y explotación de datos, facilitando su análisis interno y externo. Poder habilitar esta página Web, suponía un nuevo avance cualitativo en formación de postgrado, construir una herramienta dinámica, un foro de debate y conexión permanente entre estructuras docentes. Actualmente la Comisión Nacional de la Especialidad trabaja en coordinación con la Agencia de Evaluación de la Calidad del Ministerio de Sanidad, en la elaboración de la herramienta informática “E-Room”, para la unificación de los procesos de acreditación/ reacreditación de dispositivos docentes y el de auditorías docentes. Consistente en una Autoevaluación de las Unidades Docentes, basada en el Manual de Auditorías Docentes preexistente y conteniendo los ítems del Formulario CMBDD.

## **10º. DISCUSIÓN SOBRE EL INFORME DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, SOBRE EL FORMULARIO DE MEMORIAS DE LAS UNIDADES DOCENTES DEL EJERCICIO 2003 – 2005**

La explotación de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes en el año 2006, sirvió a la Comisión Nacional para evaluar la situación estructural docente de cara a la implementación del 3er Programa Oficial de la Especialidad.

### **10.1. ASPECTOS DE FILIACIÓN Y COORDINACIÓN**

De la información contenida en las Memorias de las Unidades Docentes, se obtuvo un perfil sobre la heterogeneidad de tamaño, medios estructurales, dependencia y ubicación de las Unidades Docentes (UDD), así como la relación de dichos parámetros con su actividad docente. Demostró variación positiva respecto a la investigación en las UDD ubicadas en los hospitales, pero también constató un mayor número de guardias realizadas durante el tercer año de Especialidad en los servicios de Urgencias Hospitalarias, en detrimento de las realizadas en Atención Continuada de Atención Primaria.

La relación por Comunidades Autónomas respecto a los recursos humanos de las Unidades Docentes, mostró que la dedicación media ponderada del Coordinador era de 30 h/sem. Existía Técnico de Salud en un 78 % de las mismas, con ocupación a tiempo parcial de 25 h/sem. Tenían apoyo administrativo el 88% de las UDD, con una dedicación a tiempo parcial de 29 h/sem. Destacaron positivamente respecto a dotación de recursos humanos: País Vasco y Andalucía (especialmente las UDD Tipo III como son Bilbao y Sevilla), Comunidad Valenciana, Murcia, La Rioja y Cantabria. Destacaron negativamente Galicia y Extremadura, por la escasa dedicación horaria de todos sus efectivos; Navarra y Madrid por el escaso personal de apoyo al Coordinador, en número y horas; y Castilla y León por la dedicación limitada del Técnico de Salud, con una media de 14 h/sem.

En el perfil de actividad, sufrían una desviación en tiempo de dedicación a la Unidad Docente por labores de Gestión, la mitad de los Coordinadores, y prestaban asistencia en consulta de Atención Primaria la tercera parte de los mismos, destacando en sus valoraciones críticas sobre la imposibilidad de dedicar tiempo a proyectos de investigación por ser Asistenciales y no tener Técnico de Salud como apoyo.

El escaso tiempo de dedicación a la docencia que demuestran poder tener los recursos humanos de las Unidades Docentes, lleva a la discusión de la necesidad de una dedicación exclusiva a la Unidad Docente, en detrimento de mantener una actividad clínica o burocrática en el seno del Área de Salud, ajena a la docencia.

## **10.2. ESTRUCTURA DOCENTE DEL CENTRO DE SALUD**

En relación con los recursos humanos, en el apartado de Tutores, fue positivo constatar que el perfil de los tutores de residentes de Medicina de Familia se adaptaba al Programa Oficial de la Especialidad. Al menos un 50% de los mismos eran Médicos de Familia vía MIR y al menos había 2 Médicos de Familia vía MIR en cada Equipo de Atención Primaria.

La media nacional de 2,19 tutores por residente, resultó esperanzadora en la adaptación al Programa de la Especialidad de cuatro años, que contemplaba un incremento de las estancias formativas en el Centro de Salud. Pero se registró una inquietante desproporción tutor/ residente en algunas Comunidades Autónomas, pendientes además de la resolución de la Oferta Pública Extraordinaria de Empleo (OPE) del año 2006.

Los cupos asignados a los Médicos de Familia docentes fueron 1.838 personas/ médico de media, incumpliendo por tanto la relación de menos de 1.500 habitantes mayores de 14 años por Médico de Familia, requisito de presión asistencial para la acreditación de centros. Por extensión, se comprometen otros dos criterios inexcusables de calidad formativa, el número medio de consultas/ día inferior a los 30 pacientes y la consulta médica a demanda diaria menor de 5 horas.

En el seguimiento de la existencia de un programa de formación continuada en el Centro de Salud, la actividad media de sesiones fue de 6´7 mensuales, con un déficit de 1,3 respecto a las 8 previstas en el Programa formativo.

En las opiniones de los Coordinadores, destacó la necesidad de la implantación de la Carrera Profesional, en cumplimiento de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en su Artículo 37, sobre reconocimiento del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, hecho necesario para el reconocimiento y estímulo del tutor en su labor docente.

## **10.3. ESTRUCTURA DOCENTE DEL HOSPITAL ACREDITADO**

De los datos analizados, se objetiva un tamaño ideal del Hospital acreditado para Medicina Familiar y Comunitaria entre 300 y 400 camas, manteniendo unos criterios de calidad aceptables por debajo de las 700 camas, dado que mantiene la ausencia de una excesiva presencia de residentes de otras especialidades, consultas no masificadas y un buen ratio de camas disponibles por residente para el desarrollo profesional del especialista en formación.



Otro criterio a tener en cuenta a la hora de acreditar centros hospitalarios para la docencia, sería establecer la pertinencia de que los centros docentes tuvieran un tamaño mínimo que garantizase las rotaciones establecidas en el Programa formativo. Cabría valorar si en hospitales excesivamente pequeños, existe una adecuada diversidad de tutores hospitalarios (sobre todo cuando, por debajo de las 300 camas, no se aprecian mejores ratios residente/ camas hospitalarias para la docencia), y valorar si existe la posibilidad en estos Centros de aprendizaje de las habilidades y técnicas manuales necesarias para completar los periodos formativos que exige el nuevo Programa de la Especialidad. A este respecto, conocer la opinión del usuario (residente) y la introducción de evaluaciones objetivas sobre la adquisición de la competencia profesional como Médico de Familia por el residente, arrojaría criterios válidos a la hora de seleccionar y acreditar Hospitales Docentes para Medicina Familiar y Comunitaria.

También el hecho de que el porcentaje mayoritario de tutores hospitalarios fueran Médicos de Familia, era consonante con el perfil descrito en el Programa de la Especialidad, al margen de la presencia de Colaboradores Docentes en otras especialidades.

### **10.4. APARTADO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS**

El análisis de las Memorias Anuales constató que había aumentado el número total de Actividades Formativas realizadas anualmente en las Unidades Docentes. Se registraron 1.300 Actividades en el 2005, frente a las 1.202 contabilizadas en el año 2002. Las Actividades Formativas eran percibidas en general muy positivamente por sus usuarios, obteniendo una buena puntuación media, a pesar de realizarse la mayoría en horarios fuera de consulta.

Por áreas docentes competenciales, respecto a los contenidos de las Actividades, continuaron siendo las del Área Clínica/ abordaje de necesidades y problemas de salud las más numerosas, incrementándose respecto a los años anteriores (n=480, 36% del total, 33% en el 2002). Respecto a las Actividades Metodológicas, exclusivas del perfil de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, se apreció un aumento de las Actividades con contenidos formativos del área docente de competencias en relación a la Comunidad (n=88, 7% del total, 5% en el 2002) a costa de disminuir las relacionadas con las áreas docentes de competencias de Formación, Docencia e Investigación (n=282, 22% del total, frente al 30% en el 2002).

El colectivo de residentes de tercer año acaparaba el mayor número de Actividades, siendo el colectivo de residentes de segundo año el que menos presión formativa teórica recibía. Esta circunstancia, unido a la menor carga formativa práctica asumida durante el segundo año de especialización, podría concluir una situación desnivelada de sobrecarga de contenidos en el tercer año frente a un segundo año con menor responsabilidad asistencial y menos tareas docentes de aula.

Destacó entre las actividades formativas el nuevo concepto desarrollado de "Formación de Formadores", con 83 Actividades destinadas en exclusiva a los tutores, avance cualitativo en formación postgraduada.

### **10.5. APARTADO SOBRE PLANIFICACIÓN DOCENTE**

En la planificación docente y adaptación del número de plazas MIR ofertadas anualmente a las posibilidades formativas del Área de Salud, se evidenció que los criterios de asignación de plazas no eran meramente poblacionales y que el tamaño de la Unidad Docente no introducía variaciones estadísticamente significativas en su distribución.

La asignación con respecto a recursos humanos en número y tiempo de dedicación, era directamente proporcional al tamaño de la Unidad Docente, señalando que este parámetro no fue homogéneo entre Comunidades. Se detectaron carencias importantes respecto a recursos humanos en Unidades Docentes de Madrid, Galicia, Cataluña y Extremadura, pendientes de solucionar para la correcta implementación del Programa formativo. Así, cabe pensar que la escasa posibilidad de dedicación de los recursos humanos detectada en las Unidades Docentes tipo I de estas Comunidades concretas, repercute negativamente en su calidad formativa, puesto que aun teniendo una asignación de residentes menor, la adquisición de competencias marcadas por el Programa de la Especialidad siguen siendo las mismas.

Del análisis de las Memorias se comprueba que la circular del Ministerio de Sanidad 1/96 sobre "Regulación de las Unidades Docentes en la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria", respecto a la dotación de infraestructuras de las Unidades Docentes por parte de las Consejerías Autonómicas de Salud, se cumplió de manera desigual entre Comunidades (INSALUD transferido y no transferido), pudiendo ser responsable de la actual desigualdad de recursos humanos y materiales que arrastran las Unidades Docentes, en dependencia de la Comunidad Autónoma a la que pertenecen.

La previsible tendencia de necesidad de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, analizando las proyecciones demográficas de población, el envejecimiento de la misma, los flujos de inmigración, las proyecciones demográficas de médicos, la necesidad de equilibrar el sistema entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, las necesidades de otros entornos laborales que precisan médicos de familia (área de Urgencias y Emergencias, gestión sanitaria,...), el éxodo de profesionales fuera de nuestras fronteras, y el incremento del tiempo de formación de la especialidad a 4 años, apuntaba en el año 2006 a mantener, e incluso incrementar de forma ligera, el número de plazas de médicos de familia en formación, requiriendo reajustar los desequilibrios territoriales respecto a la oferta de plazas. Resultó evidente una situación muy variable en España en relación a la incorporación de los médicos de familia en el mercado laboral por Comunidades Autónomas, estimándose que en algunas de ellas se formaban más residentes de los que el sistema

público de salud autonómico podía absorber, frente al claro déficit de facultativos que había en otras. No obstante y dados los cambios producidos en el año 2008 y 2009 respecto a planificación de recursos humanos en sanidad, esta información habrá que situarla en su nuevo contexto.

De los comentarios particulares de los coordinadores, se constató que los nombramientos y ceses "técnicos" de Coordinador por los Gerentes de Área de las Autonomías, por motivos políticos ajenos a la docencia, había generado incertidumbre en la estructura docente en los últimos años.

### **11º. FORMACIÓN COMPLEMENTARIA: NECESIDADES PERCIBIDAS POR LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA**

Dado que las Unidades Docentes presentan un presupuesto muy ajustado, y que se constata que la posibilidad de dedicación de sus recursos humanos a la docencia es limitada, cabe plantear la importancia de optimizar el rendimiento de las actividades formativas que se organizan. Los cursos impartidos son bien recibidos por los residentes en formación, a pesar de representar una dedicación añadida a su jornada laboral, pero sería un estímulo adecuar los contenidos y cronogramas a las necesidades que el residente percibe en cada año de residencia, y que están habitualmente relacionadas con las rotaciones hospitalarias concretas que realiza en ese momento.

Destaca la uniformidad de criterios por parte de los residentes de primer año en la selección de los cursos de formación básica de carácter eminentemente "clínicos", debido a que el contacto inicial con los servicios hospitalarios y la práctica de la medicina, evidencia las carencias competenciales con las que el residente termina el pregrado. La necesidad sentida entonces por el facultativo, de adquirir formación práctica básica para el desempeño de su labor asistencial diaria, es un estímulo al aprendizaje, interesante de explotar.

Se constata que los residentes encuestados retrasan la realización de los cursos "no clínicos" a los últimos años de su especialización, probablemente por requerir un cierto grado de conocimiento del sistema sanitario y la necesidad de entender conceptos sobre calidad, uso racional de recursos sanitarios, medicina basada en la evidencia (MBE), o poder apreciar la necesidad el aprendizaje de recursos estadísticos para la investigación.

## **12º. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN FUTURAS**

Como limitaciones del estudio señalar, que en la selección de las fuentes de información y variables a analizar, influyó desde el principio que al tratarse de un estudio retrospectivo o histórico, la limitación sería su reproductibilidad y el riesgo irreparable de pérdida de muestra. También al tratarse de una investigación cualitativa, se dificultaba la elaboración de escalas de medida para las variables.

A la hora de valorar adecuadamente los resultados, es común al estudio cualitativo, la dificultad de mantener la objetividad en el análisis de la información.

### Respecto a la elección de la muestra:

La muestra seleccionada fueron la totalidad de las Unidades Docentes acreditadas en España, que elaboraron voluntariamente la Memoria Anual de la Unidad Docente, por lo tanto es una muestra cerrada, con escasa posibilidad de introducir medidas correctoras para reducir posibles sesgos. No obstante la participación en el estudio fue mayor del 92%, por lo que los posibles sesgos de selección, de existir, no podrían invalidar el estudio e influirían escasamente en los resultados.

Al corresponderse el proyecto de investigación con un modelo de estudio descriptivo retrospectivo, no podemos establecer relaciones causales entre las variables, ni establecer la asociación real de las mismas, pero sí permite informar sobre la posible relación de las mismas o que parece existir asociación entre ellas. También ha permitido analizar la evolución de las variables respecto a los estudios previos y hemos podido detectar los cambios acontecidos, base indispensable para futuras investigaciones.

### Respecto a los sistemas de registro/recogida de información:

Hubo pérdida de aproximadamente el 3% de la información de las Memorias de las Unidades Docentes remitidas, por problemas técnicos en la recopilación de los datos a nivel de la Subdirección de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo, fallo no imputable a la Comisión Nacional de la Especialidad y que en cualquier caso fue aleatorio.

Otro dato que hay que tener en cuenta, en cuanto a la recogida de información, es que hay determinadas variables, sobre todo en algunos criterios sobre el proceso docente, que pueden estar influidas por la subjetividad del Coordinador de la Unidad Docente.

### Respecto al diseño del estudio:

Un problema en los estudios de investigación cualitativa en Historia de la Medicina de análisis retrospectivo de épocas relativamente recientes, es la influencia subjetiva que tiene el investigador al recopilar la información. Por la proximidad e influencia que a nivel personal han tenido la consecución de los acontecimientos relacionados con la evolución de la Especialidad, es difícil mantener una postura indiferente respecto al análisis de los hechos, así como realizar una valoración de los testimonios de las personas involucrados en el desarrollo de los acontecimientos estudiados.

No obstante, los diversos estudios realizados sobre el tema hasta el momento, si bien no recogían la información desde la óptica de la Comisión Nacional de la Especialidad ni la influencia institucional que la estructura ministerial a ejercido sobre su órgano asesor, sí han llegado a conclusiones similares sobre los distintos aspectos estudiados, lo que supone un aval de garantía al presente estudio.

## **REFERENCIAS CAPITULO IV**

1. Guilbert JJ. Fines de la guía pedagógica. En: Guía pedagógica para el personal de salud. 6ª edición. Valladolid: OMS y Universidad de Valladolid; 2007. p. 5.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Libro del especialista en formación: Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 1996.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización del Sistema Nacional de Salud [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso octubre del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/sns>
4. Sentencias de inconstitucionalidad 193/1987, 10/1989, 67/1989, 27/1991 y 60/1994 (acumulados). Promovidos por la semFYC y médicos de familia exigiendo la equiparación de la formación MIR en Medicina de Familia y acreditación pre-95. Sala del Tribunal Constitucional Contencioso-Administrativa. Consejo General del Poder Judicial: Fondo Documental. CENDOJ. Disponible en:  
<http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
5. Bloque catalán de Medicina Familiar y Comunitaria. Análisis de las necesidades y perspectivas de desarrollo del Programa de la Especialidad. Informe de un Grupo Científico de la estructura docente de medicina de familia. Barcelona: MSC; 1982. Serie de Informes Técnicos: 2.
6. Sánchez A. La emigración del médico crece a pesar del déficit. Diario Médico [revista en Internet] 2009 mayo [acceso 22 de mayo de 2009]; núm. 143. Disponible en:  
<http://www.diariomedico.com/2009/05/22/area-profesional/profesion/>
7. Lamata F. El sistema sanitario español, éxitos y desafíos. En: Ciclo de sesiones "La sanidad española en el año 2009". Madrid: Academia Nacional de Medicina, Febrero del 2009.
8. Amigo P. Nuevas facultades de medicina en España y su repercusión en la formación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Aten Primaria. 2009 (pendiente de publicación).
9. Casado V. Coordinadora. Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria. Vol II. Barcelona: semfyc; 2007.
10. Casado V. Valoración del programa de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Revista Tribuna Docente (Barc). 2002; 3(2) Supl: 23-35.

11. Saura J. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. *Aten Primaria*. 2005; 35(6): 318-324.
12. Ezquerro M. Aportaciones del nuevo libro del especialista en formación. En: VI Jornadas sobre actualización docente en medicina de familia. Badalona: Euromedice. 2006; 1-6.
13. Rozman C. Educación Médica: Fases y Objetivos. En: Farreras - Rozman. *Medicina Interna*. 16ª edición. Barcelona: Elsevier; 2008.
14. Real Decreto 183/2008, 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. *Boletín Oficial del Estado*, nº 45, (21-2-2008).
15. Saura J. Evaluación del proceso formativo de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. *Revista Tribuna Docente (Barc)*. 2001; 3(2) Supl: 3-11.
16. Ezquerro M. La evaluación de la formación especializada como garantía de la calidad del sistema de salud. *Educ. Méd. (Barcelona)*; 2007, v.10 n.1.
17. Martín A., Cano F. Informe del Bloque Catalán de Medicina Familiar y Comunitaria al Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Madrid: MSC. 1982; Serie de Informes Técnicos: 3.
18. Leading in Learning [sede Web]. Maastricht: Universidad de Maastricht ; 2001 [acceso noviembre del 2006]. European Model United Nations. Disponible en:  
<http://www.unimaas.nl/default.asp?template=werkveld.htm&id=P607EXD4TICC1M4Q0KCE&taal=en>
19. Pallarés, L. Retos de la formación médica continuada: Situación actual y perspectivas de futuro en España. *Rev. Educ Méd. (Barcelona)*. 2006; v.9: n.4ª.
20. Francia JM. Los Centros de Salud: de la teoría a la práctica. En: 25 años de reforma sanitaria. Salamanca: Hespérides; 1997. p. 187-189.
21. Hernando L. Los programas de formación de graduados en la transformación de la sanidad en España: Orígenes, desarrollo y futuro. *Rev. Adm. San. Vol.* 1997; Núm. 2: 2-4.
22. Peinado JM. Valores de la Medicina en la Universidad. Madrid: *Revista OMC*; 2008, 6: 19-21.
23. Nieto JM. El mercado laboral sanitario. El médico interactivo [revista en internet] 2006 diciembre [acceso diciembre del 2006]; *Informes de gestión (3)*. Disponible en:  
<http://www.medynet.com/elmedico/informes/gestion/alternativas.htm>

## **V - CONCLUSIONES**



1º. La Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ha contribuido al desarrollo de la educación médica en España en los siguientes aspectos: Fue innovadora en la implementación de un programa formativo de postgrado en un diseño curricular de racionalidad crítica (3er Programa Oficial de la Especialidad, año 2005); habilitó tempranamente herramientas docentes para el desarrollo de la evaluación del proceso formativo (Libro del Especialista en Formación, año 1990, y Guía de Portafolio del Residente, año 2006); propuso una evaluación sumativa del postgrado orientada a la valoración de la competencia y basada en la prueba ECOE (celebradas desde el año 1999 hasta 2008); incorporó las nuevas tecnologías a los procesos de acreditación y auditoría de dispositivos docentes (herramienta informática "E-Room", año 2009), así como a la explotación de los sistemas de información docente (Memorias Anuales de las Unidades Docentes, año 2002, y documento CMBDD, año 2006). Líneas de mejora de la calidad docente, que han servido al desarrollo de las demás especialidades médicas.

2º. La Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, así como el perfil de especialista que forma, fueron decisivos en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud en España: forzaron la implantación de los primeros Centros de Salud para pilotaje del tercer año de Especialidad, en 1982; lograron la integración de los Equipos de Atención Primaria con sus nuevos métodos de trabajo, durante la década de 1990; introdujeron la Prevención y Promoción de la Salud en el primer nivel asistencial; y sirvieron de nexo entre niveles asistenciales para la implementación del Sistema Nacional de Salud en España.

3º. La Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, ha establecido históricamente los procesos de acreditación y reacreditación de dispositivos como su estrategia de mejora de la calidad docente. Del presente estudio se concluyen como interferencias determinantes en dicha estrategia, la imposición por parte del Ministerio de Sanidad de convocatorias MIR con cupos de plazas muy superiores a la capacidad formativa acreditada de la estructura docente, manteniendo políticas de recursos humanos ajenas a la Comisión Nacional de la Especialidad. Especialmente críticos, fueron los procesos de selección correspondientes a los años 1978, 1987 y los celebrados durante el quinquenio 1995 al 2000.

4º. La celebración de las Jornadas Anuales de Docencia, organizadas por el Ministerio de Sanidad, han demostrado ser fundamentales para mantener la cohesión de la Especialidad, por reunir periódicamente a la estructura docente de las distintas Comunidades Autónomas con la Comisión Nacional y la estructura ministerial. También porque en su seno, se habilitaron los grupos de trabajo que han definido el avance de la Medicina Familiar y Comunitaria en España.

5º. La anárquica realización de los procesos de Homologación del Título de Especialista, paralelos durante 30 años a la vía MIR, han desequilibrado históricamente el desarrollo de la Especialidad. Su falta de planificación fue responsable de la falta de homogeneización del colectivo médico que caracterizó la integración de los Equipos de Atención Primaria en la década de 1980; la creación de un "Certificado de Médico Especialista Diplomado", junto al Real Decreto 264/1989, sobre Homologación de Médicos Generales con 5 años de ejercicio, supuso una homologación masiva de títulos de especialista que deslegitimó la especialización vía MIR. La finalización en el año 2008 de las pruebas para la homologación de títulos de especialista (ECOE), en cumplimiento del Real Decreto 1753/1998, es una oportunidad decisiva para el Ministerio de Sanidad de ratificar su apoyo a la vía MIR como único acceso a la especialización médica en España.

6º. La sociedad científica semFYC fue decisiva para la defensa y desarrollo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria: en 1981 impidió la desaparición de la Especialidad, al contrarrestar la presión de la sociedad científica SEMER y del Consejo General de Colegios de Médicos que solicitó su erradicación; asumió desde 1983 la formación continuada del colectivo de Médicos de Familia vía MIR, con sus congresos científicos anuales y la habilitación de grupos de investigación durante las tres décadas de existencia de la Especialidad; introdujo las Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria; realiza desde la década de 1990, la representación a nivel internacional de la Medicina de Familia española ante WONCA y CIMF.

7º. El Informe de la Comisión Nacional, sobre el formulario de Memorias de las Unidades Docentes de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria correspondiente al ejercicio 2003 – 2005, detectó graves carencias en la aplicación del nuevo Programa formativo: respecto a recursos humanos, existe un déficit importante en las Unidades Docentes tipo I (<50 residentes) de Madrid, Extremadura, Castilla y León, Cataluña y Galicia; respecto al proceso de reacreditación de dispositivos docentes, objetivó como problemas críticos la presión asistencial que soportan los Centros de Salud acreditados (cupos de 1.838 personas/ médico de media) y la escasez de los programas de formación continuada desarrollados en el Centro de Salud (actividad media de 6,7 sesiones mensuales, frente a las 8 previstas en el Programa formativo). El Informe concretó además, que el tamaño ideal del Hospital acreditado para la docencia de la Medicina Familiar y Comunitaria oscila entre 300 y 400 camas, manteniendo unos criterios de calidad aceptables por debajo de las 700 camas, y que las Actividades Formativas realizadas por las Unidades Docentes se adaptan correctamente al Programa formativo de la Especialidad.

8º. Respecto a la formación complementaria y las necesidades que perciben los residentes de Medicina de Familia a este respecto, se objetiva que los cursos impartidos en el seno de las Unidades Docentes son bien recibidos por los residentes en formación. Dado que los recursos de las Unidades Docentes son ciertamente limitados, sería importante tener en cuenta las necesidades percibidas por los residentes en cada momento de su especialización respecto a su formación complementaria, para optimizar así su aprovechamiento docente.

9º. Entre los frentes abiertos por la Comisión Nacional para la consolidación de la Especialidad en la próxima década, destacan: la incorporación de la Medicina Familiar y Comunitaria, como área de conocimiento independiente, a los planes de estudio del Grado en Medicina; la integración de la Medicina de Familia en el nuevo diseño troncal de la formación médica postgraduada; y la colaboración en la reorientación de la prueba MIR hacia la valoración de la competencia.

**VI - PUBLICACIONES,**  
**COMUNICACIONES Y**  
**DOCUMENTOS, A LOS QUE HA**  
**DADO LUGAR EL ESTUDIO**

- 1º. Ganador de la II Convocatoria de Ayuda a Tesis Doctorales de la semFYC, año 2004.
- 2º. Amigo, P. El nuevo programa como libro educativo. Revista Tribuna Docente (Barc). 2004; Vol. 5 (4): 45-46.
- 3º. Documento de la Comisión Nacional: *“Aspectos de filiación y coordinación, por Comunidades, de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes”*. A petición de los coordinadores de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Madrid, para solicitar la resolución de deficiencias estructurales en su estructura docente a la Consejería de Salud de Madrid. Noviembre 2004.
- 4º. Amigo P. ¿Estamos satisfechos los residentes? En: VI Jornadas de Médicos Residentes de Medicina de Familia y Comunitaria de Castilla y León. Burgos: semFYC Ediciones; 2005. p. 4-6.
- 5º. Amigo P. Aspectos legales y laborales de nuestra actividad profesional. En: IX Jornadas de Residentes de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Salamanca: semFYC Ediciones; 2005. p. 8-10.
- 6º. Amigo P, Romero A. Formación complementaria: Necesidades percibidas por los residentes de Medicina de Familia. En: XVII Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica. Albacete: Fundación Educación Médica; 2005. p. 23-26.
- 7º. Elaboración del Documento de la Comisión Nacional: *“Estructura docente, por Comunidades, de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes”*. A petición de los coordinadores de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Castilla la Mancha, para solicitar la resolución de deficiencias estructurales en su estructura docente a la Consejería de Salud de Castilla la Mancha. Febrero 2005.
- 8º. Casado V. Informe de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, sobre el formulario de memorias de las Unidades Docentes del ejercicio 2003 – 2005. En: Jornadas Anuales de Docencia del Ministerio de Sanidad y Consumo, Marzo 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- 9º. Lizán L. Informe de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, sobre la estructura formativa en Medicina de Familia. En: Jornadas de Docencia de Tribuna Docente, septiembre 2006. Barcelona: Tribuna Docente; 2006.

10º. Documento *“Oferta ajustada para tendencias por Comunidades Autónomas para el 2007-2017”* de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, sobre previsión de plazas para la convocatoria MIR 2007, a petición del Ministerio de Sanidad y Consumo; febrero 2006.

11º. Amigo, P. Nuevas facultades de medicina en España y su repercusión en la formación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria (pendiente de publicación).

**VII - BIBLIOGRAFIA,**  
**FUENTES DOCUMENTALES**  
**Y BASES DE DATOS**

## **FUENTES BIBLIOGRÁFICAS**

ABC. El título de médico especialista será imprescindible para ocupar un cargo como tal en instituciones públicas o privadas, 15 de enero de 1958 [base de datos en internet]. Sevilla: ABC edición Andalucía. [actualizado el 29 de septiembre del 2006, acceso noviembre del 2006]. Hemeroteca ABC. Disponible en:  
<http://hemeroteca.abcdesevilla.es/detalle.stm>

Abril F. Informe íntegro de la Comisión Abril [Internet]. Madrid: Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud; 1991 [acceso 8 de Junio del 2005]. Disponible en:  
<http://www.medynet.com/elmedico/informes/informe/informeabril.htm>

Acarín N. Los médicos en los hospitales públicos. Barcelona: Centre d'Análisis i Programes Sanitaris; 1989.

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [sede Web]. Madrid: ANECA; 2005 [acceso enero del 2007]. Informe de la Comisión de Evaluación del diseño del Título de Grado en Medicina: Libro Blanco del Título de Grado en Medicina. Disponible en:  
[http://www.aneca.es/media/150312/libroblanco\\_medicina\\_def.pdf](http://www.aneca.es/media/150312/libroblanco_medicina_def.pdf)

Altisent TR, Marín EMN, Serrat MD. Ética y Medicina Familiar. Aten Primaria. 2003; 17(1): 285-306.

Amaya C. Demografía médica en España, mirando al futuro. Madrid: Fundación CESM; 2005. Serie de Informes Técnicos: 12.

American Academy of Family Physicians [base de datos en internet]. Leawood: AAFP; 2007- [revisado diciembre 2007]. Starfields's B. Evidence that Patient Centered Care Improves Quality and Reduces Cost. Disponible en:  
<http://www.aafp.org>

American Medical Association. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. JAMA. 1992; 268(17): 2420-5.

Amigo P. Aspectos legales y laborales de nuestra actividad profesional. En: IX Jornadas Nacionales para Médicos Residentes de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Salamanca: semFYC Ediciones; 2005. p. 8-10.

Argimón, JM. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2ª Ed. Barcelona: Harcourt; 2004.



Asamblea General de la OMC [sede Web]. Madrid: OMC; 2009 [acceso agosto del 2009]. Informe sobre homologación de títulos de Medicina obtenidos en países extracomunitarios. Disponible en:  
<http://www.medicalfinders.es/salaPrensa/pdf/informes/informe03.pdf>

Asociación de Educación para la Salud [base de datos en internet]. Madrid: ADEPS; 1984 [revisado agosto 2006]. Observatorio de Salud. Disponible en:  
<http://www.adeps.org>

Ayala S. Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios de Médicos de España; 1990. Serie de Informes Técnicos: 136.

Bailey, D. Coding and data reduction SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Boston: Harvard-MIT Data Center; 2005. Disponible en:  
[http://www.hmdc.harvard.edu/projects/SPSS\\_Tutorial/spsstut.shtml](http://www.hmdc.harvard.edu/projects/SPSS_Tutorial/spsstut.shtml)

Baladrón J. El examen MIR (1980-1994). Asturias: Colegio Oficial de Médicos de Asturias; 1995.

Barona C. Las políticas de la salud: la sanidad valenciana entre 1855 y 1936. Valencia: Universitat de València; 2006. p. 27.

Beato M. El sistema sanitario español, su configuración en la Ley General de Sanidad. Revista de Administración Pública [revista en Internet] 1989 mayo-agosto [acceso 19 de octubre de 2005]; núm. 119. Disponible en:  
[http://www.cepc.es/rap/Publicaciones/Revistas/1/1989\\_119\\_419.PDF](http://www.cepc.es/rap/Publicaciones/Revistas/1/1989_119_419.PDF)

Bell D. Desde la sociedad industrial a la post-industrial. En: El advenimiento de la sociedad Post-industrial. Madrid: Alianza; 1976. p. 67-146.

Beveridge W. Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Service. En: Grupo de recomendaciones técnicas del Ministerio de Trabajo acerca de la Seguridad Social presentadas al Parlamento Británico por orden de su Majestad. Londres: Gobierno Británico; noviembre de 1942 [acceso 19 de diciembre del 2005]. Disponible en:  
<http://www.fordham.edu/halsall/mod/1942beveridge.html>

Biblioteca digital - Universitat de Barcelona [base de datos en internet]. Barcelona: UBWeb; 1998 [revisado enero 2006]. Medicina d'Atenció Primària. Disponible en:  
<http://www.bib.ub.es/bub/bibliodigital.htm>

Biblioteca Oficial Legislativa. Ley de 25 de Noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional. Barcelona: Instituto Editorial Reus; 1944.

Bloom et al. La clasificación, las metas educacionales. En: Versión condensada de la taxonomía de los objetivos de la Educación. 7ª Ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1979. p. 118-121.

Bloque catalán de Medicina Familiar y Comunitaria. Análisis de las necesidades y perspectivas de desarrollo del Programa de la Especialidad. Informe de un Grupo Científico de la estructura docente de medicina de familia. Barcelona: MSC; 1982. Serie de Informes Técnicos: 2.

Bonal P, Gil GV, Martín ZA, Pinto HA. La medicina de familia como área de conocimiento. Aten Primaria 1999; 23(3): 151-174.

Bonal P, Casado V, Serrano M. La Atención Primaria de Salud. Manual de medicina de familia: guía educativa. Barcelona: Ariel; 2005.

Bonal P. Medicina de Familia y Universidad: modelo actual de la Medicina de Familia en la Universidad. Madrid: Marketing Int.; 2005.

Bonal P. Medicina de Familia y Universidad: Antecedente y modelo actual de Medicina de Familia en la Universidad [monografía en Internet]. Barcelona: SEMERGEN; 2008 [acceso junio del 2008]. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen2/microsites/opinion/opinion3/sumario3.htm>

Bottomore TB. Introducción a la sociología. Barcelona: Península; 1968.

Caamaño F. Jurisdicción y procesos constitucionales. 2ª ed. Madrid: McGrawHill; 2000.

Caballero J. Medicina familiar: origen, desarrollo y situación actual. Rev Pac Med Fam. 2000; 1(1): 8.

Cabero V. Geografía de Castilla y León: Las comarcas tradicionales. Revista Ámbito (Valladolid). 1988; 10.

Camacho J. (1998). Estadística con SPSS para Windows. Madrid: Ra-Ma; 1998.

Carbón P. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [Monografía en Internet]. Madrid: SEMES; 2002 [acceso diciembre del 2005]. Disponible en: [www.semes-cv.org/documentos/doc/homenaje/medicina%20de%20familia.doc](http://www.semes-cv.org/documentos/doc/homenaje/medicina%20de%20familia.doc)

Carrillo E. Hacia una nueva jurisdicción constitucional. Valencia: Tirant lo Blanch; 2008.

Casa E. Estadística descriptiva. 4ª Edición. Barcelona: Vicens-Vives; 1985.

Casa Real [sede web]. Madrid: Conmemoración del centenario de la creación del Instituto Nacional de Previsión; 2006 [actualizado el 18 de diciembre de 2006, acceso diciembre 2006]. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Disponible en: <http://www.casareal.es/noticias/news/3813-ides-idweb.html>

Casado V. Valoración del programa de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Revista Tribuna Docente (Barc). 2002; 3(2) Supl: 23-35.

Casado V. Cuatro años. AMF (Barc). 2005; 1(2): 61- 62.

Casado V. La Medicina Familiar y Comunitaria en la troncalidad del Grado. Barcelona: semFYC; 2005.

Casado V. El examen MIR y las plazas de médico de familia. Aten Primaria (Barc). 2006; 38(10): 535-536

Casado V. Presente y futuro del MIR de Medicina de Familia. Aten Primaria (Barcelona). 2007; 39(8): 391-393.

Casado V. (coordinadora), Gálvez Ibáñez M, Saura Llamas J, Monreal Hija A. Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria: formación y docencia. Vol I. Barcelona: semFYC; 2007.

Casado V. Coordinadora. Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria. Vol II. Barcelona: semfyc; 2007.

Castelazo AL. Participación del médico general en las instituciones de salud. Bol Med INSS 1976; 18: 220-226.

Ceitlin J. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid SEMFYC 1997.

Ceitlin J, Gómez T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: SEMFYC y CIMF; 1997.

Centro Cochrane Iberoamericano [base de datos en internet]. Barcelona: UAB; 2003 [revisado diciembre 2005]. Giuffrida A, Gosden T. Pagos por objetivos en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). Disponible en: <http://www.cochrane.es>

Clark R. Aprendizaje basado en la resolución de problemas. En: La docencia en Medicina. Barcelona: Doyma; 1990. p. 103 -118.

Cochrane Database [base de datos en internet]. Oxford: Update Software Ltd.; 1998 [revisado enero 2005]. Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle and low income countries at the point of delivery (Cochrane review). Disponible en: [http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane\\_search\\_fs.html](http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_search_fs.html)

Congreso Internacional de la Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa; 1986 [acceso octubre del 2006]. Disponible en: <http://www.who.int>

Congreso Internacional de la Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra; 1981 [acceso noviembre del 2006]. Disponible en:  
<http://www.who.int>

Congreso Internacional de la Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Conferencia de Adelaida en 1988. Australia: 1988 [acceso septiembre del 2006]. Disponible en:  
<http://www.who.int>

Congreso Internacional de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia de Yakarta sobre promoción de la salud, conceptos y principios. Yakarta; 1991. [acceso diciembre del 2006]. Disponible en:  
<http://www.who.int>

Correa AD. Análisis Estadístico Computarizado Aplicado a la Investigación Educativa, Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Tenerife: Universidad de la Laguna; 2005.

Costas E. La sanidad agobiada. Diario El País. Viernes 6 de agosto de 1993; Salud: S6.

Cramer H. Elementos de la teoría de probabilidades y aplicaciones. 8ª Edición. Madrid: Aguilar Colección Ciencia y Técnica; 1984.

Dichiara KA, Gracia RA, Gómez-Clavelina FJ. La Medicina Familiar: una Especialidad con identidad. Aten Familiar 2004; 11(3): 20.

Dochy F. Nuevas Vías de Aprendizaje y Enseñanza y sus Consecuencias: una Nueva Era de Evaluación. Boletín de la Red Estatal de Docencia Universitaria. 2002; 2(2), 13-31.

Elorriaga J. Sanidad y corporaciones locales: la segunda descentralización. El Médico Interactivo [revista en Internet] anuario 2002 [acceso mayo del 2005]; 1 (69). Disponible en:  
<http://www.medynet.com/elmedico/documentos/anuario02/68-69.pdf>

Elstein AS. On the origins and development of evidence-based medicine and medical decision making. Inflamm. Res. 2004; 53 Suppl 2: S184-9.

Estatuto de los Trabajadores. Real Decreto 1/1995 de 24 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 75, (29-3-1995).

Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 55/2003 de 16 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 301, (17-12-2003).

European Commission [sede Web]. European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS). [acceso noviembre del 2006]. Education & training. Disponible en:

[http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc48\\_en.htm](http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc48_en.htm)

Ezquerria M. La evaluación de la formación especializada como garantía de la calidad del sistema de salud. Educ. Méd. (Barcelona); 2007, v.10 n.1.

Farfán SG. Programa de actualización continua en Medicina Familiar. 1ª ed. Intersistemas; 1999.

Ferrán, M. SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico. Madrid: McGraw Hill; 1996.

Finder M. Educating America: How Ralph W. Tyler taught America to teach. Westport: Praeger; 2004.

Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [base de datos en internet]. La Coruña: Fisterra.com; 1990 [revisado marzo 2006]. Pita S. Dificultades de la investigación en Atención Primaria. Disponible en:

<http://www.fisterra.com/mbe/investiga/difInvestAP/difInvesAP.asp>

Francia JM. El nuevo Ministerio de Sanidad: Decepción a las primeras de cambio. Revista Mundo Obrero (Madrid). 1978; 11: 5.

Francia JM. Salud Pública y Transferencias. Correo de Zamora. Domingo 11 de Octubre de 1981; Opinión: 2.

Francia JM. Informe anual de la Secretaría Regional de Asuntos Económicos, Sociales y Sindicales. Salamanca: Secretaría Regional de Asuntos Económicos, Sociales y Sindicales; 1986. Serie de Informes Técnicos: 16.

Francia JM. Fichas de Diagnóstico de Salud de la Ciudad de Salamanca. Salamanca: Ayuntamiento de Salamanca; 1995. Serie de Informes Técnicos: 17.

Francia JM. Los años mágicos de medicina rural. En: 25 años de reforma sanitaria. Salamanca: Hespérides; 1997. p. 49-56.

Francia JM. Los Centros de Salud: de la teoría a la práctica. En: 25 años de reforma sanitaria. Salamanca: Hespérides; 1997. p. 187-189.

Francia JM. Política y salud pública: el franquismo sanitario. En: 25 años de reforma sanitaria. Salamanca: Hespérides; 1997. p. 20-31.

Francia JM. Estudio sanitario de un grupo poblacional en el barrio de San José Obrero de Zamora 1969-1972. En: 25 años de reforma sanitaria. Salamanca: Hespérides; 1997. p. 34-46.

Fuentes, E. De los Pactos de la Moncloa a la entrada en la Comunidad Económica Europea (1977-1986). Madrid: ICE; 2005.

García-Pérez MA, Fernández-Rodríguez MC. El malestar del médico ante algunas aplicaciones del control de costes: ¿es una muestra de inmadurez ética? Aten Primaria. 2003; 31(16): 389-393.

Gayoso DP, Viana ZC, García GJ, Tojal DC. Los tutores de medicina de familia: actitudes y actividades de tutorización. Aten Primaria. 1995; 15(8): 481-486.

Galo S. Universidad Laboral de Zamora: una manifestación del proyecto social y educativo del franquismo (1946-1980) [tesis doctoral]. Zamora: Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Universidad de Salamanca, Instituto de Estudios Zamoranos de la Diputación de Zamora; 2006.

Gallo-Vallejo FJ. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: International Marketing & Communication; 1997.

Gallo-Vallejo FJ, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SC. Perfil profesional del médico de familia. Aten Primaria. 1999; 23 (4): 236-245.

García MJ. Estudio sanitario de un área subcomarcal: Robleda de Cervantes. Salamanca: Servicio de publicaciones de la Universidad de Salamanca; 1975.

Gavilán E, Prados JA. ¿Diez años de la normalización de la Medicina de Familia en España? Diariomédico.com [revista en Internet] 2008. [acceso 29 de febrero del 2009]. Disponible en:  
[http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/mi\\_dm/atencion\\_primaria/profesion/es/desarrollo/1123794\\_01.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/mi_dm/atencion_primaria/profesion/es/desarrollo/1123794_01.html)

Gérvas J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario: Visión profesional desde la Medicina General. El Médico Interactivo [revista en Internet] abril 2005 [acceso 21 de abril del 2005]. Disponible en:  
<http://www.elmedicointeractivo.es>

Gil S. El Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1952. Revista de Política Social. 1954; 24 (1): 27

Gimeno J. El culto a la eficiencia y pedagogía por objetivos: nacimiento de un estilo pedagógico. Madrid: Morata; 1985.

Gómez FJ, Irigoyen AE. La Medicina Familiar y la Investigación, una perspectiva integradora. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª ed. Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2000.

Gómez GT. Acreditación y reacreditación de tutores de Medicina Familiar y Comunitaria en España. Aten Primaria. 2002; 29(3): 164-166.

Gómez T, Ceitlin J. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: semFYC-CIMF; 1997.

González A. Teoría y práctica de la Atención Primaria en España. Madrid: Instituto Nacional de Salud. 1990.

González B. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006 – 2030). Gran Canaria: Universidad de Las Palmas; 2007.

Gracia GD. Los cambios en la relación médico-enfermo. Med Clin (Barc) 1989; 93: 100-102.

Grahame-Smith D. Evidence-based medicine: Socratic dissent. BMJ. 1995; 310: 1126-1127.

GrupoCTO.es [Sede Web]. Madrid: CTO; 2007 [acceso febrero 2007]. Gráficos MIR. Disponible en:  
<http://www.grupocto.es/web/medicina>

Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La carrera profesional del médico de familia (I). Aten Primaria. 2004; 34(45): 256-262.

Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La carrera profesional del médico de familia (II). Aten Primaria. 2004; 34(6): 306-312.

Guilbert JJ. A new method of objective examination: the programmed examination. Rev Prat. 1964; 14: I-IX.

Guilbert JJ. Planning of the continuing education. Rev Prat. 1976; 26(47): 330-340.

Guilbert JJ. How to devise educational objectives. Med Educ. 1984; 18(3): 134-141.

Guilbert JJ. Teacher training workshops in education: summary of 15 years personal experience. Med Educ. 1985; 19(5): 332-343.

Guilbert JJ. Integrating learning by objectives with relevance to the health needs of the community. Med Educ. 1987; 21(6): 505-511.

Guilbert JJ. Readers respond to "a new vision for continuing medical education". MedGenMed. 2006; 8(2):78.

Guilbert JJ. On the additional value of lectures in a problem-based curriculum. Educ Health. 2006; 19(1): 115-116.

Guilbert JJ. Fines de la guía pedagógica. En: Guía pedagógica para el personal de salud. 6ª edición. Valladolid: OMS y Universidad de Valladolid; 2007. p. 5.

Hennen BK. Medicina familiar. Guía práctica. Madrid: McGraw-Hill; 1980.

Hernando L. Los programas de formación de graduados en la transformación de la sanidad en España: Orígenes, desarrollo y futuro. Rev. Adm. San. Vol. 1997; Núm. 2: 2-4.

Instituto de Gestión Sanitaria. Atención Primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia. Madrid: Instituto de Gestión Sanitaria, Catálogo de Publicaciones; 2002.

Internacional Union for Health Promotion and Education. La evidencia de la eficacia de la promoción de salud: Configurando la Salud Pública en una nueva Europa. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2000.

Irazusta M. Recetas del Pacto de Toledo. Diario El Mundo. Domingo 2 de junio de 1996; Especial: Su dinero.

Irigoyen J. Crisis del sistema sanitario. En: La crisis del sistema sanitario en España: Una interpretación sociológica. Granada: Universidad de Granada; 1996. p. 15-23.

Iturbe P. I Jornadas Internacionales de medicina familiar de las Américas, España y Portugal. Maracaibo: FUVEMEFA; 1993.

Juliá S. Los socialistas en la política española (1979-1982). Madrid: Ediciones Taurus; 1999.

Keller D. The Text of Educational Ideologies: Toward the Characterization of a Genre. Educational Theory. 1984; 44 (1): 27-42.

Lamata F. Manual de administración y gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1998. p. 172-175.

Lamata F. El sistema sanitario español, éxitos y desafíos. En: Ciclo de sesiones "La sanidad española en el año 2009". Madrid: Academia Nacional de Medicina; Febrero del 2009.

Leading in Learning [sede Web]. Maastricht: Universidad de Maastricht ; 2001 [acceso noviembre del 2006]. European Model United Nations. Disponible en: <http://www.unimaas.nl/default.asp?template=werkveld.htm&id=P607EXD4TICC1M4Q0KCE&taal=en>

Ley de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855, disponiendo lo conveniente sobre el Servicio General de Sanidad. Capítulo II. Disponible en: [http://bib.us.es/derecho/servicios/common/Ley\\_28\\_1855\\_ServicioGeneralDeSanidad.pdf](http://bib.us.es/derecho/servicios/common/Ley_28_1855_ServicioGeneralDeSanidad.pdf).



Ley de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855, disponiendo lo conveniente sobre el Servicio General de Sanidad. Capítulo I. Disponible en: [http://bib.us.es/derecho/servicios/common/Ley\\_28\\_1855\\_ServicioGeneralDeSanidad.pdf](http://bib.us.es/derecho/servicios/common/Ley_28_1855_ServicioGeneralDeSanidad.pdf).

Ley 193/1963 de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. Revista de Política Social. 1964; 61 (1): 481.

Ley 14/1986, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-4-1986).

Ley 6/1992, sobre tasas, precios públicos y contribuciones especiales. Boletín Oficial del Estado, nº 239, (6-10-1993).

Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003).

Ley 16/2003, sobre cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29-5-2003).

Lobez, J. Estadística descriptiva, probabilidades y teórica, muestreo, actuarial. 6ª Edición. Madrid: Vicens-Vives; 1980.

López SA y cols. ¿Qué esperan de sus tutores los residentes de Medicina de Familia? Una aproximación cualitativa. Aten primaria. 2000; 26: 362-367.

López-Valcárcel G. La Formación de los Profesionales de la Salud: el mercado laboral sanitario y sus consecuencias en la formación; Numerus Clausus. Madrid: Fundación BBV; 1998. Documentos de Opinión: 18.

López-Valcarcel B. Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables. Gac Sanit (Madrid). 2006; 20 (Supl 1): 103-9.

Los MIR impugnan el proyecto de convocatoria de oposiciones. Madrid: Diario El País; 29 de octubre de 1977, sociedad: S1.

Luque MJ. Evaluación de los procesos formativos en Medicina de Familia: Opinan los Médicos Internos Residentes. Revista Tribuna Docente (Barc). 2002; 3 (2):45-49.

Mahler H. Discurso inaugural 28a Asamblea Mundial de la Salud. En: 28a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra; 1975 [acceso octubre del 2006]. Disponible en: <http://www.who.int>

Mahler H. Informe del Director General de la Organización Mundial de la Salud. En: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud patrocinada por la OMS y el UNICEF (Declaración de Alma-Ata). Alma-Ata: OMS; 12 septiembre de 1978 [acceso septiembre del 2005]. Disponible en: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap3.htm#Declaracion>

Mc Master University. History of McMaster University [base de datos en Internet]. Hamilton: MMU; 2002 [acceso enero del 2007]. Disponible en: <http://www.mcmaster.ca/univsec/history.cfm>

Mc Whinney I. Fundamentos filosóficos y científicos de la medicina de familia. 1ª ed. Mosby/Doyma; 1995.

Mc Whinney I. Orígenes de la medicina de familia. En Mc Whinney Medicina de Familia. Barcelona: Mosby Doyma. 1995.

Marset P. La Salud Pública durante el franquismo. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus. 1995, 15: 211-250.

Martín A. Atención primaria: conceptos organización y práctica clínica. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1995.

Martín A. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Volumen I. 4ª Ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.

Martin A. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª Ed. Barcelona: Doyma; 2008.

Martín JJ. Balance crítico de la descentralización territorial de la sanidad. Granada: Fundación Cajamar; 2006. Colección Mediterráneo económico: 10.

Medina RM. Estrategias profesionalizadoras en el origen de la especialidad médica [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 1993.

Medina E. 4º Informe de la Comisión Nacional: Resultados sobre la estructura y recursos en Unidades Docentes referidos en las Memorias 1999-2000. Revista Tribuna Docente (Barc). 2002, 4 (2):35-37.

Ministerio de Ciencia e Innovación. Estructura del Instituto de Salud Carlos III [base de datos en línea]. Madrid: MCI; 2006. [acceso diciembre del 2006]. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/presentacionyestructura/presentacion\\_presentacion.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/presentacionyestructura/presentacion_presentacion.jsp)

Ministerio de Sanidad y Consumo. Libro del especialista en formación: Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 1996.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Congreso nacional de promoción y educación para la salud: Salud para todos en el siglo XXI. Madrid; 1999. [acceso diciembre del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria; B.O.E. 5 de Mayo 2005 [acceso 7 de mayo del 2005]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/profesional/formacionSanitariaEspecializada/guiasFormacion/pdf/medifamiliar.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Financiación del Sistema Nacional de Salud [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso mayo del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/financiacion08.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Traspaso a las Comunidades Autónomas de las competencias en materia de sanidad: Reales Decretos Servicios Autonómicos de Salud y Consumo [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso junio del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/ccaa/decretos.htm>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Introducción y Marco Legal del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006 [acceso abril del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Flujos financieros del sistema sanitario español desde la reforma del año 2002 [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso mayo del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/flujosFinancieros.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso septiembre del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/cobertura08.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Satisfacción con el sistema sanitario [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso mayo del 2006]. Disponible en:  
<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/satisfaccion08.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización del Sistema Nacional de Salud [base de datos en línea]. Madrid: MSC; 2006. [acceso octubre del 2006]. Disponible en:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/organizacion08.pdf>

Ministerio de Trabajo e Inmigración. Historia de la Seguridad Social [base de datos en línea]. Madrid: MCI; 2006. [acceso diciembre del 2006]. Disponible en:

[http://www.seg-social.es/Internet\\_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm)

Molina F. Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento. Madrid: Línea Ejecutiva de Proyectos Editoriales; 1996.

Monreal A. 1er Informe de la Comisión Nacional: Actividades Formativas realizadas por las Unidades Docentes. Ejercicio 1999/2000. Revista Tribuna Docente (Barc). 2002; 3(3): 31-36.

Montero E. Médicos de Familia en Atención Primaria del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid. Madrid: Madrid S.L.; 2005.

Montseny F. La sanidad y la asistencia social durante la guerra civil [base de datos en internet]. Madrid: Monografías Beecham. [actualizado el 8 de septiembre del 2006, acceso octubre del 2006]. Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. Disponible en:

<http://isciii.c17.net/index.php/catalogo/action/listFondos/?C17SESSID=0418645a4f8578e26e0bf7198bd01d87&/1/revista%5Bid%5D/21680/>

Muñoz S. Los sistemas sanitarios y su organización. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias; 1989. Documentos de Trabajo: 2.

Muñoz S. La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos. Madrid: Alianza; 1995.

Muñoz S. La formación histórica de los servicios sanitarios públicos. En: La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos. Madrid: Alianza; 1995. p. 61-63.

Muñoz S. Evolución histórica y situación actual. En: La sanidad pública en España. Madrid: Instituto de Estudios Administrativos; 1975. p. 15-17.

Museo Virtual de la Sanidad. Ley de Bases de Sanidad Nacional del 25 de noviembre de 1944 [base de datos en internet]. Madrid: Documentos históricos del Instituto Carlos III [actualizado el 8 de junio del 2006, acceso septiembre del 2006]. Disponible en:

[http://www.isciii.es/htdocs/centros/ens/dictadura/dictadura\\_08\\_ley.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/centros/ens/dictadura/dictadura_08_ley.jsp)

Nacional and Internacional Cooperation [sede Web]. Aalborg: Universidad de Aalborg; 2002 [acceso noviembre del 2006]. Traineeship/Internship. Disponible en:

<http://en.aau.dk/National+and+International+Cooperation/Businesses%2C+Organisations+and+Institutions/562038>

Navarro V. Análisis de las políticas sanitarias españolas. Revista Sistema (Madrid). 1995; 126 (3): 34-36.

Nieto JM. El mercado laboral sanitario. El médico interactivo [revista en internet] 2006 diciembre [acceso diciembre del 2006]; Informes de gestión (3). Disponible en:

<http://www.medynet.com/elmedico/informes/gestion/alternativas.htm>

Orden Ministerial de 22 de Junio de 1995, por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los Sistemas de Evaluación de la formación de Médicos y Farmacéuticos especialistas. Boletín Oficial del Estado, nº 155 (30-06-1995).

Pallarés, L. Retos de la formación médica continuada: Situación actual y perspectivas de futuro en España. Rev. Educ Méd. (Barcelona). 2006; v.9: n.4<sup>a</sup>.

Pardell H. La acreditación de la Formación Médica Continuada: hechos y controversias. Rev. Educ. Méd. (Barcelona). 2006; v.9: n.4b.

Peinado JM. Valores de la Medicina en la Universidad. Madrid: Revista OMC; 2008, 6: 19-21.

Pelayo AM y cols. Influencia del perfil profesional de tutores de Medicina Familiar y Comunitaria en la Formación de residentes. Aten. Primaria 1998; 21(3): 145-154.

Pita S. 2º Informe Comisión Nacional: Unidades Docentes. ¿También unidades de investigación? Revista Tribuna Docente (Barc). 2002; 3(2) Supl: 33-44.

Ponce-Rosas ER, Landgrave IS. La tutoría en investigación en la medicina de familia. Aten Primaria. 2003; 32(1): 48-54.

PubMed [base de datos en internet]. Bethesda: Nacional Library of Medicine; 1996- [revisado febrero 2006]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>

Pujol R. Análisis comparativo de la calidad del ejercicio médico profesional entre médicos formados y no formados mediante el sistema MIR. Barcelona: Publicaciones y Ediciones Universitat de Barcelona; 1996.

Queen Mary University of London. Problem-based Learning [base de datos en Internet]. Londres: QMUL; 2000 [acceso enero del 2007]. Disponible en:

<http://www.materials.qmul.ac.uk/pbl/>

Quintana J. Objetivos 2005-2006 de la SVMFYC. En: X Jornadas Nacionales para Médicos Residentes de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Valencia: semFYC Ediciones; 2006. p. 2-3.

Real Decreto de 12 de enero de 1904, aprobando con carácter definitivo la adjunta Instrucción General de Sanidad Pública. Disponible en: [http://bib.us.es/derecho/servicios/common/RD\\_1904\\_InstruccionGeneralDeSanidadPublica.pdf](http://bib.us.es/derecho/servicios/common/RD_1904_InstruccionGeneralDeSanidadPublica.pdf)

Real Decreto 3303/1978, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad profesional. Boletín Oficial del Estado, nº 21, (29-12-1978).

Real Decreto-Ley 36/1978, sobre Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo. Boletín Oficial del Estado, nº 276, (18-11-1978).

Real Decreto 2967/1981, por el que se organiza el Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado, nº 303, (19-12-1981).

Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (1-2-1984).

Real Decreto 1943/1986, por el que se determina la Estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado, nº 227, (22-9-1986).

Real Decreto 55/2005, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. Boletín Oficial del Estado, nº 21, (25-1-2005).

Real Decreto 1142/2007, por el que se determina la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de acreditación de la formación continuada. Boletín Oficial del Estado, nº 221, (14-9-2007).

Real Decreto 183/2008, 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. Boletín Oficial del Estado, nº 45, (21-2-2008).

Redondo JM. El tutor novato: Una propuesta racional. Aten Primaria 1999; 24(supl. 2): 41,42.

Repullo JR. Sistemas y servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2005. p. 104-107.

Resumen del XVII Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica. Rev. Educ. Méd. (Barcelona). 2005; v.8: 2.

Requejo JL. Constitución española y ley orgánica del Tribunal Constitucional. 8ª ed. Madrid: Editorial Colex; 2009. p. 6-12.

Rico A. Descentralización y reforma sanitaria en España (1976-1996). Madrid: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones; 1998. Documentos de Trabajo: 3.

Rozman C. La educación médica en el umbral del siglo XXI. Med Clín (Barcelona). 1997; 108: 582-586.

Rozman C. Educación Médica: Fases y Objetivos. En: Medicina Interna. 16ª edición. Barcelona: Elsevier; 2008.

Rubio F. Estudios sobre la jurisdicción constitucional. Madrid: Trota; 1997.

Sackett DL. Medicina Basada en la evidencia. 2ª ed. Barcelona: Harcourt; 2000.

Sackett DL. La arrogancia de la medicina preventiva. CMAJ. 2002; 167 (4): 363-364.

Sánchez A. Sanidad prevé que el déficit de personal se agravará paulatinamente hasta 2010. Diariomédico.com [revista en Internet] 2005 [acceso 15 de diciembre del 2005]; 26 (3). Disponible en: [http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/mi\\_dm/atencion\\_primaria/profesion/es/desarrollo/596336\\_01.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/mi_dm/atencion_primaria/profesion/es/desarrollo/596336_01.html)

Sánchez A. El nuevo examen MIR: ECOE, test y descentralizado. Diariomédico.com [revista en Internet]; abril del 2008 [fecha de consulta 15 de abril del 2008]. Disponible en: [www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/profesion/es/desarrollo/1111917.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1111917.html)

Sánchez A. La emigración del médico crece a pesar del déficit. Diario Médico [revista en Internet] 2009 mayo [acceso 22 de mayo de 2009]; núm. 143. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2009/05/22/area-profesional/profesion/>

Sánchez P. Dimensiones del currículum. En: El proceso de enseñanza y aprendizaje. Madrid: ICE de la Universidad Complutense; 2004. p. 31-43.

Sánchez P. El proceso de enseñanza y aprendizaje. Madrid: Universidad Complutense; 2004.

Sapiro, V. SPSS/PC (Statistical package for the social sciences/ Personal computer) for the IBM PC/XT. Chicago: University of Michigan; 1999.

Sarabia, A. Problemas de Probabilidad y Estadística. Elementos teóricos, cuestiones, aplicaciones con Statgraphics (MSDOS). Madrid: Clagsa, 1993.

Saura LJ, Leal HM. Docencia posgrado: factores condicionantes de la relación tutor-residente en medicina familiar. Aten Primaria. 1997; 20(9): 511-518.

Saura LJ. El manual del Tutor de atención primaria. Aten Primaria. 1996; 17(3): 177-178.

Saura LJ. Relación tutor-residente en medicina familiar: aspectos formales y normativos. Aten Primaria. 1997; 20 (2): 99-106.

Saura LJ. ¿Cómo quieren los residentes que sean sus tutores? Aten Primaria 1999; 24(supl. 2): 43-44.

Saura J. Evaluación del proceso formativo de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Revista Tribuna Docente (Barc). 2001; 3(2) Supl: 3-11.

Saura LJ, Sesma AR, Fernández CJ, Borchert MC, Sáez YA. Docencia posgrado en medicina de familia: ¿qué sabemos de los residentes? Aten Primaria. 2001; 28(6): 405-414.

Saura LJ. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. Aten Primaria. 2005; 35(6): 318-324.

Serrano M. Manual de Medicina de Familia: Guía Educativa. Barcelona: Ariel; 2005.

Sentencias de inconstitucionalidad 193/1987, 10/1989, 67/1989, 27/1991 y 60/1994 (acumulados). Promovidos por la semFYC y médicos de familia exigiendo la equiparación de la formación MIR en Medicina de Familia y acreditación pre-95. Sala del Tribunal Constitucional Contencioso-Administrativa. Consejo General del Poder Judicial: Fondo Documental. CENDOJ. Disponible en:  
<http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>

Sevilla S. La universalización de la atención sanitaria. En: Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Madrid: Fundación Alternativas; 2006. Documento de trabajo 86/2006.

Shires D, Hennen B. Medicina Familiar. Guía Práctica. Madrid: McGraw Hill, 1983.

Simó J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (II). Aten Primaria (Barcelona). 2001; 28: 668-673.



Simó J, Campos-González JC, Sanfélix GJ. Carrera profesional y médicos de familia: reflexiones y propuesta (I). *Aten Primaria*. 2002; 29(2): 109-115.

Simó J. Empowerment profesional en la atención primaria médica española. *Aten Primaria (Barcelona)*. 2005; 35: 37-42.

Sociedad Española de Neurofisiología Clínica [Sede Web]. Madrid: SENC; 1994 [acceso junio 2007]. Comentarios sobre la legislación sanitaria: IV

Congreso Nacional de Derecho Sanitario: Ley de 20 de julio de 1955 sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas. Disponible en: <http://www.neurofisiologia.org/paginas/documentos/medi.htm>

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria [Sede Web]. Barcelona: semFYC; 1993 [acceso febrero 2007]. La Sociedad [3 pantallas]. Disponible en: [http://www.semfy.com/es/informativo/quienes\\_somos/](http://www.semfy.com/es/informativo/quienes_somos/)

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria [Sede Web]. Madrid: SEMERGEN; 1994 [acceso febrero 2007]. La Sociedad [4 pantallas]. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen/la-sociedad>

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [Sede Web]. Madrid: SEMG; 1995 [acceso febrero 2007]. Quienes somos [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.hiposemg.com/>

Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.

Taylor RB. Medicina de familia: aspectos actuales y perspectivas futuras en Medicina de Familia. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2001.

Taylor RB y cols. Medicina de Familia: principios y práctica. 5ª ed. Masson; 2002.

Tejada D. Perspectivas de Salud: Organización Mundial de la Salud de 1974 a 1985. *PAHO Journal (Washington)*. 2003; Volumen 8, Número 2, p. 1-4.

Temes JL. La Ley General de Sanidad. En: Sistema Nacional de Salud. Madrid: McGraw-Hill; 1996. p. 11-15.

Temes JL. Recursos humanos y formación. En: Sistema Nacional de Salud. Madrid: McGraw-Hill; 1996. p. 167-190.

The European Society of General Practice/Family Medicine 2002. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Barcelona: Wonca Europe; 2002.

Turabian FJ, Perez F. Modelo de tutorización, en VIII Jornadas Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria. Aten Primaria 1998; 22 (supl. 1).

Tutosaus JD. Convergencia Europea en el Postgrado. Rev. Educ. Méd. (Barcelona). 2005; v.8: 1.

Tyler RW. Basic principles of curriculum and instruction. Chicago: The University of Chicago Press; 1949.

Tyler RW. Principios Básicos del currículo: ¿Qué fines desea alcanzar la escuela?. Buenos Aires: Troquel; 1973.

Visauta, B. Análisis estadístico (Vol I: Estadística Básica. Vol II: Estadística Multivariante). Madrid: McGraw Hill; 1997.

### **FUENTES DOCUMENTALES**

CENTRO DE INVESTIGACION Y DOCUMENTACION EDUCATIVA (C.I.D.E.)  
Biblioteca Ministerio de Educación y Cultura  
C/ San Agustín, 5, 28014-MADRID  
Tfno: 91 3693092

CENTRO PUBLICACIONES MINISTERIO EDUCACIÓN Y CIENCIA  
C/ Alcalá 36 y Ciudad Universitaria - MADRID  
Tfno. Ciudad Universitaria: 91 5497700

CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION Y PUBLICACIONES DE  
EDUCACION SANITARIA. COMUNIDAD DE MADRID  
C/ Maudes 32, 2ª planta. 28003 Madrid  
Tfno. 91 5531008

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. DIRECCION GENERAL DE SALUD  
PUBLICA Y DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
Paseo del Prado 18-20 - 28014 Madrid  
Tfno. 91 5961089/90/91

## **BASES DE DATOS DE USO FRECUENTE DURANTE EL ESTUDIO**

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

<http://www.boe.es>

BIBLIOTECA NACIONAL DE CIENCIAS DE LA SALUD

<http://www.isciii.es/unidad/Sgpcd/ens/bnc-ens/cbnscs.html>

CÁTEDRA UAB-NOVARTIS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA

<http://www.catedramfamilia.uab.es/>

CENTRO UNIVERSITARIO DE SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

<http://www.uam.es:80/estructura/centros/uhm/cusp/paginas/>

CONSEJO DE EUROPA

[http://www.congreso.es/internacional/asamblea/consejo\\_europa/informa\\_general.htm](http://www.congreso.es/internacional/asamblea/consejo_europa/informa_general.htm)

CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA

<http://ue.eu.int>

DIARIO OFICIAL EN EUR-LEX

<http://europa.eu.int/eur-lex>

EDICIONES DOYMA

<http://www.db.doyma.es>

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

<http://www.easp.es>

EUROESTAT, OFICINA ESTADÍSTICA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

<http://europa.eu.int/en/comm/euroestat>

EURYDICE: RED DE INFORMACIÓN SOBRE LA EDUCACIÓN EN LA COMUNIDAD EUROPEA

<http://www.eurydice.org>

INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

<http://www.ingesa.msc.es>

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

<http://www.isciii.es>

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL. SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD  
<http://www.jcyl.es>

LIBER BIBLIOTECA  
<http://www.liberliber.it/biblioteca/>

MED WEB COMMUNITY  
<http://www.medweb.emory.edu>

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA - ESPAÑA  
<http://www.msc.es/salud/home.htm>

OFICINA REGIONAL EUROPEA WORLD HEALTH ORGANIZATION  
<http://www.who.int/hpr/hep>

PARLAMENTO EUROPEO  
<http://www.europarl.eu.int>

PARLAMENTO EUROPEO OFICINA DE INFORMACIÓN EN ESPAÑA  
<http://www.europarl.es>

REDINET: RED ESTATAL DE BASES DE DATOS SOBRE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA  
<http://www.redined.mec.es>

REPERTORIO DE LA LEGISLACIÓN COMUNITARIA VIGENTE  
<http://europa.eu.int/eur-lex/es/index.html>.

REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
<http://www.msc.es/revistas/reps>

SERVICIO DE ARCHIVOS Y BIBLIOTECAS DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA  
<http://brumario.usal.es/>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EDUCACIÓN MÉDICA (SEDEM)  
<http://www.sedem.org/>

**ANEXO I – COMISIÓN NACIONAL DE  
LA ESPECIALIDAD**

# ANEXO I/1 - RECONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA MEDIANTE EL REAL DECRETO 3303/78

*Medicina de Familia*

B. O. del E.—Núm. 29 2 febrero 1979 2

	PAGINA		PÁG.
Delegación Provincial del Instituto Nacional de Previsión de Córdoba. Concurso del servicio de limpieza.	2814	Ayuntamiento de Barcelona. Subasta de obras.	1
Delegación Provincial del Instituto Nacional de Previsión de Oviedo. Concurso para adquisición de sistema de archivo.	2815	Ayuntamiento de Nuez de Ebro (Zaragoza). Subasta de obras.	2
ADMINISTRACION LOCAL		Ayuntamiento de San Felices de Buelna (Santander). Concurso de obras.	2
Ayuntamiento de Alcoy. Concurso para prestación de servicio de limpieza de escuelas.	2815	Patronato Municipal de la Vivienda para Funcionarios del Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Subasta de obras.	21

**Otros anuncios**  
(Páginas 2816 a 2822)

## I. Disposiciones generales

### PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

**3116** REAL DECRETO 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica.

La atención médica primaria a los individuos y a los grupos sociales primarios, en las necesidades de salud de la familia y en el medio social en que se inserta, exigen unos conocimientos específicos multidisciplinarios que alcancen no sólo el tratamiento de las enfermedades, sino a la vez a la promoción y protección de la salud de los individuos en su medio familiar y comunitario, constituyendo un conjunto de actividades médicas integradas.

El modelo sanitario de los últimos años ha sido dirigido preferentemente hacia la medicina hospitalaria muy tecnificada, lo que ha permitido el desarrollo de un número de especialistas clínicos, altamente cualificados, pero sin que se haya desarrollado en medida similar el alcance preventivo y comunitario de la medicina general y con ello la atención de la asistencia primaria. Tal situación conlleva al riesgo de la práctica desaparición del Médico de cabecera como estructura básica del sistema sanitario.

Un modelo sanitario actual acorde con las necesidades de la sociedad en atenciones de salud al individuo, en su medio familiar y comunitario, hace preciso el desarrollar, de acuerdo con las tendencias mundiales y las directrices de los Organismos internacionales sanitarios, una estructura sanitaria que atienda en primera instancia las demandas de salud de los individuos, acercando a los usuarios los medios sanitarios actuales, permitiendo a la vez evaluar la enfermedad en razón de los factores del medio que la condicionan, ejerciendo una medicina coherente e integrada y acorde con la realidad socio-económica del país.

Esta estructura médica, de base necesita que en los puestos de trabajo de primera asistencia exista el personal médico adecuado y especializado para las funciones que haya de ejercer a través de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, creada por el Real Decreto dos mil quinientos noventa y ocho, de quince de julio.

Es necesario ahora la creación del marco legal que regule el tipo de formación de los nuevos especialistas de Medicina de Familia y Comunitaria, la forma de adquirirla y las condiciones de acceso a los puestos de trabajo de la estructura básica del futuro modelo sanitario.

Por otro lado, es preciso prever la situación futura de los profesionales que en el momento actual desempeñan tales puestos o están en condición legal de ocuparlos, respetando escrupulosamente los derechos individuales legítimamente adquiridos, y todo ello estableciendo un sistema que asegure, durante el proceso de transición del modelo sanitario actual al futuro que se pretende, la debida asistencia médica primaria a la población, tanto en el medio rural como en el urbano.

En su virtud, a propuesta de los Ministros de Educación y Ciencia y Sanidad y Seguridad Social, oído el Consejo General de Colegios Médicos y la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día veintinueve de diciembre de mil novecientos setenta y ocho,

**DISPONGO:**

Artículo primero.—Uno. El Médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad.

Dos. El alcance a la misión expuesta se centre en los siguientes cometidos:

Dos. Uno. Prestar atenciones médicas y de salud en forma integrada y continuada a los miembros del grupo familiar; de las comunidades primarias tanto en consulta como en el domicilio del enfermo y en régimen tanto normal como de urgencia.

Dos. Dos. Promocionar la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario.

Dos. Tres. Contribuir, junto a la Administración Sanitaria, al desarrollo de los aspectos de salud ambiental, materno-infantil, alimentación y nutrición, epidemiología, bioestadística, precisos para el mantenimiento equilibrado del sistema sanitario.

Dos. Cuatro. Orientar a los enfermos y a sus familiares en la utilización adecuada del sistema de atención médica establecida.

Dos. Cinco. Colaborar en las actividades docentes orientadas a la formación del personal integrante de los equipos de salud.

Artículo segundo.—La titulación de Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria será condición preferente para acceder a los procedimientos de selección a los puestos de trabajo de asistencia primaria, dependientes de cualquier Administración Pública y de Entidades gestoras de la Seguridad Social, tanto en el medio urbano como en el rural.

Artículo tercero.—A los efectos prevenidos en el presente Decreto, tendrá la consideración de «asistencia primaria» la que se presta en los puestos de trabajo de Medicina General, dependientes de la Administración Pública, en concreto de Médicos titulares, de Medicina General de zona y de Servicios de Urgencia de la Seguridad Social.

Artículo cuarto.—Uno. El programa de formación será establecido por la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, prevista en el Real Decreto dos mil quinientos noventa y ocho, a la cual corresponderá asimismo el establecer las áreas sanitarias en donde se desarrollen los programas docentes de la especialidad, así como la acreditación y homologación en los centros y servicios de la capacidad para impartir los programas docentes.

Dos. La formación de la especialidad en Medicina de Familia y Comunitaria se adquirirá bajo la dirección de una Comisión compuesta por un representante de Facultad de Medicina, los Directores de Salud de las respectivas Delegaciones Territoriales y los Directores de las Residencias de la Seguridad Social u Hospitales a los que el posgraduado esté adscrito, que actuará de acuerdo con las directrices de la correspondiente Comisión Nacional de la Especialidad y con las funciones que ésta le delegue.

Artículo quinto.—El periodo de formación de la especialidad será de tres años, perfeccionando conocimientos en medicina

interna, pediatría y puericultura, maternología, geriatría, sanidad ambiental, higiene de la alimentación y nutrición aplicada, medicina preventiva, epidemiología, protección de grupos sociales, psiquiatría social y salud mental, y los conocimientos especializados suficientes para la atención de urgencias médicas y quirúrgicas, cirugía general y traumatología, diagnóstico del riesgo y orientación del enfermo y sus familiares en la utilización del sistema sanitario y social.

Artículo sexto.—Uno. Durante el período de formación, los posgraduados seleccionados en la oportuna convocatoria tendrán administrativamente el carácter de residentes de las Instituciones Hospitalarias que hayan obtenido su inclusión en el programa de formación de Médicos especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria.

Dos. Recibirán su formación en cuantos servicios sanitarios de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Seguridad Social, y de las Corporaciones Locales, sean necesarios de entre los que se encuentren ubicados en el distrito universitario en el que radique la residencia u hospital al que el posgraduado esté adscrito.

Tres. Las áreas formativas comprenderán servicios hospitalarios, unidades especiales y prácticas supervisadas en zonas rurales y urbanas.

Artículo séptimo.—El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social fijará el número de plazas de formación de Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria de cada convocatoria, la cual se hará conjuntamente con el de otras especialidades médicas en la convocatoria general que dispone el Real Decreto dos mil quince/mil novecientos setenta y ocho, de quince de julio. La expedición de la titulación se efectuará en condiciones similares a las de otras especialidades, como asimismo el régimen de convalidación de materias, a efectos de expedición de otros títulos de especialidades.

Artículo octavo.—Los Médicos que acrediten cinco años de ejercicio, en propiedad o interinos, en puestos de «asistencia primaria» dependientes de cualquier Administración Pública o de 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 de Familia y Comunitaria y el Ministerio de Educación y Ciencia determinen.

Artículo noveno.—Los especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria que desempeñan los puestos de trabajos determinados en la Administración Pública quedarán sometidos a un régimen de formación continuada.

#### DISPOSICION TRANSITORIA

Se respetan los derechos adquiridos a los facultativos que en la actualidad desempeñen plazas de «Asistencia primaria» dependientes de cualquier Administración Pública y de Entidades gestoras de la Seguridad Social, tanto en el medio urbano como en el rural.

#### DISPOSICION FINAL.

Por los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Seguridad Social se dictarán las disposiciones precisas para el desarrollo de lo contenido en el presente Real Decreto.

Dado en Madrid a veintinueve de diciembre de mil novecientos setenta y ocho,

JUAN CARLOS

El Ministro de la Presidencia,  
JOSE MANUEL OTERO NOVAS

**3117** *CORRECCION de errores del Real Decreto 3185/1978, de 29 de diciembre, por el que se desarrolla el Real Decreto-ley número 12/1978, de 27 de abril, sobre fijación y delimitación de facultades entre los Ministerios de Defensa y de Transportes y Comunicaciones en materia de aviación.*

Advertido error en el texto remitido para su publicación del citado Real Decreto, inserto en el «Boletín Oficial del Estado» número 18, de fecha 20 de enero de 1979, páginas 1549 y 1550, se transcribe a continuación la oportuna rectificación:

En el artículo sexto, penúltima línea, donde dice: «... de mil novecientos setenta y cuatro, ...», debe decir: «... de mil novecientos sesenta y cuatro, ...».

**ANEXO 1/2 - ACTA FUNDACIONAL DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EL 21 NOVIEMBRE DE 1978**

MINISTERIO DE SANIDAD  
Y SEGURIDAD SOCIAL  
Subsecretaría de la Salud  
Subdirección General de Investigación  
y Docencia

ACTA DE LA COMISION NACIONAL  
DE: MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

1

ASISTENTES

Nº DE ACTA 1

CIENTIFICAS	DR. VILARDEL, FRANCISCO ✓
	DR. SANCHEZ DOMINGUEZ, ANTONIO ✓
	DR. DIEZ DOMINGUEZ, PEDRO ✓
	PROF. SCHULLER, AMADOR ✓
	PROF. SEGOVIA DE ARANA, JOSE MARIA ✓
	DR. OBEJA ROSAS, MAXIMIANO (repres. Dr. Aizpiri)
	DR. ALVAREZ MARTINEZ, JOSE MARIA ✓
	DR. MORAN, JULIO ✓
	DR. FABRER CALLIS, JOSE MARIA ✓

Fecha: 21 noviembre de 1.978  
 Hora de comienzo: 12 h.  
 Hora de terminación: 14,30 horas.  
 Lugar: Subdirección General de Investigación y Docencia.

Reunidos los Sres. que a la izquierda se relacionan se abre la sesión con arreglo al siguiente orden del día:

1. Constitución de la Comisión
2. Designación de Presidente y Secretario.
3. Programación de actividades.
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

tas importantes:

- 1ª.- Las actuaciones de la comisión no podrán iniciarse si el número de asistentes es inferior a tres (Art. 11,2 de L.P.A.).
- 2ª.- Para la validez de los acuerdos será precisa la mayoría absoluta (mitad más uno) (Art. 12,1 de L.P.A.).
- 3ª.- El Secretario, con el Vº Bº del Presidente, hará una relación de los ACUERDOS adoptados en cada sesión (Art. 13,2 de L.P.A.).
- 4ª.- El Secretario enviará copia de Acta de la Subdirección General de Investigación y Docencia (Art. 12 Real Decreto 2015/78).

El Sr. Presidente da cuenta de que el objeto de la reunión es constituir la Comisión Nacional de Medicina Familiar a tenor de lo dispuesto en el Real Decreto 2.015/1.978, de 15 de julio, para lo cual se ha solicitado la designación de sus representantes a los Organismos señalados en el artículo sexto de la citada Disposición, y, en su virtud, la Comisión queda constituida por los siguientes miembros:





MINISTERIO DE SANIDAD  
Y SEGURIDAD SOCIAL

Subsecretaría de la Salud

Subdirección General de Investigación  
y Docencia

COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD  
DE MEDICINA DE FAMILIA Y CO  
MUNITARIA.

a) Por el Ministerio de Educación y Ciencia:

Prof. GARCIA - CONDE BRU, Javier  
Prof. ROZMAN BORZANAR, Cirilo  
Prof. SCHULLER PEREZ, Amador  
Prof. SEGOVIA DE ARANA, José María

b) Por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social:

Ilmo. Sr. D. EMILIANO, Esteban Velázquez  
Ilmo. Sr. D. PEDRO, Díez Domínguez  
Dr. D. Antonio Sánchez Domínguez

c) Por el Consejo General de Colegios Médicos:

Dr. JULIO Moran Garcés  
Dr. JERONIMO Aizpiri  
Dr. JOSE MARIA Alvarez Martínez

d) Por la Sociedad Científica Nacional de la Especialidad:

Dr. D. JOSE MARIA Febrer Callis  
Dr. D. VICENTE Serrano Serrano.

El Dr. Vilardel sugiere la conveniencia de incorporar a la Comisión, en calidad de Asesor al Dr. Vicente Rojo, lo que se aprueba por unanimidad de todos los asistentes.

El Dr. Vilardel indica la necesidad de designar un Presidente y un Secretario, de acuerdo con lo establecido en el punto dos del Artículo sexto del Real Decreto 2.015/1.978, acordándose por todos los presentes que la Presidencia de la Comisión recaiga en el Profesor SEGOVIA DE ARANA y la Secretaría en el Dr. DIEZ DOMINGUEZ.

A continuación el Dr. Vilardel expone los fines y competencias de la Comisión, de acuerdo con lo establecido en el Artículo siete del citado Real Decreto y que quedan resumidos en el Anexo que se acompaña a la presente Acta, que es entregado por el Dr. Vilardel a todos los asistentes.

En ese momento se incorpora a la reunión el Ilmo. Sr. Subsecretario del Departamento, Dr. Viñes, quién después de saludar a los reunidos, destaca la importancia



MINISTERIO DE SANIDAD  
Y SEGURIDAD SOCIAL

Subsecretaría de la Salud

Subdirección General de Investigación  
y Docencia

COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD  
DE MEDICINA DE FAMILIA Y CO-  
MUNITARIA.

los asistentes sobre las actividades a desarrollar.

El Dr. Viñes hace entrega a la Comisión (anexo 2) de un borrador del Real Decreto sobre implantación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, para su estudio por la misma y emisión de informe, tras de lo cual abandona la reunión.

Después de ausentarse el Dr. Viñes se tiene un cambio de impresiones sobre la forma de desarrollar los cometidos de la Comisión y, en particular, sobre la - posible inclusión de plazas de Médicos Residentes de la Especialidad en la próxima convocatoria de M.I.R. acordándose quede sobre la mesa para su estudio y decisión en la próxima reunión.

Seguidamente se toma el acuerdo de que las sucesivas reuniones tengan lugar todos los sábados a las diez horas, en la sede del Ministerio de Sanidad de Plaza/ de España, 17, salvo los casos en que por la extensión de los temas a tratar con- venga iniciar la reunión en la tarde del viernes, decidiéndose que la próxima reunión tenga lugar el viernes día uno de diciembre a las cinco de la tarde, en la -/ que se tratarán los siguientes temas:

1. Definición y funciones del Médico de Familia
2. Contenido Formativo
3. Centros de Formación
4. Convocatoria de Residentes de la Especialidad
5. Estudio del Borrador del Real Decreto sobre implantación de la Especialidad.

Y no habiendo más asuntos que tratar se levanta la sesión a las catorce --- treinta horas, en el lugar y fecha arriba indicados.

Vº. Bº.  
EL PRESIDENTE,

EL SECRETARIO,

ANEXO I/3 - ROTACIONES DEL PRIMER PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, AÑO 1986

AREAS DOCENTES		
<p><u>I.-CLINICAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MEDICINA INTERNA</li> <li>- ESPECIALIDADES MEDICAS</li> <li>- OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA</li> <li>- CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA</li> <li>-OTORRINOLARINGOLOGIA</li> <li>- OFTALMOLOGIA</li> <li>- URGENCIAS</li> <li>- SALUD MENTAL</li> </ul>	<p><u>II.-MED. FAMILIAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ESTRUCTURA Y DEMOGRAFIA FAMILIAR</li> <li>- CICLO VITAL FAMILIAR</li> <li>- FUNCION FAMILIAR</li> <li>- ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES</li> <li>- RECURSOS FAMILIARES</li> <li>- ENTREVISTA FAMILIAR</li> <li>- TERAPIA FAMILIAR</li> </ul>	<p><u>III.-MED. COMUNITARIA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BIOESTADISTICA</li> <li>- ADMINISTRACION SANITARIA</li> <li>- EPIDEMIOLOGIA</li> <li>- DEMOGRAFIA</li> <li>- ADMINISTRACION APLICADA A LA APS:</li> <li>• DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD</li> <li>• PROGRAMACION, ORGANIZACION Y EVALUACION</li> <li>- PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA</li> </ul>
<p><u>CENTROS DE SALUD - C. R. P.</u></p>		
<p>T A B L A 1</p>		

<u>I.-AREA CLINICA</u>	<u>AÑO DE RESIDENCIA</u>	<u>LUGAR DE APRENDIZAJE</u>
MEDICINA INTERNA Y ESP. MEDICAS	R-1	SALAS, CONSULTAS, URGENCIAS
PEDIATRIA	R-2	CENTRO DE SALUD, SALAS, CONSULTA, URGENCIAS
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	R-2	CENTRO DE SALUD, SALA, CONSULTA, URGENCIAS
CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA	R-2	URGENCIAS
OTORRINOLARINGOLOGIA	R-2	CONSULTAS, URGENCIAS
OFTALMOLOGIA	R-2	CONSULTAS-URGENCIAS
CLINICA EN A.P.S.	R-1 y R-3	CENTRO DE SALUD
URGENCIAS HOSPITALARIAS	R-1, R-2 y R-3	SERVICIOS DE URGENCIAS
URGENCIAS EN ATENCION PRIMARIA	R-3	CENTROS DE SALUD
SALUD MENTAL	R-2	CONSULTAS, SEMINARIOS ESPECIFICOS
<u>II.- AREA DE MEDICINA FAMILIAR</u>		
MEDICINA Y PRACTICA FAMILIAR	R-1, R-2 y R-3	CENTROS DE SALUD Y SEMINARIOS ESPECIFICOS
<u>III.- AREA DE MEDICINA COMUNITARIA</u>		
BIOESTADISTICA , ADMINISTRACION GENERAL, EPIDEMIOLOGIA Y DEMOGRAFIA	R-1	SEMINARIOS ESPECIFICOS
ADMINISTRACION APLICADA A LA APS	R-2	ACTIVIDADES Y SEMINARIOS ESPECIFICOS
SALUD MEDIOAMBIENTAL, EDUCACION SANITARIA, METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA	R-3	ACTIVIDADES Y SEMINARIOS ESPECIFICOS
PROGRAMA DE SALUD: MATERNAL, INFANTIL, INMUNIZACIONES, ADULTOS, ANCIANOS.	R-1, R-2 y R-3	CENTROS DE SALUD.

T A B L A 2

AREAS DOCENTES	HOSPITAL	CENTROS DE SALUD	OTRAS AREAS EXTRAHOSPITALARIAS
MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES MEDICAS	8 meses	-	-
OFTRALMOLOGIA	1 mes	-	-
PEDIATRIA	1 "	2 meses	-
OBSTETRICIA	1 "	1 "	-
DERMATOLOGIA	1 "	-	-
O.R.L.	1 "	-	-
SALUD MENTAL	-	-	2 meses
CLINICA ATENCION PRIMARIA	-	15 meses	-
PRACTICA FAMILIAR	-	-	-
MEDICINA COMUNITARIA	-	-	-
TOTAL	13 meses	18 meses	2 meses

URGENCIAS			
MEDICINA INTERNA Y ESP. MEDICAS	....	11 meses	
CIRUGIA, TRAUMATOLOGIA	....	4 "	
PEDIATRIA	....	3 "	
OBSTETRICIA	....	2 "	
OFTALMOLOGIA	....	1 "	
O.R.L.	....	1 "	
CENTRO DE SALUD	....	11 meses	

T A B L A 3

## ANEXO I/4 - CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES DOCENTES, AÑO 1983



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE  
ESPECIALIDADES MEDICAS

Comisión Nacional de la Es-  
pecialidad de **MEDICINA DE  
FAMILIA Y COMUNITARIA**

### ANEXO 1: REQUISITOS PARA LA ACREDITACION DE UNIDADES DOCENTES. ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

#### 1. Centro Hospitalario

##### AREA FISICA

- Despacho para Tutor Hospitalario.
- Archivo de Historias Clínicas centralizado.
- Biblioteca con textos y revistas actualizadas, específicos de la especialidad.

##### RECURSOS HUMANOS

- Tutor Hospitalario.
- Tutores en los distintos Servicios de rotación.

##### REQUISITOS ESPECIFICOS DEL CENTRO PARA EL DESARROLLO DE LA ESPECIALIDAD

- Medicina Interna y Especialidades Médicas con inclusión de Dermatología y Reumatología.
- Pediatría.
- Obstetricia y Ginecología.
- Cirugía General.
- Traumatología.
- O.R.L.
- Oftalmología.
- Urgencias de Medicina Interna, Pediatría, Obstericia-Ginecología, Cirugía General y Traumatología.
- Unidad de Salud Mental hospitalaria o extrahospitalaria.

##### ACTIVIDAD ASISTENCIAL

###### Medicina Interna Y Especialidades Médicas:

- Aprendizaje en una Unidad de Medicina Interna: Hospitalización, Consultas Externas y Urgencias.
- Aprendizaje en Dermatología y Reumatología en Consultas Externas.
- Aprendizaje en, al menos, otras dos Especialidades Médicas en area de Consultas Externas y Hospitalización.

###### Pediatría:

- Aprendizaje en áreas de Hospitalización, Consultas Externas y Urgencias.

###### Obstetricia y Ginecología:

- Aprendizaje en Planificación Familiar.
- Aprendizaje en Urgencias de Obstetricia y Ginecología.
- Aprendizaje en otras áreas ginecológicas y obstétricas.

###### Cirugía y Traumatología:

- Aprendizaje en Urgencias de Cirugía y Traumatología.
- Aprendizaje del diagnóstico y tratamiento de los procesos urológicos más frecuentes.

###### Salud Mental:

- Aprendizaje en Consultas Externas de una Unidad de Salud Mental hospitalaria o extrahospitalaria.

###### Urgencias:

- Aprendizaje de técnicas de tratamiento de la emergencia vital.



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE  
ESPECIALIDADES MEDICAS

Comisión Nacional de la Especialidad de **MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA**

**ACTIVIDADES DOCENTES:**

- Participación del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en las sesiones y actividades docentes de cada area de rotación obligatoria.

**2. Centro de Salud**

**AREA FISICA**

- Despacho para Coordinador del Centro de Salud.
- Despacho para Técnico de Salud.
- Area de personal administrativo.
- Sala de Reuniones.
- Biblioteca.
- 1 Consulta por Médico (12 a 15 metros cuadrados).
- Consultas de Pediatría.
- Consultas de Enfermería.
- Consulta o Despacho del Trabajador Social.

**RECURSOS MATERIALES:**

- Máquina de escribir.
- Archivadores.
- Acceso a fotocopidora.
- Electrocardiógrafo.
- Microscopio.
- Sonicaid.
- Archivo de Historias Clínicas.
- Acceso a R.X. de contraste.
- Recomendable: Ordenador.

**RECURSOS MATERIALES PARA LA DOCENCIA:**

- Pizarra.
- Proyector de diapositivas.
- Retroproyector.
- Recomendable: Equipo de Video, Programas Informáticos y Equipo Fotográfico.

**RECURSOS HUMANOS:**

- Médicos Generales (máx. 1 médico/2000 habit.) que realizarán las funciones de tutores extrahospitalarios. El 75% deberan ser Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.
- ATS/DUE (1 ATS-DUE/1 Médico).
- Auxiliares de Clínica.
- Auxiliar Administrativo.
- Celador.
- 1 Trabajador Social a tiempo completo.

**BIBLIOTECA EN EL CENTRO DE SALUD CON TEXTOS Y REVISTAS ACTUALIZADOS DE LA ESPECIALIDAD:**

- Al menos deberá estar suscrito a 3 de las siguientes:
  - . Atención Primaria
  - . Royal College of General Practicioners
  - . Family Practice
  - . British Medical Journal
  - . Scandinavian
  - . American Journal of Family Physician
  - . Gaceta Sanitaria
  - . New England of Medical Journal



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE  
ESPECIALIDADES MEDICAS

Comisión Nacional de la Especialidad de **MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA**

**ACTIVIDAD ASISTENCIAL:**

- Número medio de enfermos/día/médico: 20 a 35.
- Tiempo máximo dedicado a consulta médica a demanda: 3-4 horas/día.
- Tiempo medio dedicado a atención programada: 2-3 horas/día.
- Tiempo medio dedicado por enfermo: 5-9 mn.
- Las enfermeras realizarán curas, administración parenteral de medicación, consulta y visita domiciliaria programada.

**ACTIVIDAD DOCENTE:**

- Sesión de formación continuada: 4 horas semanales.

**ASPECTOS ORGANIZATIVOS:**

- Existencia de Memoria anual del Centro con una antigüedad de dos años.
- Historias Clínicas realizadas con criterios unificados. Deben constar de hoja de anamnesis y exploración y hoja de evolución.
- Existencia de Historia Clínica Individual o Familiar.
- Existencia de protocolos de diagnóstico y tratamiento actualizados.
- Programas de Salud puestos en funcionamiento: Materno-Infantil, Inmunizaciones y Programa Escolar.
- Existencia de registros de actividades asistenciales desarrolladas por Médicos, ATS/DUE y Trabajador Social.
- Registro específico de los Programas de Salud en funcionamiento.
- Existencia de mecanismos de participación de la población como el Consejo de Salud
- Existencia de tablón anunciador de horarios de consulta visible.
- Existencia de libro de recamaciones.
- Datos de la zona: mapa, callejeros, datos descriptivos, riesgos ambientales, servicios sociales...
- Normas escritas.
- Control de Calidad.

**3. Coordinación de la Unidad Docente**

**RECURSOS HUMANOS:**

- Existencia del Coordinador Provincial del Programa Docente, con dedicación exclusiva al mismo y Titulación de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Técnico/s de Salud, Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria o en Medicina Preventiva.
- Existencia de personal de apoyo administrativo.

**RECURSOS MATERIALES:**

- Despacho de Coordinador Provincial.
- Despacho para personal administrativo.
- Despacho para Técnico de salud.
- Biblioteca.
- Sala de Juntas.
- Máquinas de escribir.
- Archivadores.
- Acceso a fotocopidora.
- Ordenador.
- Retroproyector.
- Proyector de diapositivas.

**ACTIVIDADES DOCENTES:**

- Desarrollo del Programa de Salud Pública y Medicina Comunitaria correspondiente a las siguientes materias:
  - . Introducción a la Medicina Familiar y Comunitaria.
  - . Bioestadística.





MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE  
ESPECIALIDADES MEDICAS  
Comisión Nacional de la Espe-  
cialidad de **MEDICINA DE  
FAMILIA Y COMUNITARIA**

- : Administración Sanitaria.
- . Epidemiología.
- . Demografía.
- . Administración aplicada a la A.P.S.
- . Nutrición.
- . Investigación.
- . Educación Sanitaria.
- . Salud Laboral.
- . Salud Medio-Ambiental.
- . Estudio de la Comunidad.

**ACTIVIDADES CIENTIFICAS Y DE INVESTIGACION:**

- La Unidad deberá realizar actividades como Trabajos de Investigación, Conferencias, Publicaciones y Comunicaciones y/o Ponencias.
- Los residentes al finalizar su período de formación deberán haber sido autores o coautores en alguna de las anteriores actividades de la Unidad.

**ORGANIZACION DE LA UNIDAD:**

- Existencia de Memoria anual de la Unidad.
- Existencia de una programación escrita anual.
- Organización de las guardias de los residentes.
- Existencia de normas de evaluación propias.
- Existencia de normas escritas de evaluación.
- Constancia documental de las normas que se aplican.

## ANEXO I/5 - ACREDITACIÓN DE LAS PRIMERAS PLAZAS DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA DEPENDIENTES DE LAS COMISIONES DELEGADAS PROVINCIALES

PROVINCIA	LOCALIDAD	INSTITUCION	Nº. PLAZAS
ALAVA	Vitoria	R.S. Ortiz de Zárate	7 ✓
ALBACETE	Albacete	R.S. Ntra. Sra. Perpetuo - Socorro.	7 ✓
ALICANTE	Alicante	R.S. 20 de Noviembre	14 ✓
	Elche	R.S. de la Seg. Social.	5 ✓
AVILA	Avila	R.S. Ntra. Sra. Sonsoles	5 ✓
BADAJOS	Badajoz	R.S. Ntra. Sra. Perpetuo - Socorro.	15 ✓
BALEARES	Palma de - Mallorca.	R.S. Ntra. Sra. de Lluch	5 ✓
BARCELONA	Barcelona	C.S. Francisco Franco	22 ✓
BURGOS	Burgos	R.S. General Yague	5 ✓
CADIZ	Cádiz	R.S. Fernando Zamacola	5 ✓
CASTELLON	Castellón	R.S. Ntra. Sra. Sagrado Co-razón.	6 ✓
CORDOBA	Córdoba	C.S. Reina Sofia	15 ✓
CORUÑA, LA	Coruña, La	C.S. Juan Canalejo	24 ✓
GRANADA	Granada	C.S. Virgen de las Nieves	13 ✓

168



CONSEJO NACIONAL  
DE  
ESPECIALIDADES MEDICAS

Comisión Nacional de la Especialidad de  
MEDICINA DE FAMILIA

PROVINCIA	LOCALIDAD	INSTITUCION	Nº. PLAZAS
GUADALAJARA	Guadalajara	R.S. Primo de Rivera	5
GUIPUZCOA	San Sebastian	R.S. Ntra. Sra. de Aranzazu	10
JAEN	Jaén	R.S. Capitan Cortés	7
LEON	León	R.S. Virgen Blanca	7
LOGROÑO	Logroño	R.S. Antonio Coello Cuadrado	10
MADRID	Madrid	Clinica Puerta de Hierro	14
		C.S. La Paz	24
		C.S. Primero de Octubre	14
MALAGA	Málaga	C.S. Carlos Haya	10
MURCIA	Murcia	C.S. Virgen de la Arrixaca	17
NAVARRA	Pamplona	R.S. Virgen del Camino	4
		Clinica Universitaria	4
	Estella	Hospital Comarcal	1
OVIEDO	Oviedo	C.S. Ntra. Sra. de Covadonga	10
	Gijón	R.S. José Gómez Sabugo	5
LAS PALMAS	Las Palmas	R.S. Ntra. Sra. del Pino	2
PONTEVEDRA	Vigo	R.S. Almirante Vierna	2
SALAMANCA	Salamanca	R.S. Virgen de la Vega	10
SANTANDER	Santander	Centro Médico Nal. Marqués de - Valdecilla	9
SEGOVIA	Segovia	R.S. Licinio de la Fuente	6
SEVILLA	Sevilla	C.S. Virgen del Rocío	18
		Hospital Clinico	10
TARRAGONA	Tarragona	R.S. Juan XXIII	8



CONSEJO NACIONAL  
DE  
ESPECIALIDADES MEDICAS

Comisión Nacional de la Especialidad de  
MEDICINA DE FAMILIA

<u>PROVINCIA</u>	<u>LOCALIDAD</u>	<u>INSTITUCION</u>	<u>Nº. PLAZAS</u>
☉ TENERIFE	Santa Cruz	Hospital Clínico	2 /
☉ TOLEDO	Toledo	R.S. Virgen de la Salud	8 /
	Talavera	R.S. Ntra. Sra. del Prado	4 /
☉ VALENCIA	Valencia	<u>C.S. La Fé</u>	2 /
		R.S. General Sanjurjo	2 /
☉ VALLADOLID	Valladolid	R.S. Onésimo Redondo	10 /
		Hospital Clínico	6 /
☉ VIZCAYA	Bilbao	C.S. Enrique Sotomayor	20 /
☉ ZARAGOZA	Zaragoza	<u>C.S. José Antonio Primo de - Rivera</u>	10 /

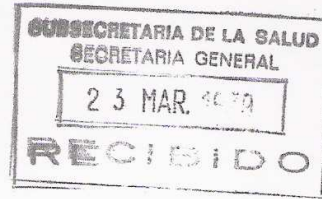
Dios guarde a V.I.  
Madrid, a 1 de noviembre de 1.979.  
EL SECRETARIO DE LA COMISION  
NACIONAL DE MEDICINA DE FAMILIA,

*[Firma manuscrita]*

Ilmo. Sr. Secretario del Consejo Nacional de Especialidades.-

MADRID.-

**ANEXO I/6 - PROTESTA DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA POR LA CONVOCATORIA MIR DEL MINISTERIO DE SANIDAD EN 1979**



**MEDICINA DE FAMILIA**

Ilmo. Sr.:

La Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia, en su reunión del pasado día 16 decidió elevar a la consideración de V.I. el siguiente acuerdo:

" La Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria entiende que la puesta en marcha de esta nueva especialidad exige un estudio cuidadoso de los programas formativos y de los Centros e Instituciones que de una manera conjunta han de realizarlos. Por este motivo y dadas las dificultades inherentes a esta iniciación, había propuesto a la Administración comenzar con un número reducido de Centros para desarrollar tales programas.

La Comisión se ha visto sorprendida por la reciente convocatoria de 490 plazas de Residentes de Medicina de Familia que, en las presentes circunstancias se consideran excesivas y suponen un evidente riesgo para el desarrollo del programa.

La Comisión Nacional declina toda responsabilidad que pudiera derivarse de esta convocatoria, ya que no ha intervenido ni en la fijación del número de plazas, ni en la designación de los Centros Hospitalarios que figuran en la misma".

Lo que en cumplimiento de los acuerdos de la Comisión me es grato trasladar a V.I. para su consideración.

Dios guarde a V.I.  
Madrid, a

Ve. Bº.  
EL PRESIDENTE,

EL SECRETARIO,

Ilmo. Sr. SUBSECRETARIO DEL DEPARTAMENTO.- Diego de León, 50 - MADRID.-

## ANEXO I/7 - PROTESTAS INICIALES DE LA PRIMERA PROMOCIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN 1979

REUNION DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

Madrid 7 - IX - 79

Del como habiamos acordado anteriormente, nos reunimos el 7 de Septiembre en el Colegio Oficial de medicos de Madrid los representantes de Santander, Murcia, Valencia ("La Fe" y "Sanjurjo"), Toledo, Segovia, Palma de Mallorca, Sevilla, Burgos, Granada, San Sebastian, Pamplona, Cordoba, Logroño, Jaen, Bilbao, Vitoria, Cadiz, Oviedo, Malaga, Palau de Girona, Barcelona, Coruña, Valladolid, Sadaoz y Madrid ("La de Octubre", "La Paz", "Puerta de Hierro").

Tras la exposicion de la situacion existente en cada centro quedan por plantear los siguientes problemas:

### 1ª) Guardias.-

De los 29 Centros representados en la reunion, hacen guardias remuneradas solamente 17; son principalmente en el Servicio de Admision incluidos en el "pool" de medicina interna, su numero suele ser de 2 ó 3 al mes. Resulta incomprensible que a estas alturas haya por lo menos 12 centros en los que los residentes de medicina familiar no participan en el programa de guardias, pese a la obligatoriedad de la inclusion en los mismos expresa en las circulares mandadas por el Ministerio a los Directores de cada centro. Los argumentos dados para disculpar esta actitud son la mayoria de las veces la carencia de presupuesto contando ademas con la clara oposicion de los residentes de otras especialidades; como particularidades a este punto se expusieron las siguientes: En La Coruña hay un procedimiento judicial reclamando la remuneracion de las guardias realizadas, en Oviedo los residentes de la ciudad sanitaria N.S. de Covadonga, hacen guardias, mientras que los incorporados a las Residencias de Sijon y Aviles no estan incluidos, en Vitoria se recibio una circular de Madrid disculpando la no inclusion en los programas ya que eramos internos ( y ), en algunos Hospitales parece ser que se esta planteando un reajuste en la distribucion de los presupuestos con el fin de ampliar el asignado para guardias.

### 2ª) Programa docente.-

En la mayoria de los Centros el programa de rotaciones se ajusta, con ligeras variantes, al indicado por la Comision Nacional de la Especialidad, adaptandose a las particularidades de cada Hospital. Los problemas planteados a este respecto fueron:

-Reduccion del primer año por retraso en la incorporacion, quedandose unicamente en 6 meses con la repercusion consiguiente en nuestra formacion.

-Carencia de programa global orientado hacia nuestra especialidad.

-falta de informacion en los servicios por los que rotamos de lo que debe ser y saber un medico de familia con la consecuente falta de responsabilizacion y funciones en los mismos.

-Clara discriminacion con respecto a los otros residentes.

-En ningun Centro hay noticias sobre la programacion del tercer año, lo que constituye uno de los mas serios motivos de inquietud, incrementada por el hecho de que los teoricos centros que nos acogieran ese año no se hayan ni en construccion.

-No se han formado, practicamente en ningun Hospital, las Unidades docentes de Medicina Familiar.

-Tampoco se han constituido, casi en ningun sitio, las Comisiones provinciales de la especialidad; en las pocas Comisiones funcionantes no hay una justa representacion de los residentes.

-No hay, en la mayoria de las comisiones de docencia de los hospitales, una representacion especifica de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

### 3ª) Salidas profesionales.-

Ni en el texto del Proyecto de Ley de Reforma Sanitaria, ni en las declaraciones de miembros del equipo ministerial, se aclara nuestra futura actividad laboral. Se apunta que el medico de familia sera el pilar de la Reforma Sanitaria, nos gustaria saber como va que sirven

a) ¿Donde vamos a ejercer?, Los Centros de Salud estan sin crear y en el Proyecto de Ley de Reforma Sanitaria se configuran como lugares de asistencia secundaria.

b) ¿Con que medios contaremos?

c) ¿Vamos a ejercer de modo individual o dentro de un equipo de salud?

d) ¿Cual va a ser nuestra categoria laboral dentro del estamento sanitario (equiparacion) y, que posibilidades y vias habra de superacion?

e) ¿Como se va a organizar el sistema de formacion continuada?.

f) ¿Clara explicacion del sistema retributivo?.

4ª) Obtencion del titulo de Medicina Familiar.-

La obtencion del titulo por vices que no sean las del programa de residencia fue motivo de discusion en la reunion finalizando la misma sin que hubiese una postura comun orientada a la resolucion de este apartado.

Se acordo enviar notas a la prensa medica exponiendo nuestra problematica asi como reivindicar nuevamente ante el Ministerio que adonte las medidas necesarias para la resolucion de la misma, para ello se creo una comision negociadora integrada por residentes de: La Coruña, Aitoria, Barcelona, Jaen, Segovia, Toledo y Madrid.

Comision Nacional de residentes de Medicina Familiar

**ANEXO I/8 - NORMATIVA PARA LA FORMACIÓN EXTRAHOSPITALARIA DE LOS RESIDENTES DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**



MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

*M. Familiar y Comunitaria*

Madrid, 30 de Noviembre de 1.982.

De DIRECCION GENERAL

A DIRECCION PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD.

N/ref.: ..... S/ref.: ..... E. ....

Asunto: Normativa para formación extrahospitalaria Residentes Medicina Familiar y Comunitaria.

Por nota circular 25-4-81, de esta Dirección General, se estableció, con carácter provisional, la normativa general a aplicar para la formación extrahospitalaria de los Residentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria.

Persistiendo en 1.983 las mismas circunstancias que aconsejaron la aplicación de estas normas en el presente año, y hasta tanto no se institucionalicen las Unidades Docentes de dicha Especialidad, siguen vigentes las instrucciones contenidas en la referida nota circular de 25-4-81, cuya fotocopia se acompaña, para aquellos que inician su programa extrahospitalario en 1.983.

En consecuencia con lo expuesto, deberán remitirnos la relación nominal de Médicos Residentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria en 1983 adscritos a

Asimismo, deberán concretar aquellos Residentes que vayan a solicitar su incorporación en Comisión de Servicio al programa de otra Institución, así como aquellos que puedan ser aceptados por los Centros dependientes de esa Dirección Provincial, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el Anexo IV - "Situaciones Especiales", de la referida nota de 25-4-81.

Se recomienda que, con la máxima urgencia, por esa Dirección Provincial se aporten los datos requeridos, dada la importancia que tiene el que se establezcan las cantidades que puedan corresponder con cargo a los Programas específicos para la realización del tercer año de los Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

EL DIRECTOR GENERAL,

Anexo: Citado.




Anexo III


ACTIVIDADES DOCENTES-ASISTENCIALES Y STATUSMEDICOS RESIDENTES

1. La jornada laboral-docente tendrá una duración de siete horas.
2. El trabajo a realizar por los Residentes debe ser fundamentalmente de carácter docente, por lo que se considera adecuada la siguiente división horaria:
  - 2.1. Actividades asistenciales (Consulta y visita domiciliaria) y de promoción de la salud. .... 4 horas
  - 2.2. Docencia práctica en Medicina Comunitaria ..... 1 "
  - 2.3. Sesiones y Seminarios ..... 1 "
  - 2.4. Docencia teórica en Medicina Comunitaria, Salud Pública ..... 1 "
  - 2.5. Realizarán para completar su formación asistencial, turnos de atención de Urgencia, en periodicidad de tres al mes, en el área de Admisión de los Hospitales a los que figuran adscritos o áreas extrahospitalarias según las posibilidades locales lo aconsejen.
3. Los Médicos Residentes durante su período de formación extrahospitalaria dependerán orgánicamente del Coordinador de la U.D. y de la Dirección del Centro.
4. Su remuneración económica se realizará con cargo al presupuesto de Docencia del Hospital de origen.
5. El grado de responsabilidad asistencial será equiparable al de los Residentes de otras Especialidades hospitalarias. Su labor estará supervisada y orientada por los Médicos titulares integrados en la Unidad Docente y por el Coordinador de la Unidad.
6. La evaluación, control y posibles modificaciones del programa en el área extrahospitalaria se realizará conjuntamente por los Médicos Residentes, Coordinadores y los Médicos participantes en la docencia, así como por la Comisión Local de Medicina Familiar y Comunitaria.

- - - - -

**ANEXO I/9 - RECHAZO DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL Y LA SOCIEDAD CIENTÍFICA SEMER CONTRA LA NUEVA ESPECIALIDAD**

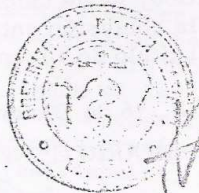

  
*Consejo General  
de  
Colegios Oficiales de Médicos  
Madrid*



EXCMO. SR.:

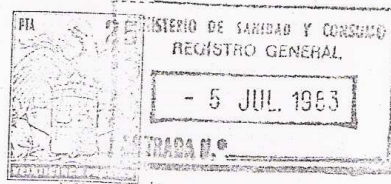
Adjunto tengo el honor de remitir a V.E. informe jurídico respecto al Decreto 3303/78, sobre regulación del Título de Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, por el que se reitera el derecho de los Médicos Titulares que al 2 de febrero de 1.979 estaban al servicio de la Administración, en puestos de trabajo de Asistencia Primaria, a obtener el Título de Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria sin necesidad de curso alguno de homologación, en virtud del respeto a los derechos adquiridos que consagra la disposición transitoria del Decreto referenciado, correspondiendo la superación previa de dichos cursos, previstos en el artículo 8º del repetido Decreto, únicamente a los facultativos que después de dicha fecha de 2 de febrero de 1.979 sumaren cinco años de servicios en puestos de Medicina Primaria dependientes de cualquier Administración Pública y de Entidades Gestoras de la Seguridad Social.

Dios guarde a V.E. muchos años  
Madrid, 6 de diciembre de 1.980  
EL SECRETARIO GENERAL

  
  
Fº Vicente Serrano Serrano  
CONSEJO GENERAL

Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Seguridad Social, - M A D R I D

**ANEXO 1/10 - SOLICITUD DE DISOLUCIÓN DE LA PRIMERA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA POR LOS RESIDENTES**



El colectivo de Médicos de Familia que finalizaron su periodo de formación en Diciembre de 1.982.

EXPONE : Teniendo conocimiento de la reunión de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina - Familiar y Comunitaria que se ha de celebrar - en el día de hoy, en el Ministerio de Sanidad, queremos hacer constar que desde su creación - con fecha 21 de Noviembre de 1.978, determinados miembros de dicha Comisión no se han renovado según lo estipulado por la ley (artículo 6, apartado 2 del Real Decreto 20.15/78) B.O.E. 29 de Agosto de 1.978. Por lo tanto, consideramos que dicha Comisión no reúne los requisitos legales pertinentes.

EXIGE : Su inmediata disolución hasta que sean renovados dichos cargos, situación que de no producirse, nos obligaría a utilizar todos los recursos legales disponibles.

Atentamente,

Madrid, 5 de Julio de 1983.

*U. Valle Leizaola* (Colectivo CS. Surfe de los Montes - Granada) DNI 173242

*J. Villar* (Colectivo EUCHE) DNI 50670118

*P. Benet* (Colectivo 1º de Octubre) DNI 3071-228

*J. Sanjaume* (Colectivo de el S. Cecilio - Granada) DNI 24.12277

*A. Prieto* (Colectivo LA FERIA DE VALL) DNI 2506479

*R. M. Herrera* (Colectivo PUERTA DE BIENES - MADRID) DNI 24.152.791

*E. Riera* (Colectivo DE LA PAZ) MADRID DNI 51816943

*A. G. G.* (Colectivo ARRIXACA) MURCIA DNI 19227224

*J. Sanjaume* (Colectivo DE SANTANDER) DNI 2554173E

*J. M. G.* (Colectivo CS. JUAN CARLOS I - CORUÑA) DNI 1255017

COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

**ANEXO I/11 - CRITERIOS DE ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES DOCENTES, MEMORIA DE LA UNIDAD DOCENTE. SEGUNDA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, AÑO 1986**

*I. ESTRUCTURA*

*1.- RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD*

*1.1.- COORDINADOR DOCENTE*

*NOMBRE:*

*TITULACION:*

*MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA VIA MIR .....*

*" " " " NO VIA MIR .....*

*OTRAS: .....*

*FECHA DE NOMBRAMIENTO:*

*SITUACION LABORAL: Plaza de Centro de Salud fija .....*

*Plaza de Centro de Salud interina .....*

*Técnico de Salud Pública .....*

*Otras (especificar) .....*

*DEDICACION A LA UNIDAD:*

*LIBERACION TOTAL: .....*

*LIBERACION PARCIAL:*

*Comparte actividad asistencial .....*

*Comparte actividades de T.S.P. .....*

*Otras .....*

*ACTIVIDADES DE FORMACION CONTINUADA QUE HA REALIZADO:*

*PUBLICACIONES Y COMUNICACIONES-A CONGRESOS:*

*DOCENCIA QUE IMPARTE:*

*ACTIVIDAD ASISTENCIAL:*

*NO*

*SI (especificar en caso de no estar en E.A.P.)*

LISTA DE PROBLEMAS

*PRIORICE LOS CINCO PROBLEMAS PRINCIPALES DE LA UNIDAD DOCENTE:*

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

NECESIDADES DE LA UNIDAD DOCENTE

*PRIORICE LAS CINCO NECESIDADES PRINCIPALES DE LA UNIDAD DOCENTE:*

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

## ANEXO

(Hacer una hoja por cada Centro de Salud, a rellenar por el Responsable de Docencia del Centro)

ACTIVIDADES DE R-3 EN EL CENTRO DE SALUD

MODALIDAD DE ASISTENCIA:

Cupo propio (especificar nº de familias):

Cupo compartido:

a días alternos:

consulta simultánea:

Otra (especificar): .....

VOLUMEN ASISTENCIAL:

Media total de  
de los cupos.

Media a cargo  
del Resid.

Media de pacientes/día en consulta a demanda: .....

Número de horas/día dedicadas a consulta a demanda: .....

Media de pacientes/semana en consulta concertada: .....

Nº de horas/semana de consulta concertada: .....

Media de visitas programadas/semana: .....

ACTIVIDAD DOCENTE:

Número total de sesiones en el Centro de Salud (en todo el año):

Clínicas .....

Bibliográficas .....

Interconsultas .....

Otras (especificar) .....

Número total de sesiones presentadas por cada residente (media de todos los residentes durante todo el año):

ACTIVIDADES DE INVESTIGACION REALIZADAS:

\* Comunicaciones a Congresos: .....

\* Publicaciones: .....

\* Otros trabajos de investigación: .....

\* Número de residentes que han  
hecho un trabajo al menos: .....

(especificar por la cara posterior de esta hoja los títulos de los trabajos de investigación realizados)

ACTIVIDADES COMUNITARIAS:

## ANEXO I/12 - PROPUESTA DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA SOBRE NECESIDADES ANUALES REALES DE MÉDICOS DE FAMILIA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD HASTA 1996



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE  
ESPECIALIDADES MEDICAS

Comisión Nacional de la Especialidad de  
MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

### NECESIDADES DE MEDICOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Hacia un nuevo modelo de Atención Primaria en España.

Previa la publicación de la Ley de Sanidad, ya habían aparecido instrumentos jurídicos que ponían en marcha el proceso de reforma de la Atención Primaria en España hacia un nuevo modelo, que la reciente Ley consagra definitivamente.

Dada su importancia es necesario tener presente los RR.DD. 3303/78, que regula la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, el 127/84, que regula la obtención del título de Especialista y el 137/84, sobre Estructuras Básicas de Salud.

El nuevo modelo de Atención Primaria se caracteriza por la atención integral y continuada al individuo y a la Comunidad dada por un equipo multiprofesional que se ubica en un Centro de Salud.

La progresiva apertura de Centros de Salud repartidos por la mayor parte de la geografía nacional desde 1.985 y su alto grado de aceptación entre la población es un indicador claro de la importancia del nuevo modelo y de la necesidad de consolidarlo.

El Médico de Atención Primaria ha de poseer formación postgraduada.

Una de las piezas clave del nuevo modelo es la formación y cualificación profesional del Médico de Atención Primaria.



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE  
ESPECIALIDADES MEDICASComisión Nacional de la Espe-  
cialidad de MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

- 2 -

Aunque la legislación vigente aún no exige formalmente el que el médico que acceda a las plazas de Medicina General en Atención Primaria sea Especialista, en la práctica todas las nuevas plazas convocadas para los Centros de Salud han sido cubiertas por médicos especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria y en menor número por médicos especialistas/ en Medicina Interna o sus especialidades.

La propia realidad y evolución del acceso de los médicos a las plazas de Atención Primaria en los Países de la Comunidad Económica Europea señala que para acceder a un plaza de atención primaria es necesario poseer el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria o equivalente.

Para la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es un objetivo que a medio plazo sea un requisito legal la posesión del título de Medicina Familiar y Comunitaria para acceder a plazas de Atención Primaria.

Criterios para el cálculo de las necesidades de Médicos de Medicina Familiar y Comunitaria.

Para determinar el número de Médicos de Medicina Familiar y Comunitaria que se necesitarían en España en el próximo decenio 1.986-1.996 se ha partido de los siguientes criterios y datos previos:

- a) Todos los médicos que cubran las necesidades de Atención Primaria han de ser Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.





MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE  
ESPECIALIDADES MEDICASComisión Nacional de la Es-  
pecialidad de MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

- 3 -

- b) Se parte del número actual de Médicos de Atención Primaria en la plantilla del In salud, incluyendo los médicos de A.P.D. y los médicos de los Servicios de Urgen- / cias.

La plantilla existente en 1.983 era de - 16.835 médicos. Su distribución por Comu- nidades autónomas se adjunta en la ta- bla 1.

- c) En 1.996 la disminución de la plantilla - de Médicos de Atención Primaria citada an- teriormente por causas achacables a la ju- bilación a los 65 años y a la mortalidad/ general será de un total de 6.012 médicos. En la tabla 2 se señala la distribución - de esta disminución natural de la planti- lla por Comunidades Autónomas.

- d) Se ha tenido en cuenta que desde 1.983 al momento actual ya se han formado 1.000 mé- dicos Especialistas en Medicina Familiar/ y Comunitaria.

- e) El cálculo de Médicos de Atención Prima- ria se ha hecho teniendo en cuenta la po- blación estimada para 1.996.

Según el I.N.E. la población en 1.996 se- rá de 40.380.379. De ellos serán mayores/ de 7 años 36.570.162 y mayores de 14 años 32.548.707.



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE  
ESPECIALIDADES MEDICASComisión Nacional de la Especialidad de MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

- 4 -

f) El criterio de médicos por habitante ha sido el de 1 médico de Medicina General (Medicina Familiar y Comunitaria) por cada 2.000 habitantes.

Con este criterio se han realizado 3 cálculos:

1.- Número de médicos considerando la proporción 1/2000 habitantes. Esto significaría que en 1.996 se necesitarían 20.120/ médicos. Restando la plantilla existente y los médicos ya formados hasta la fecha se necesitarían formar en los próximos 10 años 8.367 médicos de M.F.y C.

2.- Número de médicos considerando la proporción 1/2000 habitantes mayores de 7 años. Esto significaría que en 1.996 se necesitarían 18.285 médicos de M.F.y C., lo que supone formar en los próximos 10 años a 6.462.

3.- Número de médicos considerando la proporción 1/2000 habitantes mayores de 14 años.

Esto significaría que en 1.996 se necesitarían 16.274 médicos de M.F. y C., lo que supone formar en los próximos 10 años a 4.451 médicos.



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE  
ESPECIALIDADES MEDICAS  
Comisión Nacional de la Espe-  
cialidad de MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

- 5 -

**CONCLUSIONES:**

Las necesidades anuales de formación de médicos de Medicina Familiar y Comunitaria para los próximos 10 años - sería, según el criterio empleado de:

- 1.- 836 médicos/año. Si se considera el criterio 1 médico/2000 habitantes.
- 2.- 646 médicos/año. Si se condiera el criterio 1 médico/2000 habitantes mayores de 7 años.
- 3.- 445 médicos/año. Si se considera el criterio 1 médico/2000 habitantes mayores de 14 años.

Es necesario señalar que los criterios 2 y 3 se han generalizado de una forma global sin tener en cuenta la distribución en el medio rural y urbano de la población española.

Aún en 1.996 se prevé que el 37,14 % (14.997.403) de la población española viva en poblaciones de menos de 10.000/ habitantes, con lo que la aplicación de los criterios 2 y 3 resultarían deficitarios.

TABLA 1.  
 NUMERO DE MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA POR COMUNIDADES AUTONOMAS EN 1.983 (Distribución por edades)

	TOTAL		
	Total	≥ 52 a.	≥ 57 a.
TOTAL NACIONAL	16.835	5.263 31.26%	3.444 20.46%
ANDALUCÍA	2.293	717	469
ARAGON	777	243	159
BALEARES	281	88	57
CANARIAS	414	129	85
CANTABRIA	216	68	44
C. LA MANCHA	978	306	200
C. LEON	2.059	644	421
CATALUÑA	2.492	779	511
C. VALENCIANA	1.453	454	297
EXTREMADURA	588	184	120
GALICIA	1.082	338	221
MADRID	2.142	670	438
MURCIA	331	103	68

	TOTAL		
	Total	52 a.	57 a.
NAVARRA	247	77	51
P. VASCO	872	273	178
P. ASTURIAS	449	140	92
RIOJA	161	50	33
CEUTA Y MELILLA	sin datos		

FUENTE : Tesis doctoral Jose M<sup>e</sup> Rivera Guzman . Universidad Autónoma de Madrid 1.985  
 Oferta y demanda de médicos en España. Ministerio de Sanidad y Consumo.

T A B L A 2

ESTIMACION DE LAS SALIDAS DE MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA POR MORTALIDAD Y JUBILACION-

	1996									
	JUBILACION			MORTALIDAD			Médicos en activo			
	T.	U.	R.	T.	U.	R.	T.	U.	R.	
NIVEL NACIONAL	5.263			749			10.823			
ANDALUCIA	717			100			1.476			
ARAGON	243			37			497			
BALARES	88			13			180			
ASTURIAS	129			19			266			
CANTABRIA	68			10			138			
CASTILLA LA MANCHA	306			44			628			
CASTILLA LEON	644			86			1.329			
CATALUÑA	779			111			1.602			
C. VALENCIANA	454			64			935			
EXTREMADURA	184			26			378			
MURCIA	338			49			695			
MADRID	670			96			1.376			

	1996									
	JUBILACION			MORTALIDAD			Médicos en activo			
	T.	U.	R.	T.	U.	R.	T.	U.	R.	
MURCIA	103			17			211			
NAVARRA	77			10			160			
P. VASCO	273			40			559			
P. DE ASTURIAS	140			21			288			
RIOJA	50			6			105			
CEUTA Y MELILLA	S/D									

FUENTE: Tesis Doctoral Jose M<sup>a</sup> Rivera. Guzman. Universidad Autonoma de Madrid 1.985

**ANEXO I/13 - PROPUESTA DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PARA LA AMPLIACIÓN DE PLAZAS ANTE LA APLICACIÓN DE LA DIRECTIVA EUROPEA 86/457/CEE****DECLARACION DE LA COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, EN RELACION A LA FORMACION ESPECIFICA EN MEDICINA GENERAL EXIGIDA POR LA DIRECTIVA COMUNITARIA A PARTIR DEL 1/1/95**

El problema actual se deriva del acceso masivo de estudiantes a Medicina, sobretodo en la década de los 70, lo que hace que tengamos el mayor índice de médicos por mil habitantes de los países de la Unión Europea, y ha generado lo que se denomina "bolsa histórica": un gran número de médicos que no han podido acceder a la especialización.

Es necesario destacar que se estaba trabajando desde hace unos años cara a esta normativa comunitaria (86/457), aumentando las plazas MIR todo lo posible para poder dar cabida a todos los licenciados en medicina y cirugía a partir de 1995. Esta Comisión Nacional ha hecho un esfuerzo importante en este sentido, no pudiendo llegar a proponer más plazas por problemas derivados de la infraestructura de las Unidades Docentes, de la no actualización de la Orden Ministerial que reguló estas Unidades Docentes en 1983 y de no convocarse concurso-oposición para Equipos de Atención Primaria, lo que no ha permitido aumentar el número de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y, por lo tanto, de tutores.

Este objetivo de aumento de plazas se ha conseguido. El conflicto ha surgido porque se ha constatado que la mayoría de los licenciados no aprueban el MIR en el primer año, con lo que en base a la directiva señalada, muchos licenciados en medicina y cirugía no podrían trabajar en el sistema público a partir de 1995.

Esto obliga a plantearse cambios en el MIR para el próximo año, pero no a tener que crear otras vías de formación distintas a la existente actualmente: especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de tres años vía MIR. Esta especialidad se ha consolidado como formación postgraduada de calidad y ha contribuido decisivamente al desarrollo de los Centros de Salud en España, como se reconoce nacional e internacionalmente. Además el Comité Permanente de Médicos de la Comunidad Europea se ha definido claramente apoyando que la formación específica en medicina general debería ser de al menos tres años.

Por otro lado, en la mayoría de países industrializados se están inclinando por potenciar la Atención Primaria como la mejor estrategia para hacer más eficientes sus sistemas sanitarios (informe Clinton, informe "El futuro de la sanidad en Europa"), lo que no conlleva evidentemente empeorar la vía de formación.

Para terminar conviene dejar claro que estamos en un momento de crisis económica, que repercute fuertemente en el sector sanitario haciendo que haya dificultades para acceder al mercado laboral. Esta escasez de trabajo no se va a arreglar por crear otras vías, a no ser que se quiera alargar la carrera dos años más para retrasar esta incorporación laboral. Crearía más problemas todavía el tener dos vías de formación en medicina general, sobretodo para los que hicieran la vía de dos años, que estarían en franca desventaja.

PROPUESTA

En base al análisis anterior, y buscando la salida más adecuada, que tenga en cuenta los intereses de la población (la mejor formación postgraduada posible), la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria propone lo siguiente:

Realizar un esfuerzo formativo durante 5 años, para incorporar a la mayoría de licenciados en Medicina a partir de 1995, y a la vez, ir incorporando médicos sin especialidad al MIR, de forma que en unos años se pueda ir integrando a una gran parte de los médicos sin especialidad interinos y en paro.

Esto se concretaría en lo siguiente:

1. Cambios en el MIR a partir de 1995, manteniendo una única convocatoria pero creando dos cupos de plazas. En estos cupos habría plazas de todas las especialidades.

\* Cupo para los licenciados en medicina y cirugía que hayan terminado en el año de la convocatoria. Sería un MIR distributivo, y no selectivo, teniendo acceso todos los que superaran un mínimo en el examen.

\* Mantener un cupo de plazas de todas las especialidades para la bolsa histórica.

\* Durante 5 años no se permitiría hacer más de una especialidad, ni presentarse al MIR a los especialistas en formación sin renunciar previamente a la plaza.

2. Disminución gradual del número de estudiantes de Medicina en al menos un 3 % anual.

3. Fomentar la financiación de plazas MIR específicas a través de Fundaciones, de forma que disminuya el coste global.

	<u>Año 1995</u>	<u>Año 2000</u>	<u>A ñ o</u> <u>2005</u>
Licenciados en medicina:	4.500	4.000	3.500
Número de plazas MIR:	5.500	4.500	4.000
Cupo para licenciados:	4.000	3.500	3.000
Cupo para bolsa histórica:	1.500	500	

A partir del año 2000 se permitiría hacer otra especialidad, reservándose unas 500 plazas para ello. En el año 2005 y sucesivos se estabilizarían los estudiantes y las plazas MIR, por lo que habría 1000 plazas para bolsa histórica (si sigue existiendo todavía) y para hacer una segunda especialidad.

De estas plazas MIR corresponderían a Medicina Familiar y Comunitaria 1.500 en 1995, aumentando 100 por año hasta llegar a ser 2.000 en el año 2000, estabilizándose en esa cifra en años sucesivos. Con ésto se conseguiría que las plazas de M. F. y C. fueran el 50 % del total a partir del año 2005, como ocurre en los países más desarrollados.

Para la bolsa histórica se comenzaría con 1.500 plazas MIR en 1995, pero, al ir disminuyendo un poco los estudiantes, este cupo aumenta: 1.600 en 1996, 1.700 en 1997, 1.800 en 1998, 1.900 en 1999. Con ésto podrían especializarse unos 8.500. Del año 2000 al 2005 otros 3.500, con lo que en diez años serían 12.000.

1995 - 1.500	2000 - 500	
1996 - 1.600	2001 - 600	
1997 - 1.700	2002 - 700	
1998 - 1.800	2003 - 800	
1999 - 1.900	2004 - 900	
-----	-----	
8.500	3.500	TOTAL: 12.000

Esto exige un esfuerzo en aumentar las plazas MIR durante 5 años, pero a cambio se da una solución razonable para todos los colectivos implicados: estudiantes, residentes, especialistas en M. F. y C. e interinos sin especialidad. Se va a aumentar las plazas de M. F. y C. todo lo posible, para lo que se precisa la nueva Orden Ministerial de Comisiones Locales de Docencia, el reforzamiento de las Unidades Docentes y la convocatoria de oposiciones, que nos permitirá aumentar el número de tutores.

En cualquier caso, la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y las Unidades Docentes de esta especialidad no vamos a participar en ninguna vía de formación distinta a la actual, por considerarlo un fraude para los estudiantes, para los especialistas en formación y para la población.

En Madrid, a 28 de abril de 1994.



## ANEXO I/14

**INFORME DE LAS III JORNADAS ESTATALES DE COORDINADORES DE UNIDADES DOCENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (MFyC)**

Los días 14 y 15 de diciembre de 1995 se celebraron en Madrid, en el Ministerio de Sanidad y Consumo, estas III Jornadas organizadas por la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC y por la Subdirección General de Planificación y Ordenación de Recursos Humanos.

A estas Jornadas, que se realizaron por primera vez en 1993, asistieron 70 Coordinadores de Unidades Docentes de toda España, lo que supone más del 90 % del total, y los miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad.

Presidieron el acto de apertura el Director General de Ordenación Profesional, Dr. Ricard Gutiérrez, y el Presidente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, Dr. Alfonso Moreno, junto con la Subdirectora General de Planificación y Ordenación de RR.HH., Dra. Emilia Sánchez Chamorro y el Presidente de la CNE.

Se informó por parte de la CNE de la convocatoria MIR del 95, con toda la problemática del aumento de plazas. A la vista de los resultados de la convocatoria específica post-95: no cobertura de más de la tercera parte de las plazas reservadas y exámenes con puntuaciones bajísimas en algunos casos, queda claro que hay que introducir modificaciones para años posteriores, en cuanto a pedir una nota mínima y en reservar menos plazas para la convocatoria específica, con lo que no es necesario sacar 2.000 plazas de MFyC.

Posteriormente se expusieron tres temas para su discusión posterior:

- \* Orden Ministerial de Comisiones Locales de Docencia y Sistemas de Evaluación, publicada el 30/6/95.
- \* Libro curricular del residente.
- \* Manual del Tutor.

Se formaron cinco grupos de trabajo, sobre los temas anteriores y otro sobre rotaciones y otros aspectos del desarrollo del Programa, que hicieron la puesta en común al día siguiente, con discusión general. A continuación se elaboraron las conclusiones, que se adjuntan.

Al final se expuso por parte de la Dra. Sánchez Chamorro la voluntad del Ministerio de Sanidad de elaborar un Real Decreto de obtención del título para licenciados pre-95, lo que se siguió de un amplio debate; la CNE manifestó la posibilidad de cooperar siempre que se garanticen unas condiciones determinadas: 5 años de experiencia en Atención Primaria en 1997, cumplimiento de un programa elaborado por la CNE y examen final a cargo de la propia CNE, conjuntamente con denominación única de Medicina de Familia, pacto de baremos razonables en el Consejo Interterritorial y dotación de los recursos prometidos para las Unidades Docentes.

Han quedado constituidos cuatro GRUPOS DE TRABAJO que desarrollarán los siguientes aspectos:

### EVALUACION

\* Para la evaluación de los residentes de MFyC se debería establecer un único Comité de Evaluación para la totalidad de los períodos de residencia, al no haber una separación rígida entre períodos hospitalarios y extrahospitalarios.

\* Su composición sería : el Coordinador de la Unidad Docente o Coordinador de Zona en quien delegue (que será el Presidente), el Jefe de Estudios del Hospital docente del residente que se trate (o tutor en quien delegue), el Tutor hospitalario de ese Hospital, el Tutor del Centro de Salud del residente (que en el caso de que la evaluación sea de R-1 o R-2 podrá delegar en el Tutor responsable de la docencia del Centro de Salud), un Técnico de Salud de la Unidad Docente designado por el Coordinador y el representante de la Comunidad Autónoma.

\* La evaluación del período de residencia en MFyC adquiere una mayor importancia al entrar los licenciados post-95 sin ningún requisito mínimo, por lo que se tiene que garantizar el cumplimiento del programa docente y evaluar como "no apto" a cualquier residente que no alcance la suficiencia. Se trabajará por el Grupo de Evaluación unos criterios objetivos para diferenciar el apto del no apto.

\* Se ve imposible para este año el poder establecer calificaciones diferenciadoras entre los residentes dentro del "apto". Es necesario previamente establecer unos criterios consensuados por todas las Unidades Docentes.

### MANUAL DEL TUTOR

\* Se concibe como una herramienta muy valiosa para cumplir los objetivos docentes y las tareas del Programa Docente de la especialidad.

\* Se considera que es oportuno y pertinente su puesta en marcha en todas las Unidades Docentes como ayuda a los tutores de los Centros de Salud.

\* Deberá tener una estructura muy dinámica y adaptable a cada Unidad Docente y Centro de Salud.

\* Se constituye un grupo de trabajo, que en 6 meses elaborará un primer documento, que será distribuido posteriormente tanto en versión escrita como en soporte informático.

\* Este Manual debe ser distribuido por cada Coordinador entre sus tutores, con un trabajo previo de explicación y posterior de desarrollo de la actividad tutorial. No está concebido para ser entregado a los residentes, sino como ayuda a los tutores.

### LIBRO CURRICULAR DEL RESIDENTE

- \* El libro curricular debe ser un documento de ayuda a la evaluación, tanto de la actividad desarrollada por el residente como del sistema de formación.
- \* El borrador actual del libro del residente es poco adecuado para su desarrollo en el programa de formación de nuestra especialidad.
- \* Se va a constituir un grupo de trabajo que en el plazo de dos meses presentará un documento alternativo más de acuerdo con el perfil de nuestra especialidad.
- \* Este grupo de trabajo podrá reclamar del resto de Coordinadores de Unidades Docentes su implicación ágil y rápida sobre cuestiones referentes a la elaboración del documento.
- \* El libro curricular deberá recabar información única y exclusivamente de aspectos, actividades o méritos comprendidos en el programa de formación.

### NORMATIVA DE LAS UNIDADES DOCENTES

- \* Es imprescindible dotar de los recursos necesarios: humanos y materiales, a las Unidades Docentes de MFyC. Si no, no se podría dar respuesta a las necesidades de los residentes, que han aumentado cerca del 70 %.
- \* Esto es especialmente urgente en el territorio del Insalud, por ser las que se encuentran en peor situación y, además, han sufrido un mayor aumento de residentes.
- \* Los Coordinadores de las UU.DD. del Insalud se muestran muy preocupados por lograr estos recursos, por lo que manifiestan su intención firme de no hacerse cargo de los residentes en 1996 si el 15 de febrero no están disponibles los recursos prometidos.
- \* Estos recursos son los que solicitó la CNE para aumentar la acreditación de plazas, y que constan como anexo al acta de la sesión del 7/7/95.
- \* Se precisa una circular en el Insalud, que desarrolle la Orden Ministerial de Comisiones Locales de Docencia, estableciendo los recursos planteados.
- \* Esta Orden Ministerial debe desarrollarse normativamente en todas las Comunidades Autónomas que no tengan unas disposiciones al respecto.
- \* El nombramiento de tutores en el Centro de Salud tiene que ser a propuesta del Coordinador de la Unidad Docente, como se recoge en los nuevos criterios de acreditación aprobados por el Comité de Acreditación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

**AREA CLINICA:**

Coordinador: Tomás Gómez (CNE).

Jose Miguel Acitores (Rioja).

Francisco Camarelles (Madrid–Area 3).

Susana Ortiz (Madrid–Area 1).

Mariano Rodríguez (Huesca).

Se adjuntan las CONCLUSIONES de cada área tratada.

**AREA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA DOCENTE**

\* Se debe garantizar que los nuevos residentes realicen tres años completos de formación, por lo que si empiezan en Abril de 1996 tendrán que terminar en ese mismo mes de 1999.

\* Los residentes de primer año tienen que rotar por el Centro de Salud, como marca el nuevo Programa, al considerarse imprescindible para el mejor aprovechamiento de su residencia.

\* Las guardias durante el tercer año deberían realizarse en Atención Primaria siempre que sea posible, pero es obligatorio que los médicos con los que realicen las guardias estén acreditados por la Comisión Asesora como tutores, según los criterios establecidos por la CNE.

\* El número de guardias deseable anual es de 55, oscilando entre 50 y 60 (unas 5 al mes: 4 de 17 horas y 1 de 24 horas), salvo circunstancias especiales que se valorarán en la Comisión Asesora.

\* Hay que potenciar el mes específico de rotación del tutor al final del período de residencia del R-3. Esto es un mecanismo de motivación para el tutor y es bueno para el proceso docente del residente. Es aconsejable que se repartan las rotaciones de los tutores durante el último trimestre del año.

\* Los residentes no pueden suplir sistemáticamente a los tutores durante el período vacacional. Podrán seguir desarrollando su actividad asistencial según los acuerdos establecidos en la Comisión Asesora y dentro de cada E.A.P. Las suplencias de los tutores se harán por especialistas en MFyC, para no trastornar la docencia de los residentes.

\* La asignación de plazas a los nuevos residentes se tiene que hacer respetando cada convocatoria. Primero eligen los post-95 entre el número total de plazas que su convocatoria ofertaba. Los de la convocatoria general eligen después, entre las ofertadas en su convocatoria más las sobrantes de la elección del grupo anterior.

## ANEXO I/15

**REUNION DE COORDINADORES DE UNIDADES DOCENTES DE  
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**Ministerio de Sanidad y Consumo  
Madrid 17 de Abril 1998**

**CONCLUSIONES DE DICHA REUNIÓN REFERENTES AL “SISTEMA DE  
EVALUACIÓN EN FORMACIÓN POSTGRADUADA”**

Previa exposición por parte del Coordinador del Grupo de “**La Evaluación postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria**” de los trabajos realizados por dicho Grupo y propuestas aprobadas por la Comisión Nacional referentes a la adecuación de los sistemas evaluativos al contexto y peculiaridades de la especialidad, y una vez debatidas dichas propuestas por el conjunto de Coordinadores presentes se concluye lo siguiente:

① Apoyar el desarrollo de los Sistemas de Evaluación en postgrado como elemento imprescindible de mejora en el desarrollo de los Programas Formativos de especialización médica.

② Denunciar las inadecuadas infraestructuras existentes en múltiples Unidades Docentes con insuficientes medios, saturación de especialistas en formación, escasez de recursos económicos etc., que dificultan en ocasiones la posibilidad de llevar a cabo la evaluación con unas absolutas garantías de objetividad, ecuanimidad y justicia.

③ Apoyar explícitamente las modificaciones/adaptaciones propuestas por el Grupo de Evaluación en Medicina Familiar y Comunitaria y aprobarlas por la Comisión Nacional de la Especialidad con fecha 29 de Octubre de 1997, destacando por su importancia y trascendencia las siguientes:

a.- Adaptación/Modificación de la Orden Ministerial del 22 de Junio 1995 en lo referente al nombramiento de los tutores de la especialidad por parte del Gerente del Area o su equivalente, proponiendo que se lleve a cabo a propuesta del Coordinador de la U.D. una vez oído el Coordinador del Centro de Salud o su equivalente.

b.- Desarrollo de un marco legal que permita la constitución de un **único Comité de Evaluación** para todo el proceso formativo con el suficiente protagonismo de los responsables de formación de los MIR, dado que la situación actual supone un agravio comparativo insostenible con el resto de las especialidades en formación a los que evalúa un único Comité. La situación actual además puede provocar situaciones indeseables respecto a la falta de homogeneidad de criterios evaluativos e incluso dificultades técnicas importantes respecto a la aplicación del sistema evaluativo.

c.- Apoyar la puesta en funcionamiento de las hojas de **“Evaluación de la rotación”** y **“Evaluación anual”** propuestas por el Grupo de Trabajo en las que se permite mayor protagonismo al Comité de Evaluación referente a su influencia sobre la calificación del residente.

④ Proponer al Grupo de Trabajo de Evaluación la elaboración de un proyecto de **“Prueba final”** de evaluación para su posterior debate con el objetivo de su posible implantación como un elemento más del proceso evaluativo.

⑤ Solicitar al Ministerio de Sanidad y Consumo que se realicen con urgencia las adaptaciones oportunas en los sistemas de evaluación para su inmediata aplicación de forma homogénea ya que, en caso contrario, se producirán injusticias y agravios comparativos entre diferentes centros de formación e incluso entre diferentes promociones de residentes que podrían afectar a la credibilidad del propio sistema evaluativo poniendo en peligro su implantación definitiva.

**ANEXO I/16 - COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, PROPUESTA DE REDUCCIÓN DE LA OFERTA MIR DE 1995 y 1996**

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE  
ESPECIALIDADES MEDICASComisión Nacional de la Espe-  
cialidad de

Delegan su voto en el Presidente, por imposibilidad de asistencia a la reunión, el Dr. Josep María Cots, el Dr. Josep M<sup>a</sup>. Bertrán y el Dr. José Saura.

**Punto 1º: Valoración de acreditar nuevas plazas en Medicina Familiar y Comunitaria para la próxima convocatoria MIR.**

Se convoca esta reunión con carácter extraordinario para la valoración de acreditar nuevas plazas en Medicina Familiar y Comunitaria para la próxima convocatoria MIR.

Hasta la fecha de hoy de las 2000 plazas acreditadas existe el compromiso para ofertar todas, excepto 40 menos en Galicia (de las 125), 30 menos en Cataluña (de las 300) y 3 menos en la Comunidad Valenciana (de las 192). Faltan 73 plazas para alcanzar la cifra de 2000 de oferta. El Ministerio de Sanidad y Consumo considera imprescindible que se llegue a las 2000, por lo que presiona a esta Comisión para que se acrediten 73 plazas más en Andalucía y en el territorio del Insalud, por haber un compromiso de sus órganos de gestión para financiarlos.

La valoración de esta Comisión Nacional es que no es necesario sacar 2000 plazas de Medicina Familiar y Comunitaria al haber suficientes de otras especialidades para llegar a las 5000 plazas. Además no parece correcto que algunas Comunidades Autónomas reciban el presupuesto correspondiente a un número de residentes incluso superior al de plazas acreditadas, según el coeficiente de participación para 1996 por comunidades autónomas, y otras tengan que hacerse cargo de mayor número de residentes del que les corresponde, y encima sin obtener presupuesto para ello.

Tras conocer las argumentaciones de los responsables del Ministerio de Sanidad, y con el compromiso firme de:

\* La autorización por parte de la Dirección General de Ordenación Profesional para que exista flexibilidad absoluta en 1996 para la movilidad de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que sea necesario con vistas a garantizar unos mínimos de calidad.

\* La asunción por el Ministerio de Sanidad y Consumo del informe que se adjuntó al acta de la sesión anterior de la Comisión (22.06.95), y que se vuelve a adjuntar a este acta. En él se establece los recursos mínimos para las



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE  
ESPECIALIDADES MEDICAS

Comisión Nacional de la Especialidad de

Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, que suponen cuatrocientos millones para el territorio del Insalud y ochenta millones más para Andalucía, así como otras cantidades para el resto de las comunidades autónomas. Igualmente se establece que se desarrollará normativamente la Orden Ministerial de Comisiones Locales de Docencia, mediante una Circular para Insalud y similar regulación para las comunidades autónomas que carezcan de ella. Por último, se contratarán especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en Centros de Salud docentes para que puedan ser tutores en los lugares con mayor déficit, sobre todo en Andalucía, Castilla-la Mancha, Castilla-León y Galicia.

Una vez obtenidas plenas garantías de lo anterior, se aumenta la acreditación en 23 plazas para Andalucía y 50 para Insalud, según el Anexo I.

#### **Punto 2º: Asuntos de trámite.**

➤ CENTRO DE SALUD TORREDONJIMENO de JAEN. Se informa favorablemente la acreditación por un año, condicionada al control de la demanda.

✕ Se recibe informe del Hospital Universitario de Canarias, en relación a la planificación de la formación de sus futuros residentes. Se valora positivamente el informe.

#### **PUNTO 3º: Ruegos y preguntas.**

El Presidente propone hacer una nueva valoración de horas docentes para Coordinador y Técnico de Salud Pública, al haber una anterior de esta Comisión Nacional de hace más de cinco años que se considera desfasada.

Se aprueba lo siguiente:

Coordinador de Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria con dedicación completa: 10 horas docentes por semana.

Coordinador de Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria con dedicación parcial: 7,5 horas docentes por semana.





**ANEXO I/17 - SOLICITUD DE LA COMISION NACIONAL AL MINISTERIO DE SANIDAD DE VUELTA A LA CONVOCATORIA UNICA PARA EL MIR AÑO 2001****ILMO. SR. SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO**

Ilmo Sr.:

Reunida la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria con fecha 2 de Marzo de 2000, hemos considerado conveniente dirigirnos a usted con este escrito para hacerle conocedor de lo siguiente:

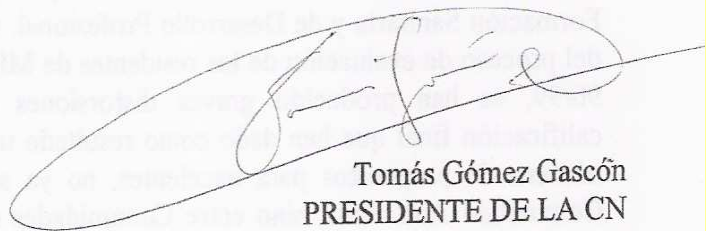
1. Durante el último año la CNE se ha venido reuniendo casi mensualmente y en estas reuniones el tema más trabajado y debatido ha sido el de la Evaluación de los residentes de MFyC. Siendo conscientes de que nuestro papel como CNE es la de asesorar, se ha generado en nosotros un profundo malestar al ser desatendidas reiteradamente nuestras recomendaciones por parte de las Subdirecciones de Formación Sanitaria y de Desarrollo Profesional. Concretamente, en la última etapa del proceso de evaluación de los residentes de MFyC pertenecientes a la promoción 96/99, se han producido graves distorsiones en relación a la propuesta de calificación final que han dado como resultado una injustificada variabilidad en el número de propuestos para excelentes, no ya solo entre UUDD de una misma Comunidad Autónoma, sino entre Comunidades distintas, con diferencias que han oscilado entre el 18% y el 90%. Ante esta situación, y una vez oídos a los Coordinadores de las UUDD del país, esta CNE recomendó a la Subdirección de Formación Sanitaria que eximiera de la Prueba de Competencia a aquellos residentes propuestos de excelentes procedentes de UUDD que se habían ajustado al 20% en sus propuestas. Habiendo tenido hoy conocimiento del borrador definitivo que finalmente llama a la Prueba de Competencia a los residentes propuestos como excelentes, hemos comprobado que nuevamente nuestra recomendación no queda recogida. Por ello, solicitamos encarecidamente sea incorporada esta salvedad en dicha resolución antes de su publicación definitiva en el B.O.E.
2. Con relación a la evaluación final de los residentes de MFyC pertenecientes a la promoción 97/00, y una vez oídas las propuestas efectuadas por el Grupo de Evaluación que ha constituido esta CNE y que tuvo su reunión con fecha 1/3/00, recomendamos sea elaborada una nueva Resolución que regule la Evaluación Final de los residentes en sustitución de la efectuada en Marzo del 99 y en el sentido de considerar que esta evaluación final se sustente en dos pilares: 1) la evaluación continuada efectuada por los docentes a lo largo de los años del programa de formación y 2) una Prueba Clínica Objetiva y Estructurada para TODOS los residentes evaluados (no solo para los propuestos como excelentes). La combinación de estos dos instrumentos decidiría la calificación final definitiva. Creemos que de no ser así, y habida cuenta de lo ocurrido este año, probablemente las propuestas de excelentes que se efectúen desde las UUDD del país superarán con creces las efectuadas este año.
3. Sin menoscabo de todo lo anterior y dado que se aproxima la fecha en que hay que planificar el nº de plazas MIR para este año y decidir el volver o no a una única convocatoria, queremos por un lado transmitirle nuestra intención de valorar



concienzadamente el mantener para la próxima convocatoria la oferta docente en MFyC, siempre con el compromiso de ir ajustándola progresivamente a la capacidad docente real para años venideros. Sin embargo, también queremos hacerle llegar nuestra voluntad unánime, firme y decidida que de no producirse esta UNICA CONVOCATORIA M.I.R, esta CN presentará en bloque su dimisión.

Esperando que nuestras aportaciones sean en esta ocasión recogidas por usted y sirvan para el buen desarrollo de nuestra especialidad, le saluda atentamente.

Madrid, 2 de Marzo del 2.000



**Tomás Gómez Gascón**  
**PRESIDENTE DE LA CN**  
**DE LA ESPECIALIDAD DE MFyC**

## ANEXO I/18 - PROCESOS DE HOMOLOGACIÓN: EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA Y ESTRUCTURADA (ECO E)



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

CONSEJO NACIONAL DE  
ESPECIALIDADES MÉDICAS


### PROPUESTA DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN RELACION CON LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 3 DEL REAL DECRETO 1753/1998

El Artículo 3 del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, establece que las características generales de las pruebas objetivas a que se refiere dicho precepto serán establecidas por la Secretaría de Estado de Educación, Universidades, Investigación y Desarrollo, a propuesta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, previo informe de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo.

Para dar cumplimiento a las previsiones contenidas en el citado Artículo, la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria efectúa la siguiente propuesta:

- El tipo de prueba corresponderá a una “evaluación clínica objetiva y estructurada”.
- Dicha prueba deberá ser homogénea, equiparable en contenidos en la totalidad de los lugares donde se realice garantizándose dichas características en el caso de no realizarse de forma simultánea, estando constituida por un circuito de estaciones o situaciones por las que los interesados rotarán de forma consecutiva.
- Las estaciones o situaciones constitutivas de cada prueba se diseñarán sobre la base de varios casos clínicos de contenido eminentemente práctico que se ajustarán al perfil profesional del Médico de Familia a que se refiere el Apartado Primero de la Resolución de 26 de marzo de 1999 de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo (Boletín Oficial del Estado del 14 de abril).
- Las entrevistas con pacientes estandarizados y los exámenes orales estructurados se utilizarán necesariamente para el diseño del circuito de estaciones o situaciones que integren cada prueba, sin perjuicio de la aplicación de otros métodos de evaluación.
- Para la evaluación de la competencia profesional el Comité Coordinador tendrá en cuenta, entre otros, los siguientes parámetros:
  1. Habilidades clínicas básicas: anamnesis y exploración física.
  2. Comunicación: habilidades comunicativas básicas y aspectos éticos de la práctica.
  3. Habilidades técnicas: habilidades diagnósticas y terapéuticas. Uso racional de medios diagnósticos y terapéuticos.
  4. Manejo: plan diagnóstico, terapéutico y de seguimiento.
  5. Abordaje familiar/comunitario.
  6. Actividades preventivas.
- La Comisión Nacional considera que tanto la propia Comisión como el Comité Coordinador habrán de ser asistidos por un grupo de expertos para la configuración, desarrollo y evaluación de la prueba.

## ANEXO I/19 - PROTESTA DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA CONTRA EL BORRADOR DE PROYECTO DE LEY DE PROCESO EXTRAORDINARIO DE CONSOLIDACIÓN Y PROVISIÓN DE PLAZAS DE PERSONAL INTERINO QUE SERÁ PUBLICADA EL 12/12/2001



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Comisión Nacional de la Especialidad de

Excusa su asistencia:

- Dr. Sebastian Calero Muñoz, que por obligaciones inexcusables no podrá acudir a la reunión.

**1. Lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior**

En el punto del Orden del Día 3.III "Entrevista con la Comisión Nacional" se añadirá el siguiente texto:

*"Se realizó una entrevista semiestructurada, elaborada previamente por la Comisión, siendo común para los Residentes presentados y con criterios objetivos y evaluables"*

**2. Informe del Presidente**

a) Información referente a la Unidad Docente de Cangas de Narcea. En la situación actual, la Unidad Docente sufre una suspensión cautelar de la docencia en la convocatoria de plazas MIR para el próximo año. Se ha propuesto a los residentes la realización de una Comisión de Servicios con una duración de un año de manera provisional.

Se han producido diversas modificaciones de mejora en el programa formativo incluido el cambio del Coordinador de la Unidad Docente, programación de actividades formativas incluidas en el programa, celebración de reunión de la Comisión Asesora, etc.

Se ha convocado una reunión en el Ministerio con el nuevo Gerente del Área de Cangas de Narcea para analizar la problemática de la Unidad y sus posibles soluciones a corto y medio plazo.

b) Se propone solicitar una reunión con la Subdirectora General de Atención Primaria M<sup>a</sup> Santos Ichaso, para transmitir la gran preocupación por la falta de dotación económica a las Unidades Docentes del INSALUD, incumpliendo la propia normativa promulgada por INSALUD.

c) El Presidente informa sobre las irregularidades producidas en determinados casos en la contratación de Licenciados post-95 para plazas de Atención Primaria, sin la necesaria formación específica en Medicina Familiar y Comunitaria.

La Comisión Nacional considera inaceptable que estos hechos se produzcan y exhorta a la Subdirección a que se informe de la magnitud de esta situación e intervenga en lo posible para que esta circunstancia no se produzca en ningún caso.

d) Borrador del Proyecto de Ley de proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal. La Comisión considera inaceptable la viabilidad de dicho Proyecto de Ley que, a juicio de la unanimidad de los miembros de la misma, incumple todos los criterios de objetividad y justicia.

Esta Comisión solicita encarecidamente a la Subdirección que medie ante sus superiores para que se revise este borrador de Proyecto, por afectar seriamente a la formación de nuestra especialidad, básicamente en los siguientes aspectos:

- Tras múltiples reuniones y acuerdos, se aprobó el Real Decreto 1753/98 de Normalización en Atención Primaria. Uno de los aspectos básicos de esta normativa es la equiparación de la formación MIR en Medicina Familiar y Comunitaria con seis a ocho años de tiempo trabajado. En el borrador del Proyecto de Ley se barema dicha formación por el sistema MIR con el



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO

MINISTERIO  
DE EDUCACIÓN,  
CULTURA Y DEPORTE

CONSEJO NACIONAL  
ESPECIALIDADES ME

Comisión Nacional de  
Especialidad de

equivalente a 2,77 años trabajados, lo que supone una penalización para la especialidad y para el sistema MIR incumpliendo el R.D. previamente mencionado, vaciándolo de contenido. Hay que recordar que dicho R.D. contempla tres aspectos fundamentales: La denominación de las plazas de Atención Primaria, la vía de obtención del título de especialista y la baremación de la formación MIR en Medicina Familiar y Comunitaria. Estos tres aspectos están íntimamente ligados y el incumplimiento sistemático de uno de ellos, anula el sentido de los otros dos.

- El adjudicar una plaza en propiedad mediante una Memoria es aberrante a todas luces. No se puede equiparar de ninguna de las maneras la situación que se produce a este respecto en los Hospitales y en la Atención Primaria, pues en esta última se han realizado oposiciones de forma más o menos regular y en la actualidad todavía está convocada una nueva oposición con una oferta de 750 plazas para Médicos de Familia. Esta Comisión no se opone en absoluto a que se solucione la grave problemática de los especialistas de hospital que han carecido de oportunidades para consolidar su empleo desde hace muchos años. Esta grave situación no se produce en Atención Primaria aunque no se cumple, tal y como marca la legislación vigente, la convocatoria anual de oposiciones. A juicio de esta Comisión es imposible diferenciar mediante una Memoria sobre un mismo perfil de plaza qué candidato es competente y cuál no lo es. Además, este proceso dejaría sin posibilidad de empleo a los especialistas formados en los últimos años y a todos los médicos residentes de la actualidad, ya que éstos no tendrían ninguna opción a plaza por su escasa o nula antigüedad.

La Comisión valora que carecería de sentido continuar realizando el esfuerzo formativo actual –formación de 1800 Licenciados anualmente– específicamente en Medicina Familiar y Comunitaria si se lleva a cabo dicho Proyecto de Ley .

De igual manera, tendría poco sentido el desarrollo de la Homologación en A.P. Ante la continua solicitud de información por parte de las Unidades Docentes a este respecto, se decide elaborar un escrito informativo y su posterior difusión entre las mismas.

### 3. Situación del Proceso de Homologación. R.D. 1753/98

El Presidente informa que en la actualidad no se han producido novedades en este tema, encontrándose todavía pendiente de publicación la oferta pública para contratación de la prueba objetiva que contempla el R.D. 1753/98.

Independientemente de esta información y tal y como se expone en el punto anterior, la Comisión desea hacer constar que considera incongruente el desarrollo de dicho Real Decreto ante la coyuntura actual en la que los méritos y capacidades adquiridos durante la formación MIR en Medicina Familiar y Comunitaria no son reconocidos en absoluto por la propia administración sanitaria.

### 4. Evaluación de Médicos Internos Residentes

No existen novedades que la Comisión conozca respecto al desarrollo de los procesos de evaluación y calificación final.

La Comisión desea transmitir a la Subdirección su gran preocupación porque los procesos de calificación final no se están llevando a cabo, con lo que en la actualidad

## ANEXO I/20 - FORMULARIO DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DOCENTES, ESTRUCTURA DOCENTE

PERIODO FORMATIVO (día/mes/año).....a..... (día/mes/año)

<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	CÓDIGO DE LA UNIDAD									
	Denominación									
	Nº plazas acreditadas				Nº plazas ofertadas					
	Nº de residentes		R1		R2		R3		R4	
	Ubicación									
	Dirección				C.P.					
	Provincia				Comunidad Autónoma					
	Teléfono									
	Fax									
	Correo electrónico									
web										
<b>Coordinación</b>										
		Nombre y apellidos		Dedicación	Horas/semana	Asistencia	Gestión	F. Continuada	otros	Fecha inicio
		Coordinador o Coordinadora		Total/parcial		Sí/No	Sí/No	Sí/No		
		Técnico de S.P.		Total/parcial		Sí/No	Sí/No	Sí/No		
		P. Administrativo		Total/parcial						
		Otros								
<b>Estructura</b>										
	Existe Biblioteca			Existe Hemeroteca		Existe Sala de Informática		Existe conexión a internet		
	Sí	No		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
<b>Dispositivos de la Unidad Docente</b>										

## ANEXO I/21 - INFORME DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA SOBRE NECESIDADES DE MEDICOS DE FAMILIA A PARTIR DEL AÑO 2006

Demografía y población: Proyecciones de población. Base Censo 2001. Población mayor de 14 años, ambos sexos. Las últimas cifras oficiales de población corresponden al 1 de Enero del 2005, por lo que la columna 2006 se obtiene de proyectar las expectativas poblacionales en base a los índices de crecimiento de los últimos años. Posteriormente calculo la variación absoluta y su porcentaje de crecimiento desde el 2005. Luego divido las plazas asignadas por la población de la Provincia y obtengo un coeficiente comparable con el total. Población por fecha de referencia, provincia, sexo, grupo de edad y año (2002-2017). Unidades: personas.

### ANALISIS Y PROPUESTA DE PLAZAS PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, AÑO 2006, EN BASE A LA RECOMENDACIÓN EMITIDA POR LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD SOBRE OFERTA AJUSTADA PARA TENDENCIAS DEL AÑO 2005

	1 de Julio 2005	1 de Julio 2006*	Variación absoluta	Variación relativa	Oferta ajustada a tendencias CN	Plazas Acreditadas 2005	Variación relativa de la asignación**	Coeficiente Residentes/ Población
<b>Total</b>	36.906.783	37.334.269	427.486	1,16	1.841	2.153	1.863 (+22)	4,93 x 10-5
<b>Andalucía</b>	6.403.922	6.481.199	77.277	1,21	317	361	321 (+4)	4,89 x 10-5
<b>Aragón</b>	1.083.593	1.089.952	6.359	0,59	56	82	57 (+1)	5,13 x 10-5
<b>Asturias</b>	950.761	948.594	2.167	0,23	55	84	55 (=)	5,80 x 10-5
<b>Baleares</b>	815.967	834.507	18.540	2,27	42	45	43 (+1)	5,03 x 10-5



<b>Canarias</b>	<b>1.613.820</b>	<b>1.644.055</b>	<b>30.235</b>	<b>1,87</b>	<b>68</b>	<b>70</b>	<b>69 (+1)</b>	<b>4,14 x 10-5</b>
<b>Cantabria</b>	<b>484.667</b>	<b>488.134</b>	<b>3.467</b>	<b>0,72</b>	<b>34</b>	<b>37</b>	<b>34 (=)</b>	<b>6,97 x10-5</b>
<b>Castilla y León</b>	<b>2.177.261</b>	<b>2.178.100</b>	<b>839</b>	<b>0,04</b>	<b>128</b>	<b>197</b>	<b>128 (=)</b>	<b>5,88 x 10-5</b>
<b>Castilla -La Mancha</b>	<b>1.581.330</b>	<b>1.606.909</b>	<b>25.579</b>	<b>1,62</b>	<b>90</b>	<b>98</b>	<b>92 (+2)</b>	<b>5,60 x 10-5</b>
<b>Cataluña</b>	<b>5.830.867</b>	<b>5.912.184</b>	<b>81.317</b>	<b>1,40</b>	<b>286</b>	<b>316</b>	<b>290 (+4)</b>	<b>4,84 x 10-5</b>
<b>Comunidad Valenciana</b>	<b>3.874.062</b>	<b>3.949.753</b>	<b>75.691</b>	<b>1,95</b>	<b>188</b>	<b>193</b>	<b>192 (+4)</b>	<b>4,76 x 10-5</b>
<b>Extremadura</b>	<b>907.802</b>	<b>912.446</b>	<b>4.644</b>	<b>0,51</b>	<b>50</b>	<b>69</b>	<b>50 (=)</b>	<b>5,48 x10-5</b>
<b>Galicia</b>	<b>2.399.938</b>	<b>2.402.793</b>	<b>2.855</b>	<b>0,12</b>	<b>95</b>	<b>125</b>	<b>95 (=)</b>	<b>3,95 x 10-5</b>
<b>Madrid</b>	<b>4.990.512</b>	<b>5.062.931</b>	<b>72.419</b>	<b>1,45</b>	<b>234</b>	<b>238</b>	<b>238 (+4)</b>	<b>4,62 x 10-5</b>
<b>Murcia</b>	<b>1.082.167</b>	<b>1.103.555</b>	<b>21.388</b>	<b>1,98</b>	<b>65</b>	<b>68</b>	<b>66 (+1)</b>	<b>5,89 x10-5</b>
<b>Navarra</b>	<b>500.078</b>	<b>504.773</b>	<b>4.695</b>	<b>0,94</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>25 (=)</b>	<b>4,95 x10-5</b>

<b>País Vasco</b>	<b>1.844.601</b>	<b>1.845.307</b>	<b>706</b>	<b>0,04</b>	<b>90</b>	<b>120</b>	<b>90 (=)</b>	<b>4,88 x10-5</b>
<b>La Rioja</b>	<b>256.186</b>	<b>259.771</b>	<b>3.585</b>	<b>1,40</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>20 (=)</b>	<b>6,93 x10-5</b>
<b>Ceuta</b>	<b>57.253</b>	<b>57.289</b>	<b>36</b>	<b>0,06</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>Melilla</b>	<b>51.996</b>	<b>52.017</b>	<b>21</b>	<b>0,04</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: propia.*

\* Proyecciones de población: base Censo 2001 (escenario 2), los cálculos se han realizado para la población residente.

\*\* Variación relativa de la asignación: Como debería aumentar el número de plazas en base al crecimiento poblacional en el 2006, partiendo de las 1.841 plazas propuestas en el 2005 por la Comisión Nacional de la Especialidad.

**ANEXO II - INFORME DE LA COMISIÓN  
NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA,  
SOBRE EL FORMULARIO DE MEMO-  
RIAS DE LAS UNIDADES DOCENTES**

## **ANEXO II/1 - ARTÍCULO PRIMERO: ASPECTOS DE FILIACIÓN Y COORDINACIÓN:**

Del apartado de “Filiación y Coordinación” se elaboró el presente análisis descriptivo, distribuido en 4 apartados:

Tipo, ubicación y recursos humanos de la Unidad Docente  
 Perfil profesional del Coordinador  
 Perfil profesional del Técnico de Salud (TS)  
 Perfil profesional del Personal Administrativo.

A su vez, se subdividen los datos por Comunidades Autónomas para apreciar los matices que brinda el mosaico formativo nacional.

### **CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DOCENTES (UDD)**

Respecto al **tamaño** de las Unidades Docentes (Tabla 1) el 44 % de las mismas son de Tipo I (menor de 50 residentes), el 42 % de Tipo II (entre 50 – 100 residentes) y el 14 % de Tipo III (mayor de 100 residentes).

En relación con la **ubicación y dependencia** de las Unidades Docentes, encontramos que el 79 % se ubican en la Gerencia de Atención Primaria (un 3 % en Centros de Gestión del Servicio de Salud) y el 21 % en el Hospital de referencia. Si se realiza un análisis de la ubicación de las UDD y su relación con algunas actividades de éstas, se pueden destacar los aspectos reseñados a continuación:

1º. Respecto al volumen de investigaciones que realiza cada Unidad Docente y la relación con su proximidad al medio hospitalario, se observan cambios cualitativos respecto a que las UDD ubicadas en hospitales, ya que estas tienen más proyectos de investigación publicados en revistas científicas y están realizados por un mayor número de autores.

2º. En las UDD ubicadas en el medio hospitalario se constata un aumento del 10% en el número de guardias realizadas durante el tercer año de Especialidad en Urgencias Hospitalarias, respecto a las realizadas en Atención Continuada de Atención Primaria.

La relación por Comunidades Autónomas de los recursos humanos de las UDD (Tabla 1) muestra que la dedicación media ponderada por Comunidades del Coordinador es de 30 h/sem (moda 35 h/sem y mediana 28 h/sem), con apoyo del Técnico de Salud, en un 78 % de los casos a tiempo parcial de 25 h/sem (moda 35 h/sem y mediana 26 h/sem). Se detecta un apoyo administrativo en el 88% de las UDD, con una dedicación a tiempo parcial de 29 h/sem. Destacan negativamente Galicia y Extremadura, por la escasa dedicación horaria de todos sus efectivos, Navarra y Madrid por el escaso personal de apoyo al Coordinador, en número y horas, y en Castilla y León

destaca la dedicación limitada del Técnico de Salud, con una media de 14 h/sem.

Al relacionar los datos sobre recursos humanos, relativo a disponibilidad de Técnico de Salud, y a la producción científica que realizan las UUDD, se observa una correlación directa, es decir, en las UUDD con escasa dedicación del Técnico de Salud hay una deficiente producción científica y hay más valoraciones negativas dentro del apartado de “problemas detectados por el Coordinador”, que se recogen en las Memorias. En el extremo opuesto destacan como mejor dotadas en cuanto a recursos humanos: País Vasco y Andalucía (especialmente las UUDD Tipo III como son Bilbao y Sevilla), Comunidad Valenciana, Murcia, La Rioja y Cantabria.

### **PERFIL DEL COORDINADOR (Tabla 2)**

Respecto a la **dedicación** del Coordinador a la Unidad Docente, observamos una media ponderada de 30 h/sem, subrayando la escasa asignación que sufren Galicia y Extremadura, así como individualmente respecto a sus Comunidades Autónomas, Alcañiz y Teruel en Aragón, y La Palma, en Canarias, siempre ligado a una dedicación obligada a la labor asistencial.

Referente al **sexo**, un 46% son mujeres y un 54% hombres.

En relación con el **Perfil de Actividad**, realizan labores de Formación Continuada el 64% de los Coordinadores, desviando parte de su tiempo a labores de gestión en el Área de Salud el 44% de los mismos (en especial Asturias, Cantabria, Castilla La Mancha, Murcia y La Rioja). Prestan labores asistenciales en consulta de Atención Primaria el 29% de los mismos, destacando Cantabria, Cataluña, Galicia, Extremadura y Canarias.

### **PERFIL DEL TÉCNICO DE SALUD (Tabla 3)**

Del **Técnico de Salud (TS)**, existe su figura en un 78% de las UUDD, con una media de dedicación de 25 h/sem (moda 35 h/sem y mediana 26 h/sem). Despuntan en el cómputo global las UUDD Tipo III de Sevilla, Málaga, Granada, Bilbao y Guipúzcoa, con más de un Técnico de Salud de apoyo a tiempo completo, y con un aumento consecuente de la producción científica. En el otro extremo: Madrid, Cataluña, Galicia y Murcia, adolecen de la ausencia de Técnico de Salud. Extremadura, Navarra, Baleares y Castilla y León, destacan por su déficit horario en la dedicación del mismo a la Unidad Docente.

Referente al **sexo** del Técnico de Salud, hay equidad prácticamente al 50%.

En relación con el **Perfil de Actividad**, hallamos que realizan labores de Formación Continuada el 62% de los Técnicos, trabajo relacionado con la gestión el 46% y son asistenciales el 3%.

**PERFIL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO (Tabla 4)**

El 88% de las UDD cuentan con recursos de personal administrativo propio, con una dedicación horaria de 29 h/sem, comprobándose mayor presencia del mismo en Murcia, Asturias y Cantabria. Destacan por su baja dedicación horaria: Madrid, Galicia y Navarra, con la sobrecarga administrativa que supone al resto de personal de la Unidad Docente. Respecto al género, un 86% son mujeres. Realizan labores de apoyo a la Formación Continuada, el 28% de los auxiliares administrativos y de apoyo a la gestión en el Área de Salud el 18%.

TABLA 1. CARACTERISTICAS DE LAS UNIDADES DOCENTES

CCAA	# MEMO RECIBIDAS/ #TOTAL UDD	TIPO UDD* I II III			UBICACION	EXISTE COORDINADOR (DEDICACIÓN)	EXISTE TECNICO SALUD (DEDICACIÓN)	EXISTE AUXILIAR ADMINISTRAT. (DEDICACIÓN)
		I	II	III				
ANDALUCIA	8 / 8	1	4	3	Hospital	100% (35h/sem)	100% (35 h/sem)	100% (35 h/sem)
ARAGON	5 / 5	3	2	0	Gerencia AP	100% (21 h/sem)	100% (26 h/sem)	100% (28 h/sem)
ASTURIAS	1 / 1	0	0	1	Gerencia AP	100% (35 h/sem)	100% (35 h/sem)	100% (35 h/sem)
BALEARES	2 / 3	1	1	0	1:AP/1:Hosp	100% (40 h/sem)	100% (15 h/sem)	100% (40 h/sem)
CANARIAS	5 / 5	4	1	0	Gerencia AP	100% (35 h/sem)	80% (26 h/sem)	100% (25 h/sem)
CANTABRIA	2 / 2	1	1	0	Gerencia AP	100% (40 h/sem)	100% (30 h/sem)	100% (40 h/sem)
CASTILLA LEON	10 / 10	5	5	0	Gerencia AP	100% (35 h/sem)	70% (14 h/sem)	100% (26 h/sem)
C. LA MANCHA	6 / 6	4	2	0	Gerencia AP	100% (29 h/sem)	83% (25 h/sem)	100% (29 h/sem)
CATALUNA	8 / 16	6	1	1	7:AP/1:Hosp	100% (21 h/sem)	62% (20 h/sem)	88% (23 h/sem)
EXTREMADURA	3 / 6	2	1	0	2:AP/1:Hosp	100% (9 h/sem)	66% (11 h/sem)	100% (21 h/sem)
GALICIA	5 / 7	4	1	0	Gerencia AP	100% (8 h/sem)	60% (15 h/sem)	80% (19 h/sem)
LA RIOJA	1 / 1	0	1	0	Gerencia AP	100% (35 h/sem)	100% (35 h/sem)	100% (20 h/sem)

MADRID	8 / 12	0	7	1	Gerencia AP	100% (30 h/sem)	57% (18 h/sem)	62% (22 h/sem)
MURCIA	2 / 3	1	1	0	Gerencia AP	100% (40 h/sem)	50% (40 h/sem)	100% (40 h/sem)
NAVARRA	1 / 1	0	1	0	Gerencia AP	100% (35 h/sem)	100% (4 h/sem)	0% (0 h/sem)
PAIS VASCO	3 / 3	0	1	2	2:Ap/1:Hosp	100% (36 h/sem)	100% (36 h/sem)	100% (36 h/sem)
C.VALENCIANA	2 / 3	0	1	1	Direc. AP	100% (40 h/sem)	100% (40 h/sem)	100% (40 h/sem)
<b>MEDIA PONDER.</b>	<b>72 / 92</b>	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>57:AP 15: Hosp</b>	<b>100% (29 h/sem)</b>	<b>78% (25 h/sem)</b>	<b>88% (29 h/sem)</b>

\*Tipo I: corresponde a UDD que tienen menos de 50 residentes; Tipo II: entre 50 y 100 residentes; Tipo III: más de 100 residentes. AP: Atención Primaria. CCAA: Comunidades Autónomas. UDD: Unidades Docentes.



TABLA 2. PERFIL DEL COORDINADOR

CC.AA.	COORDINADOR (DEDICACIÓN)	SEXO VARÓN / HEMBRA	FORMACIÓN CONTINUADA	GESTION	ASISTENCIAL	COMENTARIOS
ANDALUCIA	100% (35 h/sem)	5V : 3H	4 / 8 (50%)	3 / 8 (38%)	0 / 8 (0%)	(1*)
ARAGON	100% (21 h/sem)	5V : 0H	2 / 5 (40%)	1 / 5 (20%)	2 / 5 (40%)	(2*)
ASTURIAS	100% (35 h/sem)	1V : 0H	1 / 1 (100%)	1 / 1 (100%)	0 / 1 (0%)	(3*)
BALEARES	100% (40 h/sem)	1V : 1H	2 / 2 (100%)	1 / 2 (50%)	0 / 2 (0%)	
CANARIAS	100% (35 h/sem)	3V : 2H	2 / 5 (40%)	1 / 5 (20%)	3 / 5 (60%)	
CANTABRIA	100% (40 h/sem)	0V : 2H	2 / 2 (100%)	1 / 2 (100%)	1 / 2 (100%)	
CASTILLA LEON	100% (35 h/sem)	7V : 3H	4 / 10 (40%)	4 / 10 (40%)	0 / 10 (0%)	(4*)
C. LA MANCHA	100% (29 h/sem)	5V : 1H	5 / 6 (83%)	5 / 6 (83%)	1 / 6 (17%)	
CATALUNA	100% (21 h/sem)	4V : 4H	6 / 8 (75%)	3 / 8 (38%)	7 / 8 (88%)	(5*)
EXTREMADURA	100% (9 h/sem)	2V : 1H	3 / 3 (100%)	2 / 3 (66%)	2 / 3 (66%)	(6*)
GALICIA	100% (8 h/sem)	4V : 1H	1 / 5 (20%)	1 / 5 (20%)	4 / 5 (80%)	(7*)
LA RIOJA	100% (35 h/sem)	0V : 1H	1 / 1 (100%)	1 / 1 (100%)	0 / 1 (0%)	

MADRID	100% (30 h/sem)	5V : 3H	7 / 8 (87%)	3 / 8 (37%)	0 / 8 (0%)	(8*)
MURCIA	100% (40 h/sem)	2V : 0H	2 / 2 (100%)	2 / 2 (100%)	0 / 2 (0%)	
NAVARRA	100% (35 h/sem)	0V : 1H	0 / 1 (0%)	0 / 1 (0%)	0 / 1 (0%)	(9*)
PAIS VASCO	100% (36 h/sem)	1V : 2H	2 / 3 (66%)	2 / 3 (66%)	1 / 3 (33%)	
C. VALENCIANA	100% (40 h/sem)	1V : 1H	2 / 2 (100%)	1 / 2 (50%)	0 / 2 (0%)	
<b>MEDIA PONDERADA</b>	<b>100% (30 h/sem)</b>	<b>46V : 26H</b>	<b>46/72 (64%)</b>	<b>32 / 72 (44%)</b>	<b>21 / 72 (29%)</b>	

Comentarios: (1\*) Andalucía: Figura del Coordinador Colaborador a tiempo parcial (10 h) por cada zona en la que se divide la Unidad Docente, con perfil Asistencial y participativo en labores de Formación Continuada, con comentarios muy favorables del Coordinador principal hacia este profesional y al trabajo que desempeñan en equipo para sobrellevar la dispersión geográfica de su Comunidad Autónoma; (2\*) Aragón: Sesgo marcado por la deficiencia de personal en Alcañiz y Teruel respecto a las dos UDD de Zaragoza; (3\*) Asturias: Proyecto de unificación de UDD que aparece por primera vez en su Memoria anual; (4\*) Castilla y León: Absorción del personal de la UDD por parte de las Gerencias, para la realización de labores de Gestión, y para la organización de la Formación Continuada de otro personal ajeno al residente; (5\*) Cataluña: Mayormente los coordinadores realizan también labor asistencial; (6\*) Extremadura y (7\*) (D) Galicia: Escasa dedicación horaria, y con tiempo de Técnico de Salud muy limitado; (8\*) Madrid: El 30% solo llevada por un Coordinador a tiempo parcial y sin TS / Auxiliar Administrativo; (9\*) Navarra: Escaso personal de apoyo.

TABLA 3. PERFIL DEL TECNICO DE SALUD

CC.AA.	EXISTE TECN. SALUD	TIEMPO DE DEDICACIÓN	SEXO VARÓN / HEMBRA	FORM.CONT.	GESTION	ASISTENCIAL
ANDALUCIA	8 / 8 (100%)	35 h/sem	4 V : 8 H(1*)	5 / 12 (42%)	1 / 12 (8%)	0 / 12 (0%)
ARAGON	5 / 5 (100%)	26 h/sem	4 V : 1 H	1 / 5 (20%)	3 / 5 (60%)	0 / 5 (0%)
ASTURIAS	1 / 1 (100%)	35 h/sem	1 V : 0 H	1 / 1 (100%)	1 / 1 (100%)	0 / 1 (0%)
BALEARES	2 / 2 (100%)	15 h/sem	1 V : 1 H	2 / 2 (100%)	2 / 2 (100%)	0 / 2 (0%)
CANARIAS	4 / 5 (80%)	26 h/sem	3 V : 1 H	4 / 4 (100%)	2 / 4 (50%)	1 / 4 (25%)
CANTABRIA	2 / 2 (100%)	30 h/sem	1 V : 1 H	1 / 2 (50%)	2 / 2 (100%)	0 / 2 (0%)
CASTILLA LEON	7 / 10 (70%)	14 h/sem	4 V : 3 H	3 / 7 (43%)	5 / 7 (71%)	0 / 7 (0%)
C. LA MANCHA	5 / 6 (83%)	25 h/sem	2 V : 3 H	5 / 5 (100%)	4 / 5 (80%)	0 / 5 (0%)
CATALUNA	5 / 8 (62%)	20 h/sem	1 V : 4 H	4 / 5 (80%)	3 / 5 (60%)	0 / 5 (0%)
EXTREMADURA	2 / 3 (66%)	11 h/sem	2 V : 0 H	0 / 2 (0%)	2 / 2 (100%)	0 / 2 (0%)
GALICIA	3 / 5 (60%)	15 h/sem	2 V : 1 H	1 / 3 (33%)	2 / 3 (66%)	0 / 3 (0%)
LA RIOJA	1 / 1 (100%)	35 h/sem	0 V : 1 H	0 / 1 (0%)	0 / 1 (0%)	0 / 1 (0%)
MADRID	4 / 8 (50%)	18 h/sem	1 V : 3 H	4 / 4 (100%)	0 / 4 (0%)	0 / 4 (0%)
MURCIA	1 / 2 (50%)	40 h/sem	1 V : 0 H	1 / 1 (100%)	1 / 1 (100%)	0 / 1 (0%)
NAVARRA	1 / 1 (100%)	4 h/sem	0 V : 1 H(2*)	1 / 1 (100%)	0 / 1 (0%)	0 / 1 (0%)
PAIS VASCO	3 / 3 (100%)	36 h/sem	3 V : 3 H(3*)	5 / 6 (83%)	0 / 6 (0%)	1 / 6 (17%)
C. VALENCIANA	2 / 2 (100%)	40 h/sem	2 V : 0 H	1 / 2 (50%)	1 / 2 (50%)	0 / 2 (0%)
<b>MEDIA PONDERADA</b>	<b>56 / 72 (78%)</b>	<b>25 h/sem</b>	<b>32 V : 31 H</b>	<b>39 / 63 (62%)</b>	<b>29 / 63 (46%)</b>	<b>2 / 63 (3%)</b>

Andalucía: 3 UD tipo III tienen 2 Técnicos de Salud; (2\*) Navarra: Unidad Docente tipo II sin Auxiliar Administrativo y escaso apoyo horario del Técnico de Salud; (3\*) País Vasco: 2 Unidades Docentes tipo III tienen >1 Técnico de Salud.

TABLA 4. PERFIL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CC.AA.	EXISTE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TIEMPO DE DEDICACIÓN	SEXO VARÓN / HEMBRA	FORM.CONT.	GESTION	COMENTARIOS
ANDALUCIA	8 / 8 (100%)	35 h/sem	1 V : 7 H	2 / 8 (25%)	0 / 8 (0%)	(1*)
ARAGON	5 / 5 (100%)	28 h/sem	0 V : 5 H	1 / 5 (20%)	2 / 5 (40%)	
ASTURIAS	1 / 1 (100%)	35 h/sem	1 V : 2 H	3 / 3 (100%)	0 / 3 (0%)	(2*)
BALEARES	2 / 2 (100%)	40 h/sem	0 V : 2 H	1 / 2 (50%)	1 / 2 (50%)	
CANARIAS	5 / 5 (100%)	25 h/sem	1 V : 6 H	0 / 7 (0%)	2 / 7 (29%)	(3*)
CANTABRIA	2 / 2 (100%)	40 h/sem	1 V : 1 H	2 / 2 (100%)	0 / 2 (0%)	
CASTILLA LEON	10 / 10 (100%)	26 h/sem	4 V : 6 H	1 / 10 (10%)	1 / 10 (10%)	(4*)
C. LAMANCHA	6 / 6 (100%)	29 h/sem	1 V : 5 H	4 / 6 (80%)	3 / 6 (50%)	
CATALUNA	7 / 8 (88%)	23 h/sem	0 V : 7 H	1 / 7 (14%)	0 / 7 (0%)	
EXTREMADURA	3 / 3 (100%)	21 h/sem	1 V : 2 H	1 / 3 (33%)	0 / 3 (0%)	
GALICIA	4 / 5 (80%)	19 h/sem	0 V : 4 H	1 / 4 (25%)	2 / 4 (50%)	
LA RIOJA	1 / 1 (100%)	20 h/sem	0 V : 1 H	1 / 1 (100%)	0 / 1 (0%)	
MADRID	5 / 8 (62%)	22 h/sem	1 V : 4 H	3 / 5 (60%)	0 / 5 (0%)	
MURCIA	2 / 2 (100%)	40 h/sem	0 V : 2 H	0 / 2 (0%)	1 / 2 (50%)	
NAVARRA	0 / 1 (0%)	0 h/sem	0 V : 0 H	0 (0%)	0 (0%)	(5*)
PAIS VASCO	2 / 3 (66%)	36 h/sem	0 V : 4 H	0 / 4 (0%)	1 / 4 (25%)	(6*)
C. VALENCIANA	2 / 2 (100%)	40 h/sem	0 V : 4 H	0 / 4 (0%)	0 / 4 (0%)	(7*)
<b>TOTAL (MED.PONDER.)</b>	<b>63 / 72 (88%)</b>	<b>29 h/sem</b>	<b>10 V : 63 H</b>	<b>20 / 72 (28%)</b>	<b>13 / 72 (18%)</b>	

Comentarios: (1\*) Andalucía: Sevilla ha contabilizado el auxiliar administrativo de la Comisión de Docencia de cada Hospital en el Formulario de Memoria; (2\*) Asturias: Por unificación de UDD presenta 3 Aux. Adm; (3\*) Canarias: Tenerife I, 3 Auxiliares Administrativos a tiempo completo; (4\*) Castilla y León: Escasa participación del Auxiliar Administrativo en la Formación Continuada; (5\*) Navarra: Nulo apoyo administrativo, con escaso apoyo horario del Técnico de Salud; (6\*) País Vasco: Bilbao 3 Auxiliares Administrativos a tiempo completo; (7\*) Comunidad Valenciana: Castellón 3 Auxiliares Administrativos a tiempo completo.

## **ANEXO II/2 - ARTÍCULO SEGUNDO: ESTRUCTURA DOCENTE**

Para el análisis de este apartado se realizó un estudio descriptivo, recogiendo las siguientes variables:

Número de Centros de Salud por Unidad Docente  
 Número de tutores por Centro de Salud  
 Distribución de tutores Médicos de Familia vía MIR respecto al total de tutores  
 Distribución de tutores respecto al número de Médicos del Centro de Salud  
 Número de Pediatras  
 Número de Residentes por Centro de Salud  
 Número de Tutores por Residente de tercer año  
 Proporción de población asignada por médico  
 Número de sesiones enmarcadas en las actividades formativas del Centro  
 Opinión del Coordinador sobre los Centros de Salud

Se subdividen los datos por Comunidades Autónomas, para un mejor aprovechamiento de las conclusiones finales.

### **RESULTADOS SOBRE LOS ASPECTOS DE LA ESTRUCTURA DOCENTE**

De los resultados obtenidos (Tabla 1, descripción de los Centros de Salud) se desprende que la Unidad Docente media cuenta con 6 Centros de Salud docentes, con un tamaño de 8,3 consultas de Medicina de Familia y 2,7 de Pediatría. En cuanto a la población atendida, el Centro de Salud docente presta asistencia a una media ponderada de 20.220 personas por Centro (con una desviación standard por CCAA de 1.450 personas) y una población asignada por Médico aproximada de 1.838 personas. La Comunidad con mayor asignación es Canarias, con 27.170 personas por Centro, seguida de Cataluña y Baleares, traducido en una media de población asignada por profesional de 2.100 personas para estas tres Comunidades.

Las mayores Unidades Docentes, con amplia dispersión geográfica, se presentan en Comunidad Valenciana y País Vasco, seguidas de Andalucía y Navarra. Reseñar que a pesar de ser muchos los Centros de Salud por Unidad Docente en estas Comunidades, dichos Centros no sobrepasan la media respecto a tamaño por número de Médicos. Asturias contempla la particularidad de un proyecto autonómico de Unidad Docente única, siendo un registro en este contexto menos fiable.

El porcentaje de tutores Médicos de Familia vía MIR es del 78%, con un porcentaje mayor del 90% en Andalucía, Baleares y Navarra, frente a Castilla La Mancha, La Rioja y Madrid que no llegan al 70%. Resulta una media de 5 Tutores por Centro de Salud, y una mediana 5,3 tutores por Centro, oscilando entre 3 y 6 Tutores el 64% de los Centros.

En relación a la distribución de tutores/ residentes de tercer año (Tabla 2), tras hallar el coeficiente “total Tutores/ Residentes tercer año” por cada Centro de Salud de cada Unidad Docente, y posteriormente calcular su media como distribución de frecuencias ponderada para su Comunidad Autónoma, presentaron los parámetros más optimistas Baleares, Madrid (Áreas II y IV) y Aragón (Zaragoza I). Siendo más compleja la situación en Comunidades como Extremadura, La Rioja, Asturias y Cantabria, donde la adaptación a las exigencias del nuevo Programa (relación tutor/ residente de 2:1) puede ser francamente complicada.

Respecto a las actividades formativas de los Centros de Salud (Tabla 3), pueden apreciarse una media de sesiones de 6’7/ mes, siendo la mitad clasificadas como sesiones clínicas, el 24 % como sesiones bibliográficas, y el 26 % como revisiones.

En la Tabla 4 pueden apreciarse los comentarios del Coordinador sobre el Centro de Salud. Es un aspecto muy importante a la hora de la implementación del nuevo programa, pues contribuye a la detección de puntos débiles estructurales, muy variables de una Unidad Docente a otra, pero que analizando las opiniones de los Coordinadores pueden concretarse:

1º. En los comentarios sobre “Aspectos positivos” destaca: una percepción “positiva”, en general, con respecto al Centro de Salud, la buena integración del Residente en los EAP, la acreditación de Centros en su Unidad Docente y la gran cualificación de los profesionales docentes en términos de motivación, compromiso y competencia.

2º. Los comentarios respecto a los “Aspectos negativos” se centran: en la excesiva presión asistencial, dificultades ligadas a la posible movilidad a corto y medio plazo de las plantillas de tutores acreditados de sus centros de salud, por las elevadas tasas de interinidad y la resolución de los procesos de consolidación de empleo, escaso reconocimiento de la labor docente del tutor que puede llegar a repercutir en la motivación del profesional y en su menor implicación en actividades de la UD e investigadoras, y problemas en la acreditación de Centros y disponibilidad de tutores.

TABLA 1. DESCRIPCION DE LOS CENTROS DE SALUD

CC.AA.	# CENTROS DE SALUD POR UD	% MEDICOS VIA MIR / TOTAL TUTORES	NÚMERO DE TUTORES POR CS	NÚMERO TOTAL DE MEDICOS CS	#PED POR CS	NÚMERO DE MIR POR CS	POBLACIÓN POR CENTRO DE SALUD
ANDALUCIA	11,3	97 %	4	8,4	3,2	R1 3,4; R3 3,5	22.434
ARAGON	9,6	74 %	6,2	9,2	2,3	R1 2; R3 3,4	17.080
ASTURIAS	28*	82 %	4,3	9,4	2,1	R1 2,7; R3 2,7	16.200
BALEARES	5,5	91 %	6,1	7,6	3,3	R1 3,3; R3 2,4	25.435
CANARIAS	4	85 %	5	9,2	3,7	R1 2,9; R3 3,2	27.170
CANTABRIA	3,5	88 %	5,9	9,4	2,3	R1 4,4; R3 4,7	22.090
CASTILLA LEON	4,4	75 %	5,7	8,3	2,2	R1 3,2; R3 3,8	18.510
C. LA MANCHA	3,6	64 %	4,7	7,6	1,9	R1 3,5; R3 3	18.225
CATALUÑA	4,3	79 %	6,1	9,1	3,5	R1 3,6; R3 3,2	25.769
EXTREMADURA	2,3	79 %	6,7	10	2,1	R1 6,6; R3 6,8	21.381
GALICIA	3,8	77 %	4,4	6,5	1,9	R1 2,4; R3 2,5	15.064
LA RIOJA	3	65 %	6,6	11,7	3,3	R1 6; R3 6	22.935
MADRID	8	68 %	5,5	9,8	3	R1 2,4; R3 2,5	21.605
MURCIA	4,5	70 %	5,2	8,4	2,6	R1 3,2; R3 3,2	20.580
NAVARRA	11	91 %	4,8	8,5	2,8	R1 2,3; R3 2,5	16.194
PAIS VASCO	14,3	83 %	4,7	6,7	2,2	R1 2,4; R3 2,6	17.737
C. VALENCIANA	20	71 %	5,2	6,2	2,6	R1 2,4; R3 2,6	18.755
<b>MEDIA DISTRIBUCION FRECUENCIAS</b>	<b>6,1</b>	<b>78 %</b>	<b>5</b>	<b>8,3</b>	<b>2,7</b>	<b>R1 3 ; R3 3,1</b>	<b>20.220</b>

CS = Centros de Salud; #PED = número de Pediatras

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE TUTORES / RESIDENTES DE TERCER AÑO

CC.AA.	COCIENTE TUTORES/ RESIDENTES	VARIANZA	DESVIACION STANDARD
ANDALUCIA	2,62	0,93	0,96
ARAGON	2,7	0,81	0,9
ASTURIAS	1,43	-	-
BALEARES	2,66	0,06	0,24
CANARIAS	2,19	0,89	0,94
CANTABRIA	1,32	0,03	0,17
CASTILLA LEON	1,94	0,63	0,79
C. LA MANCHA	1,72	0,41	0,64
CATALUÑA	2,17	0,08	0,28
EXTREMADURA	1,11	0,01	0,12
GALICIA	1,99	0,37	0,61
LA RIOJA	1,14	-	-
MADRID	2,76	0,83	0,91
MURCIA	1,76	0,05	0,23
NAVARRA	2,18	-	-
PAIS VASCO	2,04	0,04	0,2
C. VALENCIANA	1,98	0,08	0,28
<b>MEDIA DE LA DISTRI- BUCIÓN DE FREC.</b>	<b>2,19</b>	<b>0,4</b>	<b>0,63</b>



TABLA 3. ACTIVIDADES FORMATIVAS DE LOS CENTROS DE SALUD

CC.AA.	SESIONES CLINICAS	SESIONES BIBLIOGRAFICAS	SESIONES DE REVISION
ANDALUCIA	4,3	1,7	1,7
ARAGON	3,9	1,8	1,8
ASTURIAS	2	1,2	0,9
BALEARES	2,4	3,3	5
CANARIAS	4	1,3	1,7
CANTABRIA	2	1	0,7
CASTILLA LEON	3,2	1,5	1,2
C. LA MANCHA	3,7	1,3	0,9
CATALUNA	4,3	2,6	2,2
EXTREMADURA	4,9	2,4	1,3
GALICIA	2,7	1,4	1
LA RIOJA	4	2	2
MADRID	3,2	1,4	2,1
MURCIA	1,2	1,1	1,1
NAVARRA	3,6	1	1,4
PAIS VASCO	3,6	1,2	1,8
C. VALENCIANA	2,9	1,6	1,3
<b>MEDIA PONDERADA</b>	<b>3,4</b>	<b>1,6</b>	<b>1,7</b>

TABLA 4. COMENTARIOS DEL COORDINADOR SOBRE EL CENTRO DE SALUD

ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
<p>Positivo (11 opiniones)            Buenas relaciones y adecuada dedicación. Buena integración (7 opiniones)            Reciente acreditación de centros (4 opiniones)            Informatización completa en todos los Centros Docentes.            Estructuras amplias y modernas de los CS docentes (3 opiniones)            Experiencia asistencial y docente. Excelentes evaluaciones por los residentes de sus tutores. Equipos muy cualificados (3 opiniones)            Muy buena implicación y estrecha colaboración de los tutores en la docencia. Motivación, compromiso (3 opiniones)            Se mantienen todas las acreditaciones. Se inicia el proceso de reacreditación (3 opiniones)            Prestigio de los Centros Docentes, cada vez más solicitados por los médicos de AP. Grupo de tutores amplio que obliga a competencia (2 opiniones)            Otras opiniones individuales: Su cartera de servicios permite el aprendizaje de todo el programa. Comienza a interesarse por la investigación y a realizar trabajos con la UD. Se ha potenciado el plan de formación de tutores. Integración del R3 en las labores del equipo. Buena relación entre número de residentes y tutores. Programación docente del tercer año realizada por todos los tutores. Cubre todas las necesidades. Acreditado por la Joint Comisión.</p>	<p>Muy poca dedicación por la excesiva presión asistencial. Exceso de demanda. Consultas masificadas. Cupos excesivos (15 opiniones)            Falta de tutores acreditables con la resolución de la OPE. Incertidumbre profesional.            Número ajustado tutores/residentes. Alto índice de interinidad (11 opiniones)            Infraestructura escasa. Falta de espacios para los residentes. Dificultad para dotar con recursos docentes (8 opiniones)            Escasa implicación en las labores no asistenciales del residente. Escasa participación en actividades de la UD e investigación (6 opiniones)            El perfil de los puestos de trabajo de los centros acreditados no contempla esta acreditación. Escaso reconocimiento de la labor del tutor de AP administrativo y retributivo.            Desmotivación del tutor (5 opiniones)            Horario deslizando que dificulta las reuniones del Equipo y las actividades docentes conjuntas. Elevado número de tutores en horario de tarde. Dificultades organizativas para realizar formación y reciclajes (4 opiniones)            No mas Centros de Salud acreditables. Se necesitan más centros de Salud acreditados (3 opiniones)            Pocas sesiones clínicas (2 opiniones)            Restricción en la disponibilidad de test diagnósticos y petición de pruebas complementarias (2 opiniones)            Otras opiniones individuales: Muy deficiente coordinación con atención especializada. Falta de implementación de programas de actividad comunitaria y asistencia a la familia.            Distancia al hospital. Juventud de los tutores, cierta inexperiencia. Su organización no suele tener en cuenta la función docente. Malestar de los tutores por la incorporación del R1 en verano. Deseable mayor implicación en la docencia de salud pública y entrevista clínica.            Trabajador Social con poco tiempo de dedicación. Centros docentes en que la pediatría no pertenece a la docencia. Tutor sin dedicación exclusiva. Falta de formación de los tutores en metodología docente.</p>

### **ANEXO II/3 - ARTÍCULO TERCERO: ESTRUCTURA DOCENTE DEL HOSPITAL ACREDITADO**

Para el análisis de este apartado de las Memorias Anuales de las Unidades Docentes las variables estudiadas han sido:

- Comunidad Autónoma
- Tamaño del Hospital
- Número de residentes de Medicina Familiar por hospital
- Porcentaje de residentes de Medicina Familia/ total residentes
- Coeficiente de residentes por número de camas hospitalarias
- Especialidad del tutor hospitalario principal

A partir de estas variables se han elaborado 4 tablas:

- Estructura formativa en el medio hospitalario
- Relación del tamaño hospitalario (número de camas), con el porcentaje de residentes de Medicina Familiar respecto del total de residentes
- Número de residentes de Medicina Familiar por Centro
- Coeficiente de residentes totales/ número de camas

Además se construyen 2 gráficos que muestran el grado de dispersión sobre la relación entre una variable independiente (tamaño del hospital) y dos variables dependientes (coeficiente residentes/ camas y porcentaje de residentes de familia respecto del total), mostrando una dependencia lineal y directa causal unilateral, expresable en una relación funcional entorno a una línea de regresión.

### **RESULTADOS DEL APARTADO ESTRUCTURA DOCENTE DEL HOSPITAL ACREDITADO**

Respecto a la estructura formativa en el medio hospitalario (Tabla 1), la media de distribución de frecuencias para las Unidades Docentes estudiadas es de 92 hospitales Tipo I (menor de 400 camas), con 17 residentes de Medicina Familiar por Hospital, que constituyen el 80% del total de residentes del Centro, y con un coeficiente de camas hospitalarias por residente (ideal cuanto menor coeficiente) de 0,12; siendo los hospitales entre 300-400 camas los que muestran mejor coeficiente (0,11) y un porcentaje de residentes de Familia, respecto del total de residentes, del 69%.

En los Hospitales de tipo II (entre 400 y 800 camas), con una media en el número de residentes de Familia de 32 (lo que supone el 37% del total de residentes del Centro), el coeficiente es de 0,17, manteniéndose uniforme para este subgrupo.

Los Hospitales de tipo III (mayor de 800 camas) sufren un salto cuantitativo y cualitativo, el coeficiente de residentes partido por el número de camas se eleva a 0,22, con 60 residentes de Familia por centro, de media; siendo el 23%

del total de residentes por centro (en las Tablas 2 y 3 puede verse la relación de las variables; en los Gráficos 1 y 2 puede apreciarse su dependencia).

Las dos variables “Coeficiente residentes/ número de camas” y “porcentaje residentes de Medicina Familiar respecto total residentes”, están correlacionadas con la variable independiente “Tamaño del Hospital”, y su dependencia es de tipo lineal directa, como demuestra el diagrama de dispersión y el análisis estadístico del mismo, utilizando métodos de ajuste lineales (líneas de regresión).

Respecto a la distribución del “tutor hospitalario principal” (Gráfico 3), le corresponde, en el 42 % de los casos, a médicos de familia en el área de Urgencias, el 29 % son médicos internistas, el 13 % de especialidades médicas, el 9 % especialidades médico-quirúrgicas, el 4 % pediatras y el 3 % restante perteneciente a especialidades no clínicas.

TABLA 1. ESTRUCTURA FORMATIVA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

CC.AA.	TIPO DE HOSPITAL Y MEDIA DE RESIDENTES MFYC POR HOSPITAL		% RESIDENTES MFYC / TOTAL RESIDENTES	COEFICIENTE RESIDENTES / CAMAS HOSPITAL
ANDALUCIA	TIPO I*(16)	17	89 %	0,10
	TIPO II**(8)	29	28 %	0,18
	TIPO III**(6)	45	17 %	0,21
ARAGON	TIPO I (4)	14	78 %	0,09
	TIPO III (1)	82	33 %	0,20
ASTURIAS	TIPO I (6)	13	84 %	0,09
	TIPO II (1)	28	40 %	0,10
	TIPO III (1)	40	18 %	0,15
BALEARES	TIPO I (3)	19	98 %	0,14
	TIPO II (1)	40	23 %	0,20
CANARIAS	TIPO I (3)	22	87 %	0,03
	TIPO II (1)	39	36 %	0,21
	TIPO III (2)	46	29 %	0,17
CANTABRIA	TIPO I (2)	26	100 %	0,13
	TIPO III (1)	51	18 %	0,29
CASTILLA LEON	TIPO I (9)	28	76 %	0,15
	TIPO II (3)	43	31 %	0,21
	TIPO III (1)	69	26 %	0,29
C. LA MANCHA	TIPO I (3)	14	86 %	0,07
	TIPO II (6)	31	38 %	0,19

CATALUÑA	TIPO I (10)	16	58 %	0,12
	TIPO II (3)	19	44 %	0,07
	TIPO III (2)	25	10 %	0,30
EXTREMADURA	TIPO I (3)	19	74 %	0,13
	TIPO II (1)	57	41 %	0,14
GALICIA	TIPO I (4)	24	36 %	0,13
	TIPO II (2)	24	19 %	0,14
LA RIOJA	TIPO II (1)	54	52 %	0,16
MADRID	TIPO I (8)	22	77 %	0,14
	TIPO II (5)	40	32 %	0,28
	TIPO III (4)	52	12 %	0,32
MURCIA	TIPO I (3)	29	75 %	0,18
NAVARRA	TIPO I (2)	15	100 %	0,12
	TIPO II (2)	26	31 %	0,17
PAIS VASCO	TIPO I (6)	15	88 %	0,15
	TIPO II (3)	37	63 %	0,15
	TIPO III (2)	58	34 %	0,18
C. VALENCIANA	TIPO I (8)	25	73 %	0,14
	TIPO II (3)	32	27 %	0,20
MEDIA DISTRIBUCION FRECUENCIAS	TIPO I (92)	17	80 % (S = 0´11)	0,12 (S = 0,03)
	TIPO II (40)	32	37 % (S = 0´09)	0,17 (S = 0,04)
	TIPO III (20)	60	23 % (S = 0´09)	0,22 (S = 0,06)

HOSPITAL TIPO I: MENOR DE 400 CAMAS; HOSPITAL TIPO II: ENTRE 400 Y 800 CAMAS; HOSPITAL TIPO III: MAYOR DE 800 CAMAS

TABLA 2. RELACION DE LAS VARIABLES “TAMAÑO DE HOSPITAL” Y “COEFICIENTE DE RESIDENTES PARTIDO POR NÚMERO DE CAMAS”

## Coeficiente

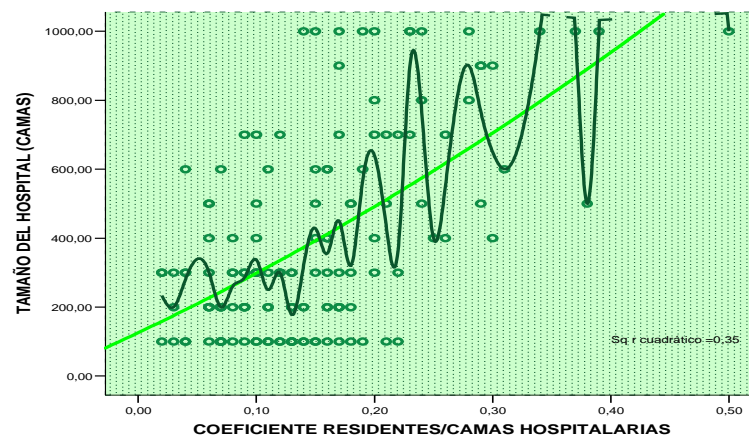
Tamaño	Media	N	Desviación Típica
100,00	,1139	31	,05181
200,00	,1113	24	,04397
300,00	,1064	25	,05453
400,00	,1709	11	,07622
500,00	,1850	10	,10135
600,00	,1488	8	,08236
700,00	,1778	9	,06119
800,00	,2400	3	,04000
900,00	,2260	5	,09762
1000,00	,2400	15	,11844
Total	,1477	141	,08384

**TABLA 3. RELACIÓN DE LAS VARIABLES “TAMAÑO HOSPITAL” Y “PORCENTAJE DE RESIDENTES DE FAMILIA RESPECTO DEL TOTAL DE RESIDENTES”**

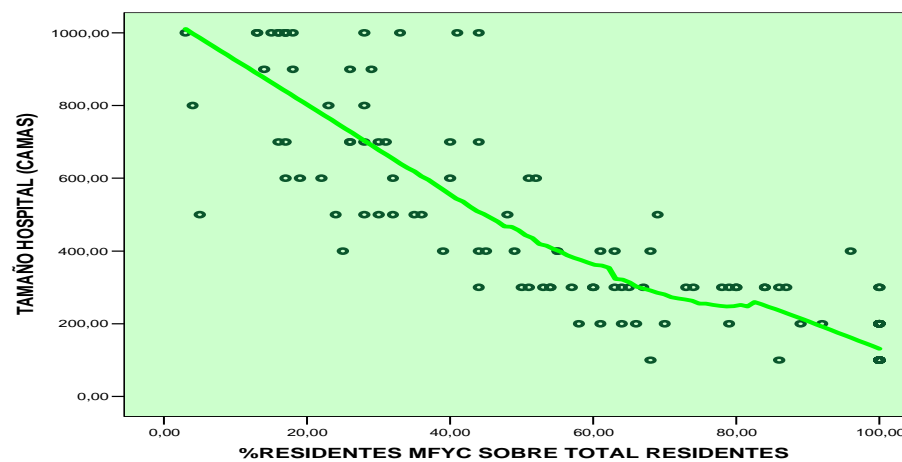
**Porcentaje**

Tamaño	Media	N	Desv. típ.
100,00	98,5161	31	6,19608
200,00	87,7500	24	19,77097
300,00	69,8800	25	15,58931
400,00	54,5455	11	18,33229
500,00	37,5000	10	19,59734
600,00	40,2500	8	23,97469
700,00	28,6667	9	9,23309
800,00	18,3333	3	12,66228
900,00	28,2000	5	15,62690
1000,00	26,0667	15	23,25777
Total	64,1773	141	32,26017

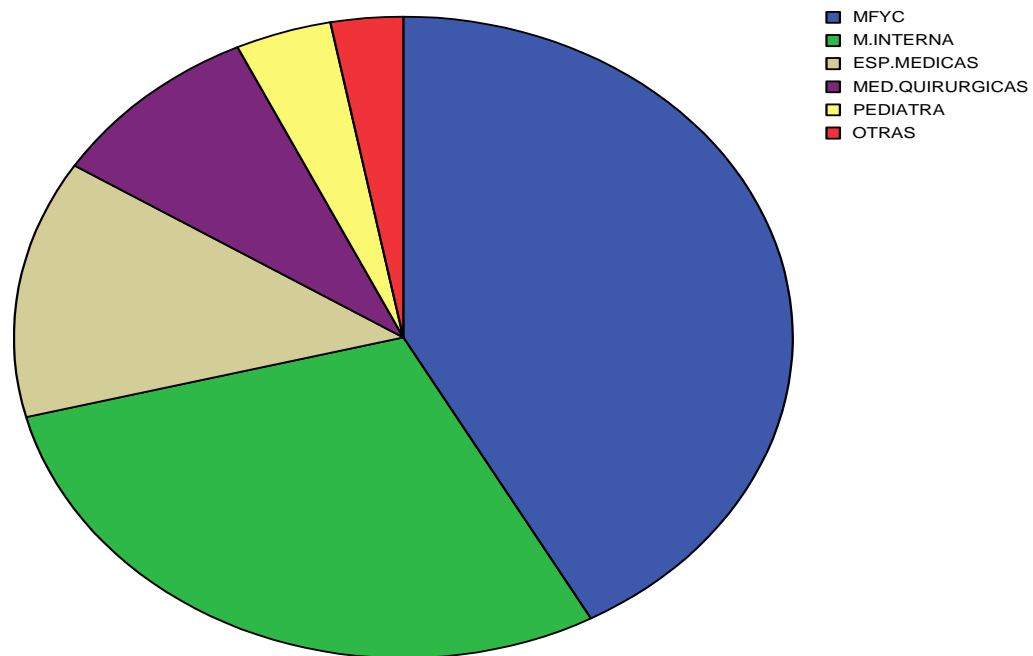




**GRÁFICO 1. DEPENDENCIA DE LAS VARIABLES "TAMAÑO DE HOSPITAL" Y "COEFICIENTE DE RESIDENTES PARTIDO POR NÚMERO DE CAMAS"**



**GRÁFICO 2. DEPENDENCIA DE LAS VARIABLES "TAMAÑO HOSPITAL" Y "PORCENTAJE DE RESIDENTES DE FAMILIA RESPECTO DEL TOTAL DE RESIDENTES"**



**GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN POR ESPECIALIDAD DEL TUTOR HOSPITALARIO PRINCIPAL**

## **ANEXO II/4 - ARTÍCULO CUARTO: ACTIVIDADES FORMATIVAS REALIZADAS POR LAS UNIDADES DOCENTES**

La circunstancia que caracteriza el perfil del Médico de Familia es el extenso contenido de materias que debe abarcar durante su formación, a esta dificultad se añade la ausencia de adquisición de conocimientos durante el pregrado sobre el ámbito de la Medicina Familiar y Comunitaria, así como sobre la Atención Primaria de Salud, teniendo que añadir durante la especialización contenidos que deberían formar parte del currículum universitario. El correcto cumplimiento del Programa formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, exige un extenso programa de actividades docentes formativas específicas en áreas fundamentales de carácter teórico-práctico planificadas, impartidas por la Unidad Docente a lo largo del periodo de residencia.

Las variables estudiadas para este apartado fueron:

- Número de actividades
- Tipo de actividad (curso, seminario, taller)
- Facultativos a los que se dirigen las actividades
- Evaluación de la actividad por el usuario
- Materias impartidas.

Posteriormente, se compararon con los datos obtenidos de las mismas variables en la recopilación de datos del año 2002, y se analizó su evolución.

### **RESULTADOS DEL APARTADO: ACTIVIDADES FORMATIVAS**

En la Tabla 1 se aprecian las Actividades Formativas por materias, realizadas por las Unidades Docentes. Se han cumplimentado registros de 1.300 actividades realizadas, distribuidas en 27 materias, siendo los tipos de actividades más frecuentes las de carácter clínico (19%), entrevista clínica y herramientas de Comunicación (9%), las referentes a investigación en Atención Primaria (8%), e informática para Médicos (7%). En cuanto a los contenidos formativos del nuevo Programa de la Especialidad por áreas docentes de competencias, observamos:

1º. Respecto a las Competencias Esenciales (comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión de la atención y bioética) se dirigen 389 Actividades (30%, frente al 28% DEL 2002).

2º. Sobre Competencias relacionadas con la Atención al Individuo (abordaje de necesidades y problemas de salud, abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo) se imparten 480 Actividades (36%, frente al 33% en 2002).

3º. De las Competencias en relación a la Familia se dirigen 61 Actividades (5%, frente al 4% en 2002).

4º. Para las Competencias próximas a la Comunidad se realizan 88 Actividades (7%, frente al 5% en 2002).

5º. Referente a Competencias relacionadas con la Formación, Docencia e Investigación 282 Actividades (22%, frente al 30% en 2002).

En la Tabla 2 y 3 se aprecia la distribución de actividades formativas por año de residencia y la estructura de las mismas. En el análisis descriptivo del “Tipo de Actividad”:

- el formato “Curso” es el más utilizado con 729 Actividades (56% del total) y una media de puntuación de 2,96; 12 horas de duración; 21 alumnos por curso
- seguido del modelo “Taller” con 298 Actividades (23%) y media de puntuación 2,23; 11 horas de duración; 24 alumnos por curso
- “Seminario”, con 273 registros (21%) y media de puntuación 2,96; 12 horas de duración; 21 alumnos

En la distribución de Actividades Formativas por año de residencia, es el residente de tercer año a quien se dirigen el mayor número de Actividades (n=647), seguido del residente de primer año (n=605), residente de segundo año (n=574), y por el tutor (n=194), remarcando que 83 de esas Actividades fueron exclusivas para tutores.

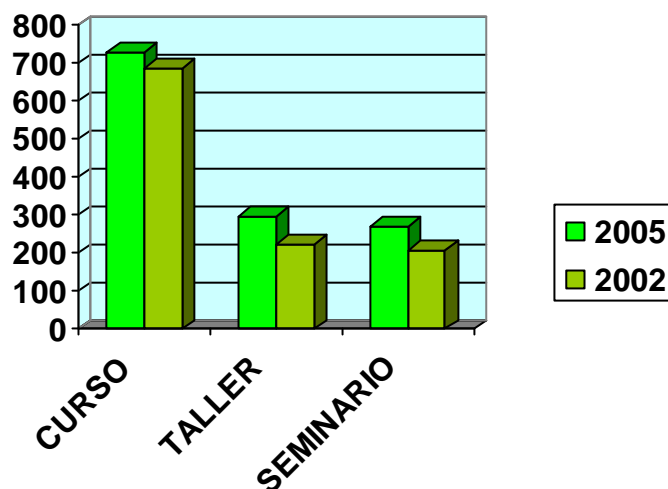
**TABLA 1. ACTIVIDADES FORMATIVAS POR MATERIAS, REALIZADAS POR LAS UNIDADES DOCENTES**

MATERIA	2000	2005
Área Clínica	180	245
Entrevista Clínica	99	114
Investigación en Atención Primaria	122	110
Informática para Médicos	65	90
Introducción al Programa de la especialidad	79	68
PAPPS	29	65
Gestión, Administración	21	56
Mejora de la Calidad	55	55
Atención familiar	50	52
Urgencias	36	48
Educación y Promoción de la Salud	29	48
RCP	58	46
Estadística	46	32
Planificación Sanitaria	56	31
ECG Clínica	24	26
Medicina Comunitaria	18	25
Cuidados Paliativos	27	25
Salud Mental	38	25
Bioética	27	24
Legislación Sanitaria	15	22
Uso Racional del Medicamento, Farmacología Clínica	14	20
Epidemiología Clínica	56	18
Demografía	14	15
Medicina Basada en la Evidencia	14	14
Formación de Tutores	24	9
Planificación Familiar	0	9
Salud Laboral	6	8
<b>TOTAL</b>	<b>1.202</b>	<b>1.300</b>

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES FORMATIVAS POR AÑO DE RESIDENCIA**

AÑO	CURSO	TALLER	SEMINARIO	TOTAL
R1	357	113	135	605
R2	319	126	129	574
R3	363	163	121	647
Tutor	120	42	32	194

La misma Actividad es impartida de manera conjunta a Residentes de distintos años, no se corresponde por tanto con el total de Actividades Formativas de la Tabla 2



**GRAFICO 1. TIPO DE ACTIVIDAD Y SU EVOLUCION**

TABLA 3. ESTRUCTURA DE LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS

ACTIVIDAD	NUM (%)	PUNTUACIÓN				DURACION				ALUMNOS			
		1	2	3	4	<10H	10-15H	15-20H	>20H	<10	10-20	20-30	>30
CURSO	729 (56%)	92 (13%)	193 (27%)	93 (13%)	351 (47%)	228 (32%)	153 (21%)	194 (26%)	154 (21%)	119 (16%)	226 (30%)	240 (33%)	144 (21%)
TALLER	298 (23%)	116 (38%)	40 (14%)	88 (30%)	54 (18%)	150 (51%)	36 (12%)	36 (12%)	76 (25%)	27 (9%)	97 (33%)	105 (34%)	69 (24%)
SEMINARIO	273 (21%)	119 (43%)	18 (7%)	45 (16%)	91 (34%)	210 (77%)	20 (7%)	19 (7%)	24 (9%)	56 (19%)	97 (36%)	71 (26%)	49 (19%)
TOTAL	1300	327 (25%)	251 (19%)	226 (18%)	496 (38%)	588 (45%)	209 (16%)	249 (19%)	254 (20%)	202 (16%)	420 (32%)	416 (32%)	262 (20%)

## **ANEXO II/5 - ARTÍCULO QUINTO: PLANIFICACIÓN DOCENTE**

En los criterios de planificación del Ministerio de Sanidad, sobre la distribución anual de plazas para residentes de Medicina Familiar y Comunitaria entre Comunidades Autónomas (CCAA), se han seguido a lo largo de los años varias directrices: capacidad formativa de las UDD en cada provincia, número de tutores acreditables por Comunidad, solicitud de residentes en base a necesidades de cobertura asistencial en centros docentes, etc. Con independencia, en muchas ocasiones, de la necesidad real que a nivel laboral podían tener las Áreas de Salud donde se formaba el residente, o de criterios poblacionales.

Ante la evidencia de una situación muy variable en España en relación a la incorporación de los médicos de familia en el mercado laboral por CCAA, se estima que en algunas CCAA se forman más residentes de los que el sistema público de salud puede absorber posteriormente, mientras que en otras CCAA hay un claro déficit final de facultativos. Desde la Comisión Nacional de la Especialidad se considera importante retomar el criterio poblacional como base de análisis de la distribución de la oferta formativa y por ello resulta interesante realizar un estudio descriptivo actualizado de las Unidades Docentes, respecto a coeficientes de residentes asignados en relación con la población adscrita en cada Área de Salud, que aporte datos objetivos y oriente en un futuro la adaptación del número de plazas ofertadas en el MIR por Comunidades, con las necesidades de médicos de familia que tendrá su particular sistema de salud. Además, se estima oportuno valorar la asignación de recursos humanos de cada Unidad Docente en relación al número de residentes que forma, como parámetro indirecto de calidad formativa. Posteriormente se podrá comparar la evolución sufrida en este ámbito con la implementación del nuevo Programa de la Especialidad, evolución que será recogida en la explotación de las Memorias correspondientes al año 2006.

Las variables estudiadas en este apartado fueron:

- Comunidad Autónoma
- Tamaño de Unidad Docente agrupadas en tipo I (menor de 50 residentes), tipo II (mayor de 50 residentes) y tipo III (mayor de 100 residentes)
- Número de residentes de Medicina de Familia por Unidad Docente
- Dedicación horaria y asignación de recursos humanos a la Unidad
- Coeficiente de residentes asignados anualmente respecto a la población adscrita al Área de Salud, expresadas como comparación de medias y su desviación estándar

A partir de estas variables se elaboraron 2 tablas, la primera sobre "Dedicación, recursos humanos y coeficiente, en relación al tamaño de la Unidad Docente", y la segunda sobre "Tipo de Unidad Docente y coeficiente, en relación a la Comunidad Autónoma". Los resultados se reflejan en el gráfico que muestra el diagrama de dispersión sobre tipo de dependencia entre una variable independiente (tamaño del hospital) y la variable dependiente (coeficiente residentes asignados anualmente por población adscrita).



## **RESULTADOS DEL APARTADO PLANIFICACIÓN DOCENTE**

En la Tabla 1 se aprecia el tamaño de la Unidad Docente y las necesidades formativas del área de salud por Comunidades. El Coeficiente de asignación de residentes anual por población adscrita al Área de Salud sigue una distribución homogénea, obteniéndose un resultado entre 0,75 y 2,49 para un intervalo de confianza del 95%. La media es de 1,49 para las Unidades Docentes tipo III ( $S = 0,37$ ), 1,39 para las de tipo II ( $S = 0,53$ ), y 1,72 para las de tipo I ( $S = 0,63$ ). No existe correlación lineal de este Coeficiente respecto al tamaño de la Unidad Docente, registrándose los mejores coeficientes en Canarias, Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana, frente a los más ajustados de Cantabria, Castilla y León, Aragón y Extremadura.

En la Tabla 2 y Gráfico 1 se aprecian la relación entre el tamaño de la unidad docente, recursos humanos y necesidades formativas del Área de Salud. Respecto a la valoración de Recursos Humanos asignados a las Unidades Docentes expresada en las variables "Tamaño de Unidad Docente" y "Dedicación". Se comprueba que mantienen una correlación lineal positiva, registrándose diferencias significativas entre Unidades tipo III con respecto a las de tipo II y tipo I.

Para las Unidades Docentes de tipo III (mayor de 100 residentes) la media de dedicación del Coordinador fue 36 horas/ semanales, con apoyo del Técnico de Salud y Auxiliar Administrativo a tiempo completo e incluso con mas de una persona para cada puesto, con la excepción de la Unidad Docente Costa de Ponent, sin asignación de Técnico de Salud.

Respecto a las Unidades Docentes de tipo II (mayor de 50 residentes) la dedicación horaria del Coordinador fue de 34 horas/ semanales, evidenciándose un descenso de la disponibilidad del Técnico de Salud (20 horas/ semanales) incluso con ausencia del mismo en Madrid (Áreas I, II, III y V), Albacete e ICS Terrassa, y casi nula (menor de 10 horas/ semanales) en Madrid Área IX, Salamanca, Badajoz y Pamplona. Analizando el apoyo del Auxiliar Administrativo, la dedicación media es de 29 horas/ semanales, evidenciándose ausencia del mismo en Pamplona, Madrid Área I, V y VII.

Las Unidades Docentes tipo I (menor de 50 residentes) son las mas precarias en su situación respecto a Recursos Humanos con una dedicación del Coordinador de 24 horas/ semanales, desempeñando además labores asistenciales el 49 % de los mismos, con un apoyo del Técnico de Salud de 15 horas/ semanales, figura ausente en las Unidades Docentes de La Palma, Soria, Ponferrada, Segovia, FASS Tarragona, Don Benito, Pontevedra, Ferrol y Lorca, y con mínima posibilidad de dedicación (menos de 10 horas/ semanales) en Talavera, Teruel, Zamora, Tortosa, A Coruña y Santiago. El personal Administrativo presenta una dedicación de 22 horas/ semanales de media, ausente en las Unidades Docentes de Mutua Terrassa y Ferrol, y escasa posibilidad de dedicación (menos de 10 horas/ semanales) en Alcañiz, Zamora, Tortosa y Santiago.

TABLA 1. TAMAÑO DE LA UNIDAD DOCENTE Y NECESIDADES FORMATIVAS DEL ÁREA DE SALUD POR COMUNIDADES

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TIPO DE UNIDAD DOCENTE ESTUDIADA			COEFICIENTE RESIDENTES ASIGNADOS ANUALMENTE POR UNIDAD DOCENTE/ POBLACION ADSCRITA AL AREA DE SALUD	
	I	II	III	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR
ANDALUCIA	1	4	3	1,54	0,46
ARAGON	3	2	0	2,01	0,59
ASTURIAS	0	0	1	1,61	0
BALEARES	1	1	0	1,41	0,29
CANARIAS	4	1	0	0,84	0,25
CANTABRIA	1	1	0	2,33	0,2
CASTILLA LEON	5	5	0	2,05	0,49
C. LA MANCHA	4	2	0	1,81	0,27
CATALUNA	6	1	1	1,25	0,49
EXTREMADURA	2	1	0	2,14	0,4
GALICIA	4	1	0	1,61	0,29
LA RIOJA	0	1	0	2,62	0
MADRID	0	7	1	1,33	0,23
MURCIA	1	1	0	1,6	0,07
NAVARRA	0	1	0	1,4	0
PAIS VASCO	0	1	2	1,4	0,27
C.VALENCIANA	0	1	1	1,29	0,01

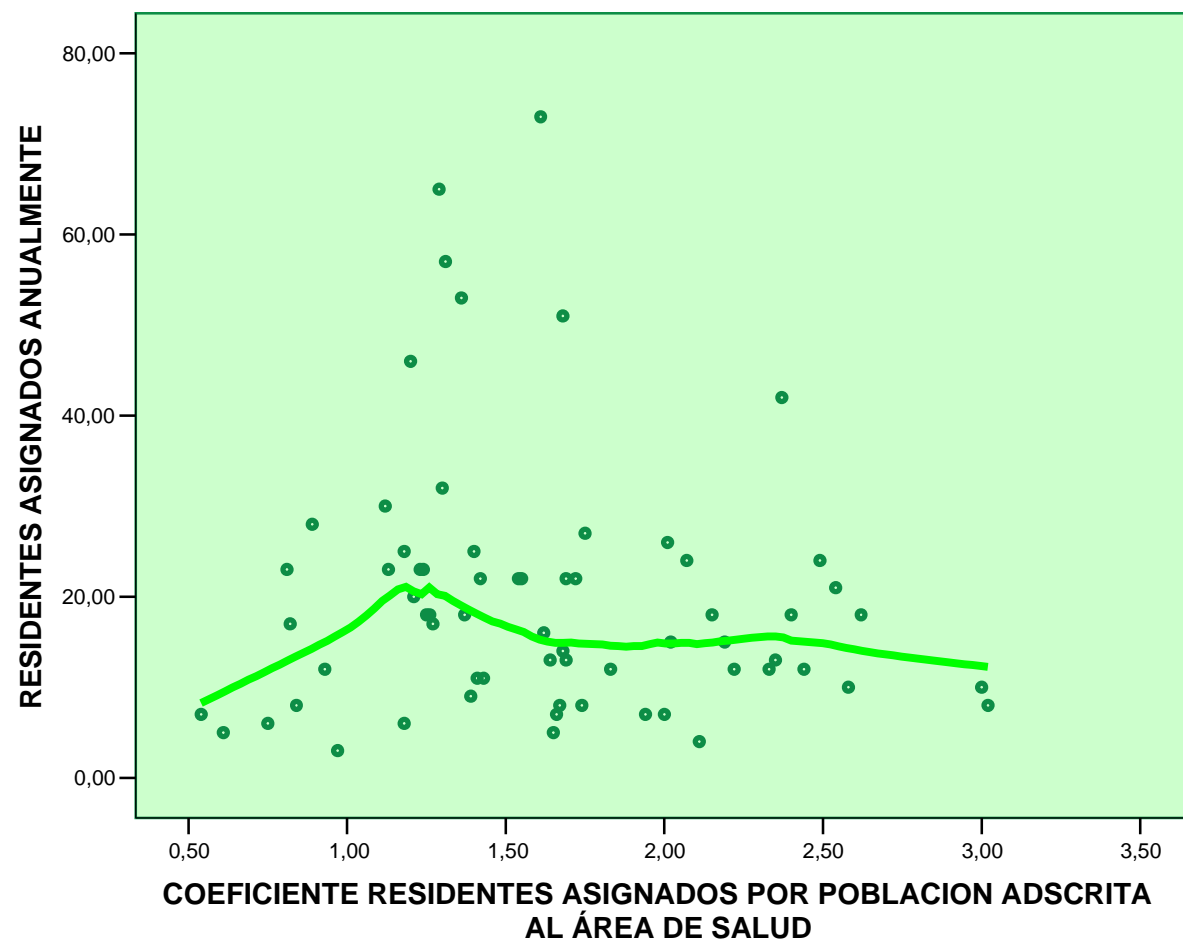
**TABLA 2. TAMAÑO DE LA UNIDAD DOCENTE, RECURSOS HUMANOS Y NECESIDADES FORMATIVAS DEL ÁREA DE SALUD**

TIPO DE UNIDAD DOCENTE	DEDICACIÓN COORDINADOR	DEDICACIÓN TECNICO SALUD	DEDICACIÓN AUXILIAR ADMINISTRATIVO	COEFICIENTE RESIDENTES ASIGNADOS ANUALMENTE POR UNIDAD DOCENTE/ POBLACION ADSCRITA AL AREA DE SALUD	
				MEDIA	DESV.STAND.
TIPO III*	36 h /sem	32 h /sem	37 h /sem	1,49	0,37
TIPO II**	34 h /sem	20 h /sem	29 h /sem	1,39	0,53
TIPO I***	24 h /sem	15 h /sem	22 h /sem	1,72	0,63

\*TIPO III: 5 Unidades Docentes presentan 2 Técnicos de Salud y 3 Unidades Docentes presentan 2 Auxiliares Administrativos

\*\*TIPO II: 6 Unidades Docentes sin Técnico de Salud y 4 Unidades Docentes sin Auxiliar Administrativo

\*\*\*TIPO I: 9 Unidades Docentes sin Técnico de Salud y 2 Unidades Docentes sin Auxiliar Administrativo



**GRÁFICO 1. RELACIÓN DE LAS VARIABLES TAMAÑO DE UNIDAD DOCENTE Y COEFICIENTE RESIDENTES ASIGNADOS ANUALMENTE/ NECESIDADES FORMATIVAS DEL ÁREA DE SALUD**

**ANEXO III - FORMACIÓN**  
**COMPLEMENTARIA: NECESIDADES**  
**PERCIBIDAS POR LOS RESIDENTES**  
**DE MEDICINA DE FAMILIA**

## **1º. PROLOGO, INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El presente artículo resume la primera fase del proyecto de investigación que venimos desarrollando desde la Unidad Docente de Salamanca, sobre adecuación y aprovechamiento de los cursos impartidos dentro de las Actividades Formativas de las Unidades Docentes, y que impacto tendría en su organización el tener en cuenta las necesidades formativas que el residente percibe a lo largo de su especialización. Este proyecto formó parte de las Comunicaciones sobre Postgrado: Programas Docentes y Metodologías, que fueron presentadas en el XVII Congreso de la SEDEM celebrado en Albacete en Octubre del 2005.

Un grupo de residentes de tercer año nos planteamos como objetivo analizar las necesidades básicas de formación teórico-prácticas sentidas por los residentes de Medicina Familiar de toda España, en cada uno de los años de residencia que establece el nuevo Programa de la Especialidad, y conocer la importancia que conceden a estas actividades así como el momento que consideran mas adecuado para realizar cada una de ellas.

Quisimos ser ambiciosos en nuestro planteamiento, y con la idea de poder extender nuestro estudio en una segunda fase a residentes de todas las especialidades, y obtener así conclusiones válidas que contribuyeran en un futuro al diseño de un plan formativo común para todos los especialistas, en concordancia con el desarrollo de la troncalidad que establece la LOPS, decidimos solo analizar las actividades formativas en áreas básicas (excluyendo la formación específica en Medicina de Familia).

## **2º. MATERIAL Y METODOS, SUJETOS Y ÁMBITO**

Estudio de diseño descriptivo transversal, se enviaron encuestas auto cumplimentadas a todas las Unidades Docentes del ámbito nacional. Respecto a las variables elegimos: año de residencia, edad, sexo, importancia para la formación de 23 cursos básicos (puntuación de 0 a 10) y año de residencia que consideraba mas adecuado para realizarlos. Dentro de los 23 cursos básicos, los primeros 14 eran eminentemente “clínicos” frente a los 9 últimos “no clínicos”.

**TABLA 1 – CURSOS BASICOS**

1. Urgencias básicas
2. Interpretación de ECG
3. Interpretación de Radiología básica
4. RCP Básica
5. RCP avanzada
6. Atención al paciente politraumatizado
7. Atención al paciente drogodependiente
8. Atención a situaciones de violencia (familiar y otras)
9. Manejo del dolor
10. Cuidados paliativos
11. Inmovilización y vendajes
12. Suturas y técnicas quirúrgicas básicas
13. Tratamiento parenteral y fluidoterapia
14. Entrevista Clínica, comunicación, relación médico-paciente y habilidades sociales
15. Informática básica y búsqueda de información médica en Internet
16. Metodología de la investigación, epidemiología, estadística y demografía.
17. Medicina Basada en la Evidencia
18. Responsabilidad Civil y Medico-Legal
19. Bioética
20. Organización y Gestión sanitaria
21. Calidad
22. Uso racional de recursos sanitarios
23. Inglés para médicos

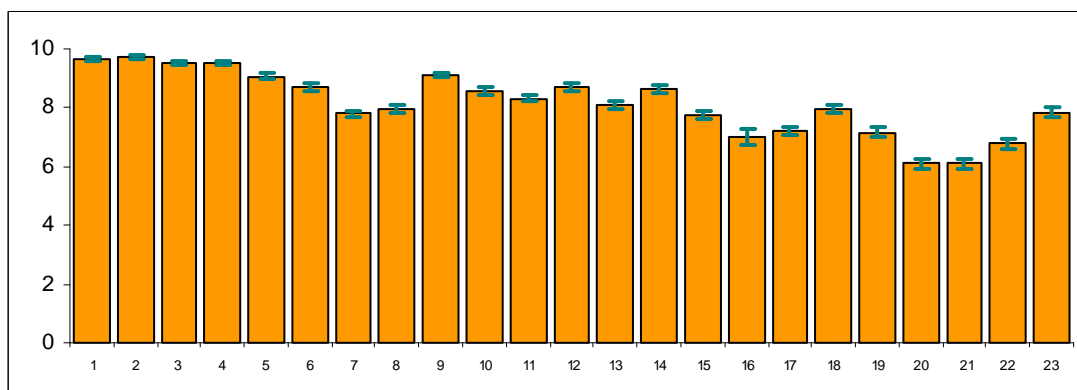
**3º. RESULTADOS**

Se recibieron 602 encuestas válidas con participación de residentes de 15 Comunidades Autónomas, respecto al perfil del Residente, el 74% fueron mujeres con una moda de edad de 27 años, el 34% R3, 38% R2 y 28% R1. La distribución de la media de la importancia otorgada a los cursos fue muy homogénea, obteniendo una mediana entre 7 y 10 (máxima puntuación en el 40 % de los cursos) para un intervalo de confianza del 95%.

De las 23 actividades seleccionadas 9 se preferían realizar el primer año, 5 el segundo, 9 el tercero y ninguna el cuarto. No se encontraron diferencias significativas entre los años de residencia, excepto para el curso “Uso racional de recursos sanitarios” con una tendencia a descender la puntuación según aumentaba el año de residencia.

Uniformemente se preferían los cursos “clínicos” para el primer año de residencia, excepto el curso número 10 “Cuidados paliativos”, y se seleccionan los no “clínicos” para el tercer año formativo.

**TABLA 2 - Valoración media de la importancia de los cursos  
[ I.C. 95 % ]**

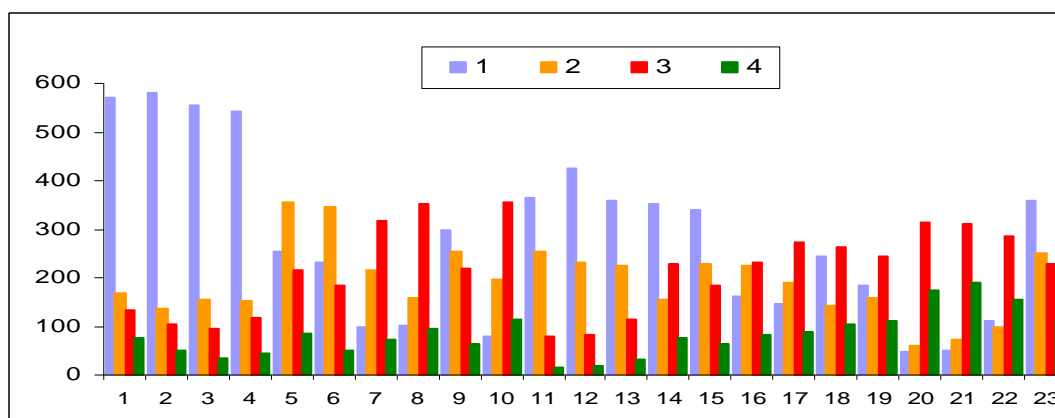


#### **4º. CONCLUSIONES**

Los cursos de formación básica tienen mucha importancia para los residentes. Las necesidades sentidas en cada momento deberían tenerse en cuenta para adecuar las actividades formativas de cada año, y mejorar el aprovechamiento docente. Destacan la uniformidad de criterios en la selección de los cursos eminentemente “clínicos” el año R1, año en que se produce el contacto inicial con las urgencias hospitalarias y las rotaciones por especialidades médicas, con el conflicto que representa para el residente resolver este tipo de contenidos. Una excepción sin embargo, es el curso número 10 “Cuidados Paliativos” que presenta probablemente mayor necesidad de herramientas clínicas previas, para la adquisición de competencias en esta área.

En cambio se retrasan los cursos “no clínicos” al tercer año, probablemente por ser necesario un cierto grado de conocimiento del sistema sanitario para entender conceptos de calidad, uso racional de recursos sanitarios, medicina basada en la evidencia (MBE), o apreciar el aprendizaje de recursos estadísticos para la investigación.

**TABLA 3 – PUNTUACION DE LOS CURSOS POR AÑO DE RESIDENCIA**





El concepto de cuarto año, introducido por el nuevo Programa de la Especialidad, no está aún muy asumido dado que escasamente se presentó en las respuestas al formulario.

**TABLA 4 - INTERES DE LOS CURSOS**

CURSO	AÑO PREFERIDO	INTERES (MEDIANA)	INTERES (MEDIA)
Interpretación de ECG	1	10	9,72
Urgencias básicas	1	10	9,67
RCP Básica	1	10	9,53
Interpretación de Radiología básica	1	10	9,52
Manejo del dolor	1	10	9,12
Suturas y técnicas quirúrgicas básicas	1	9	8,70
Entrevista Clínica, comunicación, relación médico- paciente y habilidades sociales	1	9	8,65
Inmovilización y vendajes	1	8	8,33
Tratamiento parenteral y fluidoterapia	1	8	8,12
Inglés para médicos	1	8	7,86
Informática básica y búsqueda de información médica en Internet	1	8	7,77
RCP avanzada	2	10	9,07
Atención al paciente politraumatizado	2	9	8,72
Cuidados paliativos	3	9	8,57
Atención a situaciones de violencia (familiar y otras)	3	8	7,97
Responsabilidad Civil y Medico-Legal	3	8	7,94
Atención al paciente drogodependiente	3	8	7,79
Medicina Basada en la Evidencia	3	7	7,20
Bioética	3	7	7,17
Metodología de la investigación, epidemiología, estadística y demografía.	3	7	7,03
Uso racional de recursos	3	7	6,79
Organización y Gestión sanitaria	3	6	6,10
Calidad	3	6	6,09

**ANEXO IV – ENTREVISTAS A LOS  
PRESIDENTES DE LA COMISION  
NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR  
Y COMUNITARIA**

ENTREVISTA REALIZADA AL DOCTOR TOMÁS GÓMEZ GASCÓN, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DESDE 1992 HASTA 1996 Y DE 1999 AL 2003. CENTRO DE SALUD "LA GUAYABA", CARABANCHEL ALTO, MADRID, EL 4 DE FEBRERO DEL 2009

Pregunta: ¿Cómo han influido las convocatorias MIR, planificadas desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, al cumplimiento de los criterios de acreditación que planteó la Comisión Nacional de la Especialidad a su estructura docente?

Siempre se pretendía desde la administración el aumento progresivo de plazas, lo que significaba estar siempre "justos" de garantías docentes, faltaban hospitales y centros de salud, porque la reforma de la sanidad siempre fue retrasada respecto a la Especialidad. Desde la Comisión Nacional la imposición de aumento de plazas se percibía como bueno a largo plazo, pero las Unidades Docentes no lo tenían tan claro, Cataluña fue más purista y nunca amplió lo estipulado y dependió del territorio INSALUD la ampliación. Pero en el fondo fue bueno porque permitió que se formaran más médicos de familia (vía MIR) y gracias a ello se evitó que saliera adelante la "doble vía de títulos" de especialización en 1995 (habilitar una especialización en medicina general de 2 años que permitiera el ejercicio legal de la profesión médica en cumplimiento de la Directiva Europea 1985/57/CEE, en paralelo a la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria). También se cumplió la Circular del Ministerio de Sanidad 1/96, de Regulación de las Unidades Docentes, en las Unidades Docentes del territorio INSALUD, que daba una contrapartida económica a la ampliación de plazas. Respecto a contratar más médicos de familia vía MIR en los centros de salud, siempre hubo dos administraciones, la que planificaba desde el Ministerio de Sanidad y la que contrataba en las Consejerías de Salud, así que su cumplimiento fue más variable y siempre hubo más peleas.

Respecto al cumplimiento de los criterios de acreditación, en el territorio INSALUD, los Técnicos de Salud en teoría "liberados" para la Unidad Docente, estaban para todo tipo de formación continuada en el Área de Salud, y su presencia era mayor en las Unidades Docentes de Cataluña y País Vasco que en otras Comunidades que su presencia se diluía. Y ya había problemas de presión asistencial en los centros de salud, aunque no tanta como a partir del año 2001.

Pregunta: ¿Considera que los procesos de homologación de títulos de especialista, ajenos a la vía MIR, han desestabilizado el desarrollo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria?

La lucha fue superar los procesos autonómicos de homologación. A partir del Real Decreto de Homologación en el año 1997, se vertebró en tres aspectos el cambio en la homologación de la Especialidad; se exigió una formación acreditada y una equivalencia profesional, se unificó la denominación de plazas como "Medicina de Familia" y el examen se consiguió que fuera tipo ECOE

(Evaluación Clínica Objetiva Estructurada) como evaluación de la competencia, superando los cursos de nivelación, más luego unos tests, que se pedían anteriormente.

Pregunta: ¿Qué metodologías docentes se utilizaron en la elaboración del segundo Programa Oficial de la Especialidad?

En su elaboración fue muy importante Francesc Molina, Coordinador de la Unidad Docente de Murcia durante muchos años, y él lideró renovar la metodología docente. El primer Programa Oficial era más una relación de cosas que los residentes tenían que aprender, el segundo marcó los periodos de formación, el número de guardias y se basaba en la adquisición de conocimientos y aptitudes, y su realización en base a tareas. Conseguimos que el Ministerio de Sanidad apoyase la realización de las Jornadas de Docencia anualmente desde 1992, y allí juntábamos los grupos de trabajo. La revisión del Programa se empezó en el año 1990, y su tramitación hasta la aprobación definitiva transcurrió desde 1993 hasta el año 1996.

El Consejo Nacional de Especialidades Médicas habilitó un grupo de trabajo para la elaboración de un “Libro del Especialista en Formación”, muy general y básico, nosotros decidimos desde la Comisión de Familia realizar un libro específico para nuestra Especialidad. Para ello se constituyó un grupo de trabajo aprovechando la realización de las Jornadas de Docencia. La evaluación formativa se estandarizó también a partir de 1995, superando el sistema de fichas “apto / no apto” que realizaban las Unidades Docentes por su cuenta.

Referente a la evaluación sumativa realizada en 1999, fue un poco la lucha entre Unidades Docentes y la división de opiniones respecto a la manera de realizarse, la responsable de su fracaso. Fue la primera ECOE que se realizó en España realmente, diseñada por el grupo de Barcelona de Jaime Sayarés, convocando a los residentes calificados con excelente, de manera voluntaria, a la realización de 25 estaciones prácticas. El Ministerio de Sanidad colaboró con su realización, pero la disparidad en la colaboración de las Unidades Docentes vició los resultados finales y se dejó de evaluar. Medicina de Familia fue la primera Especialidad en realizar una prueba de evaluación de la competencia.

ENTREVISTA REALIZADA A LA DOCTORA VERÓNICA CASADO VICENTE, PRESIDENTA DE LA COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DESDE EL AÑO 2003 HASTA LA ACTUALIDAD. JORNADAS DE DOCENCIA, MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, MADRID, 25 DE FEBRERO DEL 2009.

Pregunta: ¿Cómo considera que debe orientarse en la actualidad, y desde la Comisión Nacional de la Especialidad, el perfil del Médico de Familia?

El perfil del médico de familia es el de un especialista cuyo objeto de conocimiento clínico, educativo y de investigación es la persona entendida como un todo, competente para ofrecer un abordaje médico continuado sin fragmentación entre lo biológico, lo psíquico y lo social y cuyo 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

Pregunta: ¿Qué importancia han tenido este año 2009, las Jornadas de Jefes de Estudios (Jornadas Anuales de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria)?

Hay que agradecer al Ministerio de Sanidad, que propicie la oportunidad de reunir anualmente, a todos los jefes de estudio de la Especialidad con más peso y que más residentes forma. Las Jornadas de Jefes de Estudios, dan la oportunidad de intercambiar opiniones entre la Comisión Nacional y la estructura docente. A la Comisión Nacional nos nutre porque orienta nuestros objetivos y nuestros contenidos.

Pregunta: ¿Cuales son los Objetivos de la Comisión Nacional para el año 2009?:

Los Objetivos Generales de nuestra Comisión para el año 2009 son: mejorar la calidad y la relevancia de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria; mejorar la calidad y cohesión de la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria en todo el territorio nacional y potenciar el desarrollo de aspectos específicos de la Medicina Familiar y Comunitaria en todo el trayecto formativo médico: grado, postgrado, formación especializada propia y de otras especialidades en ciencias de la salud, troncos, áreas de capacitación y de desarrollo profesional y formación continuada.

Entre nuestros objetivos específicos cabe destacar: favorecer el desarrollo del programa de la Especialidad y la implantación del libro del especialista en formación; favorecer la coordinación con la estructura docente, la acción coordinada de las diferentes Unidades Docentes en el desarrollo docente de la Medicina Familiar y Comunitaria y la coordinación con el Consejo Nacional de Especialidades y con otras especialidades. Y finalmente analizar y consensuar las diferentes herramientas de proceso y estructura para el desarrollo formativo, plasmadas en las Líneas Tácticas de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Pregunta: ¿Y respecto a las Líneas Estratégicas de la Comisión Nacional para el año 2009?:

En primer lugar el desarrollo y consolidación del Programa Oficial de la Especialidad. Para ello las líneas ***Sobre Estructura Docente son***

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. Colaborar en la mejora del sistema de acceso al MIR.
4. Colaborar en la puesta en marcha y desarrollo de la UDD multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria.
5. Impulsar el desarrollo de criterios de calidad de acreditación y reacreditación de jefes de estudio, técnicos de salud, tutores y colaboradores docentes.

#### ***Sobre Proceso Docente son***

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, 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 todos los programas formativos.
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 son**

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 segunda línea estratégica es la coordinación con la estructura docente, el Consejo Nacional de Especialidades y con otras especialidades.

Pregunta: En las Jornadas de Jefes de Estudios del año 2009 se han presentado nuevas herramientas de acreditación y sistemas de información docentes, ¿en que dirección trabaja la Comisión Nacional en este aspecto?

Necesitamos que el pilar fundamental de la formación, la estructura docente, sea acreditada y reacreditada en base al marco legal, que es el Programa formativo aprobado en Mayo del 2005, así como los requisitos de acreditación y reacreditación aprobados junto al mismo. A este respecto han convergido dos procesos: uno, el plan de auditorías docentes, del que salió el manual de auditorías; y dos, el proceso de acreditación y reacreditación.

A partir de la habilitación de la nueva herramienta <<e-room>> de acreditación y reacreditación, conoceremos el tipo de dispositivos docentes que tenemos en el momento actual en nuestro país, y al final del proceso elaboraremos un informe por cada una de las Comunidades Autónomas.

Actualmente tenemos 97 Unidades Docentes, 214 hospitales y 856 centros de salud, acreditados para la docencia en Medicina de Familia, con 2.181 plazas acreditadas. Estamos observando que el perfil entre Unidades Docentes es completamente heterogéneo, respecto a su dotación estructural, y respecto a dedicación del personal. Por ejemplo, a nivel de recursos humanos, el 42% de las Unidades Docentes tienen una dedicación horaria menor del 50% del tiempo exigido para la docencia y probablemente requieren un toque de atención y un ajuste de su capacidad docente. Hay Comunidades Autónomas que han sido muy cuidadosas respecto al recurso jefe de estudios y técnico de salud, dedicados a la Unidad Docente, y otras, por el contrario, que han ido poco a poco reutilizando este recurso para la formación continuada, para la gestión. Esta circunstancia es una llamada de atención para la Comisión Nacional.

PREGUNTAS REALIZADAS AL DOCTOR JOSE MARIA SEGOVIA DE ARANA, PRESIDENTE DE LA COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DESDE EL 21/11/1978 AL 27/07/1984. CICLO DE SESIONES "LA SANIDAD ESPAÑOLA EN EL AÑO 2009", REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, MADRID, 25 DE FEBRERO DEL 2009.

Pregunta: Usted formó parte fundamental del sistema sanitario Español en un momento de cambio decisivo, siendo en 1979 Secretario de Estado para Sanidad, cargo desde el que interviene en la redacción de las «Líneas básicas para la reforma Sanitaria», implantación de un Sistema Nacional de Salud, que incluyó la creación de la Atención Primaria de Salud y un sistema de formación de especialistas por sistema de residencia. ¿Como se vivió esta transformación del Sistema Sanitario Español?

En la segunda mitad del siglo XX, al lado del concepto tradicional de la salud individual, surgió la idea que considera a la salud como un bien comunitario, como un bien social, lo que constituye el gran acontecimiento sociológico del siglo XX desde el punto de vista médico y sanitario. La gran revolución conceptual que ha ido produciendo, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, es que la salud, que era un problema esencialmente individual se transforma en un problema colectivo que afecta a toda la sociedad la cual se preocupa por el estado de salud-enfermedad de cada ciudadano. Surge de esta manera el derecho a la protección de la salud y a los cuidados en la enfermedad, como el último de los derechos humanos adquiridos, lo que da lugar a la instauración y complejidad de los modernos servicios de salud.

Este es el origen de la moderna Sanidad entendida como el marco global apto para construir un escenario donde el individuo va a desarrollar de forma saludable su propia vida. El estado tiene el deber de procurar que el nivel sanitario se eleve, que tenga la mejor calidad posible y que asegure a todos una asistencia médica adecuada, así como la prevención y control de las enfermedades, el establecimiento de seguros de enfermedad y de invalidez, la educación sanitaria de la población y la promoción de la salud.

Esta corriente, iniciada por las Cajas de Enfermedad en la Alemania de Bismarck en los últimos años del siglo XIX, continuó con la política de protección social en Suecia a mediados del siglo pasado cuando surge el concepto del Estado de Bienestar, y tiene su cristalización y expresión adecuadas, en la doctrina "New Deal" del presidente Roosevelt en Estados Unidos en 1941 y en el Reino Unido con el "Informe Beveridge" de 1942.



La Seguridad Social, implantada según estas doctrinas, ya no consiste sólo en el seguro de enfermedad para el trabajador sino que comprende también un seguro frente al desempleo, la incapacidad, la jubilación, la viudedad, el seguro de maternidad, el de matrimonio, el de protección familiar, etc. Los trabajadores y sus familiares estaban protegidos por esta Seguridad Social pero además había una beneficencia nacional destinada a cubrir las necesidades de los no asegurados.

Históricamente el médico ha sido un profesional liberal, independiente y autosuficiente, que tenía una relación directa, de tipo paternalista, con su enfermo que le pagaba sus servicios directamente o a través de iguales o seguros privados de diferente tipo. Los enfermos pobres, menesterosos y desheredados de la fortuna eran atendidos en los hospitales de beneficencia que en ocasiones estaban adscritos a Facultades de Medicina como hospitales clínicos

Cuando en 1944 comienza en España la actuación del Seguro Obligatorio de Enfermedad la asistencia era principalmente de tipo ambulatorio, adscribiéndose a cada médico un cupo de asegurados y familiares de los mismos. La hospitalización en los casos de procesos quirúrgicos se hacía en las Residencias, que no se denominaban hospitales por el significado penoso que la palabra tenía entonces para la sociedad española. Las Residencias se concebían en su estructura arquitectónica y en su organización interna no como un hospital moderno sino como grandes estructuras sanatoriales, imitación de los sanatorios privados de las personas pudientes. En ellos no existían Servicios Centrales como el archivo de historias clínicas, los laboratorios generales, servicio de anatomía patológica, ni había cooperación entre los distintos cirujanos que se limitaban a operar a sus enfermos sin ningún tipo de responsabilidad colectiva en el Centro.

El progreso científico y tecnológico de la Medicina se acelera durante todo el siglo XX y se hace más intenso en las últimas décadas del mismo, especialmente en los Estados Unidos, cuando terminada la Segunda Guerra Mundial, gran parte de los recursos que empleaban en la contienda se aplican a los hospitales y a la investigación médica. En estos Centros junto a los médicos y demás personal sanitario, trabajan biólogos, químicos, físicos, matemáticos, farmacólogos, etc., que impulsan positivamente la investigación científica tanto básica como aplicada.

La modernización de la asistencia, especialmente la hospitalaria, era una gran necesidad en España en los comienzos de la década de los años 60. En otros países europeos, con gran tradición hospitalaria, esta modernización se había ido haciendo de manera progresiva. En aquella época en España había muy pocos centros que tuvieran una organización adaptada a las exigencias crecientes de la Medicina actual. Podían citarse la Fundación Jiménez Díaz de

Madrid, el hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, Valdecilla en Santander, Basurto en Bilbao, el Gran Hospital General de Asturias y acaso alguno más. En la red hospitalaria de la Seguridad Social, que seguía creciendo con rapidez, predominaba la referida idea sanatorial, bien distinta de lo que tenía que ser un hospital público moderno.

Pregunta: En 1974 organiza y dirige el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas «Puerta de Hierro», del que ha sido Director hasta 1992, Centro pionero en la implantación de sistemas modernos de gestión en España y en el desarrollo de programas formativos de especialización. ¿Cómo se vivió este proceso?

En el contexto que hablábamos, se crea por Orden Ministerial de 5 de junio de 1964, la Clínica Puerta de Hierro, en el que tuve funciones directivas en sus comienzos. Centro piloto para la introducción de nuevas ideas de organización y funcionamiento dentro de la asistencia hospitalaria de la Seguridad Social, que para cumplir con su carácter de centro experimental se colocó fuera de la normativa entonces vigente en la asistencia sanitaria del Instituto Nacional de Previsión. Las características más destacadas del nuevo hospital eran las siguientes:

1. Organización en Departamentos, Servicios y Secciones dentro de dos grandes divisiones: la médico administrativa y la administrativa, al frente de las cuales existía un director médico que también era el director del hospital, un secretario general y el administrador general. Las Unidades básicas estaban constituidas por los Servicios, las especialidades que tenían modalidades médicas y quirúrgicas estaban unidas horizontalmente por los llamados Servicios o Secciones de técnicas especializadas. Este dispositivo, completamente nuevo en los hospitales españoles, impulsó de manera extraordinaria el desarrollo de las especialidades médicas y quirúrgicas, especialmente aquellas que tenían bases instrumentales cada vez más complejas y exigentes. También se establecieron servicios generales como laboratorios de bioquímica clínica, radiodiagnóstico y radioterapia, completados más tarde por el de medicina nuclear, un departamento de anatomía patológica, archivo general de historias clínicas y servicios comunes de admisión, de urgencias, etc. Una notable innovación fue la apertura de las policlínicas de los distintos Servicios, donde podían ser atendidos enfermos referidos de otros hospitales y ambulatorios, circunstancia que no ocurría en las Residencias del Seguro dedicadas sólo, como se ha señalado, a la hospitalización de enfermos quirúrgicos.

2. Todos los facultativos y el resto de personal sanitario tenían dedicación completa al hospital, con horario de 9 de la mañana a 6 de la tarde ininterrumpidamente. Su relación laboral se establecía mediante un contrato de vinculación progresiva, lo que suponía una gran innovación en la relación laboral del personal. Los enfermos eran remitidos de otros Centros y de otras provincias por presentar problemas diagnósticos y terapéuticos.

3. Otro gran objetivo del nuevo hospital fue la docencia iniciada con la formación de especialistas mediante el sistema rotatorio de internos y residentes. La primera convocatoria pública para médicos residentes tuvo lugar en agosto de 1964 siendo la primera que se realizaba en un hospital de la Seguridad Social.

El sistema se extendió con rapidez a otras instituciones, demostrando que la docencia organizada eleva automáticamente la calidad asistencial. Hasta entonces, la docencia había estado prohibida con enfermos del S.O.E., lo que aumenta el mérito de las autoridades del Instituto Nacional de Previsión y de la de los políticos de entonces, que asumieron la responsabilidad de permitir la instauración de la docencia en el nuevo hospital. Aunque ya la formación de especialistas a través del internado se estaba realizando en alguno de los grandes hospitales del país, el mérito que tuvo la Clínica Puerta de Hierro fue el de ser una plataforma de lanzamiento de las nuevas ideas docentes en la formación de especialistas dentro del Sistema de la Seguridad Social. La creación del Seminario de Hospitales con programas de postgraduados, por iniciativa de la Clínica Puerta de Hierro, reunió a muchos hospitales en la elaboración de criterios y programas comunes para la formación de especialistas de acuerdo con las exigencias de la Medicina moderna. La experiencia fue muy positiva y sirvió de base para la elaboración de las nuevas normativas sobre la formación de especialistas adoptadas por el Ministerio de Sanidad al poco tiempo de su creación en 1977 y plasmada en el Real Decreto de especialidades médicas de 1978.

Los criterios y actividades docentes de la Clínica Puerta de Hierro se extendieron también a la Universidad cuando en 1967 se crea la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid y es invitada a la elaboración del nuevo plan de estudios de Medicina. Con la Ciudad Sanitaria de la Paz y con la Fundación Jiménez Díaz, se constituyó el núcleo clínico de la nueva Facultad, que se completó más tarde con el Hospital de la Princesa y con departamentos básicos de gran calidad. La Clínica Puerta de Hierro contribuyó también a la formación en enfermería, primero con una Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios que posteriormente se transformó en un Centro Universitario de Enfermería. También intervino en la creación de Escuelas de técnicos de Laboratorio, de Radiodiagnóstico y de Medicina Nuclear que tanto han enriquecido la vida hospitalaria española.

4. La investigación fue otro de los grandes objetivos de la Clínica Puerta de Hierro, que desde el momento de su creación incorporó la investigación al organigrama del hospital con servicios dedicados exclusivamente a la investigación científica y que colaboraban en proyectos comunes con el resto de los servicios del hospital. La idea tuvo que desarrollarse lentamente por la falta de tradición investigadora en los hospitales españoles, pero poco a poco fue consolidándose mediante la preparación de médicos que eran enviados a centros extranjeros para su formación adecuada. También se incorporaron al hospital algunos químicos, físicos, ingenieros y matemáticos, que junto con los técnicos auxiliares que se iban formando, permitieron poner en marcha los servicios del sector de investigación.

Inicialmente fueron cuatro:

Cirugía experimental, Bioquímica, Inmunología, y Endocrinología experimental.

La Clínica Puerta de Hierro, a través de sus directivos, contribuyó a la organización y funcionamiento del llamado Fondo del Descuento Complementario de la Seguridad Social, basado en aportaciones económicas de la Industria farmacéutica por ventas de medicamentos al Seguro de Enfermedad.

Este Fondo, estaba destinado a la financiación de proyectos de investigación, a la formación de investigadores, al desarrollo de actividades científicas y de publicaciones. Más tarde, ha contribuido y sigue contribuyendo al desarrollo de la investigación biomédica en España. La investigación clínica lo mismo que la docencia han sido factores muy poderosos en el aumento de la calidad asistencial de los hospitales españoles y de la Medicina en general.