

ROTACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA
EN ATENCIÓN PRIMARIA

Comisión Nacional de Medicina Interna

Noviembre, 2008

ANTECEDENTES

La rotación de los MIR por Atención Primaria surge de una resolución de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud¹, en la que se propuso que los nuevos programas de formación sanitaria especializada de determinadas especialidades incorporasen esta rotación. Entre ellas está Medicina Interna, y así se recoge en el nuevo programa formativo publicado en el BOE de 7 de febrero de 2007².

Previamente, en el año 1998 se inició una línea de colaboración entre las Sociedades de Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria. Fruto de ella es el documento "Médicos de Familia e Internistas trabajando por una atención integral"³ coordinado por el Dr. Manuel Ollero; en él se esbozó la idea de que la colaboración docente era beneficiosa para su formación.

La Sociedad Andaluza de Medicina Interna, en su publicación "Acerca del estado actual de la Medicina Interna en Andalucía" de 1998⁴, entre las oportunidades que identificó estaba una línea de trabajo para incrementar la coordinación entre Atención Primaria y Especializada, en la que la Medicina Interna tiene un papel fundamental. Si bien no se especificaba de forma explícita la rotación de los especialistas en formación en Medicina Interna por los Centros de Salud, sí se apuntaba varias acciones o propuestas que avanzaban en este sentido.

La SEMI, en su Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna en España⁵, estableció que "La relación con Atención Primaria es mejorable y en este sentido se enmarcan los acuerdos entre la Sociedad Española de Medicina Interna (**SEMI**) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (**SEMFYC**). Debe entenderse la Medicina Interna como un complemento de ésta y deben tener unas relaciones fluidas y positivas con un mayor número de reuniones y una buena coordinación, porque el flujo de pacientes que puede

llegar de Atención Primaria puede ser muy importante. El internista debe ser, para el médico de familia, el punto de referencia en el hospital y un consultor y coordinador en el centro de salud.”

Por todo ello entendemos que la propuesta de rotación por Atención Primaria, a la par que innovadora, se adapta fielmente a las líneas de desarrollo de la especialidad previamente enunciadas.

Además, en las líneas de trabajo actuales para el diseño de la nueva formación sanitaria especializada, la troncalidad se vislumbra como una de las líneas estratégicas, y esta rotación tiene cabida en ella.

El nuevo programa formativo de la especialidad publicado en el BOE de 7 de febrero de 2007 incluye la rotación por Atención Primaria. Entre los objetivos generales del programa enunciados están:

- 5.2 Formar profesionales que valoren la visión que el enfermo tiene de su propia enfermedad, con un abordaje psico-social, integrador, que busque la máxima calidad, seguridad y utilización costo-eficiente de los recursos de que dispone,
- 5.7 Definir con precisión cada uno de los objetivos generales, intermedios y específicos que debe alcanzar durante su periodo de formación, mencionando explícitamente el nivel de competencia que debe obtener.
- 5.11 Aprender la importancia que tiene la relación del médico con el paciente y formar profesionales con habilidades comunicativas con éstos, sus familiares y otros profesionales tanto de atención primaria como especializada.

Por todo lo anteriormente expuesto, La Comisión Nacional de Medicina Interna considera que la rotación establecida en el programa formativo es coherente, y complementaria, con las nuevas líneas de desarrollo de la Medicina Interna.

OBJETIVOS GENERALES

- Conocer las características especiales de la actividad de los especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria en Atención Primaria y familiarizarse con la estructura organizativa y funcional de la organización (Área Sanitaria)
- Conocer al paciente, y la enfermedad, en las etapas anteriores a la hospitalización, y en las posteriores a su alta. En definitiva, entender la enfermedad como un proceso longitudinal y no transversal.
- Familiarizarse con la atención de la población en lo relativo a la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades más prevalentes, aquellas que van a ser las responsables de su ingreso en los hospitales en los periodos de agudización o agravamiento.
- Conocer la capacidad de la Atención Primaria en la detección precoz de las enfermedades más comunes, en su manejo y atención, tanto en las fases previas a su ingreso como en las posteriores a su alta.
- Adquirir conocimientos y habilidades que faciliten la continuidad asistencial y crear un clima propicio entre los residentes para comprender y asumir la coordinación entre niveles de atención.
- Ser un elemento de integración entre las dos especialidades.
- Contribuir a la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes en las áreas que se relacionan a continuación:
 - ✓ Adquirir capacidad de integración entre áreas y ámbitos de trabajo
 - ✓ Alcanzar acuerdos de colaboración bidireccionales entre ambos niveles de actuación y en todas las facetas de la atención.
 - ✓ Lograr conocimientos básicos sobre el seguimiento de los procesos asistenciales
 - ✓ Conocer el manejo de los aspectos preventivos y de detección precoz
 - ✓ Adquirir habilidades en entrevista clínica
 - ✓ Familiarizarse con la toma de decisiones en un ambiente de alta frecuentación e incertidumbre.
 - ✓ Conocer e implicarse en la evaluación del coste de las diferentes opciones, decisiones y actuaciones, tanto diagnósticas como terapéuticas.
 - ✓ Conocer y ejercitar la educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado.
 - ✓ Adquirir habilidades en la promoción del compromiso familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la prevalencia de la demanda de atención en general y de la relacionada con su especialidad, así como las formas de presentación inicial y el manejo del enfermo crónico.
- Valorar la diferente utilidad de las pruebas diagnósticas en los diferentes niveles asistenciales y su aplicación en el razonamiento clínico.
- Identificar los procesos asistenciales implantados y los protocolos de manejo de las patologías más frecuentes así como los criterios de derivación, especialmente los relacionados con la especialidad.
- Conocer y adquirir habilidades en la entrevista clínica y la relación médico-paciente en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Analizar la prescripción farmacéutica, adherencia al tratamiento y uso racional del medicamento.
- Conocer el funcionamiento y la cartera de servicios del Centro de Salud y del Área Básica de Salud.
- Conocer los aspectos generales de los sistemas de información y soporte en Atención Primaria: historia clínica informatizada y prescripción electrónica, entre otros.
- Conocer las líneas de investigación y docencia en los Centros de Salud, sentando las bases para facilitar posteriores colaboraciones en trabajos de investigación.
- Explorar las dificultades de coordinación asistencial entre los diferentes niveles: hospital, centro de salud, centros de especialidades y otros dispositivos.
- Conocer los criterios de derivación a las diferentes áreas, de la propia especialidad y afines.

PLANIFICACIÓN DE LAS ROTACIONES

La rotación constará de dos estancias formativas de un mes. Para adecuarla a la próxima implantación de la troncalidad, en la que estarían incluidas ambas especialidades, la propuesta es que se realicen de forma conjunta a lo largo de los dos primeros años de especialidad. Esta programación contribuirá a familiarizar a los residentes con el concepto y objetivos de la troncalidad médica, y contribuir con ello a su implicación en este proceso.

Un factor crítico de éxito es la elección del Centro de Salud, para lo cual hay que comprometer a la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria en el proceso de selección del centro y profesional(es) que se van a encargar de la tutela del residente la rotación.

EVALUACIÓN

El responsable docente realizará una evaluación de la actividad del residente que se reflejará en el modelo oficial de hoja de evaluación de la rotación.

El residente, a su vez, evaluará la rotación mediante el cuestionario de satisfacción y dejará constancia de la rotación y de las actividades realizadas en el Libro del Residente.

La Comisión de Docencia de cada centro estudiará los resultados de las evaluaciones y encuestas de satisfacción, conjuntamente con los tutores de Medicina Interna, como mecanismo de mejora continua de la calidad docente.

REFERENCIAS:

- 1) Instrucción 1/2006 de 30 de octubre, de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Junta de Andalucía por la que se establece un sistema de rotaciones en el ámbito asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de los Centros de Atención Primaria para los programas formativos de determinadas especialidades médicas.
- 2) Programa formativo de la especialidad de Medicina Interna. BOE 7 de febrero, 2007. Pág. 5755-9.
- 3) Ollero Baturone M (Coordinador). Médicos de Familia e Internistas trabajando por una atención integral. Sociedad Española de Medicina Interna y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla, 1998.
- 4) Díaz García F, García Alegría J, González de la Puente MA. Acerca del estado actual de la Medicina Interna en Andalucía. Un estudio cualitativo y propuestas de actuación. Sociedad Andaluza de Medicina Interna. Sevilla, 1998.
- 5) SEMI. Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna en España: prospectiva 2010. Sociedad Española de Medicina Interna. Barcelona, 2005.
- 6) Acuerdo de la Comisión Técnica de Formación Especializada de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, sobre la incorporación progresiva de una rotación en Atención Primaria de Salud en los programas formativos de determinadas especialidades en ciencias de la salud. Pleno CC.RR.HH. 4 de abril 2006.

Este documento fue aprobado en la reunión ordinaria de la Comisión Nacional de Medicina Interna que tuvo lugar en Madrid, el 28 de noviembre de 2008.