Aspectos pedagógicos en la formación postgrado de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria: Una aportación teórica

Eduardo Romero Sánchez

MURCIA 2005

TESINA DE LICENCIATURA

Universidad de Murcia

Título	**Aspectos pedagógicos en la formación postgrado de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria: Una aportación teórica**
Realizada por	**Baldomero Eduardo Romero Sánchez**
En el Departamento	**Teoría e Historia de la Educación**
Dirigida por	**Dr. Ramón Francisco Mínguez Vallejos** **Dra. Mª Ángeles Hernández Prados**

"Los resultados que se exponen son fruto de un proyecto de investigación que será desarrollado entre el 16 de julio de 2004 y el 16 de julio de 2007 al amparo del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I), financiado por el Instituto de Salud Carlos III – Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS)"

"Es preciso aprender a enseñar
para poder enseñar a aprender"

(Anónimo)

INDICE

AGRADECIMIENTOS……1

BREVE RESUMEN……2

DISEÑO Y DESARROLLO METODOLÓGICO……4

I. CONTEXTO SANITARIO: LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

I.1. Introducción……8
I.2. La Constitución Española y la Ley General de Sanidad……9
I.3. La Atención Primaria de Salud……14
I.4. Situación actual y futuro de la Atención Primaria……25

II. CONTEXTO PROFESIONAL: LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (MFyC)

II.1. Origen e historia de la Medicina de Familia en España……32
II.2. La Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España……36
II.3. Perfil profesional y competencias del especialista en MFyC……43
II.4. La investigación en Medicina de Familia y Atención Primaria……51
II.5. Formación Pregrado: Universidad y Medicina de Familia……58

III. CONTEXTO ACADÉMICO: LA EDUCACIÓN MÉDICA

III.1.Origen e historia de la Educación Médica……66
III.2.Concepto y fases de la Educación Médica……72
III.3.Acontecimientos más relevantes para la Educación Médica……81
III.4. La investigación en Educación Médica: publicaciones y Congresos……85

IV. CONTEXTO DOCENTE: LA FORMACIÓN POSGRADO DE MFyC

IV.1. La formación médica especializada en España: el sistema MIR……92
IV.2. La formación de especialistas en Medicina de Familia……121
IV.3. La estructura y la organización: Las Unidades Docentes de MFyC ……124
IV.4. El contenido: El Programa Formativo de la Especialidad……131
IV.5. La evaluación……138

V. ANÁLISIS PEDAGÓGICO DE LA FORMACIÓN POSGRADO DE MFyC

V.1. Introducción……144
V.2. Fundamentos del proceso de enseñanza-aprendizaje……...149
V.3. Elementos fundamentales del proceso educativo……162
V.4. Etapas del proceso educativo……..166
V.5. Tipos de aprendizaje organizacional: formal e informal……..171
V.6. La formación especializada de MFyC……173
V.7. La organización sanitaria como escenario de aprendizaje……177
V.8. La relación tutor-residente……179

PROPUESTAS DE MEJORA ……..185

LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN……..187

ANEXOS……..189

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que, de un modo u otro, han contribuido a la elaboración de esta tesina de licenciatura.

Al profesor Ramón Mínguez Vallejos y a la profesora Mª Ángeles Hernández Prados, por su completa disponibilidad y por sus continuas aportaciones, críticas y sugerencias que han facilitado este trabajo. Tenerlos como Director y codirectora ha supuesto desde el primer momento no sólo un orgullo para mí sino también un aval de excelencia.

A los profesores Pedro Ortega y Pilar Martínez Clares por la confianza y el ánimo que me han aportado durante la larga gestación de este trabajo. Su orientación y apoyo en todo momento, y especialmente en aquellos difíciles en los que se necesita un sabio consejo y una palabra de aliento, han sido vitales para mí.

A Francesc Molina, Paco Martínez, Iñigo Anza, Pepe Saura y en general a todos los miembros del grupo de investigación “Aprendiendo Juntos” y a aquellos tutores, enfermeras y residentes implicados directa ó indirectamente. Todos ellos me han acogido cordialmente desde el primer momento y me han ayudado a resolver las dudas que me iban surgiendo durante el proceso. Gracias a ellos he podido adentrarme en el ámbito clínico indispensable para llevar a buen puerto la presente investigación.

A mis amigos y mi familia y en especial a mis padres, que supieron educar a sus hijos con el ejemplo de su vida. Y a Ana que siempre estuvo a mi lado. Ella posiblemente haya sido la que más ha sufrido con cariño y exquisita paciencia la elaboración de este trabajo. Su sola presencia ha hecho que todo sea mucho más fácil y más bonito.

Soy consciente de que los méritos aquí contenidos los comparto con todos ellos, pero no así las carencias y defectos, que únicamente son atribuibles a mi proceder.

Gracias por todo

BREVE RESUMEN

Este estudio pretende destacar la complementariedad entre la pedagogía y la medicina, en tanto que en las dos existe un fuerte componente asistencial y educativo. Para la Medicina, poder responder a la demanda de asesoramiento pedagógico y formación docente y poder contar con una serie de criterios y fundamentos que justifiquen sus decisiones docentes, y para la Pedagogía poder disponer de un nuevo escenario de formación en la práctica profesional fuera de los muros de la escuela.

El proceso desarrollado concluye con la identificación y análisis de los principales componentes pedagógicos en la formación médica especializada de Medicina Familiar y Comunitaria (en adelante). Entendemos que este trabajo es coherente en sus partes y constituye un objeto de investigación irreductible a otros. Tiene un carácter netamente teórico, de aproximación conceptual a la formación del médico de familia en España, prestando especial atención a los contextos en los que se desarrolla esta modalidad de formación (sanitario, profesional, académico y docente), tanto en sus orígenes, evolución histórica y situación actual.

Los dos primeros capítulos abordan la organización de la Atención Sanitaria y la práctica profesional del médico de familia como marco de referencia conceptual donde sucede la docencia posgrado de MFyC.

En el primero de ellos se trata el contexto sanitario de la Atención Primaria de Salud como el espacio natural en el que desarrolla su profesión el médico de MFyC. En este sentido, se centra el análisis en la Constitución Española y en la Ley General de Sanidad que instaura en nuestro país el Sistema Nacional de Salud. Seguidamente nos aproximamos a su conceptualización y a sus características definitorias y en un último apartado realizamos un análisis de la situación actual y de futuro de este nivel asistencial.

Por su parte, el segundo capítulo profundiza en el contexto profesional de la Medicina de Familia. Comienza con un breve recorrido histórico que marca el origen de la especialidad de MFyC. A continuación, se define el concepto de Medicina de Familia y el perfil profesional característico de esta especialidad médica. Profundizamos en su organización que gira en torno al Equipo de Atención Primaria y el Centro de Salud. En el apartado siguiente se aborda el tema de la investigación en

este ámbito para concluir analizando la presencia de la Medicina de Familia en la Universidad Española.

El tercer capítulo dedicado a la Educación Médica como al contexto académico es más genérico: no se circunscribe únicamente a la especialidad de MFyC ni a la formación posgrado ni a nuestro contexto nacional. Primeramente se aborda el origen, la historia y los acontecimientos más relevantes de la Educación Médica a nivel internacional. A modo de conceptualización se define como concepto y sus distintas fases (pregrado, posgrado y continuada). Por último, se realiza una breve revisión de las principales publicaciones y foros de investigación de la Educación Médica.

Por su parte, el capitulo cuarto se ocupa del contexto docente que representa la formación posgrado de MFyC. Un primer apartado trata del sistema MIR de forma genérica: orígenes, conceptos, prueba de acceso, normativa y situación actual. Posteriormente se centra el análisis en la estructura y organización docente que en el caso de la especialidad que nos ocupa recae en la Unidad Docente de MFyC. El siguiente apartado de este capítulo aborda el Programa Formativo de la Especialidad como contenido docente de la misma.

El capítulo quinto constituye posiblemente las mayores aportaciones de este trabajo al llevar acabo un análisis desde la perspectiva pedagógica de todo el entramado de la formación posgrado de MFyC. En este sentido, aborda todos los componentes de este proceso educativo: concepción y fundamentos del aprendizaje en los que se sustenta, elementos principales, etapas del proceso de enseñanza-aprendizaje, tipos de aprendizaje que se dan,…). Se analiza también el sistema de formación de especialistas en Medicina de Familia atendiendo a los siguientes aspectos: tipo de formación, estructura, organización y metodología docente. Para finalizar y por sus implicaciones para la docencia se tratan también dos temas de fundamental importancia: la organización sanitaria como escenario de aprendizaje y la relación tutor-residente que se establece.

Por último, se presentan unas propuestas de mejora y las líneas futuras de investigación.

En síntesis, este estudio destaca la existencia de una visión pedagógica fundamental desde la cual es posible y conveniente analizar el proceso formativo que se da en la formación médica especializada de MFyC. Sin embargo, las experiencias

en este contexto y con estos agentes aún son escasas, lo que nos obliga a un gran esfuerzo en aras de mejorar la formación de los médicos del mañana en pro de conseguir optimizar la calidad asistencial y por ende el bienestar de los ciudadanos.

DISEÑO Y DESARROLLO METODOLÓGICO

Este trabajo responde a un diseño metodológico de corte descriptivo e inductivo y constituye una aportación teórica desde la pedagogía al contexto sanitario de la formación especializada en Medicina de Familia.

Como en cualquier trabajo de investigación que se preste lo primero que se realizó fue una amplia exploración bibliográfica del tema objeto de estudio con el propósito de obtener un marco teórico esencial para fundamentar, con un cierto rigor científico, el trabajo realizado.

En este sentido se consultaron los principales fondos bibliográficos (bases de datos, libros, revistas científicas de impacto, tesis doctorales, etc.) relacionados con las principales teorías y modelos pedagógicos presentes en la formación postgrado de la especialidad de MFyC siguiendo el siguiente esquema:

- Objeto de estudio / área temática
- Focos de atención
- Fuentes de información consultadas
- Descriptores de búsqueda
- Índices de revistas científicas
- Trabajos desarrollados

Delimitar el área temática y los descriptores que la definen en la literatura especializada no ha sido una tarea fácil, ya que nos situamos a caballo entre dos disciplinas con tradición y trayectoria claramente diferenciadas: la medicina y la pedagogía.

En cualquier caso, decidimos centrar esta revisión en los siguientes *focos de atención:*

- El contexto de la formación médica postgraduada en Atención Primaria.
- La tutorización en la formación médica.

- La relación tutor-residente y el feedback del proceso docente entre ambos.
- La evaluación en la educación de especialidades médicas en postgrado, especialmente en Medicina de Familia.
- Los métodos cualitativos en la investigación de los procesos docentes en medicina, fundamentalmente, en Atención Primaria.

Las *bases de datos bibliográficas* empleadas corresponden tanto del área de Ciencias de la Salud como al área de Ciencias Sociales y del Comportamiento:

- MEDLINE (National Library of Medicine)
- IME (Índice Médico Español)
- TIMETIL (The international database of medical education)
- TESEO (Base de datos de Tesis Doctorales)
- ERIC (Education Resources Information Center)

Los *descriptores* utilizados han sido los siguientes:

- Primary care o ambulatory o family practice o family medicine o general practice / Atención Primaria o Medicina de Familia
- Medical education / Educación Médica.
- Tutorial o clinical preceptor o faculty o mentoring o teaching o learning / Tutor, enseñanza, aprendizaje, docencia, formación.
- Postgraduate education o residency o residents o specialist education / Residencia, formación postgrado, MIR, Residente.
- Evaluation, measure o assessment o qualitative assesssment / Evaluación, evaluación formativa

Así mismo, se han revisado los *índices de una serie de revistas* relacionadas con la Medicina de Familia y su formación, tales como:

- Medical Teacher (2003-2005)
- Pédagogie médicale (2000-2005)
- Atención Primaria (2003-2005)

- Medifam (2001-2003)
- Tribuna Docente (2003-2005)
- Educación Médica (2003-2005)

También se han explorado *trabajos y experiencias* desarrolladas desde distintas instancias tanto del panorama nacional como europeo e internacional como:

- WFME (World Federation for Medical Education)
- AMEE (Association of Medical Schools in Europe)
- SEDEM (Sociedad Española de Educación Médica)
- SEMFYC (Sociedad Española de MFyC)
- Unidades Docentes de MFyC
- Unidades de Educación Médica
- Agencias o Institutos de las Comunidades Autónomas

Todo ello contrastado con la experiencia investigadora que me proporciona el desarrollar funciones de coordinación dentro del Proyecto de Investigación PI 030596 *"Análisis del proceso de enseñanza-aprendizaje en el tercer año de formación de los residentes de MFyC en los Centros de Salud"* dirigido por el Dr. Francisco Molina Durán y financiado por el Instituto de Salud Carlos III y el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS)

I. CONTEXTO SANITARIO: LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

I.1. Introducción

I.2. La Constitución Española y la Ley General de Sanidad

- Introducción
- La Constitución Española de 1978
- La Ley General de Sanidad de 1986

I.3. La Atención Primaria de Salud

- Introducción
- Desarrollo histórico y concepto de APS
- Características de la APS
- La Reforma de la APS
- La estructura y organización de la APS

Profesional: El Equipo de AP
Física: El Centro de Salud

I.4. Situación actual y futuro de la Atención Primaria

II.1. INTRODUCCIÓN

Uno de los fenómenos sociales más importantes de nuestro tiempo ha sido el de la extensión y calidad de la asistencia médica. Calidad, que en gran parte se debe a los avances científicos y tecnológicos de la medicina, producidos en las últimas décadas. Y extensión traducida en la colectivización de la asistencia dentro del derecho a los cuidados de la salud.

El siglo XX se caracteriza por la progresiva intervención de la sociedad organizada en materia de salud, no sólo el modelo sociedad-estado al modo de Johann Peter Frank[1], dando origen a la Higiene Pública para proteger la salud colectiva[2], sino que la Salud Pública va tomando protagonismo en materia de salud individual, inicialmente en los términos propuestos por Winslow[3] en 1920 y más tarde con una intervención global desde la Salud Pública según la concepción de J. Last[4] , en la que la sociedad se ocupa, además de la protección de la salud y la prevención de las enfermedades, de la restauración de la salud a nivel individual. De esta manera, el ejercicio de la medicina fuertemente intervenida e intervencionista, conoce una "radical socialidad", llegando la asistencia médica en los años ochenta a una socialización o colectivización de los medios de producción de la salud como hecho "equitativo e irreversible" en la gran mayoría de los países de la Europa occidental.

Ocupadas las naciones en garantizar niveles de salud a los ciudadanos, incluida la asistencia médica, se van implantando modelos sanitarios globalizadores que basculan entre el estatismo y el liberalismo. Surge la salud como derecho individual del ciudadano (en nuestro país a partir de la Constitución Española de 1978)[5]. En general, este derecho se cumplimenta según la inercia de las formas de asistencia médica colectiva de cada país, según el modelo de Seguridad Social (Alemania, Austria, Francia, Suiza) o el de Sistema Nacional de Salud (Inglaterra, Noruega, Suecia, etc.) España, transforma su modelo inicial de Seguridad Social (Seguro Obligatorio de Enfermedad 1942, Ley 193/1963 de 28 de diciembre de Bases de Seguridad Social y el Decreto 2065/1974 sobre el Texto Refundido de la Ley de

[1] Johann Peter Frank (1745-1821) escribe el primer tratado de la Higiene pública, por lo que se le considera el fundador de la Sanidad.

[2] López, J.M. (1990): *Historia de la Medicina*. Medicina. Madrid: Historia 16;

[3] Winslow C.E.A. The untilled field of Public Health. *Mod Med* 1920; 2: 183.

[4] Last, J.M. (1983): *A dictionary of Epidemiology*. Nueva York: Oxford University Press.

Seguridad Social) por uno nacional, socializado o estatista a partir de la Ley 14/1986 General de Sanidad y de la progresiva financiación con fondos públicos del Sistema Nacional de Salud (70% en 1991; 91% en 1998; 100% en 1999).

II.2. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA Y LA LEY GENERAL DE SANIDAD

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, consagra el derecho a la protección de la salud de las personas. Este derecho se concreta en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril), en la que se crea el Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS) como la organización encargada de prestar los servicios necesarios que, en la práctica, hagan realidad este derecho.

Para apoyar la formulación de la Ley General de Sanidad (en adelante LGS), dos razones de máximo peso, por provenir de nuestra Constitución, que hacen que la reforma del sistema no pudiera prorrogarse más. La primera es, como se ha señalado anteriormente, el reconocimiento en el artículo 43 de nuestro texto normativo fundamental del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, derecho que, para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlo. La segunda, con mayor incidencia aun en el plano de lo organizativo, es la institucionalización, a partir de las previsiones del Título VIII de nuestra Constitución, de Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado, a las cuales han reconocido sus estatutos amplias competencias en materia de sanidad (artículo 148.1.21)[6].

Dicho de otro modo, la organización política y territorial y el esquema de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, que establece la Constitución Española, provocan el nacimiento del Sistema Nacional de Salud, concebido como el conjunto de los diferentes Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas con un funcionamiento armónico y coordinado. Papel fundamental en ese funcionamiento desempeña y debe desempeñar la función de coordinación general sanitaria que nuestra Constitución atribuye al Estado[7] (artículo 149.1.16)[8].

[5] Cervera, S. y Viñes, J.J.(1999): El ejercicio de la medicina en el contexto médico-social del año 2000. *Revista Española Salud Pública,* 1 (73):13-24.

[6] Art. 148.1.21: Sanidad e higiene.

[7] De Lorenzo, R. (2005): El desarrollo del Estatuto Marco y de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. En *Anuario de la Sanidad y el Medicamento en España 2005*. El Médico; 949: 46-50.

[8] Art. 149.1.16: Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos.

Ello, junto al elevado valor social y político que en un Estado de Derecho, constitucionalmente tipificado como social y democrático y de derecho tiene el bien salud, ha motivado que en estos años de existencia del SNS se hayan producido numerosos análisis, informes y propuestas tendentes a consolidar, modernizar y mejorar nuestro sistema sanitario público.

LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978

Nuestra Carta Magna constituye el punto de partida para la independización de la asistencia sanitaria pública respecto del Sistema de Seguridad Social en la medida en que deslinda claramente las materias Sanidad (artículo 43) y Seguridad Social (artículo 41) y dispone distintos títulos competenciales para las mismas: artículo 149.1.16: Sanidad; y artículo 149.1.17: Seguridad Social.

TÍTULO I. CAPITULO TERCERO

De los principios rectores de la política social y económica

Artículo 41

Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.

Artículo 43

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

TÍTULO VIII. CAPÍTULO TERCERO

De las Comunidades Autónomas

Artículo 149

1. El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:

16. Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos.
17. Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

Este deslinde constitucional tiene su inmediato reflejo en los estatutos de autonomía de las comunidades históricas y asimiladas, en los que la asunción de competencias sobre las materias Sanidad Interior y Seguridad Social se hace de forma diferenciada. En materia de Sanidad Interior se asume el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado. En materia de Seguridad Social se asume el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico de la misma. Asumen también la gestión del régimen económico de la Seguridad Social. En ninguno de estos estatutos se hace referencia expresa a la materia "asistencia sanitaria". Simplemente, se considera un subsistema del sistema sanidad[9].

LA LEY GENERAL DE SANIDAD DE 1986

La promulgación de la LGS en 1986 establece el marco para las políticas que asegurarán el acceso universal a los servicios sanitarios y produce un importante cambio legal de nuestro modelo sanitario. Cambio, al pasarse de un sistema cuya principal característica era la multiplicidad de redes públicas, con un predominio de la red estatal de la Seguridad Social, a un SNS, configurado como el conjunto de Servicios de Salud, coordinados entre sí, que descansa en la integración de la salud pública y la asistencia sanitaria, y la consolidación de las distintas redes sanitarias públicas bajo la responsabilidad principal de las Comunidades Autónomas que están llamadas a asumir esa asistencia sanitaria integral[10].

El SNS se concibe así como el "conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados" para garantizar el derecho de todos los ciudadanos a unas prestaciones y servicios sanitarios de calidad en condiciones de equidad e igualdad. Se apuesta, por tanto, por un sistema de salud universalista y por un modelo sanitario descentralizado y no contributivo prestado a través del SNS vía presupuestos generales.

Seguidamente se expone el título preliminar sacado literalmente del ordenamiento jurídico por su relevancia:

[9] Beltrán, J.L. (2002*):* La "frustrada" independización de la asistencia sanitaria pública del sistema de Seguridad Social. En *Informe SESPAS 2002*; 11.

[10] Castellón, E.; Martínez D.J. y Sánchez, J. (1998): La coordinación general sanitaria. En *Informe SESPAS 1998*; 9.

TÍTULO PRELIMINAR. CAPÍTULO ÚNICO.

Del derecho a la protección de la salud

Artículo 1

1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.
2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.
3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.
4. Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimados, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo.

Artículo 2

1. Esta Ley tendrá la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución y será de aplicación a todo el territorio del Estado, excepto los artículos 31, apartado 1, letras b) y c), y 57 a 69, que constituirán derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a la materia que en dichos preceptos se regula.
2. Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la presente Ley en el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía.

En su título primero (“Del sistema de salud”) y en su capítulo primero (“De los principios generales”), la LGS establece las características generales del sistema, tanto en sus principios básicos (universalidad, financiación y aseguramiento públicos, equidad y solidaridad), como en sus estrategias generales en relación con la integralidad y continuidad de los cuidados y servicios, con la orientación a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, con la organización territorial, con la participación, con los derechos y deberes de los ciudadanos, etc. Este título primero conforma el "núcleo duro" de la cohesión del sistema, lo que le da fuerza y lo que hace que, hoy, podamos decir que contamos con uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo[11].

Por otro lado, en su título tercero (“De la estructura del sistema sanitario público”) y en su capítulo tercero (“De las áreas de salud”) puede leerse:

Las áreas de salud deberán desarrollar las siguientes actividades:

[11] Lamata, F.(2005): El reto de la coordinación en el Sistema Nacional de Salud. En *Anuario de la Sanidad y el Medicamento en España 2005.* El Médico; 949: 24-30.

a. En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.

b. En el nivel de atención especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos, se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales.

Por tanto, y a partir de dicha ley, en nuestro país, el SNS se organiza y estructura asistencialmente en niveles de atención de progresiva especialización, con objeto de garantizar una atención integrada de todos los servicios y dar continuidad y coordinación a todas las acciones sanitarias que constituyen todo el sistema. Estos niveles, interactúan interdependientemente entre sí y de forma simultanea y son:

- Nivel Primario de Atención (Atención Primaria): Además de ser la puerta de entrada al sistema de salud, se caracteriza por prestar una atención integral, continuada, participativa y programada al individuo, la familia y la comunidad. En él, los especialistas de Medicina de Familia resuelven la mayoría de necesidades de salud de la población y se establecen las bases de una medicina para la salud.

- Nivel Secundario de Asistencia (Atención Hospitalaria): Se centra en la consulta y hospitalización, con diferentes grados de especialización, de apoyo técnico y logístico. En él, los especialistas hospitalarios atienden problemas de salud de notable gravedad, riesgo o urgencia que precisen atención profesional las 24 horas.

II.3. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Medicina de Familia y la Atención Primaria, la primera como disciplina académica y campo profesional y la segunda como nivel y estrategia de la atención de salud, son dos pilares esenciales de los procesos de desarrollo y modernización de los sistemas sanitarios. En nuestro país, el desarrollo de la Atención Primaria de Salud (en adelante APS) dentro del SNS y la implantación de la especialidad de Medicina de Familia han discurrido paralelamente.

En este apartado abordaremos el contexto sanitario en el que se desarrolla la profesión el Médico de Familia: la APS. Primeramente nos aproximaremos a su conceptualización indicando las características que le son propias y posteriormente

definiremos su organización que gira en torno a dos elementos claves: el Equipo de Atención Primaria (EAP) y el Centro de Salud (CS).

DESARROLLO HISTÓRICO Y CONCEPTO DE LA APS

En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) analiza en la Conferencia de la OMS-UNICEF de Alma-Ata[12], las contradicciones entre el importante desarrollo de la medicina hospitalaria y sus especialidades y sus insuficientes resultados sobre la salud de todos los ciudadanos. En esta Conferencia se analizaron algunos de los problemas que condicionaban dichas contradicciones (Tabla):

Problemas	Consecuencias
Se considera que la biología es el principal determinante de la salud de la población.	Medicina curativa con orientación predominante hacia el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, relegando a un lejano segundo plano la epidemiología, la prevención y la promoción de la salud.
Se establece que el hospital debe ser el eje central de los servicios de salud.	Los grandes centros hospitalarios absorben las inversiones en recursos personales, diagnósticos y terapéuticos; la medicina en AP queda en un papel complementario y subsidiario. La población menos favorecida, de núcleos rurales y de los países en vías de desarrollo no se beneficia de los progresos sanitarios.
La población aumenta sus demandas de asistencia médica.	La población confía que sus problemas de salud se resuelven mejor en el hospital, hay más demanda de este tipo de asistencia con el consiguiente aumento del gasto y con desigualdades en la accesibilidad. Se genera una medicalización de la vida de las personas, que buscan mejorar su situación de salud casi exclusivamente a través del uso de tecnologías sanitarias.
El mayor gasto en biomedicina no se correlaciona con un mayor nivel de salud.	El modelo tradicional de organización y desarrollo de los servicios sanitarios no cumple de manera eficiente con su principal y casi único objetivo, elevar el nivel de salud de la población.

Fuente: Problemas que presentan los servicios de salud tradicionales. En Serrano, M., Casado, V. y Bonal, P. (2005): *Medicina de Familia. Guía para estudiantes.* semFYC – Ariel. Barcelona. p.26.

A este encuentro internacional asisten 134 estados miembros y representantes de 67 organizaciones no gubernamentales y muestra la necesidad de llevar a cabo

acciones urgentes por parte de todos los gobiernos, y de la comunidad internacional, que permitan proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

En este sentido, bajo el lema *"Salud para todos"*, se realiza un llamamiento para una acción nacional e internacional urgente y efectiva a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. Urge, por parte de todos los gobiernos y de la comunidad internacional, la obligación nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor.

En el contenido de esta Declaración se sientan las bases de la AP en los siguientes términos:

1. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

2. La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos.

3. El desarrollo económico y social, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos. Y, la promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mejorar la calidad de vida y la paz en el mundo.

4. Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

5. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La APS es la clave para conseguir este objetivo.

6. La APS es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables.

7. La APS refleja las condiciones económicas, socioculturales y políticas del país y de sus comunidades y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Deberían llevar a una mejora progresiva de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados.

8. Los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

[12] Declaración de ALMA-ATA (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, OMS-UNICEF. Alma-Ata, USSR

9. Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la APS a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país.

10. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares.

No obstante, de todos estos principios fundamentales es el sexto el que más nos aproxima al concepto de APS:

- Es la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos 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 un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

- Es parte integrante, tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

- Representa el primer nivel del contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Hoy la Atención Primaria (AP) es reconocida, dentro del Sistema Sanitario, como marco asistencial y docente específico y relevante siendo su potenciación respecto a otros niveles y la mejora de su calidad asistencial objetivos prioritarios de las políticas y programas del SNS.

Las razones que apoyan la creciente importancia y especificidad de la AP dentro del SNS son las siguientes[13] [14].

- El 95% de todos los encuentros médico-paciente ocurren en AP.
- Entre el 75% y el 96% de los problemas de salud se resuelven en este nivel.

[13] Temes, JL. Gil, J. (1997): *Sistema Nacional de Salud.* Madrid. McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.

[14] Irby, DM. (1995): Teaching and learning in ambulatory care settings: A Thematic Review of the Literature. *Academic Medicine*; 70 (10): 898-931.

- La especificidad de la AP como escenario de enseñanza-aprendizaje claramente diferenciado de otros contextos de formación sanitarios.
- El surgimiento y consolidación de la Medicina Familiar y Comunitaria (en adelante MFyC) como especialidad médica.

En términos cuantitativos, hablamos de unos 3.000 Centros de Salud en los que se realizan más de 250 millones de consultas médicas al año, que manejan alrededor de 4.200 millones de euros en prestación farmacéutica y unos 2.400 millones de euros en prestaciones económicas por baja laboral. Estos datos aunque orientativos dan una idea de su importancia real.

CARACTERÍSTICAS DE LA APS

Los principales elementos que caracterizan la AP son[15]:

- *Integral. C*onsidera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial.
- *Integrada.* Interrelaciona elementos de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y reinserción; también se integra funcionalmente con el resto de estructuras y niveles sanitarios.
- *Continuada y permanente.* A lo largo de la vida y en los diferentes ámbitos (escuela, domicilio...) y circunstancias (consulta, urgencia...).
- *Activa*. Busca y resuelve las necesidades de salud, en el ámbito de la promoción y prevención aunque éstas no sean expresadas.
- *Accesible.* No sólo como una cuestión geográfica sino también por razones económicas, burocráticas o de discriminación.
- *Basada en el trabajo en equipo.* Integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios.
- *Comunitaria y participativa.* Atención a los problemas de salud colectiva con la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación y puesta en práctica de las actividades.

[15] Martín, A. y Cano, J.F. (Eds). (1999). *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (Vol.I). Madrid: Harcourt Brace.

- *Programada y evaluable.* Con actuaciones basadas en programas de salud con objetivos, actividades, recursos y mecanismos de registro y evaluación.

- *Docente e investigadora.* Desarrolla actividades de docencia (pregrado, postgrado y formación continua) y de investigación básica y aplicada en las materias propias de su ámbito.

Todas ellas características propias y diferenciales de la Atención Especializada o Hospitalaria y que parten tanto del propio concepto de AP, como del análisis de los sistemas sanitarios y de las autoridades sanitarias avaladas por la legislación vigente (Ley general de sanidad y R. D. 137/1984)[16].

De dichas características se derivan una serie de premisas de partida formuladas por un grupo de autores con motivo de una publicación de la Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria[17] en los siguientes términos:

La AP deber ser capaz de:

- Reforzar los valores fundamentales del SNS: la universalidad, la equidad en el acceso, la financiación y el aseguramiento públicos y la integración de todos los recursos y dispositivos.

- Jugar un papel central en la articulación del sector sanitario, actuando como eje y motor del mismo sirviendo igualmente de conexión y agente entre el ciudadano y el resto del sistema.

- Continuar manteniendo sus valores de accesibilidad, continuidad, longitudinalidad, integralidad, investigadora y docente

- Contar con la suficiente dotación de recursos económicos y humanos destinados a este nivel asistencial, aportando el refuerzo presupuestario para terminar la reforma, la ampliación de las plantillas y los recursos destinados a suplencias.

[16] Molina, F. (1999). *Análisis del proceso de aprendizaje de los residentes de primer año de Medicina de Familia en el Centro de Salud*. Tesis Doctoral. Departamento de Ciencias Morfológicas y Psicobilogía. Universidad de Murcia.

[17] La Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. Reflexiones y propuestas de futuro (2001) En *Revista de la SMMFyC*; 3 (3)

LA REFORMA DE LA APS

Con la publicación del Decreto de Estructuras Básicas de Salud (137/84) se inicia la reforma de la AP en España, en un contexto en el que la medicina se encuentra enormemente influenciada por el paradigma científico-tecnológico que pone el acento en la dimensión técnica -la enfermedad como problema- y en la especialización.

La atención hospitalaria y el prestigio creciente del especialista -legitimado socialmente por el reconocimiento de la ciencia y la tecnología- hacen de ésta, la base de la asistencia sanitaria reduciendo la Primaria a un segundo término cada vez más desprestigiada tanto profesional como socialmente. Es el tiempo de los médicos de cabecera o generales, sin entrenamiento especializado, que ejercen dos horas diarias en un centro dependiente de la organización de la Seguridad Social y que toman como funciones básicas el "recetar", "dar bajas" y hacer "volantes para los especialistas", poco estimulantes y muy al margen del engranaje asistencial[18].

Sin embargo, la nueva reforma conlleva la introducción de cambios en este nivel en muchos sentidos: equipos interdisciplinarios, atención a personas enfermas y sanas, actividades preventivas, sistemas informáticos y de gestión y especialmente profesionales preparados e ilusionados que asumen nuevos roles y responsabilidades gracias a la creación de la especialidad de MFyC y a la creación de la Diplomatura de Enfermería.

Todos estos elementos han ayudado a que la AP tenga una entidad propia y diferenciada del hospital incrementando su prestigio científico y profesional y mejorando su imagen social. Esta mejora tanto en la cantidad como en la calidad de los servicios prestados desde este nivel asistencial se traduce en una serie de logros alcanzados entre los que cabría destacar:

- El impulso dado a la promoción de la salud.
- La realización de los programas preventivos de salud.

[18] Gol, J., Jaén, J., Marcos, J., et al (1979). *El médico de cabecera*. Laia. Barcelona.

- El desarrollo de programas y protocolos de atención a las patologías crónicas más prevalentes, lo que ha supuesto una mejora en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

- El aumento de la atención domiciliaria.

- La promoción del autocuidado y el cuidado de personas dependientes.

- El incremento en la capacidad resolutiva de los dispositivos de AP, ampliando el número de problemas de salud atendidos.

- La mejora en la accesibilidad de toda la población a las pruebas diagnósticas que se desarrollan en AP.

- El desarrollo de programas de formación e investigación, prácticamente inexistentes en la etapa anterior.

- El aumento del tiempo medio dedicado a cada paciente pasando de 2 a 6 minutos en medicina de familia y de 1 a 8 minutos en la atención enfermera, asociado a la mayor dedicación de los profesionales.

- La incorporación, al principio de la década de los 90, de la Cartera de Servicios y del proceso de descentralización de la gestión en los Equipos de Atención Primaria (EAP), y los mecanismos de incentivación, han supuesto un nuevo impulso a la organización y al papel de la AP en el Sistema Sanitario.

Por lo tanto consideramos que la valoración global de la reforma de la AP es altamente positiva ya que el actual modelo organizativo de los EAP es capaz de dar respuesta a las necesidades de la población.

No obstante, como cualquier reforma de estas dimensiones, ha padecido y ahora sigue padeciendo problemas en su implementación y no está exenta de críticas. Y es que, los cambios que se han producido en la sociedad española, en los sistemas y métodos de abordar la prestación de servicios sanitarios y en los cuidados de salud, hacen necesario plantearse modificaciones en la organización para poder hacer frente, con garantías de éxito, a los nuevos retos que tiene planteados. Éstos puntos críticos y propuestas de futuro se abordarán con mayor profundidad en un próximo apartado titulado “Situación actual y futuro de la Atención Primaria”.

LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LA APS

La organización y desarrollo de la AP gira en torno a dos elementos claves: el Equipo de Atención Primaria (EAP) y el Centro de Salud (CS).

Equipo de Atención Primaria:

El Real Decreto 137\84 sobre Estructuras Básicas de Salud de aplicación estatal, es la ley de referencia y en su artículo tercero define al EAP como:

1. El conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios cuyo ámbito territorial principal de actuación es la Zona Básica de Salud y con localización preferente en los Centros de Atención Primaria.
2. El Equipo de Atención Primaria tiene como ámbito territorial de actuación la Zona de Salud y como localización física principal el Centro de Salud.

Está constituido por un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la APS. Y dónde el facultativo, a diferencia del modelo anterior, no es el único protagonista sino que comparte responsabilidades y tareas con los otros componentes del equipo.

En concreto el equipo básico de atención primaria lo integran: médicos (familia y pediatras), enfermeros, trabajadores sociales y técnicos no sanitarios (personal administrativo y auxiliar). A menudo pero, también colaboran directa o indirectamente otros profesionales que se denominan de apoyo especializado (higienistas dentales y odontólogos, especialistas en salud mental, en atención a la mujer, fisioterapeutas, técnicos de laboratorio y radiología, etc.).

Los equipos funcionan en la medida que todos sus componentes se sienten partícipes de sus objetivos, actividades y resultados. No obstante, cada cual de los miembros del equipo, tiene, por la propia competencia profesional, tareas específicas:

Profesional de Enfermería:

Asume funciones y actividades propias de su profesión con amplios niveles de autonomía y responsabilidad. Participa de forma creciente en actividades de docencia y de investigación desarrolladas en el marco de la AP así como en tareas de salud comunitaria y coordinación. En la asistencia curativa, participa especialmente en el

control de enfermos crónicos y la instrumentación de técnicas diagnósticas y terapéuticas.

Asume gran parte de las actividades de atención domiciliaria dónde el médico tiene prácticamente un papel de "consultor ". También forma parte de su responsabilidad, actividades comunitarias en colaboración con los trabajadores sociales en instituciones o servicios de la comunidad (niños, jóvenes, embarazadas,). En el ámbito de la promoción de la salud, se ocupa de dirigir e intervenir en tareas de educación sanitaria a colectivos sanos y enfermos, individual o colectivamente y en prevención actúa en programas como vacunaciones.

Para organizarse el profesional de enfermería se basa en la programación y estandarización de procedimientos, dispone de tiempos y espacios para la concertación de visitas tanto en el Centro de Salud como en el domicilio y hace uso de la misma documentación clínica que el médico, anotando todo aquello pertinente sobre los resultados de sus actuaciones (consultas de enfermería).

Profesional de trabajo social:

Su incorporación, ha sido uno de los elementos de cambio cualitativo de la asistencia prestada a la población atendiendo también a las cuestiones de carácter social. A partir del conocimiento de las características de la comunidad (cultura, estructura, equipos y servicios...) este profesional identifica y define las demandas de la población y diseña las actuaciones para el tratamiento de problemas sociales de carácter individual, familiar y comunitario. Otro campo de trabajo es la participación comunitaria dónde actúa como enlace entre personas y entidades y el equipo de salud y es especialmente con los grupos en situación de riesgo social (alcoholismo, inadaptación, paro...) donde dirige más los esfuerzos a la coordinación y desarrollo de programas socio-sanitarios.

Al igual que el resto de miembros del equipo dispone de infraestructura básica por el desarrollo de sus actividades y también participa en las tareas docentes y de investigación propias del equipo de primaria.

Por otro lado, la asunción de competencias gestoras formales, y por lo tanto de responsabilidades específicas, lleva aparejada la necesidad de que exista en los EAP una estructura directiva sólida que sea capaz de garantizar el desarrollo y

cumplimiento de los objetivos de la organización a la vez que concitar los apoyos de la gran mayoría de los profesionales.

Director de Centro de Salud:

Es la máxima autoridad del Centro y en quién recaen las competencias y responsabilidades gestoras, incluidas las correspondientes a las unidades de apoyo que pudieran existir en el centro. Con independencia de estructura jerarquizada del Centro de Salud, se debe tender a un funcionamiento participativo y colegiado en la toma de decisiones, así como una distribución y delegación de las tareas directivas.

Asume las funciones de Coordinador Médico o de Enfermería en los niveles de complejidad menor. Es un profesional sanitario nombrado por el Director Gerente a propuesta de una Comisión Paritaria compuesta por miembros de la Gerencia más profesionales del centro.

Coordinador Médico:

Es el segundo en línea jerárquica y, por lo tanto, la máxima autoridad del Centro en ausencia del Director. Es el responsable de coordinar el conjunto de actividades, programas, etc., de los profesionales médicos del centro de salud, además de realizar sus funciones asistenciales. Es nombrado por el Director Gerente a propuesta del Director del Centro.

Coordinador de Enfermería:

Es el responsable de coordinar el conjunto de procesos enfermeros del Centro de Salud. Es el tercero en línea jerárquica y, por lo tanto, la máxima autoridad del Centro en ausencia del Director y el Coordinador Médico. Es nombrado por el Director Gerente a propuesta del Director del Centro.

Coordinador del Área Administrativa y de Atención al Usuario:

Es el responsable de coordinar el conjunto de actividades, programas, etc., que se realizan en la unidad administrativa y de atención al usuario. Es nombrado también por el Director Gerente a propuesta del Director del Centro. Reforzamos la idea que en un Centro de Salud deberá existir un Director de Centro único con la responsabilidad

máxima apoyado con un número variable de coordinadores médicos, de enfermería y del área administrativa según la complejidad del centro.

Centro de Salud

En ese mismo Real Decreto 137\84 se define en su artículo segundo al Centro de Salud como:

1. La estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una APS coordinada globalmente, integrada, permanentemente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En él desarrollará sus actividades y funciones el Equipo de Atención Primaria.

Como institución asume la responsabilidad de la atención de una comunidad definida a nivel social, demográfico y geográfico. Las funciones y actividades básicas de un Centro de Salud integral, deben ir dirigidas a garantizar y mejorar el nivel de salud individual y colectivo de la población adscrita al EAP. Dichas funciones son:

- Atención preventiva y promoción de la salud.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Rehabilitación y reinserción social.
- Atención domiciliaria y urgencias.
- Vigilancia epidemiológica.
- Educación sanitaria y acciones comunitarias preventivas.
- Docencia e Investigación en AP.
- Organización, administración y gestión.

Las actividades en el ámbito de la promoción y la prevención pueden tener características diferentes según la naturaleza del problema (extensión geográfica, individual o colectivo ..) y normalmente reclaman la colaboración amplia y constante de otros niveles del sistema sanitario u otros sectores; las asistenciales curativas y de rehabilitación, fundamentadas en acciones protocolarias y programas que se tienen que realizar en la consulta o en el domicilio y que también incluyen la asistencia urgente y continuada, implican la colaboración de los diversos profesionales del equipo y los servicios de apoyo; la educación sanitaria que tiene que fomentar básicamente la autoresponsabilidad de personas y comunidad se desarrolla normalmente en las actuaciones asistenciales dónde el contacto directo entre el profesional y el paciente posibilitan una intervención más eficaz; las actividades de docencia (pregrado, postgrado y formación continuada) es necesaria la existencia de mecanismos de coordinación funcional con las entidades académicas correspondientes y por último,

las actividades de organización interna del EAP orientadas hacia el usuario e intentando ofrecer unos servicios adaptados a las necesidades de los ciudadanos.

Con respecto a las consultas que constituyen el ámbito principal dónde se integran estas diversas actividades de promoción, prevención, asistenciales y de rehabilitación en el Centro de Salud, se diferencian tres tipos, a fin de lograr una óptima organización: la visita a demanda (cada vez se impone más con cita previa para evitar tiempo de espera), la visita urgente (pacientes que acuden sin solicitar previamente día y hora de consulta y si no pueden ser atendidos por su médico los puede atender otro profesional con el historial clínico del paciente, y la visita programada (por iniciativa del profesional, con día y hora previa, destinada generalmente al seguimiento de pacientes crónicos o a la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud).

I.4. SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

La hipótesis de la existencia de asociación entre la eficiencia del sistema sanitario y una atención primaria «fuerte» ha sido sólidamente argumentada en diferentes trabajos[19] [20]. Sin embargo, siguiendo a Starfield, el grado de «fortaleza» del primer nivel no depende de su existencia sino del desarrollo de cuatro atributos claves: accesibilidad, globalidad o integralidad de cuidados (la gama de servicios diagnósticos y terapéuticos y su calidad), coordinación de la atención y longitudinalidad (atención regular a lo largo de toda la biografía del sujeto).

La función de la AP excede la de ser «filtro» al tener la responsabilidad de decidir en qué lugar del sistema sanitario debe realizarse la atención ante un problema de salud. Su utilidad en un sistema sanitario depende de su capacidad de ser accesible, dar cuidados integrales, atender a los pacientes a lo largo de toda su vida (longitudinalidad) y garantizar la coordinación de los cuidados prestados a diferentes niveles.

[19] Starfield, B. (1994): Is primary care essential? *Lancet* ; 344: 1129-1133.

[20] Engström, S.; Foldevi, M. y Borgquist, L. (2001): Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care;* 19: 131-144.

En el año 1991 la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud[21] llevó a cabo un análisis para determinar la situación de la AP en nuestro país. Las conclusiones de entonces aún siguen estando presentes a día de hoy. En este sentido, los puntos clave señalados fueron los siguientes[22]:

- El importante papel que debería jugar la AP en nuestro país no se corresponde con el peso real que tiene: ni la financiación, ni el porcentaje de médicos que trabajan como generalistas, ni la atracción que la especialidad de Medicina Familiar tiene para los estudiantes son los esperables en un sistema sanitario orientado hacia el primer nivel asistencial.

- La desmotivación creciente de los profesionales que trabajan en primaria es responsable de la retirada de los profesionales más capacitados de los puestos de decisión y de cierto conformismo en todos los protagonistas. No parece existir ningún proyecto de futuro capaz de despertar similares expectativas a las que creó la reforma.

- Los instrumentos utilizados para mejorar la gestión muestran signos de agotamiento, aún reconociendo los avances realizados en la última década. Las propuestas en boga hace diez años (Informe Abril) se han llevado a cabo en muy escasa medida y siguen siendo adecuadas en su mayor parte.

- La distancia entre gestores y asistenciales es cada vez mayor: las preocupaciones, los valores y los objetivos no son comunes.

- En un sistema sanitario tan descentralizado como el español no se dispone de suficiente información que permita conocer cuáles son los objetivos generales del mismo, en qué grado se alcanzan o qué posibilidades de comparación existen entre los diferentes proveedores.

- Los cambios que inevitablemente se producirán en los próximos años aportarán instrumentos de mejora evidentes, pero también expectativas y exigencias sociales crecientes sobre el sistema sanitario.

---

[21] Abril, F. et al. (1991): *Informe y recomendaciones de la Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud.* Madrid.

[22] Minué, S; De Manuel, E. y Solas, O. (2002): Situación actual y futuro de la Atención Primaria. En *Informe SESPAS 2002*; 19.

- La aplicación en AP de herramientas de mejora de la organización utilizadas en otros entornos (desde la gestión de personal hasta el uso de nuevas tecnologías o la mejora de la calidad) pueden ser útiles para abordar los problemas planteados.

- La complejidad de ciertos problemas (el modelo de relación laboral, las ineficiencias de gestión y su abordaje, las incesantes necesidades de la sociedad y su limitación explícita) obligan a tomar decisiones que pueden tener un cierto coste social.

Por otro lado, los principales puntos críticos identificados aparecen recogidos de forma sintética en la siguiente (Tabla 1).

Tabla 1
Puntos críticos en Atención Primaria

	Categoría	Punto crítico
Estructura	**Financiación**	Falta de adecuación de la Presupuestación en AP a su peso teórico en el sistema sanitario
	Personal	
	Tipo y número de profesionales	Adecuación del número y funciones de los profesionales
		Falta de prestigio social de la medicina de familia
	Relación laboral	Marco laboral preconstitucional.
		Desmotivación creciente
	Instalaciones y Tecnologías	
	Prescripción farmacéutica	Control insuficiente del gasto farmacéutico
	Tecnologías médicas	Acceso limitado a tecnologías diagnósticas
	Sistemas de información.	Implantación insuficiente de la informatización de consultas
	Gestión de servicios	
	Modelo de gestión	Ausencia de flexibilidad gestora
	Relación gestores/clínicos	Distanciamiento creciente entre ambos.
	Organización interna	Longitudinalidad insuficiente.
		Sobrecarga asistencial
		Falta de adaptación de la organización al paciente
Proceso	**Utilización de servicios**	Limitada capacidad de resolución
	Calidad del proceso asistencial	Realización de prácticas inefectivas
		Ausencia de continuidad asistencial

Para la modernizar la AP en nuestro país es necesario contar con estos más 20 años de historia y analizando los errores de planteamiento y los logros obtenidos, dotar de coherencia al sistema de una forma integral. Completar la inacabada "reforma" adaptándola a nuestro país y al siglo XXI con afán de mejora y no de derribo. En este sentido, múltiples son los retos que deberá afrontar la AP en España los próximos años:

Retos generales:

- Adecuación a la financiación.
- Planificación de los recursos necesarios.
- Marco de acuerdo entre gestores y clínicos

Retos específicos:

- Recuperación del prestigio social.
- Adaptación de la organización a las necesidades de los pacientes.

Retos urgentes:

- Desarrollo de sistemas de información que permitan conocer y comparar.
- Mejorar la continuidad de la atención entre niveles.
- Motivación de los profesionales.

Todos estos retos podemos agruparlos en cuatro grandes categorías:

- **Modernización:** en lo que se refiere a la accesibilidad y confort de los Centros de Salud y también su dotación en cuanto a acceso a pruebas diagnósticas, aspecto determinante en su capacidad resolutiva.

- **Reordenación:** en relación a las necesidades de plantilla a largo plazo, siendo de gran utilidad el conseguir un modelo de optimización de recursos en base a los condicionantes que condicionan la presión asistencial, mucho más allá del rígido sistema de cupos actual.

- **Potenciación:** referida a la coordinación con Atención Especializada y la mejora de los sistemas de información. En un momento en que se oye hablar continuamente

de la Historia Clínica Única será fundamental lo que el médico de familia tenga que decir y aportar.

- **Profesionalización:** se aborda un cambio sustancial en la figura de los equipos directivos que deberá ser precedida por un amplio debate entre los miembros de los equipos. Se añade el abordaje de los sistemas de reconocimiento e incentivación en los equipos, cuya necesidad es evidente, pero que las experiencias en los últimos años han desembocado en desastre a menudo. Y estos dos aspectos no tendrían sentido si no se introduce también la posibilidad de revisar el resto del organigrama y las funciones de todos los componentes del Equipo de Atención Primaria. La falta de definición de funciones y deberes hacia compañeros y pacientes ha desembocado a menudo en enfrentamientos desastrosos para la funcionalidad y capacidad de trabajo de los equipos.

Proponemos para el futuro las siguientes líneas de desarrollo:

- Promoción de la salud bajo el principio que los ciudadanos desarrollen su autonomía, auto responsabilidad e independencia en el mantenimiento y la mejora de su salud, así como en el abordaje de sus problemas físicos, psicológicos y sociales.

- Ampliar los programas de prevención primaria, con especial énfasis en la lucha contra el tabaquismo y el alcohol así como la promoción de hábitos saludables, como estrategia clave en la disminución de la morbimortalidad del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares.

- Mantener la actualización de las prestaciones (cartera de servicios) con objeto de adaptarlas a las nuevas necesidades y demandas de la población.

- Revisar el marco organizativo y estructura directiva de los dispositivos de AP lo que permitirá una descentralización efectiva en los procesos de toma de decisiones.

- Orientar la política farmacéutica hacia el uso racional del medicamento lo que permitirá mejorar la eficacia, seguridad y eficiencia de los tratamientos farmacológicos.

- Incrementar la capacidad resolutiva de la AP.

- Mejorar las políticas de motivación e incentivación, incluido el sistema retributivo, que permitan contar con el profesional como motor fundamental de los cambios necesarios.

- Reforzar de las relaciones con otros componentes del Sistema Sanitario, con especial referencia a la Atención Especializada y a los dispositivos de Salud Pública.

- Desarrollar la coordinación sociosanitaria y definir el papel de la AP en la misma.

- Potenciar la colaboración y participación de los ciudadanos.

II. CONTEXTO PROFESIONAL: LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (MFyC)

II.1. Origen e historia de la Medicina de Familia en España

II.2. La Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España

II.3. Perfil profesional y competencias del especialista en MFyC

II.4. La investigación en Medicina de Familia y Atención Primaria

II.5. Formación Pregrado: Universidad y Medicina de Familia

II.1. ORIGEN E HISTORIA DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN ESPAÑA

Los primeros médicos de familia surgen en la década de los años 60 en los Estados Unidos a raíz de una necesidad sentida por los propios profesionales y la sociedad a la que atienden. Con el nombre de Medicina de Familia o con otros (General Practitioners en Reino Unido, Family Physician en Estados Unidos y Canadá, Asistente de Clínica Peral en Portugal, etc. Existe la especialidad en la mayoría de países de Europa y América. En Europa existe la formación postgrado en Medicina de Familia en 22 países.

Cuando aparece la especialidad en Estados Unidos, se vive en Medicina en el reinado de la superespecialización. Hay especialistas para todo y a cada enfermo le atienden multitud de médicos distintos, cada uno dedicado a un órgano o aparato pero sin nadie que dé una visión en conjunto de los problemas de salud de cada individuo[23]. Aquí es cuando surge históricamente la Medicina de Familia, como una necesidad sentida por los propios médicos generales americanos para el desarrollo de su ejercicio y como una demanda de la sociedad a la que atienden, que busca el profesional que proporcione una atención integral de calidad a los problemas de salud que surgen a lo largo de toda la vida de los pacientes.

En España este problema también ocurre. La medicina hospitalaria constituye el modelo sanitario imperante y se necesitan profesionales específicamente formados, con una visión integradora, para un trabajo que tradicionalmente se ha infravalorado, y que a raíz de la conferencia de Alma Ata (1978) y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que hoy en día siguen vigentes, se empieza a concebir como la pieza clave de los sistemas nacionales de salud.

O dicho de otro modo, es preciso acabar con el "hospitalocentrismo" dominante en la asistencia médica de nuestro país y para ello se introduce con fuerza y eficacia la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) permitiendo el desarrollo del alcance preventivo y comunitario de la medicina general y la atención de la asistencia primaria.

[23] Medina, M., Ferrandiz, J. y Calvo, E. (2004): *Medicina de Familia y Comunitaria.*

Como se apunta en el preámbulo del Real Decreto 3303/1978[24] se apuesta por un modelo sanitario acorde con las necesidades de la sociedad en atenciones de salud al individuo, en su medio familiar y comunitario, y se hace preciso el desarrollar, de acuerdo con las tendencias mundiales y las directrices de los organismos internacionales sanitarios del momento, una estructura sanitaria que atienda en primera instancia las demandas de salud de los individuos, acercando a los usuarios los medios sanitarios y permitiendo a la vez evaluar la enfermedad en razón de los factores del medio que la condicionan.

LA MEDICINA GENERAL EN ESPAÑA ANTES DE 1978

Según Mc Whinney[25], la Medicina de Familia procede de una rama más antigua de la medicina: la Medicina General. Sin embargo, aunque la relación no es sencilla, sí es importante comenzar con la historia de la Medicina General.

Durante el siglo XIX, la Medicina estaba constituida, en su gran mayoría, por médicos generales, los cuales eran capaces de abarcar todo el conocimiento médico existente. Va a ser a principios del siglo XX, cuando comienzan a aparecer primero, las especialidades mayores: obstetricia, psiquiatría, pediatría, medicina interna… y, posteriormente, las superespecialidades, considerando que la medicina general la podía ejercer cualquier licenciado y que su práctica no constituía una disciplina clínica. Bajo este nuevo contexto, se produce un desprestigio de la medicina general dentro del colectivo médico y social[26].

Dentro de la Medicina General española, el médico titular es una de las figuras más antiguas de la Administración del Estado. Su origen se remonta a la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 por la que se obligaba a los municipios a crear la Beneficencia Municipal y regula la creación de la Dirección General de Sanidad como órgano ejecutivo.[27] Esta Ley extenderá su vigencia durante una larguísima época, aunque no en razón a sus excelencias, sino ante la imposibilidad de llegar a un

[24] R. D. 3303/1978, de 29 de diciembre, (BOE: 29-Y979) de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica.

[25] Mc Whinney IR (1995): *Medicina de Familia.* Barcelona., Doyma libros, S.A.

[26] Molina, F. (1999) *Análisis del proceso de aprendizaje de los residentes de primer año de Medicina de Familia en el Centro de Salud.* Tesis Doctoral. Departamento de Ciencias Morfológicas y Psicobilogía. Universidad de Murcia.

[27] Burgos, I.; Rodríguez, J.J. (1990): Medicina General. En: Ayala, S.; Gómez, T.; Prados, M.A.; Ichaso, M.S*.: Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina general*. Madrid: O.M.C., 83-105.

acuerdo sobre un nuevo texto de Ley Sanitaria, cuya formulación se ensaya con reiteración sin conseguir su aprobación definitiva.

En 1942 se implantó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) dentro del sistema de protección social gestionado por el Instituto Nacional de Previsión (INP) para dar cobertura a la población obrera. Las prestaciones cubiertas inicialmente por el S.O.E. eran las de asistencia de Medicina General y algunas especialidades quirúrgicas en régimen extrahospitalario, así como la prestación farmacéutica[28].

Aquellos a quienes no alcanzaba la asistencia del SOE, u otras oficiales, concertaban pólizas con mutualidades o sociedades médicas, recurriendo los de mayores medios económicos a la medicina privada[29].

Es destacable el hecho de que en los nombramientos que la Seguridad Social otorgaba a los médicos generales en los años 50 se les daba la denominación de médicos de familia, lo que refuerza la tesis de que la Medicina de Familia es la mejor forma de llamar al colectivo de médicos de AP.

En 1964, el SOE se transforma en un sistema de Seguridad Social de más amplia cobertura. Con la incorporación de muchos nuevos cotizantes, y el despegue económico, se crean nuevos y modernos hospitales como la Clínica Puerta de Hierro, y en años sucesivos las impresionantes Residencias Sanitarias. Era el boom de las especialidades.

A nivel de asistencia primaria había dos sistemas muy diferentes:

- En el medio rural, los médicos de APD atendían a los pacientes de la beneficencia, la población con cobertura de Seguridad Social, y realizaban otras labores como controles sanitarios, vacunación, epidemiología, etc.

- En el medio urbano, en los ambulatorios, la asistencia primaria se desarrollaba por el médico, acompañado de una enfermera, en consultas de dos horas, asistiendo entre 50 y 100 pacientes por consulta.

[28] Gómez, T. (1997): Desarrollo de la Medicina de Familia en España. En: Gómez, T. y Ceitlin, J. M.: *Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo.* Madrid, SEMFYC-CIMF.

[29] Ibarrola, I. (1995): A través de treinta años de Atención Primaria. *Medifam;* 5: 3-7.

El médico general era la puerta de entrada al sistema y refería al paciente al especialista de ambulatorio que le correspondía, cuando lo estimaba necesario. Excepciones a este sistema de referencia eran la consulta de pediatría, para los beneficiarios de menos de siete años de edad, la consulta de tocoginecología para las mujeres embarazadas, la consulta de oftalmología para la medición de los defectos de refracción y las consultas al dentista, para las extracciones dentales.

El médico general podía recetar prácticamente cualquier medicamento con cargo a la Seguridad Social y determinar la baja laboral de los asegurados, pero generalmente no tenía facultad para solicitar pruebas de laboratorio o radiología, privilegio que correspondía prácticamente en exclusiva a los especialistas[30].

Como consecuencia de todo esto, la estructura y prestigio históricos de la Medicina General decayeron, inclinándose la balanza profesional y social claramente del lado de la especialización, cada vez más compleja.

La asistencia extrahospitalaria era, junto a la desorganización del sistema sanitario, la principal fuente de deslegitimación del sistema sanitario público español, en los años 70 y principios de los 80, por lo que todos los agentes demandaban una reforma en profundidad de este servicio.

En los años 80 había varios tipos de médico general:

- Médicos de Zona de la Seguridad Social: eran casi el 50 % de los profesionales del sector público y ejercían medicina asistencial sobre un cupo de asegurados en un régimen de ambulatorio. Predominan en las grandes ciudades y poblaciones mayores de 10.000 habitantes.

- Médicos Titulares: algo más del 50 %. Tenían funciones asistenciales y de salud pública. Ejercían su labor preferentemente en el medio rural, aunque todas las ciudades (excepto Madrid y Barcelona) tenían médicos titulares para las funciones de salud pública.

- Médicos de Urgencia de la Seguridad Social: eran poco más del 3% de los profesionales del sector público. Realizaban la atención a urgencias en centros específicos y a domicilio, en las grandes ciudades.

[30] Elola, F.J (1991): *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España*. Madrid: FISSS.

- Otros Médicos Generales: Los médicos de las fuerzas armadas, médicos del registro civil, forenses, de instituciones penitenciarias.

- Médicos Generales de las Compañías de Seguro libre y con ejercicio privado de la profesión.

El ejercicio libre era practicado por un 30% de los médicos generales.

II.2. LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (ESPAÑA)

CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS:

La MFyC es una especialidad médica y una disciplina académica, conformada por los siguientes elementos:

- *Tradición histórica común*: la Medicina General como rama troncal más antigua.
- *Objeto de conocimiento clínico, educativo y de investigación:* la persona en su integridad física, psíquica y social y la familia y la comunidad.
- *Ámbito de actuación diferenciado:* la Atención Primaria.
- *Paradigma de actuación:* la atención holística y el enfoque biopsicosocial.
- *Orientación específica:* integración de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paulatinos.
- *Investigadores nacionales e internacionales:* se encuentra firmemente avalada por revistas internacionales da amplio como son el *British Journal of General Practice, The Journal of Family Practice* y revistas nacionales como *Atención Primaria* o *FMC (formación médica continuada).*

Por otra parte, el Consejo Americano de Medicina Familiar (ABFP) adopta en 1986 la siguiente definición de la especialidad:

> "Es la especialidad médica que se ocupa de la salud total del individuo y la familia (...) que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento (...) no limitada por edad, sexo, órgano o sistema o patología" [31]

[31] Gómez, T. y Ceitlin, J. (1999): La medicina de la familia en España y otros países. En: Martín, A. y Cano, J.F. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 4 ed. Harcourt. Madrid.

El nombre que se le dio define algunas de las características esenciales del tipo de formación y de trabajo posterior que el médico de familia realiza.

Es "familiar" porque trata no sólo al individuo como persona que puede enfermar de manera aislada, sino también en relación con su entorno familiar. La familia también tiene sus propias enfermedades y estas influyen de manera notable sobre el individuo. Un ejemplo claro son los problemas psicológicos y sociales, una depresión puede tener su origen en una mala relación de pareja, en el alcoholismo del cónyuge, en la drogadicción de un hijo, etc. Estos últimos problemas también hay que intentar solucionarlos, dentro de las posibilidades que tiene la Medicina.

Es "comunitaria" porque también la comunidad o población que el médico de familia atiende tiene sus propias enfermedades que hay que conocer (por ejemplo drogadicción en juventud, embarazos en adolescentes, infección HIV) e intentar solucionar, contando para ello con la participación activa de la propia comunidad. Las actividades comunitarias que el médico de familia realiza pueden consistir en intervenciones muy variadas. El estudio epidemiológico de las enfermedades que afectan principalmente a la comunidad realizado por los médicos y la priorización de las intervenciones a realizar sobre ellas es una forma. Las reuniones periódicas con miembros de la comunidad a través de consejos de salud para la búsqueda y solución de problemas de salud es otra. El poner un buzón de sugerencias en el centro de salud, dar charlas de educación sanitaria a grupos de diabéticos, ir a colegios a hablar de métodos anticonceptivos o de higiene buco-dental, realizar una campaña de vacunación a domicilio, etc., son distintas muestras de lo que en relación con la comunidad puede realizar el médico de familia.

Por tanto, se trata de una especialidad clínica que se caracteriza por ser generalista y amplia, a diferencia de otras especialidades hospitalarias y que va evolucionando hasta llegar a tener identidad y un cuerpo de conocimientos propio, un campo de investigación, un programa de formación y un perfil de práctica definido.

DESARROLLO NORMATIVO DE LA ESPECIALIDAD

La MFyC aparece por primera vez como especialidad, en España, en 1978. Su nacimiento está muy vinculado a las recomendaciones de la Conferencia de Alma Ata. Los influjos de dicha Conferencia llegan a nuestro país en un momento en el que la

tesis dominante era convertir el sistema sanitario público en un Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Sanidad ve la necesidad de crear una especialización en medicina general para poder desarrollar adecuadamente la AP y que sirva como punta de lanza de una Reforma Sanitaria en la que se potenciaría esta nueva concepción de la AP.

En este sentido, el 15 de julio de 1978 se publica en el Boletín Oficial del Estado el Real Decreto 2015/78[32], donde por primera vez se hace referencia a la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica. Esta normativa regula la obtención de títulos de especialidades médicas y reconoce en su artículo tercero a la MFyC como especialidad médica y la formación de la Comisión Nacional de la Especialidad, para que elabore el programa formativo.

Tres meses después se publica el R.D. 3303/78 que regula más en profundidad la especialidad de MFyC y en él se define al médico de familia como figura fundamental del Sistema Sanitario, se establece su perfil profesional y se señala que el residente tendrá que hacer prácticas supervisadas en zonas rurales y urbanas. También se dispone las unidades y áreas que habrán de formar al médico de familia y la determinación de los criterios de evaluación.

En 1979 comienzan a hacer la especialidad vía MIR los primeros residentes, en número cercano a los quinientos. Se trata de un periodo de gran incertidumbre a la que contribuyen varios hechos: por un lado la oferta de plazas para una especialidad desconocida para los recién licenciados, por otro la ausencia de estructuras extrahospitalarias en las que pudieran formarse y por último, una salida laboral incierta pues la única posibilidad conocida eran las plazas de cupo con jornada laboral de dos horas y media.

En febrero de 1980 se elabora el libro: "La Medicina Familiar y Comunitaria", editado por el Insalud y en el que se establece el primer Programa Docente de la especialidad, realizado por parte de un grupo de médicos residentes y tutores y que supone una aportación teórica fundamental.

[32] Real Decreto 2.015/1978 de 15 de junio (BOE: 29-VIII-1978) por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas.

En marzo de este mismo año se celebran las "I Jornadas de MFyC" en Madrid. Destaca, como una de las conclusiones más importantes, la de defender y exigir que la docencia del tercer año de la especialidad se realizase en Centros de Salud Integrados, lo que inicia una lucha en cada hospital docente para conseguir la puesta en marcha de los Centros de Salud. El problema de dónde realizar el tercer año extrahospitalario, unido a todas las demás dificultades para el desarrollo de la especialidad, obligó a los médicos residentes a efectuar diversas medidas de presión para que la Administración cumpliera sus compromisos.

Como consecuencia de las movilizaciones a finales de marzo de 1981 se consigue una normativa del Insalud, por la que se crean las primeras estructuras docentes extrahospitalarias para el 3° año de residencia.

Es de destacar el encierro que se produce en el Colegio de Médicos de Madrid en junio de 1982, de 19 días de duración, para conseguir la creación y puesta en marcha de Centros de Salud pilotos como base de la Reforma Sanitaria y que sirvan para realizar el tercer año de la especialidad a los residentes de MFyC.

A raíz de ello se publica el Real Decreto 2392/1982 con el que la Administración se compromete a crear de Unidades Piloto de MFyC pero que nunca se llega a desarrollar.

Posteriormente se publica la Orden del 19 de diciembre de 1982 (BOE: 22-XII-1983) por la cual se regula el desarrollo de la formación en APS de la especialidad de MFyC. En esta orden se establecen también las condiciones mínimas que deben cumplir las Unidades Docentes, fijando los profesionales que deben existir en ellas: coordinador, tutores, técnicos en Salud Pública, personal de enfermería... y las funciones específicas de cada uno.

En Diciembre de 1983 se celebra en Granada las "IV Jornadas de MFyC". Durante este encuentro tienen lugar las reuniones de la Coordinadora Estatal de Médicos Residentes de MFyC y de la Sociedad Española de esta especialidad, así como la presentación del nº 0 de la revista *Atención Primaria.*

Con el comienzo de la Reforma Sanitaria se publica el R.D. 137/1984 sobre "Estructuras Básicas de Salud", lo que vino a suponer un cambio importante. En él se

establece la transformación de las Unidades Piloto de MFyC (que nunca se llegaron a crear) en Equipos de Atención Primaria.

En este mismo año se aprueba el Real Decreto 127/84, por el que se regula la formación médica postgraduada y la obtención del título de especialista. A partir de ese momento la única forma de obtener una especialidad médica en España es la vía MIR. Un punto a resaltar es la división de las especialidades en hospitalarias y no hospitalarias.

Un año después, en 1985, la Comisión Nacional de la Especialidad, bajo la Presidencia del Dr. Martín Zurro, aprueba el primer Programa Docente oficial de MFyC en el que se definen objetivos y actividades por año de residencia destinado a la AP, consiguiendo que el Centro del Salud sea el punto de referencia del propio residente y por lo tanto el eje sobre el cual gire su formación, junto con una dotación de infraestructura en centros de salud que se dedican a la docencia y un número considerable de especialistas.

En 1986 se publica la Ley General de Sanidad, que establece el marco normativo de la Reforma Sanitaria. Su desarrollo debía significar la unificación y/o coordinación de todos los recursos sanitarios existentes, la consolidación definitiva del Área de Salud, la nueva regulación de las especialidades médicas y la entrada de la Medicina de Familia en el ámbito universitario.

La Comunidad Europea, consciente de la importancia de proporcionar una formación de calidad a los médicos que trabajan en AP en sus respectivos Sistemas Nacionales de Salud, promulga la Directiva 86/457 que obliga a los países miembros a dar una formación postgraduada de al menos dos años a los médicos para poder trabajar como generalistas en el sistema público y que sería obligatoria a partir de 1995. Por parte del Gobierno Español se acuerda que la vía única para realizar esta formación en España sea la especialidad ya existente de MFyC, como se refleja en el Diario Oficial de la UE C262/2 de 1990.

Por otra parte, el Real Decreto 264\1989 por el que se desarrolla el curso de perfeccionamiento para la obtención del título de médico especialista en MFyC permite la posibilidad de que puedan acceder al título a aquellos médicos con cinco años o más de ejercicio profesional en AP.

Como consecuencia de la normativa comunitaria, y tras las presiones de los estudiantes de medicina, de los residentes de Medicina de Familia y de todas las partes implicadas, se acuerda realizar, a partir de 1995, y durante 5 años, dos convocatorias MIR. Una, exclusivamente para licenciados post-95, con plazas de MFyC (Prueba MIR específica más distributiva que selectiva), y otra Prueba MIR general, también con plazas de MFyC (en bastante menos proporción) a la que podían optar los licenciados pre-95 y los post-95 que no hubiesen obtenido plaza en la convocatoria específica. Esta situación, provoca el incremento del número de plazas ofertadas de la especialidad MFyC a casi 2000, lo que supone prácticamente el 40% del total de plazas MIR convocadas.

En 1995 (Orden Ministerial del 22\6\95) se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y farmacéuticos especialistas.

En España, actualmente hay aproximadamente unos 15.000 médicos de familia formados por la vía MIR y más de 5.000 residentes de MFyC en formación, además de los que obtuvieron el título como reconocimiento a los derechos adquiridos antes de la aparición de la especialidad. Existen más de 150 Unidades Docentes y la semFYC, es la Sociedad Científica que cuenta con mayor número de asociados.

CRONOLOGIA DE LA MEDICINA DE FAMILIA

1978:

- Conferencia de la OMS en Alma Ata.
- Real Decreto 2.015/1978 de 15 de junio (BOE: 29-VIII-1978) por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas y por primera vez se reconoce la MFyC como especialidad médica.
- Real Decreto 3.303/1978 de 29 de diciembre (BOE: 29-Y979) por el que se regula la MFyC como especialidad de la formación médica dónde se describen las grandes líneas del periodo formativo.

1979:

- Inician el MIR los primeros residentes (500 en toda España).

1980:

- Primer Programa Docente de la especialidad.
- “I Jornada de MFyC” en Madrid, Huelga de los MIR y encierro en el Ministerio.

1981:

- Se crean las primeras estructuras docentes extrahospitalarias para el 3° año de residencia.

1982:

- Real Decreto 2392/82 de creación de las Unidades Docentes Piloto de MFyC.
- Orden del 19 de diciembre de 1982 (BOE: 22-XII-1983) por la cual se regula el desarrollo de la formación en APS de la especialidad de MFyC.
- La semFYC inicia los pasos como evolución del activo movimiento asableario de la Coordinadora de Médicos Residentes de MFyC.

1983:

- IV Jornada de MFYC en Granada.
- Presentación del nº 0 de la revista *Atención Primaria*.

1984:

- Inicio de la reforma de AP.
- Real Decreto 137/84, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
- Real Decreto 127/84 de 11 de enero (BOE: 31-Y-1984) por el que se regula la formación médica postgraduada y la obtención del título de especialista.
- Constitución de la semFYC como Sociedad Federada y legalización como sociedad científica.

1985:

- Primer programa docente oficial de la especialidad.
- Contradicción entre apuesta filosófica por AP y restricción presupuestaria global del sistema sanitario y particular del nivel primario.

1986:

- Ley General de Sanidad.
- Directiva Europea 86/457.

1989:

- Vía extraordinaria para el acceso al título de MFyC.
- Real Decreto 264/89.
- El ministerio de Sanidad comunica a la Unión Europea la denominación y programa de MFyC como la propia en el estado español para ejercicio de la Medicina de Familia.

1995:

- Entra en vigor la normativa europea CEE 264 /89 que obliga a una formación postgrado para el ejercicio como Medico General / de Familia. Doble vía MIR de Familia durante 5 años.

1996:

- Orden Ministerial de 22 de Junio de 1996 (BOE: 30-VINO-1995) por la cual se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicas y Farmacéuticos especialistas.

1997:

- Acuerdo del Consejo Interterritorial sobre medidas para la normalización de la Medicina de Familia en España.
- Pacto normativo de tres patas: Reconocimiento de la denominación Medicina de Familia, Equivalencia en baremos del MIR de MFyC a 6-8 años de experiencia profesional y Vía de acceso excepcional y última al título de Medicina de Familia

II.3. PERFIL PROFESIONAL Y COMPETENCIAS DEL ESPECIALISTA EN MFYC

Entendemos el perfil profesional como el conjunto de funciones y actividades específicas que realiza un profesional y que permite diferenciarlo de otros.

La Organización mundial de Médicos de Familia (WONCA), define en 1991 al médico de familia como:

> "Al profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.
>
> Es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de la edad, el sexo y/o el diagnóstico de los pacientes.
>
> El médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar a la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica.. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.
>
> El médico de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja" [33]

[33] El papel del Médico General/Médico de Familia en los Sistemas Sanitarios, documento publicado por WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia) en 1997.

Con la Reforma y la implantación de la especialidad de Medicina de Familia se replantea el perfil y las competencias profesionales que el médico del primer nivel asistencial tiene que desarrollar, entendiendo que por esta función no son suficientes los conocimientos adquiridos en la formación de pregrado. El R.D. 3303/1978 que regula la MFyC como especialidad médica, dispone en su artículo primero que:

El alcance a la misión expuesta se centra en los siguientes contenidos:

1. Prestar atenciones médicas y de salud en forma integrada y continuada a los miembros del grupo familiar y de las comunidades primarias tanto en consulta como en el domicilio del enfermo y tanto en régimen normal como de urgencia.
2. Promocionar la salud y prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario.
3. 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.
4. Orientar a los enfermos y a sus familiares en la utilización adecuada del sistema de atención médica establecida.
5. Colaborar en las actividades docentes orientadas a al formación del personal integrante de los equipos de salud

El Dr. Gallo Vallejo[34] junto a otros autores elaboran un documento sobre el perfil profesional básico del médico de familia con las aportaciones de la WONCA del año 1991 citadas anteriormente y el Programa Formativo de la especialidad. Estos autores identifican cinco grandes áreas de práctica profesional del médico que son: atención al individuo, atención a la familia, atención a la comunidad, docencia e investigación y apoyo. De todas ellas se hace una justificación, se presentan las actitudes más importantes a desarrollar y una descripción de las actividades a incorporar en la práctica profesional.

- *Área de atención al individuo:* el médico dispensa una atención clínica efectiva y eficiente tomando parte en los procesos de diagnóstico y manejo del paciente en aquellos problemas más frecuentes, tan agudos como crónicos, urgentes o no. Si no los puede asumir, tiene que buscar la colaboración de otros profesionales o derivar, si es el caso, a otro nivel asistencial.

  Su perspectiva tiene que ser biopsicosocial, es decir, contemplando las diversas dimensiones de la persona. En este marco, es clave el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas que le permitan establecer una relación de confianza con el paciente.

El médico también vela por pacientes de todas las edades y condiciones sin discriminación y participa en el cuidado de la salud con intervenciones diversas, desde la promoción y prevención hasta la rehabilitación lo cual implica una importante tarea de educación sanitaria.

El acto médico presupone una relación de confianza entre médico y paciente, basada en una concepción humanista –y no sólo científica– de la Medicina. Cuanto más estrecha, continua y prolongada es la relación del médico de familia con sus pacientes, mejor se dan las condiciones expuestas.

Algunas de las actividades que a grandes rasgos se incluyen en esta área son: realizar la entrevista clínica, hacer uso de tecnología diagnóstica, manejar la historia clínica, atender desde una perspectiva clínico-terapéutica a varios tipos de paciente (niños y adolescentes mujer, paciente en situación terminal,...).

- *Área de atención a la familia:* atender la familia es importante porque es el medio social inmediato del individuo y por lo tanto tiene una importancia trascendental en el desarrollo de una enfermedad. La familia influye sobre el proceso de enfermar y la enfermedad afecta a la familia, a su vez, que influye nuevamente al paciente.

Las actividades propias a desarrollar en esta área son: recoger información sobre el sistema familiar, explorar elementos indicadores de una mala adaptación al problema, asesorar a los "cuidadores principales", valorar la intervención familiar cuando la situación lo requiera...

- *Área de atención a la comunidad:* todos los documentos que han "amparado" las reformas sanitarias, incluyen con diferentes matices, la comunidad como objeto de intervención porque se ha comprobado que muchos de los factores determinantes de enfermedad -estilos de vida y factores sociales y medioambientales difícilmente pueden modificarse por una acción exclusivamente dirigida al individuo; requieren acciones comunitarias habitualmente sobre una base de coordinación intersectorial.

Las actividades a desarrollar en esta área son: recopilar datos sobre la comunidad, identificar problemas y necesidades de salud, priorizar intervenciones, diseñar y desarrollar programas comunitarios y llevar a cabo acciones de educación para la salud.

[34] Gallo et al. (1994): *Perfil Profesional del médico de familia.* Barcelona: semFYC.

- *Área de docencia e investigación:* constituyen los aspectos más novedosos del perfil. Las actividades docentes se refieren a: autoformación (desarrollar hábitos de lectura científica, asistir regularmente a congresos...), formación continua dentro del equipo de primaria (participar en actividades propias del centro) y docencia (pregrado y postgrado). Éstas, exigen por parte del profesional una actitud de disposición hacia el estudio, curiosidad acerca de los adelantos científico-tecnológicos, interés por discutir con otros profesionales los propios conocimientos...

  El desarrollo de tareas de investigación consolida un cuerpo de conocimientos propio, mejora la calidad de la atención prestada, evita el anquilosamiento y contribuye al progreso de la AP y del sistema sanitario. Algunas actividades en el ámbito de la investigación serian: hacer uso del método científico en la práctica diaria, desarrollar hábitos de lectura crítica, identificar áreas "problema" susceptibles de investigación y diseñar y llevar a cabo investigaciones en equipo.

  La investigación no se puede reclamar a todos los médicos de familia como una actividad obligatoria de la práctica profesional pero sí como exigencia al colectivo de forma global. Esta requiere motivación, esfuerzo personal y formación específica.

- *Área de apoyo:* incluye cuatro subáreas que aunque no tengan la importancia de las anteriores, tienen que estar presentes en este perfil. Son las siguientes: trabajo en equipo, gestión de recursos y administración sanitaria, sistema de registros y garantía de calidad.

  El *trabajo en equipo* se justifica porque aunque existen áreas específicas de trabajo por cada profesional, hay actividades en las que intervienen varios profesionales del equipo y más teniendo cuenta la atención integral e integrada que se pretende.

  La práctica profesional se acostumbra a realizar en el marco del sistema público que es, en definitiva una empresa de servicios que como tantas otras necesita ser eficaz y eficiente Por lo tanto, es importante que los equipos se responsabilicen también de *la gestión de recursos* y su racionalización, por ejemplo, haciendo un uso adecuado del tiempo diario para las diversas funciones a desarrollar, evitando pruebas complementarias que no sean precisas por el proceso diagnóstico-

terapéutico de los pacientes, priorizando gastos, garantizando la equidad entre los pacientes para el uso de los recursos disponibles...

Los sistemas de registro e información sanitaria facilitan el trabajo propio de la AP al intervenirse en varios niveles del proceso salud-enfermedad (promoción, prevención, curación y rehabilitación). También se hacen estudios longitudinales de pacientes y grupos...Así, entre las actividades a incorporar a la práctica diaria del médico de familia se incluyen la colaboración en la recogida de datos poblacionales, rellenar y actualizar la historia clínica y mantener actualizados los registros de morbilidad y de mortalidad del centro.

Por último, por garantizar de forma continuada *la calidad asistencial* hace falta empezar aceptando que el trabajo que el médico realiza puede ser evaluado por otras profesionales así como él también participar en auditorias para evaluar a los otros miembros del equipo.

Desde este perfil pues, se constata que un profesional de la medicina de familia no sólo tiene que demostrar competencia clínica, sino que tiene que desarrollar otras competencias unidas a los roles que ha de asumir como educador, como investigador, como gestor de recursos... en un marco en el que se tiene que trabajar en equipo y en el que las habilidades de carácter comunicativo y relacional son fundamentales.

Una vez establecidas las líneas que dibujan el perfil del médico de familia en función de unas áreas básicas dónde quedan integradas las diversas actividades y tareas, son precisamente estas las que permiten concretar las competencias que el profesional ha de ir desarrollando y afrontando con el aprendizaje de conocimientos procedimientos y actitudes

En otras palabras, hay componentes que se consideran nucleares o básicos de la competencia de un determinado profesional y de otros que, cuando menos en un momento concreto de la especialidad, aparecen como menos relevantes o definitorios[35].

De este perfil profesional descrito se derivan diversas y variadas competencias. Un médico de familia hoy puede estar explorando la infección respiratoria a un paciente,

[35] Sellarés, J. (2002): Evaluación de la competencia profesional. *Atención Primaria;* 62 (1430).

mañana inmovilizado un tobillo por un esguince y al otro, escuchando a un paciente con depresión.

Por tanto, el médico de familia diagnostica, evalúa, asesora, trata, palia, cura, educa en salud, promueve hábitos sanos, previene enfermedades…; y todo ello indistintamente del problema tratado, órgano, sexo o edad de que se trate. Además facilita la atención médica al paciente en su entorno, ya sea en su domicilio en pacientes incapacitados, terminales o con procesos agudos como un proceso gripal o una lumbalgia, ya sea en la escuela -inmunizando o haciendo reconocimientos periódicos- ya sea en el servicio de urgencias de la población, durante la jornada laboral o posteriormente, durante las guardias médicas. Y, por último, organiza la asistencia médica para sus pacientes: interconsulta con otros especialistas, petición de pruebas complementarias, derivación a urgencias hospitalarias.

FACTORES QUE CONDICIONAN LA COMPETENCIA PROFESIONAL

La competencia profesional es un concepto dinámico, en constante evolución en la medida que se va adecuando a las exigencias del entorno actual y las que se avecinan en un futuro próximo. En esta necesaria evolución de las profesiones son muchos los factores que de forma interrelacionada contribuyen. La Dr. Eulalia Ros Martrat[36] hace una interesante descripción de los factores que actualmente condicionan la competencia profesional en la especialidad de medicina de familia.

Cambios sociales que repercuten en el sistema sanitario:

Hay toda una serie de cambios sociales que afectan directamente el sistema sanitario y que han condicionado la evolución y las innovaciones en este sistema. Algunos de ellos son:

- Cambios demográficos y sociales: Como el envejecimiento de la población, la inmigración, la integración de la mujer al sistema productivo, el paro, los nuevos modelos familiares, el aumento del nivel educativo en general y la cronificación de enfermedades que hasta ahora eran terminales.

- Cambio en el concepto de salud: la idea de salud como bien biopsicosocial y no sólo como ausencia de enfermedad. Esto reclama una orientación de los servicios

sanitarios hacia la atención integral de la salud y especialmente un reforzamiento de las actividades de prevención y promoción que están más abandonadas que las de carácter paliativo. Los programas de educación para la salud alrededor de estilos de vida –consumo de tabaco, sedentarismo, obesidad...- VIH-SIDA, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares... tienen cada vez más importancia y no sólo por razones sanitarias sino también de naturaleza económica.

- Cambios en el sistema sanitario: Trabajo por proyectos, el trabajo del equipo de salud, la participación de los clínicos en la gestión y los sistemas de mejora y la limitación de recursos en salud.

Impacto tecnológico

.

El impacto tecnológico permite el proceso de especialización y el desarrollo científico, si bien también tiene consecuencias negativas en la relación asistencial y otros interrogantes bioéticos a los cuales hace falta ir dando respuesta. Es preciso fomentar un nuevo modelo de médico que esté preparado para afrontar el reto tecnológico y al mismo tiempo practicar una medicina más "humanizada".

A nivel organizativo, las nuevas tecnologías permiten un gran desarrollo de los sistemas de información de la empresa sanitaria que repercute en una mejor atención a los pacientes y coordinación entre profesionales.

Evolución de la profesión desde una perspectiva social

La profesión médica está en vías de cambio. Socialmente sigue manteniendo el prestigio otorgado, pero este se corresponde cada vez menos con el nivel económico y de autonomía profesional. Por otro lado, se produce una evolución de la profesión que implica la incorporación de nuevas competencias no sólo de carácter asistencial sino también docente, de investigación y de gestión.

Cultura profesional

La cultura profesional que se entiende como aquel conjunto de creencias, valores, normas, signos, rituales, actitudes, maneras de hacer, etc. compartidos por el colectivo

[36] Ros, E. (2002) *L'adquisició de les competències professionals en l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària a Catalunya. Una aportació des de la formació* Tesis Doctoral. Departamento Pedagogía Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona.

profesional como marca de identidad (Peiró, 1989; Shein, 1988...) sigue teniendo, en el caso del colectivo médico, como principal referente, el modelo biomédico. Desde éste, el médico es un especialista al cual se le reclama un alto nivel de competencia técnica y responsabilidad fomentando de esta manera las relaciones asimétricas y de poder tanto con el paciente como con el resto del equipo asistencial. Con todo, no hay duda que este modelo biomédico por el que se ha optado mayoritariamente, "ortodoxo, cosmopolita, organicista, de eficacia biológica que pone en los signos y síntomas orgánicos sus principales aliados" (X. Cardona, 2002, p.5), ha permitido grandes adelantos médicos y ha sido de una gran eficacia terapéutica.

Aun así, a la vez que algunos aspectos de esta cultura se siguen manteniendo y transmitiendo consciente e inconscientemente a los nuevos médicos que se van incorporando al colectivo profesional, las nuevas generaciones también se van impregnando de otras modelos y valores que poco a poco van arraigando entre los profesionales.

Escenarios de futuro del profesional de la medicina

En relación a las competencias demandadas en un futuro próximo a los profesionales de la salud, y particularmente los médicos de familia se pronuncian algunos autores. Entre estos, Tejedor (1999) por ejemplo, afirma que el gran reto de los profesionales sanitarios está en "sin perder de vista la necesitad de implicarse en la correcta gestión de los recursos humanos, realizar una práctica centrada en la persona, guiada por el pensamiento reflexivo y por la ética profesional" (p. 56); y Ballesta, rector de la Universidad de Murcia apunta que algunas de las llaves de la formación en medicina para preparar profesionales por el siglo XXI son: trabajo en equipo y formación interdisciplinar, humanización de la práctica sanitaria, prevención y promoción de la salud, economía sanitaria, gestión y bioética (Laguna, 2002, 26 de abril).

En definitiva, los nuevos retos y las nuevas exigencias en el ejercicio profesional tienen que tener traducción en el sistema de formación que al fin y al cabo es un subsistema de la profesión porque "las vías por las cuales se enseña y se aprende no son indiferentes respeto a los resultados de la enseñanza y el aprendizaje" (Pont et. al., 1996, p.20) y porque la manera de organizar el currículum, de evaluar, de hacer la selección para la especialidad, etc. ponen de manifiesto lo qué se valora como importante y lo qué no.

II.4. LA INVESTIGACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

La investigación sanitaria en general es un elemento necesario para el éxito de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de los ciudadanos. La integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y un cuidado más ético y eficiente de los pacientes[37].

La investigación sanitaria está incluida en el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2004-2007, instrumento de política científica y tecnológica de la Administración General del Estado, que impulsa la coordinación con las Comunidades Autónomas y la sinergia con los Fondos Estructurales y el Programa Marco de la UE. El VI Programa Marco de la Unión Europea se ha caracterizado entre otros elementos por la creación de redes de centros de excelencia científica y de centros virtuales, la ejecución de proyectos integrados de investigación, la definición de un enfoque europeo sobre las infraestructuras de investigación, la apertura e integración del espacio científico y tecnológico europeo, etc.

En el caso de la investigación desarrolla en el ámbito de la AP, el médico de familia va adquiriendo poco a poco el hábito de plantearse interrogantes referidos a su actividad profesional utilizando el método científico-racional. Ello implica plantearse preguntas concretas sobre aspectos esenciales del tipo ¿qué tipo de prueba o tratamiento es más eficaz?, ¿estoy actuando –en mi práctica- del mejor modo posible para atender a mis pacientes?, ¿cómo puedo mejorar la satisfacción de éstos con el servicio que les proporciono?, ¿la prevalencia de esta enfermedad es superior en mi medio al resto?, ¿son estas actividades preventivas suficientes para disminuir la aparición de esta enfermedad?

Por tanto, la AP y, dentro de ella, la MFyC tiene un campo específico de conocimiento y un área propia de investigación. Ambas ocupan un puesto de privilegio para el análisis de la historia natural de las enfermedades, de los factores de riesgo y de los elementos psicosociales que las condicionan.

[37] Carrasco, M. y Gracia, F. (2005): Investigación Sanitaria en España. En *Anuario de la Sanidad y el Medicamento en España 2005*. El Médico; 949: 32-38.

Concretamente el análisis temático de la investigación realizada en AP pone de relieve la predominancia de los esfuerzos dedicados a describir aspectos organizativos de este nivel del sistema de salud, hecho que se puede poner en relación con la juventud de la especialidad de MFyC y de los procesos de reforma de la AP en nuestro país. También se han realizado numerosas investigaciones sobre aspectos relacionados con la documentación clínica y los sistemas de registro. La medicina preventiva y la epidemiológica también tienen una representación significativa como consecuencia de la relevancia que la AP tiene en estos dos campos en el estado español. En el ámbito clínico destacan los correspondientes a enfermedades de alta prevalencia e importancia en AP: cardiovascular (hipertensión arterial), endocreinometabólico (diabetes), enfermedades infecciosas, problemas de salud mental y toxicomanías.

En cuanto a los diseños de los estudios de investigación publicados todos los análisis bibliométricos[38] realizados coinciden en señalar el predominio de los de tipo observacional descriptivo y la escasa representación de los experimentales, con pocos ensayos clínicos. Los estudios colaborativos multicéntricos tampoco han sido frecuentes hasta ahora en nuestra AP.

No obstante, los profesionales de AP se encuentran con barreras significativas para desarrollar actividades de investigación: falta de tiempo y presión asistencial excesiva, deficiente preparación metodológica, escasos medios y recursos en los centros de trabajo, dificultades para encontrar financiación. Todo ello en un contexto de falta de tradición investigadora en el campo de la AP española.

Pese a ello, existen varios foros de debate nacionales y extranjeros así como publicaciones donde se presentan trabajos originales diseñados y realizados por médicos de familia en la AP. Seguidamente se exponen los principales del panorama nacional:

CONGRESOS DE MFYC

Constituye el congreso médico más importante del panorama sanitario español, el principal acto científico que se celebra dentro del primer nivel asistencial y uno de los pilares del desarrollo de la especialidad de MFyC en España.

[38] Álvarez, M., López, M. y Cueto, A. (1996). Análisis temático y metodológico de la investigación en atención primaria (1988-1992). *Atención Primaria;* 18(6):297-303.

Se trata de un evento que reúne anualmente a un gran número de médicos de familia y otros profesionales de la AP en torno a un programa científico de marcado carácter clínico y humanista, con ponencias, mesas de debate, exposición de mejores comunicaciones científicas y de experiencias, talleres y conferencias extraordinarias unido a un amplio programa cultural y lúdico. La organización del mismo recae normalmente en la sociedad federada sede del evento durante ese año.

En este sentido, en 1980 y 1981 se celebraron las dos primeras reuniones, en Madrid y Gijón, que fueron importantes para la organización de los residentes y poner las primeras bases teóricas de la especialidad. El primer Congreso como tal, fue el de Barcelona de 1982, el III Nacional, con buena calidad científica. En 1983 tuvo lugar el IV en Granada, que fue donde se creó definitivamente la semFYC, a través de una gestora.

A partir de entonces todos los Congresos han ido progresando, tanto en participación como en calidad científica, siendo hoy en día una de las actividades fundamentales de la semFYC, de los médicos de familia y de la AP en general.

Los siguientes Congresos (hasta el VIII se llamaron Jornadas) fueron en: 1984, Santiago de Compostela; 1985, Zaragoza; 1986, Alicante; 1988, Valladolid; 1989, Bilbao; 1990, Barcelona (también I Congreso Europeo de WONCA); 1991, Santander; 1992, Sevilla (a la vez Congreso Regional del CIMF); 1993, La Coruña; 1994, Madrid; 1995, Platja d'Aro (Girona); 1996, Granada (también VI Congreso Internacional del CIMF); 1997, Valencia; 1998, Zaragoza; 1999, Tenerife; 2000, Asturias; 2001, San Sebastián; 2002, Madrid; 2003, Barcelona y 2004, Sevilla. El próximo Congreso tendrá lugar en Santiago de Compostela.

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DE MFYC

Revista Atención Primaria

Es la primera revista de originales española creada para recoger y difundir la producción científica realizada desde los centros de APS. Nace en enero de 1984 dirigida por los Dres. J.F. Cano Pérez y A. Martín Zurro, con la intención de servir al desarrollo de la AP, mediante una publicación que fuera cauce de los trabajos e investigaciones que en este campo se iban a producir en el país.

En una primera etapa la revista se publica con una periodicidad de cuatro números anuales. A partir de 1987, debido al gran número de artículos enviados, se amplía a un número mensual. Ha ido evolucionando hasta tener, desde 1992, un número quincenal, lo que da una idea de su gran auge.

En Febrero de 1990 es incluida en Excepta Médica, en Julio de 1990 en el fondo bibliográfico de FAMLI y en Agosto de 1991 en el prestigioso Index Médicus y Medline, incluyendo los artículos publicados desde enero de 1989.

Es el órgano de difusión de la semFYC desde 1985, publicándose la Gaceta al final de su contenido. En 1993 se firma un convenio entre la semFYC y Haymarket, por el que la Revista se convierte en la Publicación Oficial de la Sociedad. Desde noviembre de 1995 la Gaceta se publica en formato independiente, con periodicidad mensual, y con una gran mejora de su contenido, tanto en información como en calidad gráfica.

Debido a la falta de desarrollo de la AP en nuestro país cuando se inició la publicación de la revista, los originales durante los primeros años correspondían en su mayor parte a aspectos organizativos de la atención, evaluación de servicios y elementos de epidemiología y Medicina Comunitaria. Posteriormente cobraron mayor relevancia los temas relacionados con los programas de salud. En los últimos años se aprecia un incremento significativo de los trabajos con relacionados con el área clínica, el consumo de recursos, la docencia, la investigación y la medicina preventiva y epidemiología.

Al mismo tiempo que la revista se publicó el *Manual de Atención Primaria*, coordinado también por los Dres. A. Martín Zurro y J.F. Cano Pérez, que ya va por su tercera edición. Esta obra ha contribuido poderosamente al desarrollo de la especialidad en España y en algunos países latinoamericanos. Es el segundo libro más vendido en lengua castellana.

En 1994 comienza a publicarse el *PROGRAMA "FMC"* (Formación Médica Continuada), dirigido por el Dr. A. Martín Zurro y cuyo objetivo esencial es el de contribuir, en un contexto multimedia, a cubrir las necesidades de educación continuada del profesional de AP. El Programa FMC, que cuenta con el patrocinio y acreditación de la semFYC, edita cada año los 10 números de una revista dedicada esencialmente a la actualización de temas importantes para la AP, cuatro protocolos, uno o dos temas en soporte informático, una base de datos de citas bibliográficas y un

cuestionario de autoevaluación. También concede becas o premios a los suscriptores que responden acertadamente un número mayor de las preguntas de dicho cuestionario. El Programa FMC está teniendo un elevado grado de aceptación en el colectivo profesional de AP, tal como lo demuestra el hecho de que el número de suscriptores ha ido aumentando rápidamente.

Revista de Medicina Familiar y Comunitaria MEDIFAM

Esta revista aunque dejó de publicarse a partir del volumen 13, número 4 de 2003, hemos decidido incluirla como reconocimiento por tratarse de una aportación científica de alta calidad que contribuyó notablemente al desarrollo y difusión de la MFyC.

Esta publicación de Arán Ediciones, S.A. surge en el año 91 como una iniciativa de un grupo Médicos de Familia y con el propósito fundamental de servir a los intereses científicos de su colectivo y que contemplara todos los aspectos relevantes de su especialidad y aportara ideas para el desarrollo de la AP.

Como objetivos ineludibles, sus autores, se propusieron también que tuviese un alto nivel de calidad, que fuese un instrumento para la formación en contenidos clínicos y en metodología de investigación y que reforzase el papel del médico de familia en el área sociosanitaria.

A través de las diferentes secciones de esta, ya desaparecida, publicación, se remarcaba la necesidad de realizar investigación de calidad, la importancia de colaboración entre la especialidad de MFyC y el resto de especialidades para la adecuada atención de las patologías de los pacientes, y la necesidad de conocer la dinámica familiar para el correcto desarrollo de su función como médicos de familia. Con la sección de notas clínicas se pretendía resaltar el contenido y el trabajo clínico de la Medicina de Familia. Posteriormente y atendiendo a las necesidades formativas que se iban identificando, se incorporaron nuevas secciones para mejorar el aprendizaje de habilidades, técnicas y procedimientos o para realizar correctamente la valoración crítica de la práctica clínica.

En 1992 MEDIFAM lleva a cabo la edición del primer programa informático de referencias bibliográficas, una interesante iniciativa, hasta ese momento no realizada por ninguna otra publicación nacional.

Inicialmente su periodicidad fue bimensual, pero a partir del número de septiembre de 2000 empezó a publicarse mensualmente con diez números al año. El título abreviado es Medifam, que debe ser utilizado para citar referencias bibliográficas, notas a pie de página y bibliografías.

Se encuentra incluida en Embase/Excerpta Médica, en el Índice Médico Español (IME) y Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) y en formato *online* con todo el contenido disponible de forma gratuita.

En enero del 2001 se convierte en el Órgano de Difusión de la semFYC siendo el director de la revista el Dr. Joaquín Morera Montes.

Revista "Actualización en Medicina de Familia" (AMF)

Se trata de la nueva publicación oficial de formación de la semFYC. Su primer número aparece en septiembre de 2005. Tal como se recoge en su ideario: "tiene como objetivo proporcionar a los médicos de familia una herramienta de formación continuada, basada en el nuevo programa de la especialidad, diseñada y elaborada por médicos de familia".

El director de la publicación es Albert Planes Magrinyà y el Comité de Redacción está formado por Rosa Aragonès Forès, Josep Casajuana Brunet, Ariadna Mas Casals y Manuel Medina Peralta. Cuentan con la asesoría de un Comité Editorial formado por Elisa Medina, José M. Molero, Ana Gorroñogoitia, Verónica Casado, Fran Pablo Cerezuela, Antonio Trueba, Arturo Louro, Juanjo Pérez y Ana de los Ríos.

Se trata de una publicación que utiliza la versión impresa y la electrónica de manera complementaria. Incorpora quince secciones diferentes, incorpora materiales preparados para presentaciones en los centros de salud y ofrece un sistema de autoformación y autoevaluación periódica.

AMF, Actualización en Medicina de Familia, publicará 5 números en 2005 y a partir de 2006, su periodicidad será de 10 números al año, de los cuales dos serán monográficos y revisarán temas concretos.

Revista "Centro de Atención Primaria" (C@P)

Es una publicación electrónica de suscripción gratuita de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) dirigida a los profesionales de AP. Su contenido, de actualización semanal, está formado fundamentalmente por artículos de actualización, pero también incorpora un importante conjunto de opciones que permiten al especialista en medicina de familia y comunitaria y a otros especialistas y profesionales dedicados al ámbito de la AP, poder acceder de una manera más fácil y rápida a la bibliografía internacional, a revisiones, a las publicaciones de la semFYC y a otros recursos de Internet. Asimismo la revista, publicación oficial de la semFYC, incluirá las últimas novedades en el ámbito de la investigación sanitaria y especialmente de la llevada a cabo en AP.

Además, a partir del mes de Septiembre de 2004, se inicia una nueva etapa con un nuevo equipo directivo (dirigido por el Dr. Antoni Sisó Almirall) que supone una importante reestructuración de la revista digital. Una fuerte apuesta por la calidad, variedad y rigor de los contenidos con el objetivo final de convertir C@P en el principal referente del sector.

II.5. FORMACIÓN PREGRADO: UNIVERSIDAD Y MEDICINA DE FAMILIA

La introducción de la formación en APS o MFyC en el pregrado de Medicina se ha ido produciendo de forma progresiva en muchos países europeos y americanos a partir de 1970, estando claramente relacionada con el desarrollo e implantación de la especialización en Medicina General/MFyC en estos países.

Gayle Stephens, analizando lo que ha ocurrido en distintos países, esquematiza el desarrollo de la medicina de familia en tres etapas:

1. Etapa política: En ella se toma la decisión de crear la especialidad.

2. Etapa administrativa: En ella se ponen en marcha los servicios.

3. Etapa académica: En ella la medicina de familia entra en universidad de pleno derecho, con la creación de departamentos de medicina de familia.

No obstante, en el caso de España, aunque son evidentes los importantes avances en la formación de postgrado y continuada de los médicos de familia, en lo que respecta a la formación de pregrado los cambios son aún testimoniales y sin duda

insuficientes con relación a las demandas generadas por los cambios sociales y sanitarios observados.

Las consecuencias de esta situación son claras: los recién licenciados no sienten atracción por la medicina de familia porque no la conocen, los médicos que eligen esta especialidad comienzan la residencia desconociendo sus contenidos elementales y no tienen conciencia clara del papel que juega la atención primaria en el sistema sanitario

En esta línea se orientan las conclusiones y recomendaciones de la VIII Jornadas de Medina de Familia y Universidad. "De la teoría a la práctica" celebradas del 25 al 26 de febrero de 2005 en la Facultad de Medicina de Salamanca y según las cuales:

- Los médicos de familia consideran contradictoria la presencia insuficiente que tiene en la universidad española una disciplina como la medicina de familia como inicio a la formación de postgrado en donde esta especialidad ocupa el primer lugar en el número de plazas ofertadas. Se forman aproximadamente 1.800 residentes al año en los 750 Centros de Salud que tienen acreditación para la docencia y en los que cerca de 3.000 Médicos de Familia actúan como tutores acreditados de la especialidad[39].

- La enseñanza de la MFyC en las Facultades debería ofrecer al estudiante la posibilidad de conocer la AP, pues será su destino final en muchos casos, y en el resto será referente constante a lo largo de su actividad laboral.

- La disciplina de Medicina de Familia es imprescindible para conseguir médicos mejor formados en el manejo de las patologías más prevalentes de la población, en actividades de prevención, promoción y de rehabilitación todo ello bajo una orientación biopsicosocial. Es necesario, por lo tanto durante el pregrado, romper con la tradición dirigida hacia la medicina hospitalaria y la superespecialización.

- La universidad es una fuente fundamental de nuevos conocimientos que no puede pasar por alto una disciplina que da respuesta al 90% de los problemas de salud que aquejan a los ciudadanos y que ejercen más del 40% de los facultativos en activo.

[39] Casado, V., Bonal, P. y Fernández, C. (2002). La medicina de familia y comunitaria: una asignatura de la Universidad española. *Medifam,* 12 (2): 55-73.

- Es imprescindible que la universidad española asuma como una responsabilidad el aprovechamiento de la importante capacidad asistencial, docente e investigadora de la medicina de familia.

- Los lazos entre la medicina de familia y la universidad son distintos en Europa y es preciso hacer algunos cambios para adaptarnos a los criterios de convergencia educativa de los países de nuestro entorno.

Esta exclusión tradicional de la Medicina de Familia de la Universidad Española responde a diversas causas. Por un lado, se considera una disciplina o área de conocimiento de poco interés desde el punto de vista académico. Y por otro, se asume que en este nivel asistencial no se puede realizar una medicina con una adecuada calidad científico-técnica y no existen posibilidades de realizar trabajos de interés científico como en el resto de especialidades.

En nuestro país existe un marco legal que ampara la formación de pregrado de Medicina de Familia. Seguidamente se expone una cronología con los principales acontecimientos que marcan el desarrollo normativo de la formación pregrado en nuestro país:

1983:

- Disposición Adicional Sexta de la Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria:

  Dispone las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias en que se debería impartir enseñanza universitaria.

- Orden de 19 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Sanidad y Consumo:

  Creación de las Unidades Docentes de MFyC, con funciones de colaboración en la formación de pregrado de médicos.

1984:

- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, del Ministerio de Sanidad y Consumo. sobre “Estructuras Básicas de Salud”. Artículo 5:

  Entre las funciones de los Equipos de Atención Primaria se incluyen” …realizar actividades de formación pregraduada y posgraduada de Atención Primaria.

1986:

- Ley 14/1986 de 25 de Abril Ley General de Sanidad. Artículo 104:

  Toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales.

Las Universidades deberán contar, al menos, con un hospital y tres centros de atención primaria universitarios o con función universitaria para el ejercicio de la docencia y la investigación, concertados según se establezca por desarrollo del apartado anterior"

- Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, de la Presidencia de Gobierno. "Bases Generales del Régimen de Conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias":

  Los conciertos tendrán objetivos docentes en pre y posgrado:

  La Base 3 I del artículo 4, establece los requisitos de carácter general para desarrollar la docencia universitaria en los Centros de Atención Primaria Universitarios.

- El Real Decreto 1558/1986:

  Va a permitir la firma de varios conciertos entre distintas Universidades y otros tantos servicios de salud, con la aparición y el incremento paulatino del número de Profesores Asociados Clínicos de Atención Primaria en un número creciente de Universidades Españolas, en la mayoría de los casos Médicos de Familia.

1987-1988:

- Algunas universidades convocan las primeras plazas de profesor asociado entre los médicos de familia de los Centros de Salud Universitarios.
- Algunas Facultades de Medicina incorporan a su programa la rotación obligatoria de todos los estudiantes en su último año de carrera en un Centro de AP.
- La Universidad Autónoma de Madrid crea la primera Unidad Docente Interdepartamental de Atención Primaria.
- La Conferencia de Edimburgo sobre educación médica (1988) y la de Decanos de Medicina de Lisboa:

  Realizan una serie de recomendaciones sobre los cambios a introducir en la orientación, estructura y contenidos de los curriculum de las Facultades de Medicina entre las que destacaban las referentes a la necesidad de potenciar el papel de los profesionales y estructuras de la AP en la enseñanza pregraduada de las ciencias de la salud.

1990:

- Real Decreto 1.417/1990 por el que se establece el título universitario oficial de licenciado en Medicina.

  Entre las materias troncales correspondientes al segundo ciclo de la Licenciatura, aparece "Medicina Preventiva y Salud Pública y Comunitaria" y en el descriptor aparece "Atención Primaria de Salud", pero cuando el R.D hace la adscripción a áreas de conocimiento sólo aparece el Área de Medicina Preventiva y Salud Pública.

- Creación de un Grupo de Trabajo sobre el Pregrado desde la Sección de Docencia de la semFYC. que desarrolla una serie de actividades y documentos entre los que destaca el denominado "Criterios Mínimos para la Docencia Pregrado en APS"

1991-1993:

- Ponencia sobre la “Medicina de Familia en el Pregrado” en el Congreso de de la semFYC en Santander en el año 91.
- La Sección de Docencia y el Grupo de Trabajo de Pregrado siguen aumentando de tamaño y consiguiendo una estructura más sólida.

1993:

- En 1993 se consigue la aprobación dentro del Curriculum de la Licenciatura de Medicina de la primera asignatura obligatoria de MFyC en la Universidad de Sevilla.

1994:

- Durante esta etapa los esfuerzos de la Sección y el Grupo de Trabajo de Pregrado van dirigidos a conseguir la aparición de más asignaturas en otras Universidades.

1994:

- Declaración nº 17 de la Conferencia OMS-WONCA: “Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia”. Ontario (Canadá): 6-8 noviembre.

> "La disciplina de medicina de familia debería ser enseñada en todas las facultades de medicina y proporcionar un equilibrio médico general/médico especialista. Todas las facultades de medicina deberían tener un departamento de medicina de familia. Todas las especialidades enseñadas deberían incluir una dimensión general que abarcara…”

- Se celebran las "I Jornadas Nacionales: Universidad-Medicina de Familia".

1995-2000:

- Se inicia una nueva etapa en base a los nuevos objetivos de la Sección y del Grupo de Trabajo de Pregrado, entre los que figuran:
- Que exista en todos los planes de estudio de la Licenciatura de Medicina una materia troncal con la denominación de “Medicina de Familia”.
- Que el Consejo de Coordinación Universitaria del MECD incluya en el catálogo de áreas de conocimiento la “Medicina de Familia”

2001:

- La Universidad Autónoma de Barcelona crea la primera Cátedra Novartis de Docencia e Investigación en Medicina de Familia y Atención Primaria dirigida por el profesor Amando Martín Zurro.

2004:

- Se crea la Cátedra UAM-Novartis de Docencia e Investigación en Medicina de Familia y Atención Primaria dirigida por el profesor Ángel Antonio Otero Puime.

2005:

- Dentro del proceso de convergencia europea del sistema universitario español, la Conferencia Nacional de Decanos de Medicina, elabora un borrador del *Libro Blanco de la Titulación de Medicina Familiar y Comunitaria.*
- Desde la semMFYC se presenta un libro titulado: "Medicina de Familia: guía para estudiantes" del que son autores los profesores Manuel Serrano, Verónica Casado y Pablo Bonal.

Pero a pesar del desarrollo legislativo, no se ha producido la reforma de los planes de estudio para la implantación de la formación pregrado en Medicina de Familia, de forma generalizada. Esta idea es expresada ya en la Conferencia OMS-WONCA (1994) celebrada en Ontario (Canadá):

> "A muchas facultades de medicina les falta un programa de pregrado apropiado y unos lugares de formación de prácticas que preparen adecuadamente a los estudiantes de medicina para ejercer como médicos de familia (…) Como resultado, la mayoría de médicos de familia en la mayoría de los países se definen por su ausencia de formación específica, en vez de por una preparación formal a través de un compendio de habilidades integradas de atención primaria"

La realidad actual de la docencia de Medicina de Familia en el pregrado se resume en los siguientes datos: En 25 de las 27 Facultades de Medicina hay algún tipo de actividad docente de los médicos de familia. En 17 se realizan prácticas obligatorias y en 10, prácticas optativas. Tres universidades tienen la medicina de familia como asignatura obligatoria/troncal y nueve la tienen como optativa. La Universidad española cuenta ya con 124 centros de salud universitarios, y con 130 profesores asociados y 4 titulares implicados directamente en la docencia pregrado y en la investigación.

A pesar de que la medicina de familia aún no goza del reconocimiento oficial que tienen otras especialidades, eso no ha sido un impedimento para su entrada en la universidad, con una participación creciente desde hace más de veinte años en algunas facultades de medicina, que han ofrecido a sus alumnos prácticas en esta especialidad luego completadas con seminarios.

Por tanto, como señala el profesor Saura[40] las expectativas y necesidades de la MFyC española en relación con la Universidad aún son hoy amplias y trascendentes y los avances tienen que producirse en distintos ámbitos:

- *Conceptual:* a través del reconocimiento de la Medicina de Familia como área de conocimiento con personalidad propia y en la que concurren todos los elementos que permiten su individualización asistencial, docente e investigadora en relación con otros ámbitos de las ciencias de la salud.

- *Estructural*: mediante la constitución de Departamentos Académicos de MFyC y AP

- *Científico:* a partir del esfuerzo del colectivo profesional implicado en la mejora de sus capacidades y proyección externa en los terrenos asistencial, docente e investigador.

En cualquier caso, el objetivo de la facultad no debería ser formar médicos de familia ni médicos de otras especialidades sino formar médicos polivalentes que a continuación según sus deseos o circunstancias construyan su perfil profesional, que será de MF, cardiólogo, internista o cirujano vascular... a través de la formación postgrado que le ofertara más conocimientos, y sobre todo actitudes y habilidades para ese campo doctrinal. O dicho de otro modo, la Universidad debería ofertar conocimientos sobre todas las áreas competenciales, para ofertar una polivalencia real a sus estudiantes.

Según Domingo (1997) la incorporación de la Medicina de Atención Primaria al pregrado aporta los estudiantes universitarios: una concepción más real del sistema de salud y un mejor conocimiento de la especialidad , una visión más integral del enfermo

[40] Saura, J. (1997): Docencia pregrado de la medicina de familia en España. En: Ceitlin, J., Gómez, T.: *Medicina de familia. la clave de un nuevo modelo*. semFYC. Madrid.

y de la coordinación de los objetivos curativos, preventivos y rehabilitadores, una visión menos hospitalocentrista, la entrevista clínica, la gestión de recursos .., un acercamiento a los factores familiares y comunitarios, otras realidades del sistema –medicina rural, atención domiciliaria, atención geriátrica...- entre otras. Así, esta perspectiva más humanizada y global de la atención asistencial que ofrece la Medicina de Familia está del todo justificada en el pregrado si es que lo que se pretende en este primer nivel formativo es formar en aspectos básicos e irrenunciables que todo estudiante tiene que conocer como licenciado al margen de que sea o no su futura especialización.

III. CONTEXTO ACADÉMICO: LA EDUCACIÓN MÉDICA

III.1.Origen e historia de la Educación Médica

III.2.Concepto y fases de la Educación Médica

III.3.Acontecimientos más relevantes para la Educación Médica

III.4. La investigación en Educación Médica: publicaciones y Congresos

III.1.ORIGEN E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

La relación histórica entre la medicina y la educación médica, entendida como el proceso de formación del practicante de la medicina, ha sido muy variada. Desde los inicios de la medicina racional en la Grecia clásica, hasta la moderna medicina tecnológica, la formación del médico ha tenido algunas constantes y muchas variantes. Pero, poder comprender dicha relación es preciso hacer un breve repaso a la historia de la medicina.

Médicos ha habido siempre a lo largo de la historia poniendo de manifiesto que se trata de una disciplina del saber antiquísima y absolutamente universal. Hipócrates, en Grecia, entre los siglos V y IV antes de Cristo, Galeno, en Roma, en el II después de Cristo, y muchos más posteriormente que han luchado por entender más allá de la superstición y que así han ido profundizando en el conocimiento certero del cuerpo humano y de la vida. Antes como ahora, una larga lista de personas célebres y anónimas que las ha distinguido su afán inquebrantable por ayudar al prójimo. Un especial saber que para quien bien lo aplique siempre habría de ser admirado por sus congéneres.

La medicina es disciplina que encuentra sus raíces en la caridad, virtud que desde muy antiguo llevó a la fundación de hospitales y asilos para socorro de los menesterosos y enfermos; y cuya única vía de acceso viene desde el estudio riguroso, indagar en el cuerpo del hombre, buscar explicación y remedio a sus enfermedades y dolencias, que ya en los tiempos de la Edad Media llevó al establecimiento de las primeras escuelas como la de Salerno (S XI) y luego cátedras como la impartida en la Universidad de Bolonia.

Y España tampoco ha podido ser indiferente a este saber universal. España fue, no en vano, lugar donde la medicina árabe medieval alcanzó su mayor auge, la que entonces sería modelo para toda Europa. Y muy cerca, en tierras cristianas, desde la misma Real Cédula de 1254 dada en Toledo por Alfonso X El Sabio, auténtica carta magna constitucional de la Universidad de Salamanca, primera universidad española, la medicina ya forma parte de las 11 disciplinas o cátedras inicialmente citadas.

Como señala el profesor Salaverry[41], uno de los más frecuentes errores, cometido incluso por los historiadores de la medicina, es el cronocentrismo al juzgar el proceso de formación de los médicos. Ese cronocentrismo lleva a crear y creer algunos mitos, uno de los cuales es que la medicina es sólo científica a partir de cierto desarrollo tecnológico ligado a su vez a la etapa del desarrollo industrial occidental y más específicamente europeo. Otro mito es considerar que la verdadera educación médica se inicia con la formación de los médicos en las Universidades. Si embargo, lo cierto es que, antes de la revolución industrial, ya existieron medicinas con carácter científico y que durante siglos existió una auténtica formación medica independiente de las Universidades.

Desde la Antigüedad, ha existido la relación docente entre el curandero y el estudiante, siendo los profesores de las generaciones siguientes tenidos en alta estima por la sociedad. Como señala el profesor Ian Hart: "*la forma en que la enseñanza se practicaba venía circunscrita a "las tres d..." (didáctica, dialéctica y demostración); desafortunadamente, hasta hace poco, bastante más dialéctica que didáctica y demostrativa".*

Por tanto, como afirma la Dra. Nolla Domenjó, de la Fundación Dr. Robert: *"el papel educador del médico se remonta a los principios de la profesión, además de curar a los pacientes debía enseñar a los futuros profesionales de la medicina y este aprendizaje se realiza al lado de un experto, de un profesional. A pesar de ello, la educación médica como disciplina es relativamente joven"*[42]*.*

O dicho de otro modo, la idea de que la ciencia de la pedagogía tiene cierta relevancia en el aprendizaje de las profesiones sanitarias es bastante reciente. Y sin embargo, en las pocas décadas transcurridas desde el trabajo fundamental desarrollado por George Miller y sus colegas de la Universidad de Illinois, en Chicago, durante los años 50 y 60 del pasado siglo, la educación médica (es decir, la armonización de lo mejor de la psicología y de los principios educativos, con la enseñanza en las profesiones sanitarias) se ha convertido en una disciplina reconocida por derecho propio, y en proceso creciente por añadidura. Después de esta primera unidad establecida por George Miller, se crearon departamentos similares en otras facultades de medicina de Estados Unidos y en los países anglosajones.

[41] Salaverry, O. *Una visión histórica de la Educación Médica.* Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú) http://www.cmp.org.pe/historia_eduacion_medica.asp

[42] Nolla, M. (2003): Investigación en educación médica. *Educación Médica;* 6(1): 7-8.

Pero este apartado referido al origen de la Educación Médica estaría inconcluso si no se hiciese mención a la trayectoria y obra de Abraham Flexner, un eminente educador que dedica la mayor parte de su labor pedagógica al perfeccionamiento de la educación médica norteamericana y cuyos trabajos han tenido una influencia universal sobre la formación de médicos y otros recursos humanos de las ciencias de la salud.

LA FIGURA DE ABRAHAM FLEXNER

Como señala el Dr. Vicedo Tomey[43], en la historiografía de la educación médica, la figura y aportaciones de Abraham Flexner ocupan un papel destacado y un punto de encuentro de apasionados debates entre los defensores y detractores de sus propuestas educativas[44] [45].

Abraham Flexner nace en Louisville del Estado de Kentucky, Estados Unidos, el 13 de Noviembre de 1866, descendiente de inmigrantes judíos alemanes. Posteriormente se gradúa en la *Universidad John Hopkins* en Estudios Clásicos y ejerce en Louisville como maestro de escuelas preparatorias para el ingreso en la Universidad. Se inicia como maestro del *Louisville Boys' High School,* donde enseña durante cuatro años. En 1890 establece su propio colegio: *Mr Flexner's High School.* En 1898 contrae matrimonio, fruto del cual tendría dos hijas años más tarde. En 1905 anuncia el cierre del colegio y viaja a Inglaterra y Alemania para acrecentar su formación. Así, en 1906 llega a Harvard donde estudia Filosofía y Psicología. Al año siguiente viaja a Europa y concretamente a Berlín, ciudad en la que escribe su primer libro titulado "*The American College: A Criticism,"* en el cual formula severas críticas al sistema educativo norteamericano.

A su regreso a Estados Unidos, en 1908, el libro es publicado por la Century Company y recibe una invitación por parte del presidente de la Carnegie Foundation, Henry S. Pritchett, antiguo presidente del Massachusetts Institute of Technology, para realizar un estudio sobre la educación médica en Estados Unidos y Canadá.

[43] Vicedo, A. (2002): Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. *Rev. Cubana Educ. Med. Super.;* 16 (2):156-163.

[44] Hiatt, M.D. (1999) Around the continent in 180 days: the controversial journey of Abraham Flexner. *Pharos;* 62 (1):18-24.

[45] Regan-Smith, M.G. (1999) Commentary on Flexner´s impact-then and now. A profound effect on medical education, research, practice. *Pharos;* 62 (1):31.

Dicho estudio titulado *"La Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá. Un Informe a la Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza*"[46], más conocido como *"Report Flexner"* es publicado en 1910 y representa la fuerza demoledora que hace temblar en sus bases a las escuelas de medicina de entonces y da paso a la más profunda transformación y reforma de la educación médica en Norteamérica.

Antes de iniciar su labor, estudia intensamente sobre la materia y mantiene reuniones periódicas con el *Consejo de Educación Médica de la American Medical Association (AMA).* Realiza numerosas visitas a Baltimore, sede de *la Universidad John Hopkins*. Allí, obtiene el apoyo del cuerpo académico de la recién creada Escuela de Medicina de esa Institución y el apoyo de los profesores Wech, Mall y otros miembros de ese organismo, de quienes recibe mucha información[47]. Pronto se familiariza rápidamente con la información disponible y realiza un periplo de seis meses en los cuales visita 155 escuelas de medicina de USA y Canadá, y ejecuta una investigación esencialmente comparativa en cuanto a aspectos tales como cuerpo profesoral y compromiso con la universidad, procedimientos de ingreso e infraestructura.

El "Reporte Flexner" comprende dos partes bien diferenciadas: 1. Historia y estado actual de la Educación Médica y 2. Descripción de cada una de las escuelas médicas. La primera consiste en un largo ensayo, de una impresionante profundidad sobre los principios de la educación médica moderna. Y la segunda, es una evaluación de cada una de las escuelas estudiadas.

Hobson, al referirse a sus resultados señala lo siguiente: *"Flexner comprueba por ejemplo, que no existe prácticamente requisito alguno para el ingreso de los alumnos y que en 89 Escuelas se limitan a exigir los rudimentos de la educación secundaria. Los profesores de la mayor parte de las Escuelas sólo dedican a la enseñanza una pequeña parte de su tiempo. Los laboratorios y las bibliotecas son insuficientes o no existen. Solo 50 Escuelas forman parte de una Universidad. Los estudiantes tienen rara vez la posibilidad de observar directamente a los enfermos y la mayoría de las escuela persiguen una finalidad lucrativa"*[48].

[46] Flexner, A. (1910) Medical Educaron in United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. *Bulletin* Nº 4. Boston: Updyke.

[47] Moros, C. (2003) Abraham Flexner, el maestro de escuelas preparatorias que revolucionó la educación médica. Con motivo de los 93 años del Reporte Flexner. *Medicina Interna (Caracas);* 19 (4):127-135.

[48] Hobson, W. (1964) Medios de reforma de la enseñanza en los países de Europa. En *La preparación para el ejercicio de la Medicina General.* Cuadernos de Salud Pública; nº20, p. 105-120.

Flexner es amenazado con procesos legales pero se mantiene firme y deja que los hechos hablen por sí mismos. Y es que, como consecuencia su Informe, se cierran muchas escuelas de medicina y además, su influencia trasciende las fronteras de Estados Unidos y repercuten en la educación médica de otros países. Thomas Neville Bonner, ha afirmado en una publicación sobre Flexner lo siguiente: *"Ha habido pocos educadores médicos famosos desde Hipócrates, pero probablemente Flexner es el más conocido del último siglo. El fue quien definió que debía ser o no ser una escuela médica"*[49].

En efecto, expone con detalles cuales eran las características que deben tener y abarca en una impresionante dimensión aspectos conceptuales de la enseñanza: su fundamentación científica, la aplicación de la metodología propia de la ciencia en la enseñanza, el papel de la investigación en la educación médica, las características en cuanto a dedicación que debe tener el cuerpo profesoral, los criterios para la admisión estudiantil. En el currículo que diseña, propicia la enseñanza de las ciencias básicas en los dos primeros años de la carrera. En cuanto a la enseñanza clínica, la ubica en los últimos años, hecho que ha trascendido de manera singular.

Algunos expertos consideran que, con la sola excepción del *Ratio Studiorum* Jesuita y de la *Idea of a University* de Henry Newman, ningún pronunciamiento sobre filosofía educativa ha tenido tan decisiva y vasta influencia como el "Informe Flexner" de 1910.

Con posterioridad al informe de 1910, *Flexner* realiza otras publicaciones: en 1912 un estudio sobre la educación médica en Europa[50] y en 1925 uno comparativo entre la educación médica norteamericana y la educación médica en ciertos países europeos[51], y en 1930 publica su estudio sobre las universidades americanas, inglesas y alemanas[52].

Cabe destacar también un libro dedicado a la educación preprofesional[53] en el que es notable su defensa de la "actividad" y la educación en el trabajo como forma de

[49] Bonner, T.N. (1998) Searching for Abraham Flexner. *Acad Med;* 73 (2):160-166.

[50] Flexner, A. (1912) Medical Education un Europe. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.* New York.

[51] Flexner, A. (1925) Medical Education. A Comparative study. *The Macmillan Company.* New York.

[52] Flexner, A. (1930) Universities: American, English, German. *Oxford University Press.* New York.

[53] Fox, D.M. (1980) Abraham Flexner´s unpublished report: foundations and medical education, 1909-1928*. Bull Hist Mes;* 54 (4):475-496.

aprendizaje, lo cual destaca en relación con la medicina al afirmar: *"Desde el punto de vista pedagógico, la medicina moderna, como toda enseñanza científica, se caracteriza por la actividad. El estudiante no solamente mira, oye y memoriza; él hace. Su propia actividad en el laboratorio y en la clínica son los factores principales en su instrucción y formación disciplinaria"*[54].

Muere en New York en 1959 a los 93 años de edad. La Asociación Médica Americana publica las siguientes palabras que indican el aprecio, el respeto y la admiración por su figura: *"Abraham Flexner ha dejado una imperecedera huella de positiva significación en la medicina como consecuencia de sus ideas educativas, de su liderazgo, de su juicio crítico, de su acción combativa, de su persuasión filantrópica y de sus incansables esfuerzos".*

Por tanto, Flexner representa un caso único en la enseñanza de la medicina por dos motivos: primero porque es el único profesional no médico que provoca una revolución en la educación médica como la que se ha señalado y segundo, porque, aunque su investigación esta dirigida al ámbito nacional, a las escuelas médicas de su país tiene, por su metodología, contenido y calidad, repercusión mundial.

Pero lo realmente más significativo es que después de transcurridos casi cien años de sus trabajos iniciales, muchas de sus ideas se retoman como novedades en educación médica, como es el caso de la enseñanza basada en la solución de problemas, el papel del hospital docente o la necesidad de inculcar valores morales en los profesionales de la medicina[55] [56] [57]

[54] Ebert, R.H. (1992) Flexner´s model and the future of medical education. *Acad Med;* 67 (11):737-742.

[55] Vinten-Johansen, P., Riska, E. (1991) New oslerians and real flexnerians: the response to threatened professional autonomy. *Int J Health Serv*; 21 (1):75-108.

[56] Lovell, R.R. (1983) The university medical presence in hospitals seventy years after Flexner and look ahead. *Aust N Z J med;* 13 (2): 187-194.

[57] Ritchie, K. (1988) *Professionalism, altruism, and overwork. J Med Philos;* 13 (4): 47-55.

III.2.CONCEPTO Y FASES DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

En 1972, Juan César García[58] plantea la educación médica como el proceso de formación de médicos, subordinado a la estructura económica dominante en las sociedades en que se lleva a cabo. Posteriormente y, en una noción más desarrollada, el Director del Instituto Internacional de Educación Médica[59], Andrzej Wojtczak, en su *Glosario de términos de educación médica*[60] la define como:

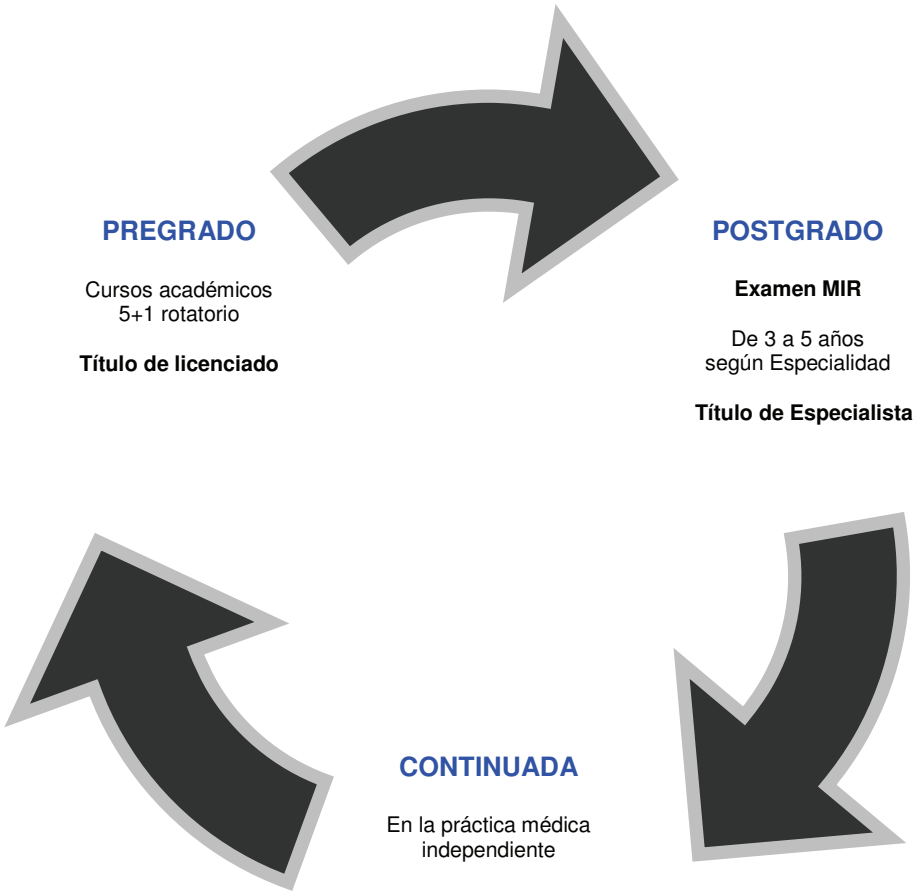
> *"El proceso de enseñanza, aprendizaje y formación de los estudiantes, con una integración progresiva de conocimientos, experiencias, habilidades, actitudes, responsabilidad y valores de manera que finalmente puedan ejercer la medicina. Clásicamente se divide en enseñanza pregraduada, postgraduada y formación continua aunque se insiste cada vez más en que la educación médica es un continuum".*

Es preciso revisar cual será, a principios del Siglo XXI, el papel del médico en una sociedad que ha experimentado cambios tan considerables en el terreno social, económico y de valores, y que previsiblemente experimentará más en el futuro inmediato. Pues, la educación médica no es una finalidad en sí misma sino que está al servicio de la sociedad y por tanto debe producir profesionales capaces de rendir los servicios que la sociedad espera de ellos.

La formación médica es una carrera que se inicia con la formación de pregrado y que no finaliza en toda la vida activa profesional por la necesidad de aprendizaje continuo que comporta el desarrollo constante de competencias. Esta idea no presenta ninguna novedad al respeto en el mundo profesional-laboral pero, a diferencia de otras muchas profesiones, la carrera médica conlleva un proceso intermedio de formación especializada, entre tres y cinco años dependiendo de la especialidad, sin el cual el colectivo que se licencia no está capacitado para poder ejercer, constituyendo uno de los procesos más largos de formación profesional reglada.

El siguiente gráfico ilustra estas tres fases del proceso continuo, desde el ingreso en la universidad hasta el abandono real de la práctica profesional. En todo este recorrido intervienen un gran número de organismos, instituciones y centros.

[58] García, J.C. (1972): La educación médica en América Latina. *Publicación científica Nº 255 Washington:* OPS/OMS.
[59] Institute International for Medical Education (IIME). Nueva York, USA. http://www.iime.org/



EDUCACIÓN MÉDICA BÁSICA O PREGRADUADA

Basic Medical Education (BME)

> *"La educación médica pregraduada o educación médica básica se refiere al período que comienza en el momento en que el estudiante ingresa en la facultad de medicina y que termina con el examen final de la licenciatura. Este período de educación acostumbra a dividirse en un período preclínico y uno clínico. Finaliza con el otorgamiento de la autorización para la práctica de la medicina, que puede ser provisional y sometida a supervisión que permite iniciar la formación médica postgraduada. Sin embargo, en Estados Unidos, la educación pregraduada se refiere a la educación pre-médica recibida antes de iniciar la carrera de medicina y que permite alcanzar el grado de Bachiller, es decir, la educación que reciben la mayor parte de los estudiantes antes de ingresar en la facultad de medicina"* [61]

Actualmente, en la mayor parte de las facultades de medicina de nuestro país se sigue manteniendo, desde los tiempos de la masificación universitaria, la actividad

[60] Wojtczak, A. (2002): Glossary of medical education terms. *Medical Teacher*, 24(1,2,3)
[61] Wojtczak, A. (2002): Glossary of medical education terms. *Medical Teacher,* 24(1,2,3)

magistral como forma de transmisión y la prioridad para adquisición de conocimientos por delante de cuestiones procedimentales y actitudinales básicas para la profesión pese al establecimiento de los números clausus.

En este sentido, la implantación de nuevos planes de estudio no ha sido suficiente para favorecer el deseado cambio de una parte, por las resistencias propias de una organización endogámica y por otra, por el hecho de estar sometidas a presiones como el examen MIR[62].

Las principales novedades de dichos planes de estudio son la incorporación de asignaturas optativas y de libre configuración, alguna de carácter más "humanístico" y otras necesarias para el ejercicio profesional como por ejemplo, la gestión de recursos, conforman un currículum marcadamente biologicista, y el incremento de la docencia práctica (50% en el periodo básico y 60% en el clínico) con las consecuentes problemas organizativos, de tiempos...

No obstante el tema de mayor actualidad en estos momentos es el de la Convergencia Europea. En este sentido, las Facultades de Medicina Españolas han iniciado un nuevo proceso de reforma curricular en el marco del proceso de implantación del Espacio Europeo de Educación Superior elaborando el Libro Blanco de la Titulación de Medicina presentado a la ANECA hace varios meses[63].

En enero de 2005, la Sociedad Española de Educación Médica considera la necesidad de hacer pública una serie de recomendaciones técnicas que son estructuradas en una serie de apartados:

- Definición del "producto" a formar.
- Definición de las competencias
- Modelo y estructura curricular
- Gestión del programa educativo
- Recursos humanos y materiales
- Evaluación

[62] Ros, E. (2002) *L'adquisició de les competències professionals en l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària a Catalunya. Una aportació des de la formació* Tesis Doctoral. Departamento Pedagogía Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona.

[63] Alfonso, M.T, Carrasco, M. et al: (2005): Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las facultades de medicina españolas. *Edución Médica;* 8 (1): 3-7.

La World Federation for Medical Education (WFME) define en el año 2001 los *Estándares Internacionales en Educación Médica Básica*[64] para animar a las facultades de medicina en diferentes niveles de desarrollo, y en condiciones educativas, socioeconómicas y culturales diferentes, a realizar una autoevaluación institucional para mejorar su calidad. Dichos estándares están estructurados en 9 áreas que se definen como componentes amplios de la estructura, proceso y resultados de la educación médica, y cubren:

1. Misión y objetivos
2. Programa educativo
3. Evaluación de los estudiantes
4. Estudiantes
5. Plantilla académica
6. Recursos educativos
7. Programa evaluativo
8. Gobernabilidad y gestión
9. Renovación continuada

EDUCACIÓN MÉDICA GRADUADA O POSTGRADUADA

Graduate Medical Education (GME)

> *"La educación postgraduada o formación de especialistas, es el período más o menos continuo de aprendizaje tras el período de formación básica, que permite adquirir las competencia para el ejercicio en la especialidad médica elegida. En Estados Unidos, este término se refiere específicamente a la formación residencial después de la licenciatura en Medicina para la especialización"* [65]

El sistema MIR es aquel proceso entre la licenciatura en medicina y la formación continuada que permite acceder al título de especialista a través de una práctica profesional programada y supervisada en los centros asistenciales acreditados como docentes, según los requisitos que establecen los organismos competentes, a fin de conseguir los conocimientos y la responsabilidad profesional necesaria para ejercer la especialidad de forma eficiente. Esta formación especializada que va orientada al logro de competencias profesionales necesarias para el ejercicio independiente no se tiene que confundir con la formación postgraduada tradicional (másters y postgrados) que fundamentalmente se centra en la profundización de conocimientos aún cuando ambas vías desembocan en la obtención de una titulación oficial[66].

[64] Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website www.wfme.org.

[65] Wojtczak, A. (2002): Glossary of medical education terms. *Medical Teacher,* 24(1,2,3).

[66] Oriol, A. (1997): *L'Examen Mir, l'Avaluació i l'Acreditació de la Competència Professional. Idees i refexions.* IES. Barcelona.

La educación médica de postgrado es la fase de la educación médica en que los médicos desarrollan competencias después de haber acabado la educación médica básica o de pregrado. Esta parte de la formación se desarrolla según normas y regulaciones específicas. La formación se desarrolla a partir de una estructura similar a la del aprendizaje, en la cual los médicos jóvenes en situaciones clínicas, están bajo la supervisión de colegas con más experiencia que asumen la responsabilidad de su formación e instrucción.

La educación médica de postgrado se podría definir como la fase en la cual los médicos se forman bajo supervisión para una práctica independiente después de completar su formación médica básica. Consta de formación de especialista y después de completar un programa de formación de postgrado reglado, normalmente se otorga un diploma o certificado.

En septiembre de 2002 el Comité Ejecutivo de la WFME define los *Estándares Internacionales en Educación Médica de Postgrado*[67] como un instrumento para garantizar la calidad y el desarrollo de la educación médica de postgrado. Dichos estándares están estructurados en 9 áreas que se definen como componentes amplios de la estructura, proceso y resultados de la educación médica, y cubren:

1. Objetivos y resultados
2. Proceso de formación
3. Evaluación de los residentes
4. Residentes
5. Plantilla académica
6. Marco para la formación y recursos educativos
7. Programa evaluativo
8. Gobernabilidad y gestión
9. Renovación continuada

No ahondaremos más en este tema, ya que dedicamos todo el capítulo próximo a tratar en profundidad el sistema MIR como modelo de formación especializada en España.

[67] Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website www.wfme.org.

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUADA

Continuing Medical Education (CME)

> *"Es el proceso de adquisición de nuevos conocimientos y habilidades a lo largo de toda la vida profesional. Dado que la formación pregraduada y postgraduada es insuficiente para garantizar la competencia de los médicos a lo largo de toda su vida profesional, es esencial el mantenimiento de las competencias de los profesionales, para subsanar deficiencias en las habilidades y para facilitar que los profesionales sean capaces de responder a los retos que se plantean por el rápido crecimiento de los conocimientos y las tecnologías, los cambios en las necesidades sanitarias, y los factores sociales, políticos y económicos que acompañan a la práctica de la medicina. La educación médica continua depende en gran medida de la motivación del profesional y de su capacidad de aprendizaje autónomo"*[68]

Según Ricas la educación médica continuada *"engloba aquellas actividades de aprendizaje que ocurren después de la graduación de programas formales, con finalidades restringidas de actualización (adquisición de nueva información) que generalmente son actividades de duración definida y ocurren a través de metodologías tradicionales (…) Conjunto de alternativas educativas centrado en el desarrollo de grupos de profesionales sea a través de cursos y actividades de carácter complementario y sistematizado, o publicación y diseminación de temas específicos de un determinado campo de conocimiento".*

Rovere la define como "*la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo de los servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población"*[69].

Y es que, el aprendizaje a lo largo de toda la vida es uno de los pilares básicos que caracteriza a la profesión sanitaria. Los profesionales deben estar al día no sólo en las materias clínicas sino también en aspectos relacionados con la calidad, metodología, gestión clínica, recursos humanos, trabajo en equipo etc.

En nuestro contexto, la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (SNS), la define como el conjunto de actividades formativas destinadas a mantener o mejorar la competencia profesional (conocimientos, habilidades y actitudes) una vez obtenida la titulación básica o de la especialidad correspondiente. Por tanto, la Formación Médica Continuada (FMC) no es aquella formación dirigida a la obtención de un nuevo título o diploma ni a la mera transmisión de conocimientos. El

[68] Wojtczak, A. (2002): Glossary of medical education terms. *Medical Teacher,* 24(1,2,3).

[69] Rovere, M. (1994): Gestión estratégica de la educación en salud. En *Educación Permanente de Personal de Salud*, J. Haddad, M.A. Clasen, M.C. Davini, editores. Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nº100; OPS, Washington, D.C..

fin de la Formación Continuada es mejorar la competencia profesional y, por consiguiente, la calidad de los servicios.

Su importancia viene determinada por los profundos cambios sociales, demográficos, económicos, tecnológicos y/o científico-técnicos que se están produciendo y se presenta como una vía de adaptación y de respuesta a dichos cambios a través de la mejora de la competencia y actuación profesionales.

La FMC aporta valor añadido tanto a los profesionales como al sistema sanitario, facilitando la actualización permanente de los conocimientos y habilidades en las diferentes áreas, así como, cuando exista, posibilitando el desarrollo de la carrera profesional y la promoción. Además, sirve para aprender a afrontar los cambios en las expectativas de los pacientes, de los usuarios del sistema y en general de la sociedad[70].

A raíz de las transferencias sanitarias, la FMC ha pasado a ser competencia de las Comunidades Autónomas. La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPSE) regula la formación de los profesionales sanitarios, contemplando tanto la formación pregrado como la especializada y, lo que es una innovación normativa de singular relevancia, la formación continuada con el reconocimiento del desarrollo profesional.

La FMC se lleva a cabo en muy diversos emplazamientos, ya sea en el lugar de trabajo o fuera del mismo. Los expertos coinciden en la preferencia por la realización de actividades formativas en el lugar de trabajo. Algunos tipos de actividades deben realizarse forzosamente en otros sitios (estancias de perfeccionamiento en centros especializados, actividades organizadas por una institución externa, congresos, reuniones de sociedades científicas, etc.). Cada vez se va afianzando más la formación a distancia y se concede más importancia a la autoformación.

En cuanto a la opinión de los profesionales sobre la FMC en todas las encuestas publicadas se detecta que los médicos, en su inmensa mayoría, creen que es importante. Concretamente, en la encuesta llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad

[70] Ruiz, R. y Pérez, P. (2005). El reto de la formación continuada en Atención Primaria. *Revista de la SMMFyC*; 1(7).

y Consumo en el año 94, el 83% de los 3.435 médicos que participaron opinaron que la FC desempeñaba un papel clave[71].

En cuanto a la cantidad de FMC que realizan, en la mencionada encuesta estatal, los médicos encuestados aducen entre 1-30 horas anuales en el 32% de los casos, entre 31-60 h. en el 14,2% y más de 60 horas en el 8,2%.

Las discrepancias más importantes aparecen al analizar los aspectos cualitativos, básicamente en términos de motivación, de valoración de los diversos tipos de actividades formativas, de objetivo de la FMC y de percepción de necesidades formativas.

La Formación Continuada dirigida a los profesionales sanitarios tiene por delante un gran número de retos entre los que destacamos:

1. Ser accesible, para lo cual es necesario que exista financiación específica para sustituciones de los profesionales y acceso directo a la tecnología y aquí incluimos acceso directo a Internet y a la Biblioteca Virtual a través de la Intranet;

2. Ser independiente, debe estar ejercida y aplicada por la propia organización, con evaluaciones de resultados orientadas a promover la mejora constante de la calidad asistencial;

3. Ser una prioridad del Sistema de Salud, para lo cual deberían de utilizarse todos los recursos que se detecten como necesarios;

4. Ser transparente, es necesario que toda la organización conozca y participe en el proyecto;

5. Ser Innovadora, creando una plataforma virtual para poder desarrollar cursos *on-line* dentro de la institución.

El control de calidad de los programas y actividades de formación continuada debe ser una de las preocupaciones prioritarias de las administraciones, instituciones docentes y sociedades científicas. No obstante, el debate actual gira alrededor de quienes han de asumir esta responsabilidad y bajo qué criterios. Si esta formación es

[71] Carrasco, M. y Escanero, J. (1994). *Necesidades sentidas de formación continuada de los médicos de*

únicamente deber o también un derecho del profesional, la relación entre formación continuada, promoción y carrera profesional... resultan, por el momento, un escenario poco clarificado.

El primer sistema de acreditación de actividades de formación continuada en el ámbito de las ciencias de la salud fue impulsado por iniciativa de las sociedades científicas de atención primaria, semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) y SEMERGEN (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista). En mayo de 1996 se implanta el SaaP (Sistema de Acreditación de Actividades de Atención Primaria).

El objetivo del SaAP es acreditar aquellas actividades de formación continuada dirigidas a mantener y mejorar la competencia profesional del médico de atención primaria. Secundariamente, son también objetivos del SaAP: promover la mejora de calidad de la formación continuada y establecer, mediante la investigación de resultados, criterios contrastados de calidad de la entidad acreditadora entre otros.

En diciembre de 2002 se aprueba el informe final de los *Estándares Internacionales en Educación Médica sobre Desarrollo profesional Continuo*[72]. Como los anteriores, dichos estándares están estructurados en 9 áreas que cubren:

1. Objetivos y resultados
2. Métodos de aprendizaje
3. Planificación y documentación
4. El médico como individuo
5. Proveedores de DPC
6. Contexto educativo y recursos
7. Evaluación de los métodos y de las competencias
8. Organización
9. Renovación continuada

Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

[72] Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website www.wfme.org.

III.3. ACONTECIMIENTOS MÁS RELEVANTES PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA

El siglo XX recién concluido ha sido testigo de grandes esfuerzos encaminados al perfeccionamiento de la educación médica reflejo del gran el interés de la sociedad por la adecuada formación de quienes tienen como función velar por uno de los bienes más valorados por el ser humano, la salud.

Comenzando por el denominado *"Informe Flexner"* de 1910 pasando por la II Declaración de Edimburgo de 1993 hasta llegar en el año 2005 a la Declaración de Bolonia se ha podido asistir a una serie de acontecimientos clave para el desarrollo de la educación médica en el panorama internacional.

La World Federation of Medical Education (en adelante WFME), desde 1984, ha desarrollado el *Programa de Colaboración Internacional para la Reorientación de la Educación Médica*[73] con el propósito de estimular a las instituciones educativas a formular sus propios planes para el cambio y la mejora de calidad a través de una serie de estándares internacionales.

En este sentido, el primer antecedente de encuentros internacionales lo constituye la *Conferencia Mundial en Educación Médica de 1988,* organizada por WFME y en la que se firma la denominada "*Declaración de Edimburgo*"[74], que posteriormente sería adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud de 1989[75].

Esta Declaración aboga por una enseñanza basada en las necesidades sanitarias del país, orientada hacia la comunidad, al trabajo en equipo y al autoaprendizaje, señalando también la conveniencia de aprovechar todos los recursos asistenciales y no sólo los hospitalarios, para la formación clínica y social del médico. Dado el carácter intrínseco científico además de asistencial de la actividad médica, esta enseñanza debe fomentar en el discente el interés por la investigación. Asimismo, resalta que la formación en Medicina debe considerarse como un proceso continuo a lo largo de toda la vida profesional del médico.

---

[73] International Collaborative Programme for the Reorientation of Medical Education

[74] World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. Lancet 1988, 8068, 464.

[75] World Health Assembly. WHA Resolution 42.38. WHO, Geneva, 1989.

Las principales recomendaciones que dicha Declaración sintetiza son las siguientes:

5. Aumentar la diversidad de los programas docentes, con el fin de incluir todos los recursos sanitarios de la comunidad y no sólo los de los hospitales.
6. Garantizar que el contenido del programa de estudios refleje los aspectos prioritarios de la sanidad nacional y la disponibilidad de los recursos permisibles.
7. Asegurar la continuidad del aprendizaje a lo largo de la vida, dando menos importancia a los métodos pasivos, tan generalizados, y favoreciendo un aprendizaje más activo que incluya estudios autodirigidos e independientes, así como métodos basados en la existencia de tutorías.
8. Elaborar los planes de estudio y los sistemas de evaluación de modo que garanticen la adquisición de la competencia profesional y los valores sociales y no solamente la retención y memorización de datos.
9. Formar a los profesores como educadores, de manera que no sean sólo expertos en el contenido de las asignaturas, y premiar las cualidades docentes tanto como las investigadoras o asistenciales.
10. Complementar la instrucción relativa al tratamiento de los pacientes con un mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
11. Buscar la integración de la enseñanza en la ciencia y en la práctica diaria, utilizando también la resolución de los problemas en el ámbito clínico y comunitario como base del aprendizaje.
12. Emplear métodos de selección de los estudiantes de Medicina que consideren otros aspectos además de su capacidad intelectual y de los logros académicos y que incluyan una evaluación de sus cualidades personales.
13. Estimular la cooperación entre las autoridades sanitarias para elaborar una política conjunta y una planificación, implantación y revisión de los programas de educación.
14. Garantizar una política de admisión que compatibilice el número de estudiantes con las necesidades de médicos de la nación.
15. Aumentar las oportunidades para que el aprendizaje, la investigación, y la práctica, se puedan realizar con otros profesionales.
16. Poner en claro la necesidad y asignar recursos para una formación médica continuada.

La Cumbre Mundial de Educación Medica de 1993[76], fue también realizada en Edimburgo por la WFME y en ella se presentan una serie de recomendaciones relacionadas con:

- La separación entre la educación médica y el medio de la práctica médica.
- La planificación nacional de los recursos humanos para la salud y sus implicaciones para la educación médica.
- Los sistemas de atención de salud y sus implicaciones para la educación médica.
- La búsqueda de un equilibrio entre especialistas y médicos generales.
- La preparación educacional para la transición en el sector de la salud.
- Las nuevas enfermedades crónicas.
- La política y autoridad institucional en apoyo de la educación médica.
- Los procedimientos de selección para el ingreso a las escuelas de medicina.
- El desarrollo de profesores de medicina para mejorar la educación médica.

[76] World Federation for Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical Education. Medical Education 1994, 28 (Suppl.1).

- La participación del estudiante de medicina en la planificación y evaluación de la educación médica.
- El lugar de las ciencias con relación a la medicina
- El funcionamiento ético de la educación médica
- Las estrategias y métodos de enseñanza y aprendizaje.
- Las opciones de los programas de estudios para hacer frente a la sobrecarga informativa.
- El espectro continuo de la educación médica.
- El enfoque holístico de le educación médica de postgrado.
- La educación médica continuada y aprendizaje durante toda la vida.
- Los equipos de salud y educación multiprofesional.
- La participación de las comunidades en la educación médica.
- La comunicación con los pacientes y el público.
- Una mayor participación en la toma de decisiones, incluyendo al público.
- Lugares del mundo real para la educación médica.
- El compromiso de las universidades con la educación médica con base en la población.
- La colaboración internacional.

En 1994 tiene lugar una reunión en Ginebra organizada conjuntamente por la OMS y la *Educational Comisión for Foreign Medical Graduates* bajo el lema *"Hacia un consenso global sobre la calidad de la educación médica al servicio de las necesidades individuales y de la población"*. Expertos de 20 países participantes acuerdan que siendo idénticas muchas de las competencias necesarias para todos los médicos está justificado establecer estándares globales en la educación médica.

En 1995 la *Asamblea Anual de la Organización Mundial de la Salud* aprueba la Resolución 48.8 "*Reorientación de la Educación Médica y de la Práctica Médica para salud para todos"*[77] en la cual recomiendan que las Universidades deben esforzarse en formar médicos que se caractericen por ser:

- Proveedores de cuidados (médico asistencial)
- Tomadores de decisiones
- Comunicadores
- Líderes comunitarios
- Gerentes

En junio de 1999, la Junta Directiva del *China Medical Board of New York*, aprueba una dotación para fundar el *Institute for International Medical Education (IIME*). Dicha institución es dirigida desde su comienzo por el Dr. Andrzej Wojtczak con la tarea de

[77] World Health Assembly. Reorientation of Medical Education and Medical Practice for Health for All. WHA Resolution 48.8. WHO, Geneva, 1995.

liderar la definición de "requisitos globales mínimos esenciales" para los programas de educación médica.

No obstante, un año antes, el Consejo Ejecutivo[78] de la WFME, para desarrollar el *Proyecto sobre Estándares Internacionales en Educación Médica*, crea en diciembre un Comité Internacional consistente en un Grupo de Trabajo y un Consejo Internacional de Expertos, encargados de definir estándares internacionales para programas educativos de Educación Médica Básica (pregrado).

La primera reunión del Grupo de Trabajo tiene lugar en octubre de 1999 en Copenhague, fruto de la cual se publica un informe al año siguiente en inglés[79] y en castellano. La iniciativa se continúa con la definición de los estándares en educación médica postgraduada y para el desarrollo profesional continuo (DPC). El material elaborado para cada una de las tres fases, se publica en el año 2003 en forma de la Trilogía de la WFME *"Estándares Globales para la Mejora de la Calidad".*

Los tres documentos aportan el material de fondo esencial de la Conferencia Mundial sobre Educación Médica: *Estándares Globales en Educación Médica para una mejor Atención Sanitaria*, que la WFME convoca en marzo de 2003 en Copenhague.

En octubre de 2001, en el marco de la *XIV Conferencia de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)*, se emite la "*Declaración de Granada"*[80]. En está se promueve la adopción de los estándares internacionales para la acreditación de las carreras de medicina propuestos por la WFME. La Declaración es suscripta por las Facultades de Medicina españolas, el Gobierno Español y las Facultades de Medicina de América Latina, representadas por la Federación Panamericana de Facultades de Medicina (PAFAMS).

En 2004, el Consejo Ejecutivo de la Asociación para la Educación Médica en Europa (AMEE) y la WFME deciden trabajar la cuestión de cómo la *Declaración de*

[78] The Executive Council, The World Federation for Medical Education. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A WFME position paper. *Medical Education* 1998, 32, 549-558.

[79] WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education, Report of the Working Party, Copenhagen, 14-16 October 1999. *Medical Education,* 2000, 34, 665-675.

[80] Declaración de Granada sobre Estándares en la Educación Médica de Pregrado. Granada, 24 de octubre de 2001. *Educación Médica,* 2002:5:3-5.

Bolonia o proceso de Convergencia Europea[81] va a influir en la educación de los profesionales sanitarios y en particular de los médicos.

Las implicaciones para la educación médica de dicho proceso son consideradas en un Simposio organizado en la reunión anual de AMEE 2004 en Edimburgo y en un trabajo publicado en *Medical Teacher*[82].

En febrero de 2005 una *Declaración*[83] es firmada por la WFME y AMEE, en consulta con la Asociación de Escuelas Médicas en Europa (AMSE) y la Organización Mundial de la Salud, Europa (WHO-Euro) y enviada en mayo de ese mismo año a la Secretaría de Bolonia.

III.4. LA INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA

La investigación en Educación Médica parece vivir un renacimiento en los últimos años, quizá promovido por los cambios derivados de la integración europea y la necesidad de equiparación curricular, pero indudablemente por la exigencia de la sociedad de conseguir profesionales adecuadamente formados y por el interés de los profesionales por continuar con su formación como garante de una adecuada praxis profesional[84].

De hecho, han surgido nuevos movimientos e intereses que han fructificado en el incremento y en la importancia de las revistas que específicamente toman como tema central la Educación Médica. Revistas como *Medical Education, Medical Teacher, British Medical Journal, Teaching and learning in Medicine, Pédagogie Médicale, Education for Health, Academic Medicine,* etc. Todas ellas difundidas en inglés reflejando el predominio absoluto de la cultura anglosajona en las ciencias biomédicas.

No obstante, es de destacar en nuestro entorno, la revista trimestral *Educación Médica Internacional* que se viene publicando desde 1998 y que es editada desde

[81] Bologna Ministerial Meeting. The European Higher Education Area (better known as The Bolognia declaration).[documents a internet] Bologna: The National Unions of Students in Europe; june 1999 Disponible en http://www.esib.org/BPC/docs/Archives/CoP007_bologna_declaration.pdf

[82] Christensen, L, (2004): The Bologna Process and Medical Education. *Medical Teacher,* 26 (7): 625-629.

[83] Statement on the Bologna process and Medical Education. WFME-AMEE. University of Copenhagen Europe; february 2005. Disponible en http://www.sedem.org/bolognadeclaration%20.htm

[84] Gutiérrez, I. (2004): Investigar en Educación Médica. Soluciones conocidas para un viejo problema. *Ponencia: I Congreso de la Sociedad de Educación Médica de Euskadi:* "Nuevos retos para la formación médica" (SEMDE); 22-25 junio, San Sebastián.

enero de 2003 por la Fundación Educación Médica. Una publicación en lengua castellana indizada por IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud) y recientemente avalada por la WFME de manera oficial. Incluso revistas con el prestigio y reconocimiento de *British Medical Journal* se han planteado la necesidad de evaluar de manera específica las intervenciones que se realicen en *Educación Médica* y el interés porque éstas sean de calidad.

Sin embargo, a pesar de que en los últimos años el incremento en el número de publicaciones en la educación médica ha sido notable, la investigación en esta área no tiene sus propias teorías ni dispone de metodologías especializadas propias. A juicio de la profesora Nolla Domenjo[85], falta un marco conceptual y una taxonomía común que ayuden a presentar evidencias bien argumentadas y organizadas.

En 1999 y al amparo de la Asociación para la Educación Médica en Europa (AMEE) surge un nuevo movimiento denominado *Best Evidence Medical Education (BEME)* o Educación Médica Basada en la Mejor Evidencia. Esta iniciativa promueve la implementación por parte del profesorado de aquellas prácticas, métodos y aproximaciones educativas que estén basadas en la mejor evidencia disponible, es decir, la implantación de modelos educativos basados en intervenciones educativas de calidad previamente diseñadas, implementadas y analizadas y que demuestren buenos resultados.

En España se está progresando también hacia la profesionalización de la educación médica. Contamos ya con una Sociedad Científica propia (SEDEM) que se ocupa de la redacción de la revista *Educación Médica Internacional*. Además existen a un nivel más sectorial la *Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE)*, la *Sociedad Aragonesa de Educación Médica (SADEM)* y la *Asociación Catalana de Educación Médica (ACEM)*.

Además existe Unidad de Educación Médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Albacete. También hay un grupo de revisión originado en el Instituto de Estudios de la Salud (Barcelona) y vinculado a la Colaboración BEME (Best Evidence in Medical Education) sobre el uso del *feedback* en la evaluación.

[85] Nolla, M. (2003): Investigación en educación médica. *Educación Médica;* 6 (1): 7-8.

Por otro lado, es de destacar la actitud positiva del Instituto de Salud Carlos III que en los últimos años ha financiado proyectos de investigación en educación médica dentro de una convocatoria del programa de promoción y fomento de la investigación biomédica y en ciencias de la salud del FIS.

Todas estas iniciativas reflejan la importancia y necesidad de seguir investigando con calidad en un área capital como es la formación de los profesionales del área de ciencias de la salud

LAS CONFERENCIAS INTERNACIONALES DE OTTAWA

Un factor de gran importancia en el reconocimiento, cada vez mayor, de la educación médica como disciplina es el incremento, especialmente durante la segunda mitad del siglo XX, tanto del número como de la frecuencia de las reuniones y conferencias relacionadas con los aspectos docentes de las facultades de medicina y la educación médica curricular, tanto de postgrado como continuada.

Muchas de tales reuniones surgieron de la iniciativa de algunas organizaciones locales o nacionales, que instituyeron estos encuentros periódicos para comentar noticias de importancia mutua o cuestiones de interés común. Como ejemplos de dichas reuniones, se encuentran las convenciones anuales de la Asociación de Colegios de Medicina Americanos (Association of American Medical Colleges; AAMC), la Asociación para el Estudio de la Educación Médica (Association for the Study of Medical Education) (Reino Unido) y la Sociedad Española de Educación Medica (SEDEM) por poner algunos ejemplos.

En el plano internacional, hasta principios de los años 80 apenas existen congresos y actividades dedicadas a cuestiones de educación médica y las existentes se asientan en disciplinas o especialidades, y con frecuencia forman parte de iniciativas internacionales gestadas por sociedades nacionales de especialidades (medicina general, cirugía, cardiología, etc.).

Sin embargo, a mitad de los años 80 aparecen las Conferencias de Ottawa para constituir, desde entonces, uno de los más prestigiosos Congresos mundiales de Educación en Ciencias de la Salud celebrados periódicamente y que cuentan con participación internacional.

La idea de crear un foro científico de este tipo surge como consecuencia de un encuentro profesional que mantienen en 1984 el profesor Ronald Harden, de la Universidad de Dundee y el profesor de Medicina de la Universidad de Ottawa, Ian Hart, para tratar acerca de la valoración de la competencia clínica[86].

En este sentido, la primera Conferencia sobre los últimos avances en la valoración de la competencia clínica[87] se celebra en Ottawa, en julio de 1985 la que asisten unas doscientas personas de quince países distintos.

Fue concebida como una reunión única, pero debido a la demanda de muchas de las personas que asistieron a ella se decide organizar una segunda reunión, de esas mismas características[88], a finales de junio de 1987 de nuevo en Ottawa. Las cuestiones analizadas en esta segunda cita, aunque tratan en su mayoría sobre la valoración de la educación médica, también incluyen algunas otras relacionadas con tópicos más generales. A este encuentro asisten cerca de doscientas cuarenta personas de un amplio abanico de países.

Seguidamente, el grupo de educación médica de la Universidad de Groningen (Países Bajos) se ofrece para organizar la Tercera Conferencia "de Ottawa" en Groningen (1989) sobre enseñaza y valoración de la competencia clínica[89]. En ella se admite por primera vez que la reunión no sólo es internacional en su ámbito, sino también integral en relación con el alcance de sus contenidos y va más allá de la valoración hasta adentrarse de lleno en el campo de la educación médica.

La Cuarta Conferencia[90] y la Quinta Conferencia[91] se desarrollan en Ottawa y Dundee, durante los años 1990 y 1992, respectivamente. La Sexta Conferencia de

[86] Hart, I. y Harden, R. (2000). The International Ottawa conferences on Medical Education. *Medical Teacher*; 22: 331-333.

[87] Hart, I.R., Harden, R.M. y Walton, J.H. [eds.] (1986). Newer Developments in Assessing Clinical Competence. Proceedings of the First Ottawa Conference. [Ottawa, Canada, 7-10 July 1985]. Montreal: Heal Publications.

[88] Hart, I.R., Harden, R.M. [eds.] (1987). Further Developments in Assessing Clinical Competence, Proceedings of the Second Ottawa Conference. [Ottawa, Canada, 27-30 June 1987]. Montreal: Can-Heal Publications.

[89] Bender, W., Hienstra, R.J. et al. [eds.] (1990). Teaching and Assessing Clinical Competence, Proceedings of the Third Ottawa Conference. [Groningen, Netherlands, May 1989]. Groningen: BoekWerk Publications.

[90] Hart, I.R., Harden, R.M. Des Marchais, J. [eds.] (1992). Current Developments in Assessing Clinical Competence, Proceedings of the Fourth Ottawa Conference. [Ottawa, Canada, 7-10 July 1990]. Montreal: Can-Heal Publications.

Ottawa[92] tiene lugar en Toronto, en 1994 y la Séptima Conferencia[93] se celebra en Maastricht (Países Bajos) en 1996.

La primera Conferencia de Ottawa[94] que se celebra en Estados Unidos es la Octava, concretamente en Filadelfia, en 1998 patrocinada por el National Board of Medical Examiners.

La Novena Conferencia de Ottawa (2000), es la primera que se celebra fuera de Norteamérica o Europa, concretamente en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, y a ella asistieron más de seiscientas personas procedentes de más de cincuenta países. Cubre el amplio espectro de la educación médica y continúa la tendencia marcada en las últimas Conferencias, ampliando sus contenidos a la problemática de la educación en las demás profesiones médicas.

En julio del 2002 se celebra la Décima Conferencia de Ottawa desarrollada, por primera vez en los últimos doce años, en la ciudad de Ottawa, Canadá. De naturaleza multidisciplinar y de ámbito multiprofesional, cuenta con ochocientos cincuenta asistentes procedentes de más de cuarenta países.

La última de estas Conferencias tiene lugar en nuestro país (Barcelona, 2004) y es organizada por la Asociación Catalana de Educación Médica liderada por los profesores *Ramón Pujol-Farriols y Josep Mª Martínez-Carretero.* A ella se presentan cerca de 1.000 comunicaciones que se incluyen en el nº 3 de la revista de *Educación Médica*[95]*.*

Las Conferencias de Ottawa se organizan en un ambiente internacional, con una periocidad de 2 años, alternativamente en Norteamérica y en otras partes del mundo

[91] Hart, I.R., Harden, R.M. y Mulholland, H. [eds.] (1992). Approaches to the Assessment of Clinical Competence. International Conference. Papers. [Dundee, Great Britain, 1992]. Dundee: Centre for Medical Education. 2 vols.

[92] Rothman, A.I. y Cohen, R. [eds.] (1995) Proceedings of the Sixth Ottawa Conference on Medical Education. [Toronto, Canada, 1994]. Toronto: University of Toronto Press.

[93] Scherpier, A., Van der vleuten, C., et all [eds.] (1997) Advances in Medical Education. Proceedings of the Seventh Ottawa Conference on Medical Education and Assessment. [Maastricht, Netherlands, 25-28 June 1996]. Dordrecht: Kluwer.

[94] Melnick, D.E. [ed.] (2000). Evolving Assessment: Protecting the Human Dimension, Proceedings of the Eight Ottawa Conference on Medical Education and Assessment. [Philadelphia, USA, 12-15 July 1998]. Philadelphia: National Board of Medical Examiners. 2 vols.

[95] Pujol, R., Mártinez, J.M. y Brailovsky, C. (2004): 11th Internacional Ottawa Conference on Medical Education. *Educación Médica*; 7 (3): 1-2.

con contenido distinto en cada conferencia pero siempre relacionado con la educación médica. Las próximas sedes que están programadas son las siguientes:

- 2006. Nueva York, EE.UU.
- 2008. Australia (dos ciudades han presentado su candidatura).
- 2010. Miami, EE.UU.
- 2012. Sudeste Asiático (dos ciudades han presentado su candidatura).

IV. CONTEXTO DOCENTE: LA FORMACIÓN POSGRADO DE MFyC

IV.1. La formación médica especializada en España: el sistema MIR
- IV.1.1. Introducción
- IV.1.2. Concepto
- IV.1.3. La prueba MIR
- IV.1.4. Los orígenes del MIR
- IV.1.5. Normativa actual
- IV.1. 6. El sistema MIR actual

IV.2. La formación de especialistas en Medicina de Familia

IV.3. La estructura y la organización: Las Unidades Docentes de MFyC

IV.4. El contenido: El Programa Formativo de la Especialidad

IV.5. La evaluación

INTRODUCCIÓN

En España, desde los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura existen los siguientes Programas de Formación Sanitaria Especializada: Biología, Enfermería, Farmacia, Psicología, Química, Radiofísica y Medicina (MIR), objeto de nuestro trabajo.

Este capítulo cuarto recoge una visión global de lo que se entiende por formación postgraduada y la problemática de su gestión. Asimismo se realiza una revisión normativa -desde sus orígenes, hasta la actualidad- del proceso o sistema utilizado para el acceso a la formación especializada -sistema MIR- desde la *Ley de Especialidades de 195*5, hasta el *Real Decreto 127/1984* de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de *médico especialist*a.

Por último, se ocupa de la formación de especialitas en Medicina Familiar y comunitaria: sus orígenes y desarrollo, su estructura y organización docente y su situación actual y perspectivas de futuro.

IV.1. LA FORMACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA EN ESPAÑA: SISTEMA MIR

INTRODUCCIÓN

El quehacer humano, en sus distintas facetas, ha ido cambiando a lo largo de la historia del hombre, en la forma de hacerlo y en la asignación de los papeles que las sociedades han ido asignando a sus integrantes. En este sentido, si las sociedades primitivas se caracterizaban porque todos hacían todo, la necesidad de especialización en cualquier tarea, es un hecho asumido por las sociedades civilizadas y el progreso ha venido de esa diferenciación progresiva de funciones y tareas.

Y es que, al ser distribuido el trabajo entre las diferentes clases de trabajadores, éste se ha realizado de manera progresivamente más cercana a la perfección y, en la medida que el fruto de este trabajo es compartido por la comunidad, ésta en su totalidad se beneficia de la especialización.

En el mundo de la medicina la especialización también se ha ido abriendo camino de manera paulatina. En este sentido, la dedicación del hombre a los problemas de salud desde sus orígenes llevó a la diferenciación de los primitivos brujos en físicos, barberos y parteras, posteriormente médicos, cirujanos, dentistas, matronas, tocólogos y sucesivas especialidades sanitarias. Con el desarrollo moderno de la Medicina, acelerado de manera vertiginosa a partir del siglo XIX por sus descubrimientos (anestesia, microorganismos, rayos X, etc.), comienzan las especializaciones. A su vez éstas, ante el creciente incremento del conocimiento de la enfermedad, de su diagnóstico y de su terapéutica hacen surgir las subespecialidades[96].

Pero, por otra parte, como señala Sánchez Chamorro[97], no podemos negar el riesgo que la diferenciación excesiva en la tarea asistencial puede comportar. La especialización en medicina a fuerza de deseable, debe desarrollarse ordenadamente más que en cualquier otra disciplina o profesión. El especialista médico precisa, sobre una base amplia de conocimientos, no olvidar nunca que su actuación va dirigida al todo, al ser humano integral.

Por otra parte, recordar cómo ha sido la formación de especialistas médicos en España tiene gran interés y permite comprender mejor el progreso realizado en los últimos años. Una mirada a la historia reciente nos traslada a finales de los años 70, cuando aparece el Sistema MIR y supone la regulación de la formación de postgrado como la conocemos hoy día.

CONCEPTO

En España, el MIR (Médico Interno Residente) es el sistema de formación de postgrado único para todo el Estado y para todas las especialidades médicas, incluida la Medicina Familiar y Comunitaria. Este sistema que se inspira en el tradicional sistema anglosajón, es un modelo de formación retribuida de dedicación exclusiva -contrato de formación para el periodo de residencia- vinculada a las organizaciones asistenciales y a los departamentos y servicios específicos al final del cual el Ministerio de Educación y Cultura emite el título correspondiente.

[96] Tutosaus, J.D. (2005): *Formación Especializada de Postgrado.* En Anuario de la Sanidad y el Medicamento en España 2005. El Médico. Nº 949, p. 62-66.

[97] Sánchez, E. (1996) *Ordenación futura de la formación médica especializada.* En III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. 24-26 Octubre. Madrid.

Acudimos al artículo 4 del Real Decreto número 127/1984, de 11 de enero, que regula la obtención de títulos de especialidades, que establece que son "médicos residentes":

"Son aquellos médicos que para obtener su titulación de especialistas permanecen en los centros y en las unidades docentes acreditadas por un período limitado de tiempo, realizando prácticas profesionales programadas y supervisadas, con la finalidad de ir alcanzando de forma progresiva los conocimientos y la responsabilidad profesional necesaria para que éstos puedan llegar a ejercer su especialidad de modo eficiente. Estos médicos, comienzan su especialización como residentes de primer año y sucesivamente van completando la misma, hasta la finalización del programa que corresponda, en la medida en que hayan ido superando de forma satisfactoria la evaluación continuada correspondiente".

Al ser ésta una "formación en servicio", que afecta a la prestación de la asistencia, implica la regulación de dicha actividad laboral mediante un contrato de trabajo, y hace que la supervisión y la tutela sean un derecho de los residentes y una responsabilidad irrenunciable de todos los profesionales, de los tutores, de las Unidades Docentes y de la Administración[98].

No obstante, es importante no olvidar que, aunque la contribución del residente al trabajo asistencial es la clave de su progreso docente, su finalidad primordial es la de perfeccionamiento y especialización en la especialidad elegida.

La antigua máxima confuciana y aristotélica de "aprender haciendo" unido a la idea de aprovechar los recursos hospitalarios, hasta entonces excluidos de las actividades docentes en la formación en práctica de los médicos, convierten pronto al MIR en un modelo formativo que se distingue por su eficacia, calidad e innovación.

En palabras de la profesora Ros Martrat, *"el sistema MIR constituye una aportación altamente positiva al sistema sanitario no sólo por las generaciones de profesionales de calidad notable que han permitido un despliegue diversificado de los servicios*

[98] Bestard, J. (2001): Discurso inaugural. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid:* "Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid". 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario "Ramón y Cajal". Agencia Laín Entralgo.

asistenciales sino también porque ha abierto los hospitales y centros de salud a la docencia"[99].

EL ACCESO A LAS PLAZAS DE FORMACIÓN: LA PRUEBA MIR

El sistema de selección consiste para el acceso a la formación especializada en una prueba de carácter estatal en la que los aspirantes recibirán una puntuación total individual obtenida de la suma de la que alcancen en la práctica de una prueba de contestaciones múltiples (75%) y de la valoración de sus méritos académicos (25%). La adjudicación de las plazas se efectúa siguiendo el orden de mayor a menor puntuación total individual de cada aspirante.

La prueba selectiva consiste en un ejercicio de 250 preguntas de respuestas múltiples a desarrollar en cinco horas, cuyos contenidos versan sobre las áreas de enseñanza comprendidas en la licenciatura.

El procedimiento descrito, sencillo en su diseño, conlleva sin embargo una importante carga de trabajo administrativo, ya que es elevado el número de participantes en cada convocatoria, aproximadamente unos 20.000, y se persigue la mínima duración de su desarrollo.

Dicha prueba constituye uno de los aspectos más polémicos del modelo MIR por diversos motivos: el contenido de la misma, que fundamentalmente explora habilidades cognitivas y conocimientos, los efectos de esta prueba en la formación de pregrado, la distribución de plazas por especialidades, la elección de especialidad condicionada por el numero de orden obtenido, el número de plazas ofrecidas o el establecimiento de una doble vía de ingreso a la especialización MIR a partir de 1995 con la entrada en vigor de la normativa europea. Algunas de estos motivos, más allá de tener repercusiones en el modelo de educación médica han tenido un fuerte impacto en el sistema socio-sanitario.

LOS ORÍGINES DEL SISTEMA MIR Y SU HISTORIA NORMATIVA

Es también en el siglo XIX cuando se pone en marcha el llamado Sistema MIR, o sistema de especialización de médicos internos y residentes. Supuso un cambio

[99] Ros, E. (2002) *L'adquisició de les competències professionals en l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària a Catalunya. Una aportació des de la formació* Tesis Doctoral. Departamento Pedagogía Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona.

filosófico, sustituyéndose el antiguo sistema personalista por un sistema institucional basado en los hospitales. El MIR lo funda el cirujano Halsted, en 1880 al irse a vivir al Hospital John Hopkins, de Baltimore (EEUU)[100], rodeado de médicos que "residían" también allí.

En España, el origen del sistema MIR se remonta a la década de los años setenta. Surge como método de selección para afrontar la necesidad creciente de especialización, la cual va de la mano del progreso científico, y en concreto del enorme desarrollo de la medicina en los últimos años.

No obstante, tenemos un primer antecedente histórico que se sitúa en el año 1538, en los Estatutos de la Universidad de Salamanca: *"Y no se les ha de dar carta de Bachiller en medicina hasta que hayan practicado dos años después del grado, demás de los que practicaron siendo oyentes; lo cual ha de constar por información o testimonio ante el Rector de la Universidad"*. Esta misma idea aparece también en la introducción a la edición de Andrés Laguna de *Dioscórides*, a mediados del siglo XVI: *"A nadie se le ha de dar el título de médico sin haber hecho antes del arte de curar mil pruebas en un hospital insigne".*

Posteriormente, durante siglos, el sistema de formación de especialistas se modifica poco y los mejores siguen formándose a la sombra de un maestro distinguido, sin programa en tiempo o en contenido.

A principios del siglo XX aparecen en España una serie de Instituciones que comienzan a plantearse el cambiar la formación, centrándola en el hospital, modificando de modo sustancial la forma de entender la Medicina en nuestro país y también la formación de postgrado.

La primera en el tiempo es Vizcaya, concretamente en los libros de registro de 1914 del Hospital de Basurto[101] aparecen los primeros médicos internos. Al que le siguen en 1918 el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo en Barcelona. Unos años más tarde, en 1929, la Casa de Salud Valdecilla de Santander y en 1935, el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas de Madrid, que en 1955 se une a la Clínica de la Concepción constituyendo la Fundación Jiménez Díaz. En 1963, el Hospital General

[100] Thorwald, J. (2000) *El siglo de los cirujanos.* Ed. Círculo de Lectores, Barcelona.
[101] Grangel, L.S (1983) *Historia del Hospital de Basurto*. Ed. R. S. Bascongada, Bilbao, p. 265-289.

de Asturias pone en marcha una "Comisión de Residentes y Enseñanza", preludio de las actuales. Estas iniciativas eran impulsadas en la mayor parte de los casos por médicos que se habían formado en los EEUU.

Durante estos años surge la Ley de 20 de julio de 1955, con el propósito de subsanar la falta de estructuración en la formación de especialistas y la falta de normatización reguladora de los requisitos y procedimientos para la obtención del título de Médico Especialista.

Con esta Ley la responsabilidad de la formación sanitaria especializada recae principalmente sobre las Cátedras de las Facultades de Medicina, dependientes de los Hospitales Clínicos, sobre las Escuelas Profesionales creadas por dichas Cátedras y también, aunque en menor medida, sobre los Institutos y Escuelas de Especialización Médica reconocidos por el Ministerio de Educación.

Se dispone que los centros estén regidos por un titular especialista y acreditar una serie de cuestiones, como el número de colaboradores, la capacidad de servicios, aceptación de programas, planes de trabajo e informes del claustro de la facultad. Una vez realizados los estudios y prácticas correspondientes, se exige a los alumnos la realización y superación de un examen final que se realizaba en la Universidad a la que correspondiera el centro.

Para el desarrollo de la Ley de 1955 se dicta el Decreto de 23 de diciembre de 1957[102], el cual aprueba su Reglamento general y la Orden de 1 de abril de 1958, que dicta dos vías distintas para la obtención del título de especialista (mediante estudios y prácticas o mediante oposición).

El Reglamento establece que el título de especialista obtenido conforme dispone la Ley de 1955 es condición precisa para ocupar un cargo de médico especialista en cualquier establecimiento e institución público o privado y para titularse de modo expreso médico especialista sin perjuicio del libre ejercicio de la profesión.

La realización de una prueba selectiva para el acceso a la formación especializada, como el actual examen MIR, es también una antigua exigencia de dicha normativa. Así el Reglamento se refiere a ella en el artículo 16 del siguiente modo:*"... si el número*

de graduados inscritos en un centro fuera superior al máximo de los que puedan ser admitidos ... la Facultad de Medicina ... comunicará los nombres de quienes, habiéndose inscrito, hayan superado, en su caso, las pruebas señaladas ...".

Pero a pesar de todas estas iniciativas, el Sistema MIR comienza oficialmente en la Clínica Puerta de Hierro de Madrid en 1964, con carácter voluntario y experimental. Surge del cirujano Diego Figuera Aymerich[103] y de J. Mª. Segovia de Arana, como aplicación de las experiencias de los hospitales anteriormente referidos y dando lugar a las llamadas Residencias de la Seguridad Social.

A esta clínica se unen los centros referidos y junto con algunos otros forman en 1967 el "Seminario de Hospitales con Programa de Graduados". En el Seminario se van definiendo criterios como el aprendizaje a través del ejercicio supervisado y remunerado, la responsabilidad progresiva, las rotaciones y las necesidades mínimas del centro para lo que se empezó a entender como acreditación.

La importancia de este Seminario aún no ha sido suficiente valorada. Si no tanto en su aspecto práctico u operativo, sí en cuanto a su aportación teórica y conceptual que permite sentar las bases de la formación especializada al establecerse programas lógicos cualitativa y cuantitativamente. Debe pensarse que los principios elaborados y experimentados de este Seminario son la base sobre la que se elabora el Decreto de Especialidades Médicas que, posteriormente, comentaremos.

En 1969, el Ministerio de Trabajo, para el ámbito de la Seguridad Social, regula una Orden de 3 de septiembre y atribuye a una Comisión de Admisión de la Institución la selección de los candidatos basada en el expediente, entrevista y otras pruebas.

Más tarde, en 1970, el Seminario elabora el primer Manual de Acreditación de Hospitales, y un año después mediante una Orden[104] comienzan las primeras convocatorias de plazas de internos y residentes de ámbito nacional convocadas por la Delegación General del Instituto Nacional de Previsión y el sistema se extiende por toda la red de Hospitales.

---

[102] Decreto de 23 de Diciembre de 1957, sobre reglamentos de enseñanza, título y ejercicio de especialidades médicas. (B.O.E de 20 de enero de 1958).

[103] Figuera, D (2002) Conferencia sobre la Implantación del MIR en España, en el *Acto de Recepción de los nuevos Residentes de HH. UU. V. Rocío*, 27 de junio de 2002.

[104] Orden de 28 de julio de 1971, sobre médicos internos y residentes. (B.O de 4 de agosto de 1971).

Mediante esta misma Orden de 1971 se define a los médicos internos como *"aquellos recién graduados que completan los estudios facultativos de su formación básica, con un período de práctica profesional, limitado en el tiempo, programada y supervisada, en el que van adquiriendo responsabilidad progresiva, que les dan seguridad y eficacia".*

Los médicos internos tenían que rotar por los distintos servicios de la Institución Sanitaria de acuerdo al programa establecido, el cual fijaba los periodos de rotación y el contenido docente. Siempre y cuando, las actividades desarrolladas por el interno fuesen calificadas favorablemente por la Comisión de Educación Médica de la Institución en cuestión, podían pasar a la categoría de médicos residentes de 1ª, siempre que deseasen formarse en una especialidad determinada y existiesen puestos vacantes. Si la calificación fuese desfavorable terminarían su actuación en la Institución.

Esta misma Orden define también a los médicos residentes como *"aquellos que para su formación como especialistas precisan ampliar y profundizar los aspectos teóricos y prácticos del área que cubre la especialidad, mediante un período, limitado en el tiempo, de práctica programada y supervisada, para adquirir de forma progresiva los conocimientos y el espíritu de responsabilidad necesarios para ejercer la especialidad de forma eficiente".*

Los médicos residentes comenzaban con la denominación de residentes de primero, y al año siguiente eran ascendidos a la categoría de residentes de segundo. Y si la especialidad lo permitía, todavía podían continuar uno o dos años más con la categoría de residentes de tercero. Los residentes que accedían a los centros especiales de la Seguridad Social debían proceder de un internado rotatorio realizado en las Instituciones de la Seguridad Social, y en su defecto de otros centros hospitalarios en los que hubiesen recibido una formación equivalente.

Para pasar de un año a otro en la residencia debían superar una serie de pruebas y requisitos que establecía la Institución Sanitaria, de acuerdo con las normas generales establecidas por el Instituto de Previsión.

Por último, y al término de la residencia en cada especialidad, la Institución Sanitaria extendía un certificado acreditativo de la formación que había recibido.

Tras huelgas previas, se consigue en 1973 el derecho a la Seguridad Social de los MIR y en 1975 el contrato de trabajo, cuyo precedente estuvo en el Clínico de Barcelona. Dichos contratos tenía la duración de un año renovable, en el caso de los médicos residentes, por periodos iguales de tiempo, y hasta un máximo de cuatro años. En ellos se especificaba la cuantía de la remuneración, el horario de trabajo, la dedicación completa y exclusiva a la Institución Sanitaria, el régimen disciplinario y las circunstancias que podían conducir a la rescisión de los contratos.

En 1977, otra Orden Ministerial[105] del Ministerio de Sanidad unifica el procedimiento para los Hospitales de la Seguridad Social y aquellos otros, públicos o privados, que quisieran voluntariamente adherirse al proceso.

En 1978, el Real Decreto 2015/1978[106] regula el Título de Especialista, los requisitos mínimos de acreditación de Departamentos y Servicios Hospitalarios y, en su caso, extrahospitalarios, desaparece el Internado Rotatorio y se crea la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria, para conformar un conjunto de 51 especialidades médicas.

Por último, todo el desarrollo normativo acaba culminando con el Real Decreto 127/1984[107], de 11 de enero, que actualmente está en vigor y regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista. Éste R.D. deroga la Ley de 1955, su Reglamento, la Orden de 28 de julio de 1971, la Orden de 9 de diciembre de 1977, y el Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio con la excepción de su apartado primero, y se recoge el sistema transitorio de concesión del título de especialista a quienes hayan iniciado su formación anterior del 1 de enero de 1980.

NORMATIVA ACTUAL DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

- Real Decreto 127/1984, de 11 de Enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista (B.O.E. 31 de Enero 1984).

- Real Decreto 119/1998, de 30 de enero, por el que se deroga el apartado uno del artículo 7 del Real Decreto 2708/1982, de 15 de octubre, por el que se regulan los

[105] Orden de 9 de diciembre de 1977, sobre formación de postgraduados.

[106] Real Decreto 2015/78, de 15 de junio, por el que se regula la obtención del titulo de médico especialista.

[107] Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la Formación Médica Especializada y la obtención del título de Médico Especialista. (BOE 26/1984 de 31-01-1984, pág. 2524)

estudios de especialización y la obtención del título de Farmacéutico Especialista. (B.OE. del 6 de febrero de 1998).

- Orden de 27 de Junio de 1989, por la que se establecen las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de Formación Sanitaria Especializada (B.O.E. 28 de Junio 1989).

- Orden de 18 de Junio de 1993, sobre reconocimiento de períodos formativos previos de los Médicos y Farmacéuticos residentes en formación (B.O.E. 24 de Junio de 1993).

- Orden 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 de Farmacéuticos Especialistas (B.O.E. 30 de Junio de 1995).

- Orden de 22 de Noviembre de 1996, por la que se modifica el artículo 14.3 de la Orden de 27 de Junio de 1989, que regula el acceso a plazas de Formación Sanitaria Especializada (B.O.E. 27 de Noviembre de 1996).

- Orden de 11 de julio de 2000, por la que se modifica el baremo de los méritos académicos contenido en el anexo de la Orden de 27 de junio de 1989, por la que se establecen las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada (B.O.E. de 13 de julio de 2000).

- Real Decreto 904/2001, de 27 de julio, por el que se unifican las convocatorias para el acceso a la formación médica especializada. ("Boletín Oficial del Estado" del 28).

- Real Decreto 139/2003, de 7 de febrero, por el que se actualiza la regulación de la formación médica especializada. (Boletín Oficial del Estado del 14).

- Ministerio de la Presidencia. ORDEN PRE/829/2003, de 4 de abril, por la que se modifica la Orden de 27 de junio de 1989, para establecer un sistema de presentación telemática de las solicitudes de adjudicación de plaza en las Pruebas Selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada. ("Boletín Oficial del Estado del 10 de abril").

- Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. ("Boletín Oficial del Estado del 7 de enero de 2005"). *Artículo 91. Régimen especial de los estudios de especialización en el ámbito sanitario.*

EL SISTEMA MIR ACTUAL

El Real Decreto 127/1984 aporta una serie de innovaciones con relación a la normativa anterior. En este sentido hablamos de las siguientes:

- La clasificación de las especialidades médicas en grupos (en función de que requieran o no formación hospitalaria).

- La confirmación de la necesidad de continuar con un programa formativo perfectamente establecido, como médico residente y centros acreditados.

- El establecimiento de normas reguladoras de la formación en cada especialidad.
- La creación de las bases de los correspondientes programas.
- Requisitos mínimos que han de cubrir las unidades docentes.
- La creación de una Comisión Interministerial entre los Ministerios de Educación y Ciencia, y Sanidad y Consumo para determinar el número de plazas que anualmente han de convocarse.
- El acceso a la formación mediante el establecimiento de un sistema en el que todos los candidatos tienen las mismas oportunidades.
- La eliminación del examen final y su sustitución por evaluaciones continuas anuales.
- El favorecimiento de la responsabilidad de los médicos residentes.
- La creación de una vía especial para la obtención del título de médico especialista en el caso, por ejemplo, de doctores y profesores de facultades.

Por tanto, actualmente la formación especializada se sustenta en tres pilares esenciales: la acreditación docente, los Programas Oficiales para cada especialidad y las pruebas selectivas. A continuación, y en los siguientes epígrafes se recogen los aspectos más importantes de la normativa actual.

El Consejo Nacional de Especialidades Médicas

El Consejo Nacional de Especialidades Médicas (en adelante CNEM) es un órgano consultivo conjunto de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte que tiene la finalidad de informar a la Administración y promover todos los aspectos relacionados con la formación médica especializada, de acuerdo con las disposiciones que regulan su funcionamiento.

El CNEM se crea mediante el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. El artículo 15 de esta disposición regula su composición y el artículo 16 las funciones del mismo. Dicha disposición ha sido modificada por el Real Decreto 139/ 2003 de 7 de febrero de 2003 por el que se actualiza la regulación de la formación médica especializada.

El Consejo Nacional está constituido por los miembros de todas las Comisiones Nacionales de Especialidades Médicas y funciona a través del Pleno y de grupos de trabajo. En la actualidad, el CNEM está estructurado con los siguientes grupos de trabajo:

- La Comisión Permanente (órgano ejecutivo del Consejo).
- El Comité de Acreditación.

- El Comité de Estudios.

Dentro de los grupos de trabajo se estudian los requisitos de acreditación docente que, con carácter general, deben cumplir los hospitales y los servicios o unidades docente, los criterios que debe tener la evaluación de los residente, informar las disposiciones de carácter general que se elaboren por parte de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte y que puedan afectar al ámbito de las especialidades médicas, así como la propuesta a la Administración de auditorias docentes y la elaboración de los programas formativos.

Las Comisiones Nacionales de Especialidades Médicas

Las Comisiones Nacionales de Especialidades Médicas (en adelante CCNN) se crean mediante el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. El artículo 13 de esta disposición regula la composición de las mismas y el artículo 16 las diferentes funciones de las CCNN.

Cada una de las Comisiones Nacionales se compone de once miembros elegidos entre profesionales de reconocido prestigio, designados a propuesta de las siguientes organizaciones:

- Tres vocales designados por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, entre profesores de las Facultades de Medicina.
- Tres vocales designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, entre personal facultativo de las instituciones sanitarias con unidades docentes acreditadas.
- Dos vocales en representación de las entidades y sociedades científicas de ámbito estatal legalmente constituidas, elegidos de entre sus miembros.
- Dos vocales en representación de los médicos residentes de la especialidad correspondiente, elegidos por ellos mismos, entre los que estén en tercer año de formación en las especialidades de cinco años y en el segundo año en las especialidades de tres o cuatro.
- Un representante del Consejo General de Colegios Médicos.

Con posterioridad a la citada disposición por las que se crean las CCNN, se establecen diversos títulos en el ámbito de las profesiones sanitarias y, a su vez, se van estableciendo nuevas Comisiones Nacionales de Especialidades.

Todas estas CCNN cuentan con representación de los residentes en formación, de manera que, cada dos años se celebran elecciones en los centros hospitalarios y centros de salud acreditados para la docencia para elegir a dos representantes por cada una de las especialidades y que forman parte de las Comisiones Nacionales. Los Presidentes de cada una de las Comisiones son elegidos de entre sus miembros por mayoría por cuatro años y pueden ser renovados por otros cuatro más.

Por tanto, el Consejo Nacional de Especialidades (CNE) y sus Comisiones, contemplan entre sus miembros a diversos profesionales de la asistencia, la universidad y los residentes. Sin embargo no contempla la participación colegiada de tutores. Entre sus funciones destacan especialmente la elaboración de los programas docentes, más diluidamente queda la evaluación y acreditación, pero no entran en la gestión e implementación diaria de la docencia, propia de las Comisiones Locales de Docencia y de las Asesoras.

Comisiones de Docencia y Asesoras

El Real Decreto 127/1984 (artículo 12) y especialmente, la Orden de 22 de Junio de 1995[108] (artículos segundo, tercero, cuarto y sexto), encargan a las Comisiones de Docencia y a otros órganos que se constituyen en los centros sanitarios determinadas funciones en orden a la organización, supervisión y desarrollo de los períodos formativos que los futuros especialistas médicos desarrollan en los mismos.

En cada Hospital se establece una *Comisión Local de Docencia* que es la encargada de organizar las rotaciones por los servicios hospitalarios, tal y como indica el Programa Oficial de cada Comisión Nacional para cada especialidad. Dicha comisión, también es la responsable de la evaluación del rendimiento de cada médico residente mediante un Comité de Evaluación. La responsabilidad docente no depende sólo de un servicio del Hospital sino de todo el Hospital favoreciendo, de este modo,

[108] Orden 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 de Farmacéuticos Especialistas (B.O.E. 30 de Junio de 1995).

la cooperación entre las diversas áreas hospitalarias y evitando posibles actitudes arbitrarias.

En cada Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria se constituye una *Comisión Asesora,* que ejerce las funciones contempladas en la Orden de 22 de junio de 1995 (art. 6 cap. 5-8). Dicha Comisión está compuesta de la siguiente forma:

- El Coordinador de la Unidad Docente.
- Un representante designado por la Comunidad Autónoma
- Representantes de los especialistas en formación que cursen su programa formativo en la unidad docente.
- Representantes de los tutores hospitalarios y extrahospitalarios de la especialidad.
- Representantes de los técnicos en Salud Pública de la unidad docente.

El nombramiento de cada uno de los representantes se realiza por parte del Gerente de Atención Primaria, quien con carácter previo puede formular consulta a tal fin con la Dirección Médica, Órganos de la estructura formativa o colectivos afectados, según proceda. Actúa como Secretario de la Comisión Asesora, con voz pero sin voto un profesional de la función administrativa que colabore con la Unidad Docente.

Pese al amplio desarrollo normativo de las funciones docentes de tutores, presidentes, vocales y de las propias comisiones, no existía ni conexión entre las Comisiones Nacionales y las Locales, ni interlocutores prácticos ante las administraciones centrales o autonómicas, ya que toda la labor de asesoría quedaba en el CNE y sus Comisiones, sin que éstas tuvieran la representación aludida en la práctica diaria.

En el año 2000, en el marco del XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Educación Médica celebrado en Granada comenzaba un movimiento para asociarse en una red de redes docentes. Entre las prioridades temáticas y propuestas de mejora, destacaron la creación de algunas asociaciones científicas docentes de postgrado por comunidades autónomas, con objetivos plasmados en estatutos, la necesidad de mantener reuniones periódicas organizadas y una serie de conclusiones cuya redacción se encargó a un pequeño grupo de los participantes que se reunieron al día siguiente para consensuarlo, darle publicidad y pasarlo a todas las Comisiones

Docentes y Asesoras del Estado al objeto de su ratificación escrita, si así lo creían conveniente. Este escrito se llamó el Manifiesto MIR de Granada[109].

Posteriormente, el Manifiesto MIR fue ratificado por la inmensa mayoría de las Comisiones de Docencia y Asesoras, más de 100 que, por escrito, manifestaron su adhesión al mismo. Tras múltiples reuniones se consiguió legalizar a AREDA, Asociación de Redes Docentes y Asesoras del Estado en diciembre de 2004.

La AREDA ha insistido en varios encuentros que las instituciones sanitarias no deben olvidar el compromiso que tienen con las tareas de investigación y docencia y entre otras conclusiones, ha destacado la necesidad de continuar con los objetivos siguientes:

- Mantener contactos regulares con los responsables de la gestión de los centros sanitarios.
- Y avanzar en el desarrollo de espacios de coordinación y debate sobre los distintos temas de preocupación, de cuantos participan en la formación de especialistas sanitarios:(los profesionales durante su etapa de especialización, los tutores de formación y los presidentes de las comisiones de docencia y asesoras).

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, dedica el Capítulo III de su Título II (artículos 15 a 32) a la formación especializada en Ciencias de la Salud. Esta Ley crea el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y dispone la existencia de una única Comisión por cada una de las Especialidades, con independencia de que puedan acceder a ella diferentes titulados.

No obstante, la Disposición Transitoria Sexta de la citada Ley determina que en tanto se constituyan las nuevas Comisiones y el nuevo Consejo Nacional, continuarán desarrollando las funciones que tienen atribuidas los actuales órganos.

El Registro Nacional de Especialistas en Formación

[109] Tutosaus, J.D. (2005). Fundación de AREDA: Asociación de Redes Docentes y Asesoras. *Educación Médica;* 8 (1): 10-13.

El Registro Nacional de Especialistas en formación (en adelante, RNEF), dependiente de la Subdirección General de Ordenación Profesional, es la unidad específica del Ministerio de Sanidad y Consumo, que coordina y realiza el seguimiento de la formación sanitaria especializada de los licenciados y diplomados, una vez que han superado la prueba correspondiente.

El RNEF se nutre de los datos aportados por las respectivas Comisiones de Docencia que, de acuerdo con la normativa vigente, son las unidades a las que corresponde la organización y la gestión de las actividades correspondientes a la formación para especialistas que se lleven a cabo en cada centro, así como el control del cumplimiento de los objetivos que conforman sus programas de formación.

Esta unidad se encarga de la tramitación de determinadas cuestiones relacionadas con la formación de especialistas como son: cambios de especialidad, rotaciones y comisiones de servicio, convalidaciones, traslado de centro o unidad docente, etc.

Características de los lugares de formación

La formación médica especializada se desarrolla en centros y Unidades Docentes especialmente acreditadas al efecto en función de los requisitos de acreditación establecidos por los Ministerios de Educación y Cultura y Sanidad y Consumo. La acreditación de los centros y Unidades es solicitada por las entidades titulares de los mismos, justificando reunir los requisitos a los que antes se hacía referencia.

Periódicamente, los centros acreditados son sometidos a un proceso de auditación docente para evaluar su calidad formativa.

Cada año se elabora una oferta de plazas para comenzar programas de formación de acuerdo con la capacidad docente acreditada, las disponibilidades presupuestarias y las necesidades sociales

Las Guías de formación de especialistas

Como establece la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en su artículo 21 (1 y 2), la Comisión Nacional de cada Especialidad se encarga de elaborar la guía o programa formativo a seguir por el especialista en formación de su especialidad y que incluye: objetivos, contenidos, metodología, temporalización y mecanismos de evolución. Éste debe ser ratificado por

el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y aprobados en última instancia por el Ministerio de Educación y Ciencia, previo informe del de Sanidad y Consumo.

Como señala Sánchez Chamorro[110] los programas de formación médica especializada de España, a pesar de ser los únicos publicados y oficializados en Europa, han sido objeto de revisión para adecuarlos a los nuevos contenidos científicos-técnicos de las especialidades.

En esta tarea, las Comisiones de Especialidad incorporan unos principios teóricos para la definición de los programas contenidos en una Guía que, de forma conjunta, fue propuesta por los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo al Consejo Nacional de Especialidades Médicas en 1996. La finalidad de esta Guía ha sido la de obtener una homogeneidad en la estructuración y definición de niveles y contenidos de los distintos programas, que ya fueron aprobados por el Pleno del Consejo Nacional de especialidades Médicas y han sido publicados y están en vigor para la nueva promoción de residentes del año 96 que se incorporaron en mayo.

El Programa Común Complementario (PCC)

Cuando uno revisa la Guía para la Formación de Especialistas, donde se recogen los programas de formación de cada especialidad, se aprecia una gran heterogeneidad entre ellos. Para intentar suplir esta disparidad se inicia en 1996 el Programa Común Complementario (PCC) desde la Red de Comisiones de Docencia y Asesoras de Cataluña.

Se reconoce, por tanto, una necesidad de formación en aspectos nucleares, imprescindibles y esenciales para la práctica sanitaria, no recogidos en los programas nacionales de las distintas especialidades. En este sentido, las Comisiones de Docencia y Asesoras y sus redes deben promover actividades formativas en dichos aspectos, con el apoyo y la financiación de las instituciones autonómicas. Dichos aspectos formativos nucleares serán flexibles y dinámicos en la definición de sus contenidos. La realización de esta formación por parte de los residentes deberá ser reconocida formalmente por las Comisiones de Docencia y las Instituciones Sanitarias.

[110] Sánchez, E. (1996) Ordenación futura de la formación médica especializada. En *III Congreso Nacional de Derecho Sanitario*. 24-26 Octubre. Madrid.

El Plan Nacional de Auditorias Docentes

El Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la Formación Médica Especializada y la obtención del Título de Médico Especialista, establece en su artículo 6.1. que los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo, oído el Consejo Nacional de Especialidades Médicas establecerán los requisitos que han de cumplir los Centros, a efectos de formación de médicos especialistas.

Desde el año 1987, el Ministerio de Sanidad y Consumo inicia un procedimiento de control y mejora de la calidad de los centros con acreditación docente y, por tanto, de la formación de los especialistas, a través de la puesta en marcha del Plan Nacional de Auditorías Docentes.

Ello implica la realización efectiva de determinadas auditorías, mediante las visitas a los respectivos centros y la comprobación del nivel de cumplimiento de los requisitos fijados en los Protocolos Técnicos de Auditoría.

Desde la citada fecha, todo Hospital o Unidad Docente acreditada para la formación de especialistas sanitarios es susceptible de ser evaluada a través del Plan Nacional de Auditorías Docentes.

Las auditorías docentes de comprobación, efectuadas por inspectores ajenos a los hospitales, hoy, veinte años más tarde, siguen siendo los únicos instrumentos oficiales de certificación de la calidad asistencial (para fines docentes); hoy se está elaborando un nuevo sistema de acreditación basado menos en la infraestructura y más en elementos de proceso y en los resultados.

La evaluación y obtención del título de médico especialista

El sistema de evaluación constituye posiblemente la parte más débil del Decreto 127. Eliminada la prueba final y desarrollada la inicial de selección, la intermedia, la evaluación continuada, ha sido dejada en manos exclusivamente de las Comisiones locales de Docencia, sin ayudarles a las mismas con instrucciones de desarrollo, como sí se ha hecho con la prueba de selección e incluso con las indicaciones de homologación de los programas docentes.

El proceso de evaluación consiste en lo siguiente. Cada año los médicos residentes en formación son evaluados por la Comisión de Evaluación del Centro correspondiente. Para la evaluación se tiene en cuenta el haber cumplido satisfactoriamente con el programa previamente establecido y también los informes que hacen del candidato los responsables de las unidades docentes por las que el mismo haya rotado. El resultado obtenido de las evaluaciones se comunica al Registro Nacional de Médicos Especialistas en Formación.

En cuanto a los criterios de evaluación, éstos son fijados por el Ministerio de Educación y Ciencia, y de Sanidad y Consumo. La evaluación es continuada y efectuada por los tutores y por los jefes de las unidades por las que el especialista en formación ha rotado. La evaluación se refleja en una ficha, que una vez cumplimentada, es remitida a la Secretaría de la Comisión de Docencia o de la Comisión Asesora, que hacen su custodia en el expediente docente del interesado.

Para cada una de las especialidades se constituye un Comité de Evaluación cuya función es la evaluación anual de los especialistas en formación. La evaluación se efectúa utilizando las calificaciones de suficiente, destacado o excelente, cuando la evaluación es positiva o de no apto cuando es negativa.

Componen los Comités de Evaluación:

- El jefe de estudios del centro.
- Un facultativo del centro con título de especialista de la especialidad que proceda, designado por la Comisión de Docencia, que puede asumir la presidencia del Comité previa delegación expresa del jefe de estudios.
- El tutor asignado al especialista en formación que es evaluado.
- El vocal de la Comisión de Docencia designado por la Comunidad Autónoma.

Cuando se trate de la evaluación de los periodos de formación hospitalaria de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, el coordinador de la unidad docente se incorporará, con voz y voto, al Comité de Evaluación.

Cuando se trate de la evaluación de periodos de formación extrahospitalaria en Medicina Familiar y Comunitaria, la composición del Comité de Evaluación es la siguiente:

- El coordinador de la unidad docente, que presidirá el Comité y dirimirá con su voto los empates que pudieran producirse.
- Un facultativo con título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, designado por la Comisión Asesora.
- El tutor asignado al especialista en formación que es evaluado.
- El vocal de la Comisión Asesora designado por la Comunidad Autónoma.
- El secretario del Comité de Evaluación, con voz pero sin voto en sus reuniones, es el secretario de la Comisión de Docencia o de la Comisión Asesora, según proceda.

Cuando se trate de la evaluación de periodos de formación extrahospitalaria al Comité de Evaluación se incorporará el tutor responsable del especialista en formación durante dicho periodo.

La evaluación anual del especialista en formación es efectuada por los Comités de Evaluación en la primera quincena del mes de diciembre de cada año, teniendo en consideración las anotaciones que figuren en las fichas de evaluación continuada y en el libro de especialistas en formación, así como los informes que, en su caso, aporten los jefes de las unidades asistenciales.

La calificación otorgada se refleja en el acta de la sesión del Comité de Evaluación, en la ficha de evaluación anual y visada por el jefe de estudios o el coordinador de la unidad docente, en el mencionado libro. La calificación de cada especialista en formación se notifica al interesado, a la Comisión de Docencia y a la gerencia del centro.

Cuando la evaluación anual es negativa, el Comité de Evaluación decide entre las siguientes alternativas: un período extra de recuperación, la rescisión del contrato, la repetición completa del periodo formativo.

Si la evaluación final es positiva, la Comisión Nacional de la Especialidad propone al Ministerio de Educación y Ciencia la expedición del título de especialista. La calificación final de suficiente, destacado o excelente se anota en el Libro de Especialista en Formación, con el visto bueno del presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad.

Si la calificación final es desfavorable el interesado podrá realizar una prueba ante la Comisión Nacional de la Especialidad, que decidirá la calificación que proceda por mayoría absoluta de sus miembros.

La Secretaría de la Comisión Asesora debe presentar anualmente al pleno de la Comisión un informe en el que figuren, agregados por cada unidad asistencial, los resultados de la evaluación.

Los secretarios de las Comisiones de Docencia y de la Comisión Asesora garantizarán la confidencialidad de la información contenida en cada ficha individual.

Una vez finalizado el periodo formativo la Comisión de Docencia del centro remite la evaluación final del candidato a la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente, la cual propone al Ministerio de Educación y Ciencia la expedición del título de médico especialista en el cual se hace constar el centro acreditado donde el candidato se ha formado y la duración del periodo formativo.

Por tanto, la evaluación así entendida presenta numerosas deficiencias: no se basa ni el rigor metodológico, ni en los principios de la valoración formativa, ni en los propios programas docentes. En palabras del residente Merino Rivas "*parece muy alejado de la filosofía MIR, el supeditar una formación, que por concepto es continua, programada y supervisada, a la simple obtención de un certificado, de un título. Sería, sin lugar a dudas, negativo, con el riesgo evidente de viciar el sistema, corromperlo, pudiendo, incluso, condicionar los años de residencia a un mero trámite que dista, como es evidente del ideal MIR, formarse en la práctica diaria, al lado del enfermo y de otros profesionales*"[111].

Proyecto de Estatuto del Residente

A mitad de mayo del 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo presenta un borrador de Real Decreto[112] por el que se regula la relación laboral de carácter

[111] Merino, J.L. (2001) Análisis de la situación actual y perspectiva de futuro de la formación de especialistas sanitarios desde el punto de vista del residente en formación. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid:* "Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid". 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario "Ramón y Cajal". Agencia Laín Entralgo.

[112] Borrador de Real Decreto de 20 de Junio por el que se regula la relación laboral de carácter especial de residencia http://www.sanidad.ccoo.es/ficpdf/2420%20de%20junio%20de%202005.pdf

especial de residencia también conocido como Estatuto del Médico Residente (MIR). Los artículos que recoge son los siguientes:

1. Objeto, ámbito de aplicación y fuentes
2. Forma, contenido y eficacia del contrato
3. Duración del contrato
4. Derechos y deberes
5. Fiestas y permisos.
6. Retribuciones
7. Rotaciones
8. Suspensión del contrato
9. Excedencias
10. Sanciones
11. Procedimiento disciplinario
12. Derechos y deberes colectivos

A día de hoy, las negociaciones entre la Administración y los sindicatos se encuentran estancadas y los MIR barajan la posibilidad de convocar movilizaciones si Sanidad no lo aprueba antes de que acabe el año[113].

Mención especial merece el artículo cuarto del proyecto que determina los derechos y deberes que tendrán los residentes en base a esta relación laboral que se establece en el período de residencia.

Artículo 4:

Derechos y deberes

Derechos

4. A conocer el Programa de Formación de la especialidad a cuyo título aspira, así como, en su caso, las adaptaciones individuales del mismo.
5. A la designación de un tutor que le asistirá durante el desarrollo de las actividades previstas en el programa de formación.
6. A recibir, a través de una práctica profesional programada, supervisada y evaluada, una formación teórico-práctica que le permita alcanzar progresivamente los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo de la especialidad, mediante su integración en la actividad asistencial, ordinaria y de urgencias del Centro.
7. A ser informado de las funciones, tareas, cometidos, programación funcional y objetivos asignados a su unidad, centro o institución, y de los sistemas establecidos para la evaluación del cumplimiento de los mismos.
8. A ejercer su profesión y desarrollar las actividades propias de la especialidad con el nivel de responsabilidad alcanzado en cada una de las fases de su período formativo.

[113] Los MIR barajan la posibilidad de convocar movilizaciones si Sanidad no lo aprueba antes de que acabe el año. *Diario El médico Interactivo* Nº 1531. 22/11/05.

9. A participar en actividades docentes e investigadoras en las que intervenga la Unidad acreditada.
10. Al registro de sus actividades en el Libro del Especialista en Formación.
11. A que la evaluación continuada, anual y final de su aprendizaje se realice con la máxima objetividad.
12. A la prórroga de la formación durante el tiempo y las condiciones fijadas en el apartado 3 del artículo anterior.
13. A la revisión de las evaluaciones anuales y finales otorgadas según el procedimiento que se regula en este Real Decreto.
14. A participar, en los términos que establezca la legislación vigente, en la Comisión Nacional de la Especialidad y en las Comisiones de Docencia de los Centros.
15. A evaluar la adecuación de la organización y funcionamiento del Centro a la actividad docente con la garantía de la confidencialidad de dicha información.
16. A no ser desposeído de su plaza si no es por alguna de las causas de extinción previstas en este Real Decreto.

Deberes

a. Realizar todo el Programa de Formación con dedicación a tiempo completo, sin compatibilizarlo con cualquier otra actividad profesional o formativa, con excepción de los estudios de doctorado.
b. Formarse siguiendo las instrucciones del personal sanitario y de los órganos unipersonales y colegiados de dirección y docentes que, coordinadamente, se encargan del buen funcionamiento del Centro y del desarrollo del Programa de Formación de la especialidad correspondiente.
c. Cumplir los reglamentos y normas de funcionamiento aplicables en las Instituciones que integran la Unidad Docente.
d. Prestar personalmente los servicios y realizar las prácticas asistenciales que establezca el correspondiente Programa de Formación y la organización funcional del Centro, para adquirir los conocimientos relativos a la especialidad y también contribuir a los fines propios de la Institución Sanitaria.

SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

La formación de especialistas por el sistema MIR en nuestro país, se encuentra lo suficientemente acreditada, y sus positivos resultados son bien conocidos por todos[114]. Tal es su importancia que constituye la única materia sanitaria que no ha sido descentralizada siguiendo su estructura legislativa, organización y funciones, en manos de los Ministerios de Sanidad y Educación. Sin embargo, han sido detectados algunos problemas en el panorama actual del MIR:

- Sobreproducción o infraproducción de determinados especialistas por carencia de planificación suficiente.
- Solapamiento de áreas competenciales: El aumento de especialidades ha generado en algunos casos conflictos de intereses por las competencias que cada especialidad se ha atribuido sin previo consenso entre ellas.

[114] Bengoechea, J. A. (2001): Prólogo. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid:* "Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid. 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario "Ramón y Cajal". Agencia Laín Entralgo.

- Rigidez del sistema: el modelo español, aún centralizado pese al traspaso competencial a las autonomías en varias cuestiones de sanidad y educación resulta mucho más rígido que el norteamericano.

- Deficiencias en algunos programas y evaluaciones: hace falta ir adecuando los programas a las nuevas necesidades e incorporando procesos evaluativos coherentes con el concepto de competencia.
- Carencia de profesionalización de los docentes de postgrado: por premura de formación y el poco reconocimiento institucional de esta figura, especialmente en el entorno hospitalario.

- Dedicación irregular a la investigación.

Por ello, es preciso un análisis más riguroso del propio sistema y un proceso de adaptación a los tiempos actuales: redefiniendo las competencias de las diferentes especialidades, planificando el número de especialistas necesarios en función del modelo organizativo asistencial y mejorando los procesos formativos.

Y es que, desde la regulación de dicha formación por el sistema de residencia hace ya casi veinte años, se han producido cambios sustanciales en los escenarios asistenciales donde se forman los especialistas que obligan a una adaptación y mejora de la estructura y del proceso docente. Por ejemplo, impulsando actividades orientadas hacia la mejora de los distintos elementos del sistema de formación especializada (Formación de Tutores, Foro de Presidentes y Representantes de las Comisiones Docentes y Asesoras,…).

Con frecuencia, por la propia naturaleza de la formación especializada, el programa docente se encuentra con la necesidad de ajustarse a la propia dinámica de los objetivos asistenciales de las instituciones sanitarias. Aunque esto es así, es preciso buscar el equilibrio formación-actividad laboral y ajustarse las cargas asistenciales a los programas docentes y no viceversa.

En esta misma línea se expresa Dolores Vicent: "*La presión asistencial, la necesidad de contener el gasto sanitario de los últimos años, ha llevado a que la formación de especialistas sea una forma de asegurar plantilla suficiente, e inevitablemente se han descuidado muchos elementos de la docencia*"[115]

[115] Vicent, Mª. D. (2001) Estructura organizativa y propuestas de futuro de la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid:* "Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid". 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario "Ramón y Cajal". Agencia Laín Entralgo.

Todas las instituciones deben asumir su función e implicarse, a fin de alcanzar las necesidades básicas exigibles para la preparación de residentes. Pero, como expresa el residente Merino Rivas: "*Por desgracia eso no es siempre así, si bien existen numerosos servicios comprometidos al máximo, que han asumido su obligación, que lo han aceptado orgullosos, otros no llegan más allá de ver a los residentes como una oportunidad ideal para "repartir" carga asistencial, como una reserva inagotable de carne fresca y mano de obra barata. Es esa gran irregularidad en la calidad docente la que hay que cambiar, por lo tanto hay que revisar las ofertas formadoras y valorar continuamente si se alcanzan los requisitos imprescindibles, y si no fuera así tomar las medidas oportunas"*[116].

Por tanto, para perfeccionar el sistema MIR es preciso promover reformas en los distintos niveles de actuación que hay implicados en el mismo.

Un primer ámbito de actuación, corresponde al ministerial, nivel en donde confluyen las competencias de las administraciones estatales de sanidad y de educación, y a través del cual ejercen su función las Comisiones Nacionales de Especialidad. La demanda aquí se centra fundamentalmente en un avance normativo que posibilite una mejor regulación, concreción y control en las condiciones de acreditación y de desarrollo de los requisitos y obligaciones docentes, con el fin de que se garantice el cumplimiento del contrato docente y una cierta homogeneidad en la formación alcanzada.

En un segundo ámbito de actuación, se piden cambios también en la actitud de los órganos de gestión de los centros, es decir las Gerencias, Dirección médica, Jefaturas de Servicio y Coordinadores de centro, a los que se solicita también que la docencia postgrado tenga la consideración de objetivo de primer orden para la institución, componente principal del contrato social de la misma con la comunidad y motivo de prestigio para la institución y sus profesionales. Esta connotación de la docencia, que supone considerarla como un valor en si mismo y no exclusivamente como una faceta supeditada a las necesidades asistenciales, permitirá abordar determinados problemas existentes en la actualidad.

[116] Merino, J.L. (2001) Análisis de la situación actual y perspectiva de futuro de la formación de especialistas sanitarios desde el punto de vista del residente en formación. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid:* "Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid". 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario "Ramón y Cajal". Agencia Laín Entralgo.

Y por último, en un tercer nivel de concreción, a los responsables docentes de los centros, servicios y a las Unidades Docentes, se les demanda que asuman plenamente su responsabilidad con los residentes, para lo cual se propugna el desarrollo de una serie de obligaciones.

En cuanto a las nuevas funciones de la Administración General del Estado en materia de formación de especialistas médicos acudir a las palabras de Sánchez Chamorro *"hay que reconocer y mantener el sistema MIR, como la fórmula idónea de especialización, incorporando las novedades y mejoras; redefinir las especialidades, estableciendo troncos de especialidades, así como desarrollar las áreas de capacitación específica; y revisar las normas de acreditación y auditoria, ya que la fase estructural, en la actualidad se halla suficientemente cumplida, siendo prioritario ahora abordar el proceso y los resultados. Hay que desarrollar y potenciar el papel de las comisiones locales de docencia, órganos profesionales existentes en los centros e instituciones encargados de tutelar y evaluar el proceso formativo, dotándolas de estructura, contenidos y medios, y perfeccionar el proceso de evaluación continua, resaltando el papel que en la misma deben jugar las comisiones y los tutores, a través de una nueva propuesta de evaluación"*[117].

Éstas, constituyen, en boca de la Subdirectora General de Formación Sanitaria y Relaciones profesionales, las líneas de actuación en las que ya se encuentra trabajando el Ministerio de Sanidad y Consumo en estrecha colaboración con el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y las Comisiones Nacionales:

1. Consolidación del sistema MIR

Por consolidación del sistema MIR entendemos la apuesta decidida por reconocer, mantener y desarrollar el sistema de residencia como la fórmula idónea para la formación de especialistas sanitarios, incorporando novedades o mejoras en todas las especialidades.

2. Troncalidad

[117] Jiménez, R. (2001) Nuevas funciones de la Administración General del Estado en la formación de especialistas ante las transferencias sanitarias. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid:* "Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid. 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario "Ramón y Cajal". Agencia Laín Entralgo.

El Consejo Nacional de Especialidades Médicas viene desde algún tiempo estudiando la posibilidad de establecer "troncos" de especialidades, lo que permitiría que varias especialidades tengan un período inicial de formación común. Esta posibilidad otorgaría a los especialistas una mayor versatilidad y polivalencia, posibilitaría una mejor y más ágil asignación de recursos en todos los niveles del sistema sanitario, flexibilizaría algunas de las rigideces detectadas dentro de nuestro sistema de formación y posibilitaría a los profesionales la obtención de una segunda especialidad.

3. Áreas de capacitación específica

El establecimiento de áreas de capacitación específica en las especialidades médicas se encontraba ya previsto en el Real Decreto de 1984. El Ministerio de Sanidad y Consumo tramitó un Proyecto de Real Decreto que, de acuerdo con los trabajos desarrollados por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, definía las áreas de capacitación específica como:

"El conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes añadidos en profundidad o extensión a los propios de la formación como especialista, siempre y cuando ese conjunto de conocimientos se hubiera desarrollado sobre una parte del contenido de una o varias especialidades, sea objeto de un interés asistencial, científico y social relevante y cuente con la especial dedicación profesional de un número significativo de médicos especialistas".

El Proyecto de Real Decreto al que me refería finalizó su trámite de audiencia, pero posteriormente se paralizó y aún no disponemos de una regulación completa de estas áreas de capacitación específica.

4. Acceso a las Facultades de Medicina

Es de todos conocido que uno de los problemas con que se encuentra el sistema MIR es la inadecuación entre la demanda y la oferta de plazas, es decir, el elevado número de médicos que aspiran a acceder a la formación sanitaria especializada respecto al número de plazas que anualmente se ofertan en la Convocatoria MIR.

Tiene su origen esta situación en un concreto período histórico en el que el número de estudiantes de medicina era especialmente elevado, y por lo tanto lo era también el

número de médicos que anualmente egresaban de la Universidad, mientras la estructura docente del Sistema Sanitario, aún en los momentos de su inicial implantación, era especialmente limitada (en el año 1986, por ejemplo, egresaron de la Universidad más de 7.000 nuevos médicos, mientras la Convocatoria MIR ofertaba 1.346 plazas).

La situación ha ido siendo paulatinamente corregida (tanto mediante la progresiva limitación de los nuevos estudiantes de medicina como por el esfuerzo del Sistema Sanitario en incrementar significativamente su capacidad docente), y a partir de los años 1995/96 ya es superior el número de plazas MIR que el número de nuevos licenciados.

El objetivo en este ámbito es mantener la limitación en el acceso a los estudios de Medicina, ya que se puede afirmar que en estos últimos años se ha venido ofertando en la Convocatoria MIR el máximo de la capacidad docente del Sistema Sanitario.

5. Acreditación y Auditoría

En esta materia resultará necesario revisar y adaptar las normas de acreditación y los procesos de auditoría, ya que puede considerarse que la fase estructural y de dotación de recursos, fundamental al inicio del proceso de implantación del sistema de formación, se encuentra ya suficientemente cumplida, siendo prioritario en esta nueva etapa abordar tanto el proceso en sí como sus resultados. En esta línea, las auditorías de Servicios irán en los próximos años ganando terreno a las de Centros.

6. Estructura docente

Aunque en esta materia el Ministerio de Sanidad y Consumo ha perdido recientemente todas sus competencias de gestión directa, se utilizarán las de coordinación general sanitaria y, en su caso, las de fijación de bases, para apoyar e incentivar las actuaciones que emprendan las Comunidades Autónomas en orden a consolidar y desarrollar la estructura docente de la formación sanitaria especializada.

7. Evaluación

En este ámbito la actuación abarcará dos áreas.

Por una parte, y en relación con la evaluación continuada se afrontará el perfeccionamiento de un instrumento especialmente útil para ella, como es el "Libro del Residente" propiciando el establecimiento de modelos específicos para los residentes de las Áreas Médica, Quirúrgica, Servicios Centrales o Salud Mental.

En otra línea, se tenderá a la generalización a todas las especialidades de sistemas y procedimientos de evaluación final para la obtención de la calificación de excelente.

IV.2. LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA DE FAMILIA

Dentro de los Programas de Formación Sanitaria Especializada de nuestro país (Medicina, Biología, Enfermería, Farmacia, Psicología, Química, Radiofísica) el de Medicina incluye una serie especialidades, dentro de las cuales se encuentra la Medicina Familiar y Comunitaria, objeto de este trabajo.

Especialidad	Duración (años)
ALERGOLOGÍA	4
ANÁLISIS CLÍNICOS	4
ANATOMÍA PATOLÓGICA	4
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	4
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	5
APARATO DIGESTIVO	4
BIOQUÍMICA CLÍNICA	4
CARDIOLOGÍA	5
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	5
CIRUGÍA GRAL. Y DEL A. DIGESTIVO	5
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	5
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	5
CIRUGÍA TORÁCICA	5
CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y REPARADORA	5
DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y V.	4
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	4
FARMACOLOGÍA CLÍNICA	4
GERIATRÍA	4
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	4
INMUNOLOGÍA	4
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	4
MEDICINA INTENSIVA	5
MEDICINA INTERNA	5
MEDICINA NUCLEAR	4
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	4
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	4
NEFROLOGÍA	4
NEUMOLOGÍA	4
NEUROCIRUGÍA	5
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	4
NEUROLOGÍA	4
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	4
OFTALMOLOGÍA	4
ONCOLOGÍA MÉDICA	4
OTORRINOLARINGOLOGÍA	4

PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS	4
PSIQUIATRÍA	4
RADIODIAGNÓSTICO	4
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	4
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	4
REUMATOLOGÍA	4
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	5
UROLOGÍA	5
ESTOMATOLOGÍA	3
HIDROLOGÍA MÉDICA	2
MEDICINA EDUCACIÓN FÍSICA	3
MEDICINA LEGAL Y FORENSE	3
MEDICINA DEL TRABAJO (E. PROFESIONAL)	4

En este apartado vamos a realizar un breve recorrido por el desarrollo normativo de la Medicina de Familia en nuestro país. Aunque este tema ya ha sido abordado en profundidad en el capítulo II (Contexto profesional: la especialidad de MFyC) el orden lógico del esquema seguido en este trabajo nos obliga a tener que hacer una mínima mención al respecto.

CRONOLOGIA DE LA MEDICINA DE FAMILIA

1978:

- Conferencia de la OMS en Alma Ata.
- Real Decreto 2.015/1978 de 15 de junio (BOE: 29-VIII-1978) por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas y por primera vez se reconoce la MFyC como especialidad médica.
- Real Decreto 3.303/1978 de 29 de diciembre (BOE: 29-Y979) por el que se regula la MFyC como especialidad de la formación médica dónde se describen las grandes líneas del periodo formativo.

1979:

- Inician el MIR los primeros residentes (500 en toda España).

1980:

- Primer Programa Docente de la especialidad.
- “I Jornada de MFyC” en Madrid, Huelga de los MIR y encierro en el Ministerio.

1981:

- Se crean las primeras estructuras docentes extrahospitalarias para el 3° año de residencia.

1982:

- Real Decreto 2392/82 de creación de las Unidades Docentes Piloto de MFyC.
- Orden del 19 de diciembre de 1982 (BOE: 22-XII-1983) por la cual se regula el desarrollo de la formación en APS de la especialidad de MFyC.
- La semFYC inicia los pasos como evolución del activo movimiento asableario de la Coordinadora de Médicos Residentes de MFyC.

1983:

- IV Jornada de MFYC en Granada.
- Presentación del nº 0 de la Revista *Atención Primaria*.

1984:

- Inicio de la reforma de AP.
- Real Decreto 137/84, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
- Real Decreto 127/84 de 11 de enero (BOE: 31-Y-1984) por el que se regula la formación médica postgraduada y la obtención del título de especialista.
- Constitución de la semFYC como Sociedad Federada y legalización como sociedad científica.

1985:

- Primer programa docente oficial de la especialidad.
- Contradicción entre apuesta filosófica por AP y restricción presupuestaria global del sistema sanitario y particular del nivel primario.

1986:

- Ley General de Sanidad.
- Directiva Europea 86/457.

1989:

- Vía extraordinaria para el acceso al título de MFyC.
- Real Decreto 264/89.
- El ministerio de Sanidad comunica a la Unión Europea la denominación y programa de MFyC como la propia en el estado español para ejercicio de la Medicina de Familia.

1995:

- Entra en vigor la normativa europea CEE 264 /89 que obliga a una formación postgrado para el ejercicio como Medico General / de Familia. Doble vía MIR de Familia durante 5 años.

1996:

- Orden Ministerial de 22 de Junio de 1996 (BOE: 30-VINO-1995) por la cual se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicas y Farmacéuticos especialistas.

1997:

- Acuerdo del Consejo Interterritorial sobre medidas para la normalización de la Medicina de Familia en España.
- Pacto normativo de tres patas: Reconocimiento de la denominación Medicina de Familia, Equivalencia en baremos del MIR de MFyC a 6-8 años de experiencia profesional y Vía de acceso excepcional y última al título de Medicina de Familia

IV.3. LA ESTRUCTURA Y LA ORGANIZACIÓN: UNIDADES DOCENTES MFYC

La estructura docente de la especialidad de MFyC está constituida por[118]:

- **COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MFYC (CNE):**

Máximo órgano consultivo de la Especialidad de MFyC constituido conjuntamente por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura que si tienen capacidad ejecutiva. Su composición y funciones se detallan en la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995 a la que hemos aludido anteriormente.

Actualmente, los 11 miembros que la componen aparecen recogidos en la tabla que se adjunta a continuación y entre sus principales aportaciones desde su nombramiento cabría destacar la elaboración de la última versión del Programa Formativo de la Especialidad aplicable exclusivamente a los residentes de MFyC que inician su formación a partir de la convocatoria 2004/2005.

Miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria	
Presidente: Casado Vicente, Verónica **Secretaria**: Fuertes Goñi, Carmen **Vocales**: • De Serdio Romero, Epifanio • Ferran Cordón Granados • Marco García, Teresa • Martínez Pérez, José Antonio	• Medina Ferrer, Elisa • Pita Fernández, Salvador • Toquero de la Torre, Francisco • Amigo Rodríguez, Pablo • Baltanas Rubio, Pablo

[118] Saura, J., Leal, M. (1997) Docencia postgrado: factores condicionantes de la relación tutor-residente en medicina familiar. *Atención Primaria*; 20: 511-518.

- **UNIDADES DOCENTES DE MFYC (UD):**

Con el paso del tiempo, se ha ido consolidando una estructura propia de la formación postgrado de la especialidad de MFyC: las Unidades Docentes de MFyC. Éstas, han desempeñado un papel clave en el desarrollo de la Atención Primaria y de la Medicina de Familia en nuestro país y han servido de modelo a otras especialidades con formación extraHospitalaria como son la especialidad de Salud Pública y Medicina Preventiva y Psiquiatría[119].

La Unidad Docente es la organización (conjunto de personas, medios y estructuras) a la que se adscriben los residentes que escogen la especialidad de MFyC, y por tanto, las responsables de impartir el Programa Docente Oficial de la Especialidad y de evaluar a dicho residente.

Las Unidades Docentes tienen un ámbito geográfico de actuación variable en el territorio español. Aunque en su inicio fue provincial, en la actualidad se adaptan al *Área Sanitaria* que describe la Ley General de Sanidad en función de lo dispuesto por la O.M de Junio de 1995.

Estructuralmente, las UD están constituidas por los *Centros de Salud y Hospitales acreditados* para la docencia dentro de su ámbito territorial. Del mismo modo, se incluyen *otros centros asociados* (a partir de 1999 es preceptiva también su acreditación), precisos para la formación del residente de MFyC, tales como los Centros de Salud Mental o de Planificación Familiar dependiendo de la organización sanitaria de cada Comunidad Autónoma.

Finalmente existe el *Área de Coordinación de la Unidad Docente*, la cual está integrada por el espacio donde se ubican el Coordinador, las Técnicas de Salud y la Secretaria junto con el Aula de la Unidad Docente y la Biblioteca.

La Comisión Nacional de la Especialidad es la encargada de establecer los requisitos necesarios para que una UD sea acreditada. Estos criterios incluyen al área de Coordinación y Centros de Salud. Además, se precisa, como mínimo, la existencia

[119] Molina, F. (1999). *Análisis del proceso de aprendizaje de los residentes de primer año de Medicina de Familia en el Centro de Salud*. Tesis Doctoral. Departamento de Ciencias Morfológicas y Psicobilogía. Universidad de Murcia.

de Hospitales que cuenten con los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Cirugía y Urgencias.

Por su parte, los Centros de Salud son acreditados atendiendo a una serie de criterios que hacen referencia a:

- Su estructura física
- Organización del personal del equipo
- Actividades asistenciales y comunitarias (programas de salud)
- Existencia de historias clínicas y un sistema de registro e información
- Docencia organizada, biblioteca e investigación

Cada UD cuenta con personal docente y administrativo:

PERSONAL DOCENTE:

- **Coordinador de la UD:**

Debe ser especialista en MFyC y con dedicación completa al programa MIR. Ostenta la *Jefatura de Estudios* de la Unidad y su principal función consiste en dirigir y supervisar el desarrollo del Programa teórico-práctico de la especialidad. Además desempeña otras funciones más de carácter institucional propias de su cargo como el presidir la Comisión Asesora y formar parte de las Comisiones de Docencia de los Hospitales adscritos a su Unidad.

- **Técnico en Salud Pública:**

Debe tener la certificación de especialista en MFyC, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública o Master en Salud Pública. Se ocupa principalmente de organizar y/o impartir el programa teórico-práctico de MFyC; participar en otros programas formativos y en las actividades de investigación que se desarrollan a la UD y planificar, supervisar y evaluar las actividades de Salud Pública de los Centros de Salud que pertenecen a la UD.

- **Tutor de Atención Primaria:**

El tutor es una figura clave para el desarrollo y aplicación práctica del programa docente de la especialidad puesto que es quien se encarga de hacer el seguimiento del residente en el logro de los objetivos correspondientes. Actúa como referente y

modelo y, por tanto, debe reunir una serie de características que garanticen que desarrolla con eficacia sus funciones.

La docencia individualizada no es tarea fácil y reclama competencias diferentes a las necesarias para el trabajo asistencial. Por esto, hace falta cumplir una serie de requisitos mínimos homogéneos que *acrediten y reacrediten para la labor docente* basados en: la competencia profesional, la organización, el trabajo en equipo, la capacidad docente y la cualidad humana o de relación.

Habitualmente, existe también un tutor de tutores que es el *Responsable de Docencia del Programa MIR* en el Centro de Salud. Éste es el encargado de organizar las actividades docentes comunes para todos los residentes. Su nombramiento no está establecido legalmente ni dispuesto por la Comisión Nacional de la Especialidad por lo que cada Unidad Docente establece sus propios procedimientos de designación y nombramiento, de entre los tutores acreditados de los Centros de Salud.

- **Otros colaboradores docentes en el Centro de Salud:**

Son numerosos los profesionales del Centro que pueden colaborar en la formación de los médicos residentes: pediatras, enfermeros, trabajadores sociales, fisioterapeutas, odontólogos e higienistas dentales. Todos ellos podrán participar en las actividades docentes que organice la Unidad Docente o el propio tutor según establece el Programa Oficial de la Especialidad.

- **Tutor hospitalario:**

La organización de las rotaciones y la supervisión del residente en el Hospital, es responsabilidad del Tutor Hospitalario de MFyC de ese Hospital. Participan en su nombramiento el Coordinador de la Unidad Docente y el Director médico del Hospital. Cada vez es más frecuente que el cargo de Tutor Hospitalario recaiga en un Médico de Familia del Servicio de Urgencias del Hospital.

Entre sus funciones se encuentran: coordinar la ejecución del programa de la Especialidad y otros programas docentes en la fase intrahospitalaria; supervisar la actividad asistencial de los residentes de la Especialidad en su período hospitalario; asesorar al coordinador de la UD y redactar la Memoria Anual de las actividades realizadas en el hospital y el grado de consecución de los objetivos previstos.

El personal docente de las distintas especialidades del Hospital, son aquellos profesionales médicos que, en cada Servicio Hospitalario donde rotan los médicos residentes, participan en la formación de los mismos. Es frecuente que funcionalmente se designe entre ellos un tutor en cada Servicio para que asuma más responsabilidad hacia el residente en las tareas de docentes, de organización y evaluación.

- **Personal docente de las diferentes especialidades del Hospital*:***

Se trata de aquellos profesionales médicos que, en cada Servicio Hospitalario donde rotan los médicos residentes, participan en la formación de los mismos. Es frecuente que funcionalmente se designe entre ellos un tutor en cada Servicio para que asuma más responsabilidad hacia el residente en las tareas de docencia, de organización y evaluación. Son funciones de este personal docente: impartir docencia a los residentes de MFyC que roten por su Servicio; participar en clases teóricas y cumplimentar la evaluación del residente durante su rotación.

- **Profesores colaboradores de la UD**

Se trata de aquellos profesionales que colaboran como profesores del Programa teórico-práctico de la residencia. Su designación corresponde al Coordinador de la Unidad Docente y sus funciones son: participar como docentes en las actividades formativas incluidas en el programa y asesorar a la UD en temas de docencia e investigación.

- **Directores/coordinadores de los Centros de Salud**

PERSONAL ADMINISTRATIVO:

- **Secretaria de la UD:**

Constituye en el personal administrativo adscrito a la UD y tiene las siguientes funciones: atender el funcionamiento administrativo de la UD; mantener los archivos precisos para el funcionamiento de la UD, incluyendo la custodia de los expedientes docentes de los residentes en formación; coordinar el aprovechamiento de los recursos didácticos, aula y bibliográficos de al UD y actuar como secretaria de la Comisión Asesora.

Además, la UD dispone de los siguientes órganos docentes:

- **Comisión Asesora:**

En la organización de la UD, además de los miembros mencionados, destaca la Comisión Asesora que equivale a la Comisión de Docencia del Hospital. Es el principal órgano participativo de la UD y está formada por el Coordinador de la Unidad (que actúa como presidente); representantes de los tutores de los Centros de Salud adscritos; un representante de los técnicos de salud, coordinadores (o tutores) hospitalarios, representantes de residentes de primer año (R1), de segundo año (R2) y de tercer año (R3), un representante de la Comunidad Autónoma y el secretario de la UD, que se reúnen con una periodicidad trimestral. Corresponden a la Comisión Asesora las siguientes funciones:

- La organización y gestión de las actividades correspondientes a la formación de los médicos residentes de Medicina de Familia que se lleven a cabo en la UD.
- El control del cumplimiento de los objetivos que conforman el programa de formación de la especialidad.
- La supervisión de la aplicación práctica de la formación y de su integración en la actividad asistencial ordinaria y de urgencias.
- La programación anual de las actividades de formación de la especialidad en la UD.
- El establecimiento de planes individuales para cada médico residente en formación siguiendo como guía el Programa Oficial de la Especialidad.
- Informar a la Gerencia sobre la propuesta de la oferta de plazas anuales de especialistas de formación de la UD.
- Emitir informe a las autoridades administrativas, cuando se aprecie la posible infracción de las disposiciones vigentes sobre la formación de los especialistas.
- La solicitud de realización de auditorías en la UD o en cualquiera de los Centros que la componen, cuando las circunstancias lo precisen.
- La elaboración de informes que le sean solicitados por los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo.

- **Comisión de Docencia del Hospital:**

En cada Hospital acreditado para la docencia postgrado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, existirá una Comisión de Docencia del Hospital que realizará las funciones de la Comisión Asesora para las especialidades médicas que se formen en dicho Hospital. En caso de existir formación de especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria (las rotaciones Hospitalarias que establece el Programa Oficial

de la especialidad), en ese Hospital el Coordinador de la UD será miembro de pleno derecho de la Comisión de Docencia del mismo.

- **Comisión de Evaluación y Acreditación:**

Esta Comisión trata aspectos relacionados con las actividades docentes y de acreditación y evaluación de centros y tutores que pertenecen a la misma a propuesta de la Comisión Asesora (que será informada posteriormente) o del Coordinador de la UD. Esta Comisión formada también por el coordinador de la UD, coordinadores del centros de salud docentes y un representado de los técnicos de salud se reúne un mínimo de dos veces al año.

- **Comité de Evaluación:**

Se forma al finalizar el año (abril, mayo o junio), siguiendo la Orden de 22 de junio del 1995 y se compone por el coordinador de la UD, el tutor hospitalario de MFyC el técnico de salud, el coordinador docente de las ABS de referencia y un representado de la entidad proveedora.

Los requisitos que se tienen que valorar en los centros de atención primaria para poderse acreditar se incluyen en el documento de *acreditación/reacreditación de las UD* (órgano de coordinación) al igual que los requisitos que tienen que cumplir los centros hospitalarios para ser colaboradores en la formación del especialista en MFyC. Son los siguientes:

De los Centros de Salud se valorarán las siguientes áreas:

- Edificio y equipamientos generales: consultas, espacios disponibles, equipamientos específicos y equipamiento docente.
- Personal: órganos de gobierno, composición del equipo de AP, relación de médicos general/familia, enfermería y personal auxiliar, calificación de los médicos generales/familia.
- Datos asistenciales: relativas a la asistencia de pacientes y actividades del personal de enfermería.
- Sistemas de registro: archivo de Historias Clínicas de AP (HCAP) y otros sistemas de registros y Control de Calidad.
- Actividad asistencial planificada: programas de salud y protocolos.

- Docencia e investigación.
- Biblioteca básica.

De los centros hospitalarios colaboradores se valorarán los siguientes requisitos:

- Área física.
- Recursos humanos: existencia de un tutor hospitalario y de tutores en los diferentes servicios de rotación.
- Requisitos específicos del Centro para el desarrollo de la especialidad: Medicina Interna y Especialidades Médicas con inclusión de Dermatologia y Reumatologia, Pediatría, Obstetrícia y Ginecologia; Cirugía, Traumatología, O.R.L., Oftalmologia, Urgencias de Medicina Interna, Pediatría, /Ginecologia, Cirugía y Traumatología y Unidad de Salud Mental.
- Actividad asistencial: marcada en el programa docente de la especialidad.
- Actividad docente: existencia de sesiones y actividades docentes en cada área de rotación accesible a los residentes.

En cuanto a la evaluación de las Unidades Docentes:

En numerosas ocasiones se han planteado procesos evaluativos con el propósito de velar por la adecuación de la estructura, el funcionamiento y los resultados de las Unidades Docentes. Valoraciones y replanteamientos que han llevado a puntuales innovaciones organizativas y a cierto debate sobre la conveniencia de cambiar la actual estructura docente[120]. Un debate, referido la mayor parte de los casos, a las carencias humanas, materiales y hasta de cumplimiento legislativo por parte de la Administración con las que se funciona en algunos casos.

En este sentido, en los últimos años las Unidades Docentes han trabajado para mejorar la adecuación de aspectos como la acreditación y reacreditación de centros docentes y de tutores, bajo la idea genérica de pasar de una fase expansiva de la

[120] Martín, A. (2000) ¿Deben desaparecer las actuales unidades docentes de medicina familiar y comunitaria? *Atención Primaria;* 26: 1-2.

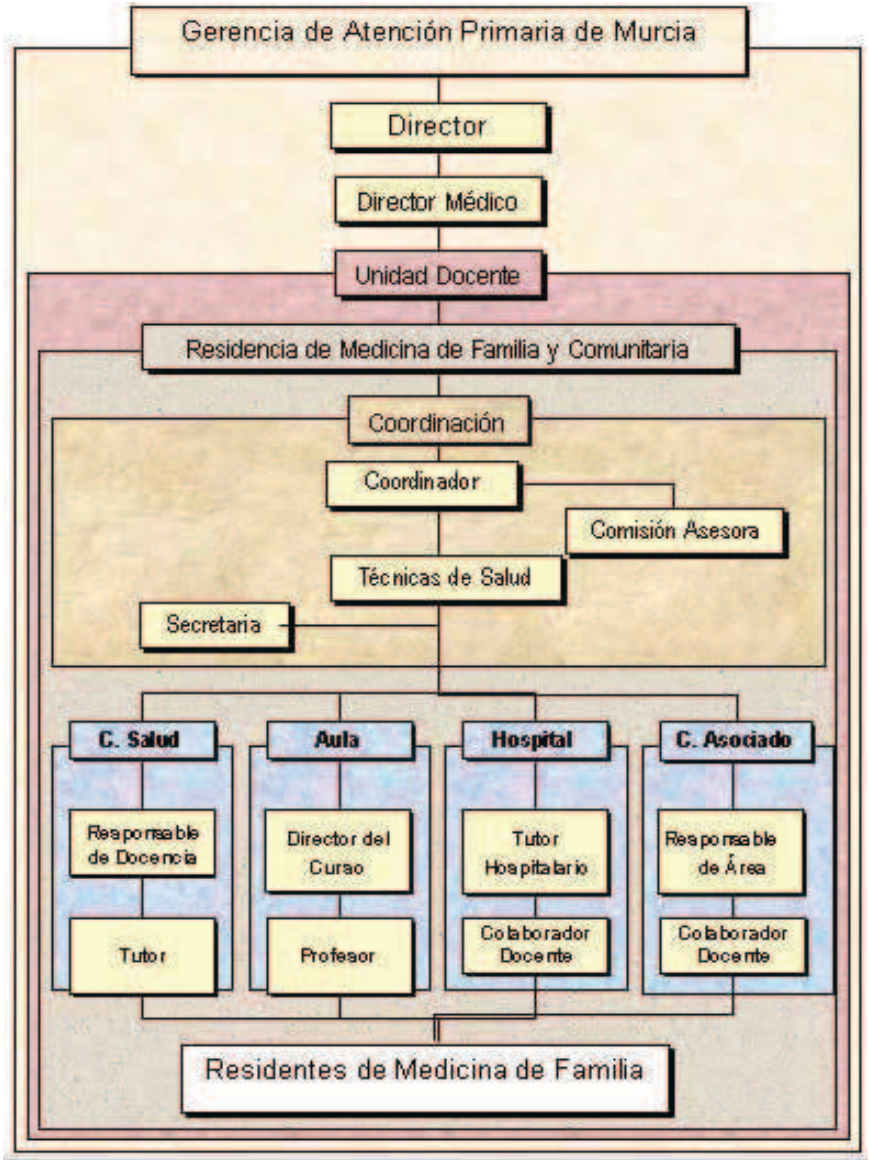
Gómez, T. (2000) ¿Deben evolucionar las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria*? Atención Primaria*; 26: 3-4.

Coordinadores de Unidades Docentes de la Comunidad de Madrid (2001) El futuro de la estructura docente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria;* 27: 525-527.

Pérez, B. y Turabián, J.L. (2001) Servicios funcionales de medicina de familia y comunitaria. *Atención Primaria;* 28: 217-218.

Saura, J. (2000) Avances en la formación de los especialistas de Medicina Familiar en España (I): La estructura docente. *Tribuna Docente;* 1 (1): 7-16.

docencia de postgrado a una de "búsqueda de la excelencia", o sea, de mejora de resultados[121].



Fuente: Tomado de la web: Murcia Salud. Organización de la Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia

IV.4. EL CONTENIDO: EL PROGRAMA FORMATIVO DE LA ESPECIALIDAD

El Programa Oficial de la Especialidad que describe el currículum del residente de MFyC es el eje y el marco de referencia de la especialidad; se ha ido reelaborando e

[121] Calero, S. (2002) La evaluación futura de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Medifam;* 12 (4): 243-246

innovando -la quinta versión, actualmente en vigor, es del 2002- en los más de veinticinco años que la MFyC es considerada especialidad médica.

Las principales aportaciones del nuevo programa de la especialidad, aprobado el 12 de noviembre de 2002 por la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) y aparecido en el BOE el 3 de mayo de 2005[122], son las siguientes: el grado de consenso y de participación alcanzados en su planteamiento, elaboración y defensa; la metodología empleada, los valores profesionales y el perfil profesional definidos y el incremento de tiempo de tres a cuatro años fijado.

Con relación al tiempo de residencia, al menos el 50% se efectuará en el Centro de Salud, con un amplio contacto el primer año (entre 3 y 6 meses) y el último año (11 meses). Un tiempo importante de la formación lo ocuparán las rotaciones en el campo de Medicina Interna y Especialidades (5-8 meses de R1 y otros 8 meses de R2). El segundo y tercer año de residencia incluyen aprendizajes de campo en atención al niño (2 meses), en salud mental (3 meses) y en atención a la mujer (3 meses). Todos los años un tiempo de la formación lo ocupará la estancia en Centro de Salud, pasando 3 meses en centro rural, preferentemente de R2. Tanto las guardias en Atención Primaria como en los servicios de urgencias se repartirán a lo largo de todo el año. La distribución de las guardias de R2 y R3 queda abierta a combinarse con las rotaciones por las especialidades durante esos 2 años[123].

A grandes rasgos, el programa docente desarrolla en varios capítulos, de forma exhaustiva el perfil profesional y ámbitos de actuación, las tareas del médico de familia en relación a este perfil, las áreas docentes dónde quedan incluidas, la acreditación de Centros de Salud y tutores y la evaluación de las UD y de los residentes.

Estas tareas que quedan agrupadas en cinco grandes grupos (esenciales, de atención al individuo, de atención a la familia, de atención a la comunidad y de formación, docencia e investigación) se desglosan por componentes y competencias a partir de los que se marcan los objetivos docentes de carácter cognitivo (saberes), procedimental (habilidades prácticas) y afectivo (actitudes).

[122] ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
[123] Mielgo, R. (2004*)* Luz verde al nuevo Programa de la Especialidad. *Revista de la SMMFYC*; 6 (3):16.

Las tareas quedan incluidas en las cinco áreas docentes que confluyen en el Centro de Salud que es dónde se ponen en práctica y que se tienen que trabajar de forma integrada a lo largo de toda la residencia. La distribución de estas áreas en el periodo de residencia y los lugares y metodologías de aprendizaje varía.

Para esta formación se utilizan tres espacios diferentes que son el Centro de Salud, las Urgencias Hospitalarias y Extrahospitalarias y los Servicios del Hospital. De los 33 meses lectivos de formación necesaria para la obtención del título, la mitad tienen lugar en el Hospital y otros servicios y la otra mitad en el Centro de Salud -tres meses el primer año, dos-tres meses en el segundo y once el tercero- con ciertos márgenes de flexibilidad temporal.

Entre todas las descripciones de áreas, tareas y objetivos el programa oficial también incluye las actividades y objetivos a lograr en el Centro de Salud. De esta manera queda constancia que en el transcurso de estos cuatro años, el residente irá participando con niveles de responsabilidad progresiva en el trabajo asistencial en consulta, visitas domiciliarias y urgencias y desarrollando actividades de salud familiar y comunitaria y también de investigación y docentes.

En este proceso formativo, resulta conveniente hacer referencia a las estrategias metodológicas o estrategias de actuación didáctica, entendidas como las diferentes maneras de enfocar y organizar los procesos de aprendizaje y advirtiendo que se especifican poco en el programa docente. El hecho de aludir a “estrategias” en plural es porque hay métodos más o menos indicados dependiente del tipo de aprendizaje y porque, más allá de esta realidad, es la combinación de varias estrategias metodológicas la que permite adquirir y desarrollar competencias. Así, las estrategias que he seleccionado como básicas de este proceso formativo son las siguientes: modelado, tutorización, autoaprendizaje, sesión clínica, intercambio entre residentes y los cursos, seminarios o talleres.

De hecho, es difícil distinguir los tres primeros (modelado, tutorización y el autoaprendizaje) cuando todos ellos pueden convivir en un mismo proceso de tutorización, que, a grandes rasgos se inicia cuando él actúa primeramente como modelo (control externo), en una fase intermedia hay modelado pero también supervisión de la práctica del residente para finalizar con la autodirección del propio residente (control interno). Esta secuencia teórica no sólo no se acostumbra a

producirse linealmente sino que a menudo se confunde, resultando muy difícil su identificación.

Durante mucho tiempo se ha considerado que la práctica clínica es como un arte que se adquiere por ósmosis junto al "maestro" a través de la observación e imitación, en otras palabras, por *modelado*. Este tipo de aprendizaje se enmarca dentro la teoría del aprendizaje social que defiende que la conducta humana se transmite socialmente, de forma deliberada o no, a través del ejemplo que suministran personas influyentes y que el sujeto observa puesto que los individuos tendemos a reproducir acciones, actitudes o respuestas emocionales que representan los modelos sean estos reales o simbólicos[124].

Así, en la formación médica se puede hablar de modelado en dos sentidos: de una parte, tanto si lo hace de manera consciente o inconsciente, el tutor actúa como modelo de comportamiento y transmite actitudes y valores profesionales a través de su manera de hacer y de relacionarse con el residente, pacientes, familiares, colegas... colaborando en el proceso de socialización del médico residente; de otra parte, el tutor utiliza de forma intencionada el modelado para el aprendizaje de habilidades técnicas, dónde actúa como "modelo experto" en el procedimiento en cuestión, haciendo demostraciones y supervisando la práctica del alumno.

La formación del residente para el trabajo de AP exige un esmerado papel del tutor y especialmente el tercer y cuarto año en el que este acontece un referente imprescindible, un modelo de aprendizaje profesional. Según T. Gómez Gascón (2002) aludiendo al trabajo presentado por Loayssa, Turabián, Pérez y Epstein en 1998, el tutor ha ido asumiendo progresivamente un mayor número de funciones: *"supervisor de la práctica clínica de los residentes, consultor, instructor, coordinador del programa, facilitador, guía/orientador, apoyo emocional, abogado del residente, evaluador y modelo."*

Conscientes la importancia de la *tutorización* por su repercusión en la calidad docente y del modelo formativo, varios estudios han profundizado sobre el perfil ideal del tutor, las relaciones tutores-residentes, las expectativas de unos y de otros... que, cuando menos, conviene tener en cuenta a la hora de ir perfilando y mejorando los

[124] Bandura, A (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.

criterios de acreditación de tutores, necesidades de formación continua. En la mayoría de estudios y escritos consultados (Connor, Bynoe, Redfern, Pokora y Clarke, 2000; Gayoso, Viana, García y Tojal, 1995; A. López, Baeza, y Lebrato, 2000; Molina, Loayssa y Martínez, 1998; Saura- Llamas, Sesma, Fernández, Borchert y Sáez, 2001; Sinai, Tiberius, de Groot, Brunet y Voore, 2001; Sloan, Donelly y Schwartz, 1996; Turabián, 1999)[125], se perfila como tutor ideal aquel que: confía en el residente, le permite una cierta autonomía y responsabilidad pero al mismo tiempo está "presente" en las situaciones adversas, da retroalimentación regularmente y fomenta que este asuma progresivamente las propias decisiones. Por todo esto hace falta desarrollar una relación de comunicación simétrica, empática, de confianza y confidencialidad, en la cual el tutor se preocupe realmente de conocer la perspectiva del residente sin rigideces y con actitud de diálogo negociación y responsabilidad compartida.

Al final del proceso de tutorización se habla de *autoaprendizaje*, concepto en alza gracias a la influencia de las teorías cognitivas y constructivistas. Se trata, en términos de Molina *"de un proceso de aprendizaje intencionado, autónomo e independiente, que realiza un individuo utilizando los medios que tiene a su disposición y que organiza de acuerdo con sus criterios, sin contar con el apoyo sistemático de su responsable docente"*[126]*.*

Se asocia a diversos conceptos como aprendizaje autónomo, aprendizaje por descubrimiento, aprendizaje a distancia –o el más actual e-learning- el que invita a hacer varias interpretaciones. Entre todos ellos, hay matices diferenciales, pero también se entrevé que comparten algunas ideas como el hecho de entender que el aprendiz es una persona activa, responsable y principal protagonista de su aprendizaje, que indaga, se cuestiona y construye conocimiento y por lo tanto, es capaz de aprender a aprender es decir, de desarrollar autonomía en el aprendizaje siempre que previamente haya una tutela[127].

Pero desgraciadamente, a veces el concepto de autoaprendizaje toma una connotación peyorativa cuando se asocia al que se podría denominar "aprendizaje por supervivencia", es decir, a un aprendizaje autodidacta, solitario, fundamentado en

[125] Busari, J.O., Weggelaar, N.M, Knottnerus, A.C. et al. (2005) How medical residents perceive the quality of supervision provided by attending doctors in the clinical setting; *MedEduc;* 39: 696-703

[126] Molina (Coord.) (1998): *La docencia en la práctica clínica.* SemFYC. Barcelona.

[127] Hernández, F. y Sancho, J.M. (1993) *Para enseñar no basta con saber la asignatura*. Barcelona Paidós.

procedimientos de ensayo-error porque no se dispone ni de las estrategias ni de la maduración suficiente por afrontarlo.

En definitiva, se busca un aprendizaje centrado en el que aprende, entendido como aquel proceso educativo que se lleva a cabo de manera colaborativa y negociada entre tutor y residente y no cuando la decisión sobre el proceso de aprendizaje se reserva sólo por el primero ni tampoco cuando se deja que el discente descubra por él mismo qué ha de aprender y cómo lo tiene que hacer. Este enfoque que implica la introducción de grandes dosis de aprendizaje autodirigido en la medida en que el residente se va responsabilizando del propio proceso, reclama tutores que acepten el papel de facilitadores, residentes preparados para asumir responsabilidades y un clima educativo adecuado (colaboración, respeto...) por poder ir definiendo el grado de autodirección apropiado a cada circunstancia[128].

En palabras de Turabián (1999): "*El reto de la enseñanza y de los tutores es ayudar a otros a crecer de forma que la ayuda que ha sido imprescindible sea al final innecesaria porque se ha incorporado a las competencias. (...) La más poderosa contribución que los profesores podan hacer a los estudiantes es ayudar a los aprendices a convertirse en sus propios maestros" (...)*

Entre las estrategias metodológicas empleadas en la formación MIR, también se han de incluir fórmulas diversas de *aprendizaje cooperativo* (trabajo de investigación, sesiones clínicas...), entre los mismos residentes o junto con otros profesionales.

Hoy en día es difícil cuestionar los beneficios del aprendizaje cooperativo, porque a juicio de varios autores consultados, tienen una doble finalidad educativa, trabajar contenidos específicos de forma activa y desarrollar habilidades para trabajar en equipo que cada vez son más necesarias y valoradas en entornos profesionales y en concreto, en las organizaciones sanitarias.

Más específicamente, el aprendizaje cooperativo es especialmente útil para el aprendizaje de actitudes y valores (permite explorar relaciones, tratar aspectos emocionales, combatir el exceso de individualismo, desarrollar la participación y colaboración facilitar la empatía, la responsabilidad compartida y el compromiso...), promueve las habilidades sociales y ejercita las habilidades de comunicación. También

[128] Molina (Coord.) (1998): *La docencia en la práctica clínica.* SemFYC. Barcelona.

resulta muy adecuado para la resolución de problemas (el análisis desde perspectivas diversas, el intercambio de información, la búsqueda conjunta de soluciones... permite una mayor riqueza, un aprendizaje a nivel más profundo). En definitiva, facilita un aprendizaje activo, autónomo y motivador.

Una actividad de mucha tradición en medicina, que se mantiene prácticamente en todos los ámbitos y especialidades médicas es la *sesión clínica* como método de discusión de casos en el seno de un grupo de especialistas. Esta, además de ser una herramienta fundamental de formación continua también favorece la potenciación y consolidación del trabajo en equipo especialmente cuando todos los miembros participan.

La sesión clínica, siguiendo a Ordóñez y Espinosa[129], tiene como funciones básicas:

1. Analizar y solucionar casos clínicos de forma más o menos consensuada.
2. Compartir información sobre algunos enfermos.
3. Aumentar conocimientos.
4. Fomentar el conocimiento interpersonal y el trabajo en equipo.
5. Compartir responsabilidades y aliviar el peso de la responsabilidad sobre todo a los más jóvenes
6. Discutir posibles proyectos de investigación o análisis clínicos...

Y, para estas funcionen, hace falta aplicar principios de dinámica de grupos.

La metodología básica que sigue una sesión clínica es la presentación y discusión de casos clínicos con una periodicidad semanal y una duración de entre una hora y hora y media y que puede enfocarse de muchas maneras (un caso por analizar, un caso exclusivamente con finalidad formativa por presentar a un auditorio o un caso incompleto dónde se tienen que plantear las situaciones diagnósticas y/o terapéuticas por discutirse posteriormente). A éstas hace falta añadir las sesiones bibliográficas (especialmente dirigidas a los residentes) las de carácter organizativo, programas, investigación... conducidas por personal que perteneciente al mismo centro –internas- o por personal externo –externas-.

[129] Ordóñez, A y Espinosa, E. (1996): La sesión clínica según la dinámica de grupo. *Medicina Clínica;* 107 (17): 620-622.

Por último, también se hace uso de metodologías más tradicionales como *cursos, seminarios, talleres,* desde una vertiente de carácter teórico o teórico-práctico, para profundizar en conocimientos y técnicas específicas que después se han de aplicar al puesto de trabajo. La eficacia de este tipo de formación, se cuestiona precisamente cuando, como muchas veces sucede, hay dificultades al transferir el aprendizaje realizado.

IV.5. LA EVALUACIÓN

Cualquier proceso formativo implica necesariamente la planificación y aplicación de *mecanismos evaluativos* que permitan valorar la idoneidad del sistema y de todos los elementos implicados en los procesos de enseñanza-aprendizaje y sus resultados. Así, cuando se hace referencia a la evaluación en un modelo formativo, más allá de la evaluación de aprendizajes, se tiene que pensar también en otros objetos y procesos evaluativos (por ejemplo, valoración de tutores y servicios) que constituyen las claves para la mejora de la calidad de la formación.

Entre los procesos evaluativos a los cuales se somete al residente, se identifican tres momentos claves: una evaluación inicial (examen MIR) con carácter selectivo, una evaluación formativa con elementos subjetivos y otros objetivos que permiten ir constatando e introduciendo modificaciones sobre el aprendizaje y una última sumativa que clasifica en términos de excelente, destacado, suficiente y no apto. Esta última es, en opinión de Martín Zurro[130], prácticamente la única que se utiliza en el sistema oficial de evaluación de los médicos residentes en España, y se caracteriza por una carencia de rigor y de objetividad que fomenta un estado de opinión negativo respeto al sistema de evaluación.

Los criterios de evaluación del residente están marcados en el Programa Oficial de la Especialidad y más recientemente en la Orden Ministerial del 22 de junio del 1995 por la cual se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de los médicos y farmacéuticos en formación. Los procedimientos de evaluación que marca la dicha Orden Ministerial, son tres: evaluación continuada, evaluación anual y evaluación final del periodo de residencia.

EVALUACIÓN CONTINUADA

Depende de los tutores y de las unidades por las cuales el especialista en formación haya rotado y se dispone de dos herramientas:

- *Libro del Especialista en Formación*: Más conocido como "Libro del residente" y en el que, como regula la Orden de 22 de junio de 1995[131], se tiene que reflejar la participación del residente en las actividades asistenciales, docentes y de investigación. Actividades que tienen que ser revisadas, al menos mensualmente, por el responsable directo que a la vez incluirá las observaciones que considere pertinentes en relación a la conducta y aptitudes del profesional. Su puesta en marcha permite: proporcionar al residente una guía de aprendizaje en cada una de las rotaciones del Programa; dotar al tutor y a la Unidad Docente de un excelente recurso a modo de portafolio docente que facilita la supervisión y valoración de las actividades realizadas por el residente.

- *Ficha de evaluación continuada*: Se trata de una hoja de evaluación o ficha que hace cada tutor a cada médico residente al finalizar su rotación y que permite contabilizar el grado en qué se han logrado los objetivos marcados por el programa según los criterios propuestos (de 0 a 3) sobre cada uno de los siguientes elementos: nivel de conocimientos, nivel de habilidades adquiridas, habilidades en el enfoque diagnóstico o de los problemas, capacidad por tomar decisiones, utilización racional de los recursos, motivación, tiempo de dedicación a las tareas asistenciales encomendadas (guardias excluidas), iniciativa, puntualidad/asistencia a las diversas actividades y nivel de responsabilidad relaciones paciente/familia y relaciones con el equipo de trabajo[132]. Con el fin de homogeneizar la evaluación en todo el territorio español, cada variable tiene unos criterios estándares elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Estos criterios son aplicados por todas las Unidades Docentes de España en todas las rotaciones del periodo formativo de la Residencia en formato de ficha[133].

El Programa Oficial de la especialidad establece también la realización de *entrevistas semiestructuradas* a tres niveles:

[131] Orden 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 de Farmacéuticos Especialistas (Art. 8; 3-4).

[132] Ver anexo I: Criterios para la realización de "Evaluación de rotación" del /a residente de la Ficha 1.

[133] Ver anexo II: Ficha "Evaluación de rotación".

- *Entrevistas Periódicas Tutor y Residente:* Encuentros pactados con la finalidad de monitorizar el cumplimiento de los objetivos docentes. Como mínimo se llevarán a cabo cuatro entrevistas de este tipo por cada año lectivo.

- *Reuniones evaluativas del tutor principal con otros responsables del programa formativo:* con el coordinador, técnico de salud pública, tutor hospitalario,… con los que se analizarán los correspondientes informes de rotación.

- *Reuniones entre el Coordinador de la Unidad Docente y los Residentes:*

    1. Inicial, que servirá de acogida al residente pretendiendo, además, valorar el curriculum previo del residente y su actitud ante la especialidad.
    2. Final, realizada con todos los residentes al finalizar el periodo de residencia.

EVALUACIÓN ANUAL

Es competencia del "Comité de Evaluación" y consiste en reflejar las valoraciones aportadas por los servicios (fichas de evaluación continuada) y otras actividades complementarias realizadas por el residente (participación en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con el programa formativo y previamente autorizadas por la Comisión de Docencia) así como los informes aportados por los coordinadores. Se trata, por tanto, de una valoración de recopilación de lo que se ha hecho todo el año que permite cuatro posibles calificaciones (excelente, destacado, suficiente y no apto). La calificación obtenida por cada residente es certificada por el Coordinador de la UD y notificada al interesado, a la Comisión Asesora y remitida al Ministerio de Sanidad (Secretaria del Consejo Nacional de Especialidades medicas).

EVALUACIÓN FINAL

Se trata de la evaluación anual correspondiente al último año formativo, pero con algunas diferencias en cuanto a los criterios de valoración[134] y formas de proceder. En este caso, el Comité de Evaluación propone a la Comisión Nacional de la Especialidad

[134] Ver anexo III: Evaluación de residentes por los tutores en su último año de rotación.

(CNE) la calificación final del periodo de formación previo informe de la Comisión Asesora. Como se ha comentado anteriormente, si esta es positiva, la CNE propone al Ministerio la expedición del título de especialista y la calificación final se anota en el Libro del Especialista visada por el Presidente de la CN. Si contrariamente esta es negativa, el interesado podrá realizar una prueba ante la CNE y si no la supera, tendrá como última convocatoria una prueba extraordinaria que le otorgaría la calificación definitiva.

Este sistema de evaluación que se empezó a aplicar desde el año 96 no acaba de funcionar, puesto que como cualquier cambio de sistema necesita tiempo. La tan esperada evaluación continuada no se realiza con el rigor requerido y son muchos los tutores y residentes que han denunciado, en varios foros, situaciones como las siguientes: residentes que se autocalifican en las rotaciones hospitalarias, criterios poco homogéneos entre especialidades, poca objetividad, arbitrariedad de la evaluación, UD con un 80% de excelentes...

No obstante, en el marco de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se sigue trabajando para mejorar los sistemas de evaluación con elementos de carácter formativo.

V. ANÁLISIS PEDAGÓGICO DE LA FORMACIÓN POSGRADO DE MFyC

V.1. Un nuevo escenario formativo: el asesoramiento educativo en la práctica clínica de la salud.

V.2. Fundamentos del proceso de enseñanza-aprendizaje

VI.2. 1. Las teorías del aprendizaje: el constructivismo

VI.2. 2. La formación de adultos

VI.2. 3. La formación ocupacional-profesional-especializada

V.3. Elementos fundamentales del proceso educativo

V.4. Etapas del proceso educativo

V.5. Tipos de aprendizaje organizacional: formal e informal

V.6. La formación especializada de MFyC

VI.6. 1. Tipo de formación

VI.6. 2. Estructura docente

VI.6. 3. Organización docente

VI.6. 4. Metodología docente

V.7. La organización sanitaria como escenario de aprendizaje

V.8. La relación tutor-residente

V.1. UN NUEVO ESCENARIO FORMATIVO: EL ASESORAMIENTO EDUCATIVO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA SALUD

La sociedad actual demanda progresivamente mayores cotas de bienestar y mejor calidad de vida y, para lograr este deseo colectivo la educación constituye, al parecer, el mejor medio y, en consecuencia, el círculo de modalidades, destinatarios, espacios y agentes dedicados a tal menester es cada vez más amplio[135].

Por otra parte, respecto a la profesionalización del pedagogo nos encontramos con una falta de nitidez en la definición de sus funciones por la sociedad, que no ha contemplado hasta ahora demasiados lugares de trabajo para estos especialistas. A diferencia de lo que ocurre en otras profesiones, las demandas sociales de estos profesionales son escasas, están difuminadas y no son solicitadas por el público al que debe ir destinada su acción con la fuerza que se reclaman otros servicios. A tales dificultades debe añadirse que la Administración Educativa apenas ha creado salidas específicas para ellos.

En cualquier caso, más allá de la dependencia de la Administración, es importante que el pedagogo demuestre su utilidad social resolviendo problemas reales, generando así la necesidad de su intervención. Con todo, parece que esta realidad va cambiando poco a poco, y el pedagogo va abriendo nuevos campos al desarrollo de la educación. Un ejemplo de ello, es el asesoramiento educativo en el ámbito de la formación médica especializada, objeto de este trabajo.

Ampliación de las coordenadas espacio-temporales

Para la Pedagogía parece haber quedado reservado, en parte, el ámbito escolar como el apropiado para el desarrollo de su función. Sin embargo, los especialistas han determinado, desde hace bastante tiempo, que su tarea no queda reducida al campo de la escuela, como tradicionalmente se venía considerando[136]. De esta convicción se deriva la necesidad urgente de abordar una reflexión profunda sobre el sentido y el alcance de la función pedagógica en los nuevos entornos socio-culturales.

[135] Ventosa, V.J. (1997): *Intervención socioeducativa.* Editorial CCS. Madrid.

[136] Vázquez, G (1998): La educación no formal y otros conceptos próximos. En Sarramona, J., Vázquez, G., y Colom, A. *Educación no formal.* Ariel. Barcelona.

La evolución social tan profunda a la que se ha visto abocada nuestra sociedad, evolución mediatizada por el modo tradicional de concebir los valores, y con la emergencia de otros nuevos, o de un modo nuevo de entender los antiguos; la aparición de tecnologías que han contribuido a introducir cambios radicales en los modos de vida; las posibilidades nuevas de información y de conocimiento; las nuevas formas y estructuras económicas y políticas, etc.[137], hacen que el concepto de "educación" haya sufrido una transformación radical.

Aunque sería una ardua tarea entrar a fondo en los factores que han determinado dicho cambio, citaremos, sólo a modo de ejemplo, algunos de ellos:

- La extensión creciente de la demanda de educación por la incorporación de sectores sociales tradicionalmente excluidos de los sistemas educativos convencionales (adultos, Tercera Edad, etc.).

- Transformaciones en el terreno sociolaboral que abren todo un panorama de gran interés pedagógico desde el punto de vista de la formación tanto en el campo técnico o competencial (especialización, reciclaje y formación continua, cursos de obligada impartición sobre higiene y seguridad, etc.) como en otras tareas de vital importancia para la eficiencia y el desarrollo empresarial (procesos de acogida de nuevos empleados, planes de carrera profesional, evaluación del desempeños, procesos de promoción, etc.).

- La constitución del tiempo libre como espacio privilegiado de intervención educativa (Educación para el Ocio y el Tiempo Libre, Educación Ambiental, etc.).

- Presencia creciente de los medios de comunicación de masas en la vida social: la insistencia social en el desarrollo de medios –televisión, radio y prensa- y programas multimedia, necesita y reclama una respuesta netamente pedagógica que mida el volumen de información, su cadencia o frecuencia, la adecuación a los usuarios, la optimización del medio en la comunicación, etc.

- Desarrollo de nuevas tecnologías que posibilitan diseñar procesos de formación y aprendizaje al margen de los sistemas presenciales de la escolaridad convencional (teleformación, enseñanza a distancia, virtual, etc.)

[137] AA.VV. (1991): *La educación no formal, una prioridad de futuro.* Documentos de un debate. Fundación Santillana. Madrid.

- Una sensibilidad social creciente sobre la necesidad de implementar intervenciones de carácter socioeducativo en situaciones de inadaptación y marginación social sobre sectores de población en riesgo como son los inmigrantes, discapacitados, personas carentes de medios económicos, reclusos, mujeres maltratadas, etc.

Éstos y otros factores, constituyen el caldo de cultivo de la proliferación de nuevos espacios educativos fuera de la escuela y, paralelamente, las referencias reales de un cierto cambio de orientación en el discurso pedagógico para que sea capaz de integrar y legitimar tales espacios.

Son múltiples las manifestaciones de esta transformación, pero señalemos sólo a modo de ejemplo, la irrupción de conceptos como el de "educación permanente" o "formación continua" y la necesidad del desarrollo de los procesos educativos para dar una respuesta adecuada a ciertos problemas sociales.

En otras palabras, probablemente, la idea de la educación permanente sea el primer recurso terminológico del que se valió el lenguaje pedagógico para, entre otras cosas, legitimar nuevas instituciones, medios y recursos educativos no escolares[138].

Otros conceptos o lemas, que también comparten un cierto aire de familia con los anteriores y que en el discurso pedagógico, aunque con significados distintos, cumplen una función semejante al de educación permanente serían el de "sociedad educativa" o "sociedad del aprendizaje" propuesto por T. Husen[139]. O también la idea de "ciudad educativa", que aparecía como lema en el libro *Aprender a ser*[140] y que después de un letargo de varios años, a finales de los 80 fue recuperada con cierto vigor en el marco de las políticas educativas locales.

Por su parte, de la idea de "sociedad educadora" se ocupa un grupo de autores coordinados por el profesor García Garrido en el libro *La sociedad educadora*[141] y lo hacen de la siguiente manera : "*La educación en las sociedades desarrolladas no es un proceso limitado a unos años y una etapa de la existencia de las personas, es una oportunidad abierta durante toda la vida, que se desarrolla en acciones "no formales",*

[138] Trilla, J. (1993): *La educación fuera de la escuela.* Ariel. Barcelona.
[139] Husen, T. (1978): *La sociedad educativa.* Anaya. Madrid.
[140] Faure, E. et al. (1987): *Aprender a ser.* Informe de la Comisión Internacional para el desarrollo de la educación. Alianza Editorial. Madrid.
[141] García, J.L. (Coord.) (2000): *La sociedad educadora.* Fundación Independiente. Madrid.

respondiendo a un deseo de aprendizaje que la sociedad educadora debe contemplar en sus políticas globales de educación".

Sin embargo, frente a la emergencia tan fuerte de la función educativa, ya no sólo en sus dimensiones formales -la de la escuela- sino en las más diversas situaciones sociales -familia, medios de comunicación, empresa, tiempo libre, etc.-, parece que no ha respondido adecuadamente a tal fenómeno el desarrollo de la función educativa, o al menos no ha habido una percepción social de tal desarrollo.

Todo ello estaría alertando sobre la necesidad de trabajar para formar profesionales con un amplio espectro de capacidades reflexivas, críticas y de acción en contextos socioeducativos bien diferentes y con distintas posibilidades y la suficiente versatilidad como para actuar "profesionalmente" en/sobre estos contextos demostrando su utilidad social.

Y es que, como señala el profesor Rodríguez Sedano[142], "*los elementos estructurales y de análisis que la pedagogía escolar o la psicopedagogía ha venido señalando en el proceso educativo son perfectamente válidos, desde un punto de vista metodológico y hechas las transposiciones oportunas, para cualquier proceso educativo: señalar finalidades, la concreción de objetivos, la enumeración de contenidos y actitudes, la determinación de procedimientos, el conocimiento individual del sujeto y de su contexto social, la consideración de la condición real del educador concreto y de sus medios, la interactuación de los procesos y la interdependencia de las materias de desarrollo, la evaluación de resultados y la retroalimentación de los procesos, por ejemplo, son elementos que deben estar explícitamente presentes en cualquier estrategia educativa. Igualmente, el conocimiento de las técnicas adecuadas, para la aplicación y desarrollo de los procesos deben encontrarse en el bagaje técnico de cualquier pedagogo"*[143]*.*

Sin embargo, y aplicado al ámbito de este trabajo, en general la enseñanza en la Medicina ha sido tradicionalmente desarrollada gracias a la vocación y motivación de diferentes profesionales deseosos de mantener el interés científico y en muy pocas ocasiones se ha contado con unos sólidos fundamentos pedagógicos que le permitan al docente crecer en este campo.

[143] Rodríguez, A.: (2001) Reflexiones en torno al futuro de los estudios de educación. En *Simposio sobre itinerarios de cambio en la educación.* Universidad de Barcelona.

En el caso de los tutores de medicina ocurre lo mismo, a pesar de que están formados –como clínicos- para tomar decisiones basadas en la evidencia disponible, cuando ejercen el papel de docente, parecen abandonar todo su pensamiento crítico sobre qué funciona y qué no funciona, y se fían de la tradición y la intuición[144].

Van der Vleuten expresaba esta misma idea en alguna de sus publicaciones[145] y en el Congreso de la AMEE de 1999 del siguiente modo: *"la educación está gobernada más por la tradición y la intuición que por lo que hemos aprendido de la investigación realizada en educación médica"*[146].

El tutor de AP es el responsable de cada uno de los especialistas en formación a su cargo y el centro de toda la actividad docente en cada Unidad Asistencial. Pero, ¿quién lo forma en su labor pedagógica? En las instituciones sanitarias, se puede alcanzar una excelente preparación asistencial y hasta investigadora, pero nadie se preocupa de impartir técnicas que mejoren la capacidad de enseñar, siendo el tutor autodidacta en este sentido.

Los tutores son conscientes y así lo han manifestado en reiteradas ocasiones de sus importantes carencias en metodología docente[147][148]. Gran parte de estos déficits formativos los superan a lo largo de su vida profesional, a partir de su propia experiencia. Sin embargo, cada vez más se reclama la *formación de formadores*[149] como una de las necesidades de formación continuada más demandada en este campo.

---

[144] Nolla, M. (2003) Investigación en educación médica. *Educación Médica;* 6 (1):7-8.

[145] Van der Vleuten, C., et al. (2000): *The need for evidence in education. Medical Teacher*; 22 (3):246-250.

[146] Van der Vleuten, C. (1999) The need for evidence-based education. *Association for Medical Education in Europe Conference.* Linköping.

[147] Gálvez, M. (2003) Metodología docente en el periodo de especialización en medicina de familia. *Tribuna Docente;* 4(2): 52-61

[148] Santos Guerra, M.A. (Coord.) (1996*) Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento.* Serie "El médico como docente". SemFYC. Barcelona.

[149] Amat, O. (2002) *Aprender a enseñar. Una visión práctica de la formación de formadores.* Gestión 2000. Barcelona.

V.2. FUNDAMENTOS DEL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Este capítulo pretende responder a la pregunta de cómo aprende el médico residente como adulto y profesional que es y para ello comienza con una opinión consensuada por un grupo de expertos[150]:

La formación de especialistas en Medicina de Familia se fundamenta sobre la base de las teorías constructivistas y del aprendizaje de adultos en la práctica profesional programada y supervisada y con la tutoría como principal estrategia docente, con el propósito de adquirir las competencias profesionales necesarias para atender a las demandas de la población en Atención Primaria.

Podemos tomar también como punto de partida algunas de las Conclusiones de la *Declaración de Edimburgo*[151] *de 1988:*

3. Asegurar la continuidad del aprendizaje a lo largo de la vida, dando menos importancia a los métodos pasivos, tan generalizados, y favoreciendo un aprendizaje más activo que incluya estudios autodirigidos e independientes, así como métodos basados en la existencia de tutorías.

4. Elaborar los planes de estudio y los sistemas de evaluación de modo que garanticen la adquisición de la competencia profesional y los valores sociales y no solamente la retención y memorización de datos.

7. Buscar la integración de la enseñanza en la ciencia y en la práctica diaria, utilizando también la resolución de los problemas en el ámbito clínico y comunitario como base del aprendizaje.

LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE: EL CONSTRUCTIVISMO

Este apartado pretende indagar en las teorías y concepciones de la enseñanza y el aprendizaje en las que se sustenta el sistema médico de residencia, tarea indispensable para enmarcar la estrategia y la metodología docente aplicada y para poder llevar a cabo un análisis crítico de la práctica docente en este sentido.

Como es sabido, a lo largo del tiempo han aparecido diversas teorías con el propósito de ayudarnos a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano, tratando de explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento. En este sentido, podemos hablar de tres grandes y principales corrientes de trascendencia en

[150] Resultados previos de un cuestionario sobre "Programación didáctica" desarrollado dentro del método de *Consulta a expertos*. PI030596 *"Análisis del proceso de enseñanza-aprendizaje de los residentes de MFyC al inicio del tercer año de foramción en los Centros de Salud".* (2004-2007) Instituto de Salud Carlos III-FIS.

la educación: la teoría conductista, la cognitiva y el enfoque socio-histórico (también incluido en lo que se denomina teorías humanistas).

Dichas teorías sobre el aprendizaje se podrían situar a lo largo de un continuum en el que en un extremo encontraríamos un paradigma centrado exclusivamente en el alumno y en el extremo opuesto estaría un paradigma centrado exclusivamente en el profesor. A lo largo de los últimos años estas dos posturas han ido acercándose, y cada vez hay más acuerdo en defender una postura intermedia: el paradigma constructivista[152], que, a nuestro juicio, se encuentra en la base de todo el entramado MIR.

A mediados del siglo XX surge la teoría cognitiva como reacción que busca una fundamentación centrada en los procesos humanos y no como generalización de la conducta animal para explicar el aprendizaje. Propone centrarse en los procesos internos del individuo, la forma de captar la información, a través de la percepción, su comprensión, el lenguaje, la elaboración a través del razonamiento, etc.

El aprendizaje se enfoca de manera creciente en el aprendizaje humano de contenido significativo y su base teórica cambia de modelos conductuales de transmisión, a modelos cognoscitivos y, posteriormente, *a modelos constructivistas* (que tienen sus raíces en la Teoría de la Percepción de la Gestalt, luego Gagné con el procesamiento de la información, y posteriormente con Piaget y la teoría psicogenética).

Posteriormente son muchos los autores que siguen desarrollando dichas teorías, entre ellos, David Ausubel, aunque sigue siendo transmisivo, insiste en el *cambio de rol del profesor*, que debe presentar el contenido de modo que los estudiantes encuentren y den sentido a lo que están aprendiendo, al relacionarlo con lo que ya conocen; defiende el "*aprendizaje significativo*" frente al memorístico puesto que el aprendizaje significativo permite la *transferencia de lo aprendido*, es decir que permite la generalización de modo que lo aprendido puede ser usado en contextos nuevos. En otras palabras, el aprendizaje significativo surge con la intención de superar tanto los límites de la enseñanza tradicional (memorística y acumulativa), como el exceso de

[151] World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. *Lancet* ; 8068: 464.
[152] Nolla, M., Pales, J. y Gual, A. (2002) Desarrollo de las competencias profesionales. *Educacaión Médica;* 5(2): 76-81.

actividad que se derivaba de las corrientes a favor del aprendizaje por descubrimiento, el cual impedía en ocasiones la asimilación de nuevos contenidos.

Más tarde, Jerome Bruner pone el énfasis en la *exploración activa y la solución de casos concretos y reales* como forma de aprendizaje natural y eficiente por medio del *"descubrimiento guiado*". Bruner también señala el *papel positivo que pueden desempeñar los errores cometidos en el proceso de aprendizaje*[153].

En síntesis, el constructivismo constituye un amplio cuerpo de teorías que tienen en común la idea de que las personas, tanto individual como colectivamente, "construyen" sus ideas sobre su medio físico, social o cultural. Por tanto, el conocimiento es el resultado de un proceso de construcción o reconstrucción de la realidad que tiene su origen en la interacción entre las personas y el mundo.

Algunas aportaciones y consecuencias pedagógicas que podemos obtener del constructivismo y que constituyen las líneas actuales que impulsan la enseñanza moderna son las siguientes[154]:

- Educación no sólo transmisora sino de *reelaboración colaborativa y compartida del conocimiento.*
- *Enseñanza guiada*, centrando las diferencias de aprendizaje entre lo significativo y lo memorístico.
- *Rechazo a formulaciones inductivistas o empiristas de la enseñanza,* que defienden el aprendizaje por descubrimiento.
- Actividades de aprendizaje *contextualizadas, apoyadas en las concepciones previas de los alumnos, reflexivas, constructivas y significativas.*
- A*prendizaje contextualizado, ya que la* adquisición de nuevo conocimiento no es independiente del contexto (lugar y momento) en que se realiza.
- *Transferencia de la responsabilidad* en el alumno de modo progresivo a medida que desarrolla sus conocimientos y habilidades.
- *Interés práctico, apoyado en el consenso y deliberación* como proceso de compartir, construir y desarrollar significados de cada aprendizaje.

[153] Bruner, J. S. (1965/1960). The process of education. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- *Evaluación cualitativa, continua, formativa y deliberativa,* centrada no sólo en los resultados del aprendizaje, sino también y sobre todo, en el *proceso seguido para alcanzarlos*.

- El educador como un *investigador en la acción que reflexiona, elabora y diseña su propia práctica.*

Como consecuencia de esta concepción del aprendizaje, se definen una serie de requisitos que deben guiar la actuación docente para que el proceso de enseñanza-aprendizaje sea efectivo. El aprendizaje debe ser *individualizado, significativo, activo, supervisado, motivador, con verificación de resultados y basado en experiencias realistas*[155].

Estos criterios nos llevan a un modelo de aprendizaje centrado en el alumno[156], en donde el discente se sitúa como centro del proceso de aprendizaje, *construyendo* significados de forma contextualizada y en interacción y el docente deja de ser un mero transmisor de conocimientos para pasar a ejercer una función de facilitadota y guía del aprendizaje. Y es que, como afirma Coles y otros, aprender es algo que sólo puede hacer quien aprende[157].

A continuación, vamos a desarrollar únicamente aquellos requisitos que no se han tratado ya o vayan a tratarse más adelante como son la individualización y la motivación.

En relación a la necesidad de adaptar el aprendizaje a las diferencias individuales de cada alumno deben tenerse en cuenta se encuentran una serie de factores como son:

- La situación personal y familiar
- Las circunstancias profesionales
- Las aptitudes y las capacidades
- La necesidades docentes
- La personalidad

[154] *Ideas fundamentales del constructivismo en educación.* Biblioteca de consulta Microsoft Encarta 2004.
[155] Molina, D. (1998) *La docencia en la práctica clínica.* Serie "El médico como docente". SemFYC. Barcelona.
[156] Corbellá, A. (2000) La formación en la implantación de procesos de mejora continua. *Tribuna Docente*; 1(2): 19-31.
[157] Coles, C., Brian, J. y Lesley, R. (1998) *Medical education in the millenium.* Oxford University Press.

- El estilo cognoscitivo y de aprendizaje
- Las preferencias (técnicas docentes y de estudio, distribución del tiempo, …)

Aunque una respuesta totalmente individualizada no es posible cuando se trata de enseñanza grupal, en el caso de la enseñanza tutorizada que se establece entre tutor y residentes, sí es posible adoptar algunas medidas de individualización (uso de tiempos alternativos, flexibilidad en la asignación de tutores y en los tiempos, realización de técnicas autoinstructivas,…)

El último requisito que vamos a considerar con cierto detalle es el la motivación. Entre los factores que influyen en este sentido destacan:

- La propia curiosidad natural o intelectual de alumno/residente.
- La capacidad de estimular del docente/tutor.
- El contacto personal con el tutor y otros compañeros.
- La satisfacción de los objetivos personales.
- La verificación de los resultados personales.
- La utilidad práctica del aprendizaje.
- Un programa docente de calidad.

LA FORMACIÓN DE ADULTOS

A la hora de diseñar y desarrollar cualquier estrategia educativa en el contexto de la formación médica de postgrado es preciso no olvidar que el residente es un adulto con una "formación previa" y, a veces, incluso con una experiencia profesional anterior. Por tanto, aunque se trata de un sujeto en formación cuenta con una historia personal propia (educativa y/o profesional) que va a condicionar todo el proceso. Todo ello nos obliga a entrar en algunos aspectos básicos de la formación de adultos como su conceptualización y ámbitos de actuación.

La definición más aceptada de educación de adultos proviene de la XIX Conferencia General de la UNESCO celebrada en Nairobi en 1976, según la cual:

"la expresión "educación de adultos" designa a la totalidad de los procesos organizados de educación, sea cual sea el contenido, el nivel o el método, sean formales o no formales, ya sea que prolonguen o reemplacen la educación inicial dispensada en las escuelas y universidades, y en forma de aprendizaje profesional, gracias a las cuales las personas consideradas como adultos por la sociedad a la que pertenecen, desarrollan sus aptitudes, enriquecen sus conocimientos, mejoran sus competencias técnicas o profesionales o les dan una nueva orientación, y hacen evolucionar sus actitudes o su comportamiento

en la doble perspectiva de un enriquecimiento integral del hombre y una participación en un desarrollo socioeconómico y cultural equilibrado e independiente" [158]

Una década después aparece en nuestro país *el Libro Blanco de la Educación de Adultos (1986)* en el que se fijan las cuatro áreas esenciales para una educación integral y permanente de adultos:

- Formación general o base
- Formación para la participación social
- Formación para el desarrollo personal
- Formación orientada al trabajo

De estas cuatro áreas, es la última referida a las necesidades que se le plantean al adulto en mundo laboral (inserción, reciclaje, actualización y especialización) en la que podemos encuadrar la formación médica especializada (MIR). No obstante, profundizaremos más en este sentido en el capítulo que aborda el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del desempeño profesional.

Coincido con los autores Calvo y Collada[159] cuando afirman que la principal característica de la educación de adultos reside en que la motivación para el estudio y la formación nacen de uno mismo y no dependen tanto de factores externos. En este sentido, y aplicado a nuestro contexto, el residente estará más motivado -sobre todo, al llegar a su 3º año de residencia (antiguo programa formativo de la especialidad) o 4º año (programa actual)- y podrá "modular" su rotación en el centro de salud a tenor de sus características y necesidades formativas, aunque dentro de unos cauces de obligado cumplimiento que orientarán su formación. Además, lo estudiado tiene interés para el adulto/residente y aplicación inmediata en el trabajo habitual.

Éstas y otras características aplicables a este tipo de enseñanza son recogidas en el año 1990 por Spencer y Jordan[160]:

- Percibido como relevante y útil desde un punto de vista práctico.
- Basado sobre experiencias previas.
- Es participativo y supone involucrarse activamente.

[158] Recomendación relativa al desarrollo de la educación de adultos aprobada por la Conferencia General en de la UNESCO su decimonovena reunión Nairobi, 26 de noviembre de 1976.

[159] Calvo, E. y Collada, G. (2004) Cómo tener residentes y estudiantes y no morir en el intento*. Revista de la SMMFYC*. 6 (3): 17-20.

[160] Spencer, J.A, Jordan, R.K. (1990) Learner centred approaches in medical education. *British Medical Journal*; 318:1280-1283.

- Se focaliza en la resolución de problemas.
- Está diseñado para que el discente asuma responsabilidades.
- Puede ser inmediatamente aplicado en la práctica.
- Implica ciclos de acción y reflexión.
- Se basa en la confianza y respeto mutuos.

A éstas podemos unir dos más tomadas de Loaysaa y Quirós[161]: prefieren relaciones docentes democráticas y los programas no formales y necesitan una verdadera individualización de la enseñanza.

En este mismo sentido, Brookfield hace su aportación particular[162] y señala los siguientes principios básicos de la enseñanza del adulto que son recogidos en una publicación de la semFYC del año 98[163]:

1. *La participación en el aprendizaje es voluntaria,* unido a la posibilidad de aplicación práctica del aprendizaje fomentan la motivación e implicación del adulto.

2. *El respeto mutuo* a las características y singularidades del alumno es imprescindible y exige la adaptabilidad por parte del docente.

3. *La colaboración y retroalimentación* del alumno con el docente en la definición de los objetivos y métodos docentes en base a sus necesidades y características personales y profesionales.

4. *La continua alternancia entre acción y reflexión crítica,* que sitúan el aprendizaje centrado en el alumno.

5. *El autoaprendizaje:* según el cual el alumno trabaja conforme a sus disposiciones individuales y que implica definir claramente el rol del docente como facilitador y el discente como aprendiz.

Por su parte, Knowels[164] utiliza la expresión “Andragogía” para describir las diferencias entre el aprendizaje de los niños (Pedagogía) y el de los adultos y señala que las principales diferencias estriban en:

[161] Loayssa, J.R. y Quirós, C. (1998) *El tutor en la educación médica. Papel y Tareas.* SemFYC.Barcelona.
[162] Brookfield, S.D. (1991) *Understanding and Facilitating Adult Learning: A Comprehensive Analysis of Principles and Effective Practices*. Buckingaham. Open University Press.

Autoconcepto

A diferencia del niño, el adulto se considera responsable e independiente, está acostumbrado a tomar sus propias decisiones sobre los acontecimientos que le afectan y espera ser tratado con respeto y comprendido. La mayoría de ellos desean poder ejercitar su autonomía desempeñando un papel substancial en definir lo que aprenden y en la determinación de cuándo y de cómo ocurre el aprendizaje. Algunos adultos, por otra parte, pueden carecer de confianza en su capacidad de aprender debido a experiencia negativas en la educación formal o en el mercado de trabajo.

Implicaciones para la formación: La participación de los adultos en el proceso de aprendizaje se sitúa en la identificación de necesidades, en la ejecución de las actividades que aprenden y en la determinación de si se han resuelto las metas propuestas.

Experiencia acumulada

Los adultos han acumulado una amplia gama de la experiencia que puede contribuir sensiblemente al proceso de aprendizaje. Y tanto el docente como otros discentes pueden aprender de estas experiencias.

Implicaciones para la formación: Debido a esta experiencia previa dependen menos del profesor y aprenden más rápido al relacionar los conocimientos nuevos con las experiencias. El docente se centra en las actividades que animan la comunicación entre él y el alumno para que aflore su experiencia previa creando un clima y un ambiente físico que promuevan el intercambio de información.

Preparados para el aprendizaje

Los adultos están dispuestos a aprender cuando las tareas de aprendizaje les permiten solucionar los problemas que les afectan. Todos los adultos no están igualmente preparados para aprender en el mismo momento y su disposición responde a diversas causas (ascenso ocupacional, logro personal, satisfacción,…)

[163] Molina, D. (Coord.) (1998) *La docencia en la práctica clínica.* Serie "El médico como docente". SemFYC. Barcelona.

[164] Knowels, M.S (1980) *The Modern Practice of Adult Education: from Pedagogy to Andrology*. Cambridge Books. New York.

Implicación para la formación: El docente es responsable de asegurarse de que las metas y el contenido formativo sean compatibles con las necesidades y expectativas del discente así como con sus niveles de habilidad y de experiencia.

Perspectiva temporal

En general lo que es importante para el adulto es lo que le permite una aplicación inmediata. En este sentido, prefiere aprender a resolver problemas concretos y cotidianos y a adquirir habilidades propias de la actividad profesional más que a aumentar sus conocimientos con información nueva. Busca la utilidad y aplicación del nuevo aprendizaje y desempeña diversos roles y responsabilidades a un mismo tiempo.

Implicación para la formación: El aprendizaje se adapta a los requisitos específicos. El docente se asegura de que sus objetivos sean compatibles con las necesidades y expectativas del alumno.

Algunas nuevas propuestas sobre formación de adultos son[165]:

- *Fines de la formación:* desarrollar personas competentes y capaces de resolver toda clase de dificultades y eso sólo es posible si se adquieren los conocimientos en el contexto real de trabajo donde han de aplicarse.

- *Naturaleza de la formación:* la formación es un proceso personal de adquisición de conocimientos, habilidades, modificación de comportamientos,.. que debe hacerse con la ayuda de un facilitador. La decisión de qué aprender y cómo hacerlo se negocia entre ambas partes (Tutor- Residente).

- *Entorno de la formación: r*equiere que se disponga de un ambiente propicio, clima de confianza, seguridad, comunicación sincera, y ayuda recíproca.

- *Desarrollo profesional*: los continuos cambios sociales y tecnológicos hacen obsoletos los conocimientos adquiridos, por lo que es necesario que la organización desarrolle un esfuerzo continúo de actualización de conocimientos.

- *Naturaleza de la formación del adulto:* La andragogía atribuye a los adultos un papel más activo en su propia formación.

[165] *Andragogía: la nueva pedagogía:* V&B Psicólogos-Consultores, Nº 4, 2002, Almería

Knowles (1980) propone también el concepto de *"contrato de desarrollo personal*" (learning contract), estrategia voluntaria que permite a los adultos establecer su propio plan de formación y a la organización optimizar los recursos con los que cuenta. El docente (tutor) guía al alumno, ayudándole a diagnosticar sus necesidades de formación, estableciendo con él sus objetivos, eligiendo conjuntamente los medios más adecuados y determinando las estrategias de evaluación más importantes.

Para aplicar con éxito el contrato de desarrollo personal, deben seguirse las siguientes fases o etapas:

- Diagnóstico de necesidades
- Redacción de los objetivos de aprendizaje
- Elaboración de la lista de recursos disponibles y métodos de trabajo aplicables
- Criterios de evaluación de los objetivos
- Sistema de validación
- Revisión del plan con el tutor
- Seguimiento del plan
- Evaluación de los resultados

Algunos requisitos[166] aplicables a la formación de residentes y que debe reunir toda actividad formativa que pretenda cumplir con los principios de la teoría de la educación de adultos son:

- El alumno/residente deber ser el centro del proceso educativo y a él se subordinan el resto de los elementos: contenido, métodos, profesores y organización.
- El docente/tutor no debe ser considerado la autoridad indiscutible e infalible, porque esto no será bien aceptado. Por otra parte, debe adoptar una posición de colega y compañero.
- Los objetivos, contenidos y organización del aprendizaje deben ser flexibles, negociados previamente y contando con las aportaciones de los alumnos/residentes.
- La evaluación implica la evidencia que es recogida por el propio alumno/residente.

[166] Ramírez, M. (1976) *El adulto. Sus características. Su formación.* Marsiega, Madrid.

FORMACIÓN OCUPACIONAL-PROFESIONAL-ESPECIALIZADA

Las relaciones entre el sistema formativo y el sistema productivo, entre educación y trabajo han sido y son muy estrechas y complejas. Desde esta perspectiva, la educación ofrece la base para una adecuada profesionalización, cuyas competencias y habilidades básicas se adquieren bien sea gracias a la formación profesional, las enseñanzas técnicas de grado medio, o los estudios profesionales universitarios y las especializaciones de posgrado.

Sin embargo la etapa decisiva de toda profesionalización es el propio puesto de trabajo, y de ahí que se reconozca también cada vez más que el trabajo es en buena parte una modalidad de la educación.

En esta última etapa, podemos encuadrar el sistema MIR. Un sistema de formación médica especializada cuya principal característica es que se desarrolla en el mismo lugar dónde se realiza la actividad profesional. En él, un médico residente aprende de la práctica que desempeña un médico experimentado y acreditado para la docencia (tutor) que, a su vez, está de alguna forma influido por la organización sanitaria y la población del lugar donde trabaja.

Otra de las características definitorias de este tipo de formación laboral es que, como hemos comentado anteriormente, sigue los principios del aprendizaje de adultos, entre otros: aprendizaje con experiencia, en la experiencia y desde la experiencia, incrementando la autonomía, la competencia intelectual e integridad personal y profesional, ofreciendo apoyo y facilitando la flexibilidad y la adaptación.

Un especial sistema formativo que, aunque comparte algunos aspectos con las modalidades de formación ocupacional y de formación profesional reglada, tiene unas peculiaridades únicas. Comparte su carácter reglado y ocupacional, en tanto que se trata de una formación orientada a una cualificación laboral, pero orientada también –al igual que la formación profesional- a una formación académica que desemboca en un título profesional y de capacitación para poder acceder a una de las especialidades médicas existentes en nuestro país.

Por otro lado, el modelo MIR de formación posgraduada constituye también un entrenamiento en el lugar de trabajo para *la adquisición de la competencia*

profesional[167]. No nos vamos a detener en el perfil profesional y competencias del especialista en MFyC porque ya han sido abordadas con detalle en el capítulo segundo, pero sí en la formación laboral y en su contribución al desarrollo de las competencias profesionales.

En los últimos años, el término de "competencia" ha ido adquiriendo cada vez más presencia en los entornos profesionales, laborales y académicos al estar asociado a los nuevos modelos educativos y de organización del trabajo que persiguen disminuir al máximo la distancia real entre éstos entornos.

Diversos autores se han ocupado a lo largo del tiempo de definir dicho concepto. En nuestro caso, hemos optado por la definición de Bunk de 1994 que, a nuestro parecer, recoge todas las acepciones del término y según la cual *"la competencia es un conjunto de conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para ejercer una profesión, resolver los problemas de forma autónoma y creativa, y estar capacitado para colaborar en el entorno laboral y en la organización del trabajo"*[168]*.*

En palabras de Echeverría[169] la competencia discrimina *el saber* necesario para afrontar determinadas situaciones y *el ser capaz de enfrentarse a las mismas.* El mismo autor nos recuerda que el uso generalizado de este término tiene su origen en demandas que se hacen desde el ámbito laboral y con él se *pretende describir los resultados del proceso de aprendizaje*. Con este término se resaltan las competencias adquiridas de los conocimientos y habilidades propiciadas desde la formación. Desde su perspectiva, el desempeño profesional del médico pasa por el desarrollo de cuatro tipos de competencias:

- Competencia técnica ("Saber"): implica el dominio como experto de los conocimientos y destrezas necesarios para el desempeño de su trabajo.

- Competencia metodológica ("Saber hacer"): implica la capacidad de aplicación del procedimiento adecuado a las tareas encomendadas.

[167] Velasco, J.A., Iglesias, J.M., González, T. et al (1990) Formación en ciencias de la salud. En *La sanidad española a debate.* Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. F.A.D.S.P. Madrid.

[168] Bunk, G.P. (1994) La transmisión de competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista Europea de Formación Profesional*; (1): 8-14.

[169] Echeverría, B. (2001) Configuración actual de la profesionalidad. *Letras de Deusto;* 31:35-55.

- Competencia participativa ("Saber estar"): implica saber colaborar con otras personas de forma comunicativa y constructiva, y muestra un comportamiento orientado al grupo y así como un entendimiento interpersonal.

- Competencia personal ("Saber ser"): implica comportarse uno mismo conforme a sus propias convicciones y asumir responsabilidades desde un determinado sistema de valores.

El conjunto de todas ellas constituyen lo que se dado en llamar la *"competencia de acción profesional"*[170]*,* que es el resultado de lo que el profesional *sabe*, de lo que *es capaz de hacer* y de lo que *es.*

En la puesta en práctica de las competencias en la situación profesional, la experiencia constituye una pieza clave del el proceso de profesionalización. O dicho de otro modo, el conocimiento profesional se adquiere principalmente a través de la propia experiencia y de la reflexión sobre la práctica profesional. Lo cual no significa que cualquier experiencia profesional sea formativa y que debemos confiar todo al aprendizaje experiencial.

En este momento, podríamos detenernos en los trabajos de tres teóricos (Kolb, Benner y Shön)[171] que, preocupados por la formación y el desarrollo de los profesionales, a mediados de los años 80, elaboraron sus propuestas alrededor de este aprendizaje práctico ligado al desarrollo de competencias. Sin embargo, no vamos a entrar en ellos, porque desbordaría los límites de este trabajo.

Las palabras de Albert Oriol resumen gran parte de lo escrito en este apartado: *"el conocimiento profesional útil no se adquiere tanto cuando se aprende como cuando se utiliza. Pero su utilidad en un contexto no es garantía de que una idea sea aplicada adecuadamente en otro contexto, a pesar de ser pertinente. Cada vez que se utiliza un conocimiento, éste se reaprende, se enriquece de contextualizaciones y se incrementa el saber profesional"*[172]*.*

---

[170] Echeverría, B. (2002) *Gestión de la Competencia de Acción Profesional.* Universidad de Barcelona. Barcelona.

[171] Ros, E. (2002) *L'adquisició de les competències professionals en l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària a Catalunya. Una aportació des de la formació* Tesis Doctoral. Departamento Pedagogía Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona.

[172] El procés de socialització del personal mèdic intern resident. Aportacions de la investigació social qualitativa a l'anàlisi de la iniciació professional en un context institucional. Monografia núm.10. Barcelona: *Institut d'Estudis de la Salut*, 2002.

V.3. ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL PROCESO EDUCATIVO

En todo proceso de enseñanza-aprendizaje pueden analizarse seis elementos fundamentales: el alumno, el profesor, los objetivos, la materia, las técnicas de enseñanza y el entorno social, cultural y económico en el que se desarrolla.

Los alumnos y profesores constituyen los elementos personales del proceso, siendo un aspecto crucial, el interés/motivación y la dedicación de docentes y alumnos en las actividades formativas. Los objetivos sirven de guía en el proceso, y son formulados al inicio de la programación docente. La materia, por su parte, constituye la sustancia, el conocimiento que es necesario transmitir de profesor a alumno, y que debe ser asimilada por éste. Constituyen las técnicas de enseñanza, los medios y métodos a través de los cuales realizaremos la labor docente. Por último, el entorno condiciona en gran medida el proceso.

Ahora vamos a trasladar este esquema al contexto de la formación MIR, y más concretamente, a la formación posgrado de MFyC partiendo desde su propio Programa Formativo[173].

- **Elementos personales**: residente[174] y tutor (y otros colaboradores docentes).

El residente es un médico con un doble papel, es trabajador del sistema de salud y sujeto en formación, pero adulto con una formación previa.

El tutor es un médico con una función y actividad docente. Un profesional que enseña a otros médicos residentes, inmerso en un escenario en el que la práctica clínica combina la atención a los pacientes y la docencia.

- **Elementos finalistas:** Objetivos formativos de aprendizaje.

El objetivo general sería el de preparar y capacitar al residente para su futuro profesional como médico especialista, en este caso como médico de familia. Y, en

[173] ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

[174] Residente (aprendiz en la terminología de Schwenk)

Schwenk, T.L. y Whitman, N. (1993) *Residents as teachers. A guide to educational practice*. Departament of Family and Preventive Medicine, University of Utah School of Medicine. Utah.

este sentido, que sea *autónomo, adaptable y capaz de tomar decisiones profesionales.*

Mientras que los objetivos específicos que se derivan de la propia especialidad y que incluye el Programa Formativo de MFyC estarían referidos a:

- Competencia clínica.
- Identidad profesional.
- Atención integral (biopsicosocial)
- Trabajo en equipo.
- Adaptación a las expectativas del paciente.
- Reconocimiento de síntomas precoces de enfermedad

- **Elementos sustanciales:** contenidos formativos.

Los contenidos sirven para reflejar las competencias curriculares básicas que se vayan a afrontar en el desarrollo de la formación; competencias que están vinculadas con los diferentes bloques de contenidos que los currículos oficiales determinan**.**

En el caso del Programa de la Especialidad de MFyC, los contenidos formativos son agrupados en cinco áreas docentes de competencias:

1. Área docente de competencias esenciales, que incluye:

- La comunicación asistencial.
- El razonamiento clínico.
- La gestión de la atención.
- La bioética.

2. Área docente de competencias relacionadas con la atención al individuo:

- Abordaje de necesidades y problemas de salud.
- Abordaje de grupos poblacionales y grupos con problemas de riesgo.

3. Área docente de competencias relacionadas con la familia.
4. Área docente de competencias relacionadas con la comunidad.
5. Área docente de competencias relacionadas con formación e investigación.

En todas ellas se especifican los objetivos y las actividades a realizar agrupadas según el nivel de prioridad y responsabilidad, incluyendo además, conocimientos, habilidades y actitudes. Así mismo, se determina la metodología docente, el lugar de aprendizaje (centro de salud, estancia en un servicio de la unidad docente, rotación

externa), el tiempo de aprendizaje la evaluación aconsejada y las lecturas recomendadas.

- **Elementos procesuales:** técnicas y métodos.

De nuevo, según el Programa Formativo, la metodología docente utilizada en Medicina de Familia la constituyen: la tutorización individual de cada residente, la colaboración entre tutores y residentes, el autoaprendizaje, el aprendizaje de campo, las clases, los talleres, todo ello en el contexto de la práctica clínica extraordinariamente complejo y multiprofesional:

- *Tutorización ("mentoring"):* La "mentorización" o tutorización es vista como una relación especial que se desarrolla entre dos personas en las que el mentor-tutor se convierte en un soporte aunque evitando la dependencia. Es un proceso en la que una persona actúa hacia otra como consejero o guía y que ayuda al aprendizaje mediante una relación de soporte, relación por otra parte que suele ser de larga duración.

  Se trata de una aproximación holística e individualizada al aprendizaje, según la cual, el tutor/docente orienta la formación del residente/alumno mediante la información que obtiene de diversas formas (observación, entrevista, reflexión compartida, etc.). Es individual y se desarrolla en una serie de etapas que van desde la construcción mutua de confianza hasta la autoafirmación, las cuales ayudan a determinar tanto las condiciones que afectan a ambos como los resultados del proceso. Son características básicas de la tutorización asociadas a los componentes profesional y docente: la relación humana, la relación individual, la reciprocidad, el dinamismo y la relación multifactorial.

  En la literatura encontramos dos variantes de esta estrategia metodológica: la Tutorización Activa Continua (TAC)[175] y el modelo de tutorización en investigación Asesor-Tutor-Residente (ATR)[176].

  La Tutorización Activa Continua (TAC) es una estrategia de interacción docente y valoración formativa que desarrollan desde hace ya algunos años las Unidades Docentes de MFyC de Cataluña y que intenta mejorar la calidad de la docencia

[175] Benítez, M., Casajuana, J., Sant, E. et al: (2005) Tutorización activa continua: una metodología para intentar ser tutor durante los 3 años de la especialidad. *Atención Primaria;* 36(4).

impartida y potenciar el papel activo del tutor y del residente en la construcción y seguimiento de la formación a lo largo de todos los años del programa.

Por su parte, el modelo de tutorización en investigación Asesor-Tutor-Residente (ATR), que se lleva a cabo desde el año 2003 en el Curso de Especialización de Medicina Familiar en la Facultad de Medicina de la UNAM, México. Dicho modelo es un paradigma de capacitación teórico-práctico en el área de la medicina de familia y pretende motivar e interesar a tutores y residentes para hacer investigación con base en la demostración y la supervisión formativa a través de la asesoría continua, reflexiva, planeada y sistematizada.

- *Aprendizaje colaborativo y multiprofesional:* Resulta necesario e imprescindible realizar un trabajo en equipo entre diferentes profesionales sociosanitarios, con el fin de desplegar los recursos más efectivamente. Existen multitud de ejemplos de este enfoque en la literatura médica[177].

- *Autoaprendizaje* (*"self directed learning"):* Consiste en el aprendizaje que lleva a cabo el residente sin la colaboración o ayuda de su tutor[178]. Incluye los conceptos de aprendizaje individualizado o individualización del aprendizaje, y de aprender a aprender. Esta estrategia se presta a diversas formas (formación a distancia, docencia virtual, "e-learning", …)

- *Aprendizaje de campo ("learning in context"):* Que consiste en exponer al residente a situaciones reales donde éste sea observador de lo que hace el docente, o bien realiza actividades supervisadas por aquél en presencia física o diferida.

- **Elementos contextuales:** entorno de aprendizaje.

Es preciso distinguir entre el macrocontexto (Sistema Social, Sistema Sanitario) y el microcontexto (Unidad Docente, Centro de Salud, Hospital, Servicios…). Por citar

[176] Ponce, E.R., Landgrave, S. y Irigoyen, A.E. (2003) Formación de investigadores en medicina familiar: El modelo de tutorización en investigación Asesor- Tutor- Residente (A-T-R). *Educación Médica*; 6(2):81-86.

[177] Harden, R.M. (1998) Multiprofessional education: part 1 –effective multiprofessional education. *Medical Teacher;* 20: 402-408.

Salmerón, E. (2003) ¿Qué puede enseñar la enfermería al médico de familia? *Tribuna Docente;* 4(5): 51-56.

Medina, F., Escolar, P., Morera, J. et al (2004): Fundamentos de la fisioterapia para la formación de los médicos de familia. *Tribuna Docente;* 5(1): 21-33.

[178] Turabián, J.L., Pérez, B. (2004) Autoaprendizaje: piensa por ti mismo. Un modelo de escuela en medicina de familia. *Tribuna Docente;* 5(3): 31-49.

algún aspecto del contexto que podría influir en el proceso formativo podríamos señalar las propias características del Equipo de Atención Primaria (escasa o abundante experiencia docente, excesiva o nula presión asistencial, número de consultas a demanda y programadas, insuficiente o amplia labor investigadora, …).

Este asunto será desarrollado con mayor profundidad en un apartado posterior titulado "La organización sanitaria como escenario de aprendizaje".

V.4. ETAPAS DEL PROCESO EDUCATIVO

El proceso de enseñanza-aprendizaje se desarrolla en varias etapas, y comporta un proceso de comunicación entre el docente que enseña, que transmite unos conocimientos y a quien se enseña, el alumno o también denominado discente.

1. Planteamiento:

En esta etapa se formulan los objetivos educativos y los planes de trabajo adaptados a los objetivos previstos. La formulación de un plan implica la toma de decisiones anticipada y la reflexión con anterioridad a la puesta en práctica.

Y es que, cualquier proceso precisa de unas pautas o directrices generales, o si se prefiere, de unas guías de acción que sirvan para orientar las actuaciones con el fin de que se desarrollen de manera coordinada y congruente.

En síntesis, una herramienta pedagógica que planifica y sistematiza la actividad educativa; lo que implica la determinación de qué se pretende enseñar, cómo hacerlo, cuándo hacerlo y cómo y con qué procedimientos evaluarlo.

Al plantearnos desarrollar un curso con fines formativos, sea cual sea su temática y sean cuales sean los destinatarios del mismo, es obligado considerar previamente diferentes aspectos desde el punto de vista educativo. Estos aspectos son: en primer lugar, hemos de abordar la definición de competencias que se pretende que los alumnos hayan adquirido al final del programa de formación; en segundo lugar, nos hemos de plantear la elaboración del programa docente y sus contenidos que deberán estar de acuerdo con las competencias definidas previamente y para finalizar, debemos elegir las estrategias y metodologías docentes más adecuadas, incluyendo las metodologías de evaluación.

Debemos al profesor Fernández Sierra[179] el análisis que hizo del curriculum de los MIR de MFyC en el año 95 desde una perspectiva puramente pedagógica. En dicha aportación se describen los principales elementos implicados en el proceso de enseñanza-aprendizaje como acto comunicativo y sus interrelaciones. En donde: el *emisor y el receptor* se intercambian los papeles entre el tutor y el residente; el *mensaje*, lo constituye el Programa Formativo de la Especialidad y el *canal* o canales, hace referencia a las estrategias y actividades de aprendizaje que representan la metodología docente utilizada. El autor, como no podía ser de otra manera, enmarca la enseñanza desde una Unidad Docente en una triple perspectiva: institucional, social y ética. Resulta especialmente interesante la reflexión que hace del curriculum y sus "potencialidades o criterios" necesarios para seleccionar los contenidos docentes y la formación de profesionales reflexivos e intelectualmente autónomos.

En palabras del propio catedrático almeriense "*si en cualquier ámbito resulta difícil establecer el curriculum más adecuado para la formación de futuros profesionales, dentro del campo sanitario, la especialidad de MFyC sea posiblemente la más problemática de definir, por diversas causas: su poca historia en nuestro país, la variedad de funciones que estos profesionales han de desempeñar, la relativa indefinición de algunas de estas funciones, la complejidad de su trabajo y del medio social en el que lo han de desarrollar, etc."*

En el contexto escolar se elaboran una serie de documentos de programación didáctica, con distintos niveles de concreción y que se conocen como: Diseño Curricular Base (DCB), Proyecto Educativo de Centro (PEC) y Programaciones Generales de Aula (PGA). Hechas las transposiciones oportunas en la estructura y organización de la formación especializada de MFyC encontramos: el Programa Formativo de la Especialidad, el Programa de Formación de la Unidad Docente y el Plan Individual de formación.

Éste último hace referencia a la programación que se establece o debería establecerse entre tutor y residente durante el período de formación especializada, y más concretamente al inicio del tercer año de residencia (antiguo programa de la especialidad) y al inicio del primer año de residencia (nuevo programa de la especialidad). Porque una de las principales funciones del tutor de Medicina de Familia es responsabilizarse de la ejecución del programa docente de la especialidad en los

[179] Fernández, J. (1995) El currículo de los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Reflexiones desde la

centros de salud con su residente. Para lo cual, deberá adecuar el cronograma del período formativo a las necesidades y características personales de cada residente mediante la elaboración de un Plan Individual de Formación.

Este "contato de aprendizaje" o Plan Individual de Formación como tal debería ser un documento consensuado que contenga unos mínimos para el tutor y el residente, y que ambos se comprometan a respetar y realizar. Una programación temporalizada y estructurada en base a las competencias profesionales (asistenciales, docentes e investigadoras) que se pretenden adquirir por el residente durante su período de especialización.

No obstante, la realidad es bien distinta. Según un estudio reciente[180], *la forma en que los tutores de AP programan su labor docente está caracterizada por la improvisación y la voluntad individual, no la hacen explícita, ni consensuada.*

2. Ejecución:

Posteriormente al planteamiento, el docente pone en práctica los recursos y métodos didácticos, desarrollándose el proceso de enseñanza. Consiste en concretar el Programa Formativo (de carácter estatal) por las distintas rotaciones (Hospital, Centro de Salud y Servicios de Urgencias) entre el tutor, el residente y/o el resto de colaboradores docentes.

En palabras de Saura y Saturno: *"partiendo de esta sólida base, que es el programa docente, es preciso ponerlo en marcha, tratando de conseguir que se implante y se desarrolle en su aplicación práctica, dentro del trabajo diario y conjuntamente por el tutor y el residente. Pero, para ello, el tutor debe conocer una serie de métodos y estrategias que le permitan desarrollar su labor formativa, ya que si un tutor no ha aprendido cómo debe realizar una tarea o actividad docente, difícilmente la va poder llevar a cabo con el residente. Actualmente esta necesidad es más evidente ante la puesta en marcha de este nuevo programa docente, que según algunas opiniones por su extensión y complejidad es más exigente para los tutores que el anterior"*[181].

pedagogía. *Medifam;* 5 (6): 345-350.

[180] Resultados previos de la primera ronda del cuestionario de "Programación didáctica" desarrollado dentro del método de *Consulta a expertos*. PI030596 *"Análisis del proceso de enseñanza-aprendizaje de los residentes de MFyC al inicio del tercer año de foramción en los Centros de Salud".* (2004-2007) Instituto de Salud Carlos III-FIS.

[181] Saura, J. y Saturno, P.J. (2005): Modelos y estrategias formativas que pueden utilizar los tutores para formar residentes. Tribuna docente (en prensa).

3. Evaluación:

Es la etapa en la que se verifican los resultados obtenidos con la ejecución. Proceso encaminado a valorar el logro de los objetivos y la efectividad de programas profesores y alumnos (es decir, de los resultados de la enseñanza). También puede referirse a la valoración del proceso de formación y/o a las estructuras implicadas en dicho proceso. Según el momento de aplicación, podemos hablar de tres modalidades distintas de evaluación: inicial, continuada y final.

Los objetivos de los sistemas de evaluación del aprendizaje son:

- Valorar el grado de cumplimiento de los objetivos educativos.
- Diagnosticar errores conceptuales, habilidades o actitudes de los alumnos.
- Analizar las causas de un aprendizaje deficiente
- Tomar las medidas correctoras oportunas.

Dichos sistemas de evaluación se pueden clasificar básicamente en dos tipos: los certificativos o sumativos y los formativos o continuados. Ambos son pilares fundamentales sobre los que se debe asentar una docencia de calidad, dado que sin ellos no podemos saber el resultado de las actuaciones formativas ni por tanto modificarlas.

La evaluación sumativa se hace al final del aprendizaje y su fin es acreditar requisitos de titulación o de capacitación profesional. Trata de medir el nivel de formación alcanzado con un examen final o con una prueba de evaluación de la competencia (ECOE). La evaluación formativa, continuada, se hace durante el proceso de aprendizaje y su fin es mejorar la adquisición de conocimientos y actitudes[182].

Coincido con Fernández Sierra cuando afirma que es inútil plantear una evaluación individualizada, en el caso de los MIR, pues ni siquiera podemos hablar de “calificaciones“ como sucede en el sistema educativo. Es necesario extender la evaluación a todo el curriculum y sus elementos, es decir, realizar una evaluación global, buscando estrategias y metodologías adecuadas para la evaluación externa y la autoevaluación de los diversos estamentos que tienen responsabilidad en el diseño y ejecución del curriculum de los MIR de MFyC.

[182] Tutosaus, J.D. (2003) Sistemas de evaluación de los residentes: Rol del tutor en los mismos. *Educación Médica*; 6 (3): 8-10.

Y es que, existen muchos aspectos de la formación que las "evaluaciones institucionales", generalmente de certificación reguladas por las instancias responsables de la formación de residentes, no describen y que son de gran importancia en el binomio enseñanza-aprendizaje.La evaluación etnográfica/formativa frecuentemente usada en pedagogía, proporciona información interesante sobre el desarrollo de los programas formativos y sobre cómo los viven los alumnos (los médicos residentes en este caso).

No obstante, la realidad es que, quitando algunas experiencias aisladas[183], en la formación posgrado de MFyC predomina únicamente la evaluación puramente certificativa/sumativa de los MIR. Es necesario mejorar la evaluación formativa, replantear la necesidad de la evaluación final y mejorar los sistemas de acreditación y reacreditación de servicios y centros de salud.

No obstante, en los últimos años se está llevando a cabo una gran producción científica[184] y se están desarrollando numerosas experiencias[185][186]para intentar introducir el Portafolio Docente como un instrumento de evaluación formativa, longitudinal y global en la residencia de MFyC y como complemento y/o sustituto del Libro del Especialista en Formación (LEF). Esta herramienta consiste en la autoobservación de la propia práctica formativa como residente, la autoevaluación de la misma (reflexión crítica), la identificación de las deficiencias competenciales específicas de cada residente (flexibilidad), el establecimiento creativo de estrategias de autoaprendizaje para mejorar los déficits y la recogida de evidencia (registro material) de todo el proceso helicoidal precedente.

V.5. TIPOS DE APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL: FORMAL E INFORMAL

En el aprendizaje organizacional podemos distinguir entre aprendizaje formal e informal.

[183] Molina, D. (Coord.) (1996) *Evaluación externa de la formación de médicos residentes.* Serie "El médico como docente". SemFYC. Barcelona.

[184] Arnau, J., Torán, P., Cots, J.M., Forés, et al. (2005) *El portafolio catalán de Medicina Familiar y Comunitaria: Una propuesta metodológica como instrumento formativo. Educación Médica;* 8(3): 158.

[185] Proyecto de portafolio evaluativo-formativo estandarizado a través de un trabajo colaborativo en Internet. Aula Virtual de Docencia de la semFYC.

[186] Arnau, J., Torán, P., Cots, J.M., Forés, et al. (2005) Valoración de una prueba piloto para introducir el portafolio como elemento de evaluación formativa en residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Educación Médica*; 8(3): 158.

- **Aprendizaje formal** *("formal learning"):* aprendizaje ofrecido normalmente por un centro de educación o formación, con carácter estructurado (según objetivos didácticos, duración o soporte) y que concluye con una certificación. El aprendizaje formal es intencional desde la perspectiva del alumno.

- **Aprendizaje informal** *("informal learning"):* aprendizaje que se obtiene en las actividades de la vida cotidiana relacionadas con el trabajo, la familia o el ocio. No está estructurado (en objetivos didácticos, duración ni soporte) y normalmente no conduce a una certificación. El aprendizaje informal puede ser intencional pero, en la mayoría de los casos, no lo es (es fortuito o aleatorio).

El aprendizaje informal encierra la flexibilidad, porque la orientación, el lugar y los interlocutores del proceso no se predeterminan de manera rígida. Para ser congruente con la dinámica de la trayectoria de cambio en la organización del proceso y del trabajo, se requiere flexibilidad en la gestión del aprendizaje. No obstante, hay también aspectos estructurales de fondo, que no necesariamente cambian tan rápidamente, como son los procedimientos básicos. El aprendizaje de estos aspectos adquiere dimensiones más formales, sobre todo para aquellos que ingresan por vez primera a la organización o función.

Por tanto, desde la perspectiva de una gestión de aprendizaje rápido y efectivo, la informalidad asegura su éxito, ya que garantiza: la flexibilidad, el bajo costo y el impacto de los esfuerzos de aprendizaje. Los otros aspectos se cubren con el componente formal: lo sistemático del proceso; que se oriente hacia los objetivos de la organización, especialmente la satisfacción de los clientes; y que el proceso incluya a todo el personal. Éste último cada vez más comienza a ser reconocido por las organizaciones como un campo estratégico para las políticas de formación. Como fuente de generación de nuevos conocimientos y desarrollo de competencias del personal, en gran parte porque permite actuar sobre los campos de conocimiento no tangibles, donde el aprendizaje formal no puede incidir o puede hacerlo de manera muy limitada. La actuación va en dos direcciones: el individuo y la organización. Por un lado, impulsar el aprendizaje del personal en el contexto concreto de trabajo y por otro, aglutinar y aprovechar mejor las potencialidades y saberes del personal por parte de la organización[187].

[187] Keep, E. y Rainbird, H. (2000) Towards the Learning Organization? En Bach, S. y Sisson, K. (eds.), *Personnel Management* (third edition), Oxford: Blackwell, 173-194.

El planteamiento o programación, que anteriormente se ha expuesto, no pretende la sustitución del aprendizaje formal por el informal, sino que el último tenga un lugar mucho más explícito que el que tradicionalmente se le ha asignado.

Podemos hablar de tres tipos de aprendizaje distintos en la organización sanitaria como contexto de la formación posgrado de MFyC.

Aprendizaje informal en el servicio:

Constituye el aprendizaje más importante del residente el que se da en la práctica del día a día bajo la supervisión del tutor o colaborador docente. Es generalmente invisible, se aprende haciendo en cada momento o situación. Pertenecería en términos pedagógicos al *"curriculum oculto"* de las instituciones sanitarias. Su gestión es conflictiva y compleja porque sus resultados dependen del contexto.

En este sentido, el proceso no está preparado y es único e irrepetible para cada Residente. En este modalidad, la garantía docente se centra, fundamentalmente, en que el aprendizaje sucede en la práctica pero en un escenario supervisado y, por tanto, de bajo riesgo con incremento progresivo de la responsabilidad del residente. La efectividad real de este aprendizaje en el trabajo radica en la práctica repetida y en los procesos de reflexión, acción e integración teórico-práctica consecuentes, siempre bajo la supervisión y "feedback" del Tutor o colaborador docente.

Aprendizaje formal en el servicio:

Este otro tipo de aprendizaje ocurre también en el propio servicio docente-asistencial del Hospital o del Centro de Salud, pero de forma estructurada e intencionada. Se utiliza una metodología docente determinada (presentación de casos, revisión de historias clínicas, sesiones bibliográficas de artículos). Ello exige el estudio del tema que se trate y sobre todo, la relación y el debate con otros residentes tutorizados por un médico de familia o colaborador docente experto del tema.

Aprendizaje formal en el aula:

Es siempre complementario de los anteriores y constituye el Programa teórico-práctico de la Especialidad de MFyC, unido al resto de actividades formativas

(talleres, seminarios, cursos) que cada Hospital y/o Centro de Salud puede organizar sobre temas clínicos o profesionales.

El Programa ha sufrido numerosas adaptaciones, con el fin de mejorar su efectividad e idoneidad al sistema sanitario y al futuro ejercicio profesional del Médico de Familia. Un fin en sí mismo, de dicha programación, es la utilidad y la aplicabilidad durante la residencia, intentando integrarlo en la programación y secuencia de las rotaciones docente-asistenciales.

V.6. LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA DE MFYC

En este apartado vamos a analizar la formación médica especializada de MFyC siguiendo el siguiente esquema:

- Tipo de formación
- Estructura docente
- Organización docente
- Metodología docente

TIPO DE FORMACIÓN:

En primer lugar, señalar que se trata de una *formación especializada* que comparte elementos con las modalidades de formación ocupacional y formación profesional. Es reglada y orientada a una cualificación laboral y a una formación académica y certificativa que se traduce en una titulación oficial: el título profesional de especialista en MFyC.

Tiene también la consideración de *formación de posgrado,* posterior a la formación pregraduada que constituiría la Licenciatura de Medicina y Cirugía.

Es una *formación en servicio,* que afecta a la prestación de la asistencia, lo que hace que la supervisión y la tutela sea un derecho de los residentes y una responsabilidad irrenunciable de todos los profesionales, de los tutores, de las Unidades Docentes y de la Administración. El “aprender haciendo” constituye la mejor estrategia pedagógica y un estímulo para la auto-formación.

Cuenta con un Programa Oficial de carácter formativo que describe el diseño y desarrollo del curriculum del residente de MFyC. Por lo tanto, es una *docencia curricular*

basada en un *perfil profesional* fijado previamente, y que detalla los conocimientos, habilidades y actitudes deseables para poder conseguir dicho perfil.

Por otro lado, dicho programa estatal determina como criterio que cada residente debe estar adscrito a un tutor, por lo tanto se trata de una actividad *tutorizada*, con el compromiso de que esa tutorización se prolongue y sea efectiva a lo largo de los tres o cuatro años de residencia, es decir que sea *continuada* en ese periodo de tiempo.

Esta relación tutorizada de un residente por cada tutor hace que nos encontremos ante una *formación individualizada*, aunque abierta a la colaboración, cooperación y al multiprofesionalimo. Un carácter individualizado que deriva en una *docencia personalizada*, a fin de adaptarse a las necesidades específicas de cada residente con el propósito de mejorar la calidad docente y los posibles resultados.

Por último, esta formación es también *evaluada* por los mecanismos descritos en el Programa de la Especialidad: certifica a los residentes, acredita a los Centros de Salud docentes y reacredita a los tutores. Y, como hemos señalado líneas más arriba, se están produciendo, en los últimos años, grandes esfuerzos por desarrollar una evaluación continuada de carácter formativo a lo largo de toda la residencia MIR.

En síntesis, y a modo de esquema, la formación del MIR es:

- Especializada: obtención del título de especialista
- En servicio: afecta a la prestación de la asistencia
- Posgraduada: posterior a la estudios de pregrado
- Curricular: adaptada al Programa Formativo
- Competencial: basada en un perfil profesional
- Tutorizada: cada residente adscrito a un tutor
- Continuada: período de residencia (3-4 años)
- Individualizada: relación tutor-residente
- Personalizada: adaptada a cada residente
- Evaluada: certificativa

ESTRUCTURA DOCENTE:

La estructura docente que organiza, evalúa y asume la responsabilidad de la formación de los futuros Médicos de Familia está compuesta por:

- Instituciones Sanitarias dependientes del Sistema Nacional de Salud (*Centros de Salud y Hospitales*)
- *Unidades Docentes de MFyC.*
- *Tutores de AP y otros profesionales sanitarios colaboradores*.

Por tanto, una estructura dependiente de una serie de directrices marcadas desde:

- La Comisión Nacional de la Especialidad y la legislación vigente.
- El Servicio de Salud autonómico.
- La Unidad Docente de MFyC.
- La Comisión de Docencia del Hospital

ORGANIZACIÓN DOCENTE:

Programa Formativo de la Especialidad basado en el perfil profesional del MF con las distintas rotaciones por el Hospital, los Centros de Salud y los S. de Urgencias.

METODOLOGÍA DOCENTE:

- Tutorización
- Autoaprendizaje
- Aprendizaje colaborativo y multiprofesional
- Aprendizaje de campo
- Evaluación sumativa y formativa.

Según la opinión de los expertos[188] y de otros trabajos[189], la formación del especialista en Medicina de Familia ha estado y está profundamente caracterizada por la improvisación, la voluntad individual (tanto de residentes como de tutores) y la observación directa. Expresado en sus mismas palabras: *"Mira lo que hago y si tienes dudas pregunta" y "Haz lo que puedas".* Y lo expresan también los residentes del siguiente modo: *"Yo creo que lo hacen sobre la marcha. Si tu estás con un tutor y llega un paciente, te habla sobre él y te contesta lo que le preguntas".*

[188]Resultados previos de un cuestionario sobre "Programación didáctica" desarrollado dentro del método de Consulta a expertos. PI030596 "Análisis del proceso de enseñanza-aprendizaje de los residentes de MFyC al inicio del tercer año de foramción en los Centros de Salud". (2004-2007) Instituto de Salud Carlos III-FIS.

[189] Saura, J. y Saturno, P.J. (2005): Modelos y estrategias formativas que pueden utilizar los tutores para formar residentes. *Tribuna Docente* (en prensa).

La idea que ha estado presente es que la mera observación de lo que se ve en el contexto profesional, así como la asistencia a pacientes nos está profesionalizando y especializándonos en nuestra profesión. No se ha tenido en cuenta que el medio laboral aunque es el medio ideal para profesionalizar también puede tener un gran poder desprofesionalizador. Porque cada tutor forma al residente según sus capacidades, posibilidades y circunstancias. Enseña lo que sabe y como puede. Una formación autodidacta basada principalmente en la experiencia profesional, personal y docente, adquirida a lo largo del tiempo.

Como señalan Saura y Saturno[190], una capacitación docente de carácter empírico, basada en la repetición de la prueba y el acierto-error en relación a la formación de distintos residentes o a distintas experiencias docentes.

Este modelo formativo se encuentra muy condicionado también por el contexto asistencial de aprendizaje y por la relación tutor/residente que se establece y en la que se ponen en común cuestiones relevantes para su profundización. Estos dos aspectos son desarrollados a continuación.

V.7. LA ORGANIZACIÓN SANITARIA COMO ESCENARIO DE APRENDIZAJE

Partimos de la base de que el lugar en donde se produce el aprendizaje determina y condiciona a éste último. Según el lema "*learnig organization"*[191] la organización y todo lo que tiene que ver con ella (cultura, valores, fines, estructura, agentes, trabajo en equipo…) tiene un componente formativo inherente. Por ello, se destaca la importancia de crear un adecuado clima organizacional.

En el caso de la organización sanitaria, el contexto en que se produce el aprendizaje, hospitales y centros de salud con presencia de pacientes, también es determinante en la formación, generándose multitud de situaciones en que la comunicación tutor-residente y/o de éstos con los pacientes delimita y condiciona la enseñanza-aprendizaje. Por lo tanto, puede decirse que todo aquello que se haga por mejorar la estructura y calidad asistencial redundará a su vez en una mejora de la calidad docente del centro.

[190] Saura, J. y Saturno, P.J. (2005): Modelos y estrategias formativas que pueden utilizar los tutores para formar residentes. *Tribuna Docente* (en prensa).

[191] Thurbin, P.J. (1994) *Implementing the learning organization: the 17 – day programme.* FT Pitman. London.

Otro aspecto íntimamente relacionado con este asunto y que entra en escena es el de compensar la dedicación a la docencia con la labor asistencial (listas de espera, la presión de urgencias, la sobrecarga asistencial o el rigor presupuestario).

En este sentido, aunque la contribución del especialista en formación al trabajo asistencial es la clave de su progreso docente, es preciso proporcionar cierta capacidad de independencia a la estructura docente para que no esté supeditada a la labor asistencial. En otras palabras, si bien uno de los mayores éxitos de la docencia MIR es su integración en el trabajo diario de los distintos Servicios Asistenciales se hace necesario dotarla de una estructura estable, reconocida y aceptada por todos sus miembros. Algunas recomendaciones[192][193] recogidas en este sentido son:

- Dotar a los centros de salud docentes de una organización específica para la docencia con tiempo docente específico, bien delimitado y libre de otras actividades.

- Limitar el número de horas de actividad asistencial que cumplen los médicos internos residentes.

- Aumentar el tiempo real de permanencia del residente en el Centro de Salud y su continuidad.

- Potenciar la supervisión de la calidad de docencia de los hospitales acreditados y crear un sistema de evaluación que sea llevado a cabo, al finalizar el periodo de especialización, por una institución ajena al centro formador.

- Proporcionar a los centros de salud y a las consultas docentes unas mínimas condiciones estructurales (incluyendo la infraestructura) para poder desarrollar adecuadamente sus objetivos y tareas específicas.

Por esta concepción de la formación especializada, el programa docente se encuentra con la necesidad de ajustarse a la propia dinámica de los objetivos asistenciales de las instituciones sanitarias. Los retos relacionados con la eficacia, eficiencia, calidad y equidad de las prestaciones sanitarias, requieren una continua

[192] Saura, J. (2005) Cómo organizar la consulta docente para formar residentes: algunos principios básicos. *Atención Primaria;* 35 (6): 318-324.
[193] Usandizaga, R. (2001) La formación MIR. *Actualidad Obstétrico-Ginecológica;* 13 (5): 173-175.

atención a las demandas y una constante redefinición del proceso asistencial. No es de extrañar, por tanto, que el desarrollo de los programas docentes y los principios que sustentan la formación especializada deban hacer, al mismo tiempo, un esfuerzo para su adaptación a la realidad del sistema sanitario y social[194].

Para ello, es necesario partir de una valoración real de la capacidad docente de cada centro, teniendo en cuenta la realidad asistencial en cuanto a las cargas de trabajo y las fluctuaciones de la demanda, porque sólo así se podría conseguir un entorno asistencial preocupado por la docencia y no supeditado a él. El análisis de situación debe culminar en la elaboración de un documento escrito que refleje la adecuación entre las necesidades asistenciales y la capacidad formativa, y que sea el origen de la oferta docente de la Unidad y un elemento básico en su acreditación[195].

Todos los elementos vistos hasta ahora pueden considerarse elementos necesarios o facilitadotes de la formación en general del personal médico de los hospitales y Centros de Salud y en particular de los residentes. Siendo necesarios, sin embargo, pueden no ser suficientes si no se completa con la creación en el centro de un adecuado ambiente docente.

Este clima de la organización docente[196] debe ser una de las prioridades a desarrollar o facilitar por las direcciones de los Hospitales y Centros de Salud y que puede conseguirse o mejorarse mediante: el trabajo en grupo de los docentes, por ejemplo con reuniones periódicas de tutorización, sesiones clínicas, métodos participativos,…

V.8. LA RELACIÓN TUTOR-RESIDENTE

El tutor de la medicina de familia, los principios y características de la tutoría y la relación tutor- residente constituyen los elementos fundamentales para el desarrollo adecuado de la formación de especialistas.

---

[194] Bestard, J. (2001): Discurso inaugural. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid:* "Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid. 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario "Ramón y Cajal". Agencia Laín Entralgo.

[195] Ver anexos: Requisitos de acreditación del centro integrado en la Unidad Docente.

[196] Fontcuberta, J., García, A.L., Manrique, R. et al (2005): Validación de un cuestionario para la medición del clima de la organización docente en centros de salud docentes. *Educación Médica*; 8 (3): 67.

A lo largo de este trabajo se ha tratado el perfil que debe terner un residente de Medicina de Familia para llegar a ser un buen profesional, pero apenas se ha profundizado en el que debe tener un tutor. En este sentido y de forma genérica, el perfil del tutor abarca tres espacios: profesional, personal y docente.

En relación al carácter profesional, el tutor debe tener conocimientos propios de la materia que va a enseñar y debe estar actualizado. Además, debe ser competente en la realización de una serie habilidades (exploración, entrevista clínica, técnicas de cirugía menor, …) y de actividades preventivas, de diagnóstico y tratamiento, de gestión de los recursos disponibles (farmaceúticos, pruebas complementarias, derivación a la atención especializada, administración del tiempo, etc.).

En cuanto a la vertiente docente es fundamental la formación en metodología docente, un buen conocimiento del funcionamiento del Centro que le permitan establecer relaciones humanas y profesionales que faciliten la coordinación y colaboración docente con otros servicios y el cumplimiento del programa docente. También es importante la permanencia del tutor en el Centro asegurando que se completa todo el ciclo formativo del residente.

Por último, en relación a la dimensión personal del tutor existen una serie de cualidades humanas, en relación a su capacidad de comunicación y de conexión con los residentes. Cualidades que aluden a que sea una persona dialogante, empática, receptiva, asertiva y con capacidad para trabajar en grupo y que van a ser cruciales para su posterior comunicación y relación con los pacientes. En este mismo sentido, es importante también, el apoyo personal que tiene que prestar al residente durante su período de formación. Un apoyo de escucha y comprensión continua a sus valores, opiniones y miedos.

Todas estas características deben ser definidas por la propia Unidad Docente, y tenidas en cuenta en cualquier proceso de acreditación y reacreditación de tutores.

Por tanto, son diversos los roles o funciones que debe desarrollar el tutor[197][198]:

- Como proveedor de información

[197] Harden, R. M. and Crosby, J.R. (2000). The Good Teacher is more than a Lecturer: The Twelve Roles of the Teacher. AMEE Medical Education Guide nº 20. *Medical Teacher,* 22(4): 334-347.
[198] Pales, J. y Gual, A. (2004) *Recursos educativos en Ciencias de la Salud. Educación Médica;* 7 (1): 4-9.

- Como modelo para el residente
- Como facilitador del aprendizaje
- Como aprendiz del residente
- Como planificador
- Como gestor de recursos
- Como generador de recursos docentes
- Como evaluador

1. El tutor como proveedor de información:

Tradicionalmente el residente espera que se le enseñe y cree que la responsabilidad del tutor es transmitirle información, conocimientos y comprensión de un tema determinado. Este nos lleva al tradicional papel del profesor como proveedor de información en el contexto de una clase magistral. El profesor es visto como un experto en conocimientos en su campo y que transmite este conocimiento a través de la palabra.

2. El tutor como modelo para el residente:

La importancia del tutor como modelo profesional y docente está bien documentada. Los residentes en muchos casos aprenden por observación e imitación del tutor y lo hacen sobre todo no de lo que él dice sino de lo que hace y como lo hace. El modelo que da el tutor es el mejor sistema de transmitir valores, actitudes y patrones de razonamiento y de conducta de los residentes.

3. El tutor como facilitador de aprendizaje:

El tutor debe potenciar la autonomía del residente, es decir, partiendo del conocimiento, de las expectativas, aptitudes, carencias, cualidades del residente, tiene que ayudarle a aprender. El tutor acompaña al residente, le hace tener confianza en sus capacidades, le muestra sus errores y le ayuda a resolver sus problemas. Pero además, desde esta perspectiva, el tutor se convierte a su vez en *aprendiz,* pues siempre aprende tanto en conocimientos como en metodología de docencia y madurez tanto personal como profesional[199].

[199] Garrido, A. (2005) Tutoría y supervisión de la formación de especialistas sanitarios: perfil, funciones, acreditación y reconocimiento. Perspectiva del Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid:* "Situación actual y perspectivas de futuro

4. El tutor como planificador:

El tutor debe implicarse en los procesos de diseño y desarrollo del Plan Individual del Residente como concreción del Programa Formativo de la Especialidad.

5. El tutor como generador de recursos docentes:

El papel del tutor como generador de materiales docentes y de nuevos ambientes de aprendizaje ofrece grandes posibilidades en este tipo de estrategia formativa centrada en todo momento en el residente. Por otra parte, es importante que los tutores sean capaces no sólo de generar nuevos recursos, sino también de adaptar los existentes a sus necesidades

6. El tutor como evaluador:

El tutor como evaluador del residente, del programa y de sí mismo. Como evaluador del residente supervisa su trabajo y lo valora identificando los aspectos que hay que mejorar y reconociendo e incentivando las áreas en las que destaque. Hacer también un seguimiento y una evaluación de la eficacia del programa y del curriculum seguido. Por último, la autoevaluación del tutor debe ser considerada también como una parte integral de sus obligaciones docentes, reconociendo así su responsabilidad para evaluar su propio rendimiento.

Por otro lado, si la formación de especialistas en MFyC se encuentra muy condicionada por la relación tutor-residente que se establezca, una gran importancia adquieren en este sentido las expectativas de uno y otro**.**

En este sentido, se han realizado diversas encuestas[200] y trabajos[201] con el propósito de conocer la opinión de los residentes de MFyC sobre los estilos de relación docente entre tutores y residentes, que arrojan los siguientes resultados y expresiones más generalizadas:

en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid. 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario "Ramón y Cajal". Agencia Laín Entralgo.

[200] López, A., Baeza, J.M. y Lebrato, R.M. (2000) ¿Qué esperan de sus tutores los residentes de medicina de familia? Una aproximación cualitativa. *Atención Primaria;* 26 (6): 362-367.

[201] Fernández, J., Garijo, Y. y Sánchez, F.J. (2005) Análisis preliminar de expectativas sentidas al inicio del proceso formativo de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia. Una aproximación con grupos de discusión. *Comunicación: II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud.* Madrid.

- Confianza del tutor en el trabajo del residente (responsabilidad conferida para toma de decisiones de forma progresiva): *"Yo quiero sentir la confianza de mi tutor"; "que tenga confianza en mí… me permitiría tomar decisiones con libertad".*

- Intercambio de opiniones entre ambos en condiciones de igualdad. *"El tutor no debe ir de jefe; en este caso, la relación…,imposible"* ; *"no deben actuar como si fuesen los que saben todas las cosas".*

- Disposición y presencia del tutor para colaborar y solucionar los problemas que se le puedan presentar al residente durante su período formativo: *"Me preocupa que lo necesite y que no esté"; "no es preciso que lo vea, pero he de sentir que estará ahí cuando lo necesite".*

- Intervenir en la planificación de su formación: *"Sería importante tener reuniones períodicas para planificar temas concretos"; "la relación con él debe facilitar que podamos compartir los temas que desconozcamos".*

- Participar en las decisiones clínicas y organizativas de la consulta del tutor. *"Necesito sentir que compartimos los enfermos"; "es muy importante para mí poder compartir la consulta con él como si fuera mía".*

- Que refuerce sus debilidades y que estimule sus fortalezas a nivel personal y clínico: *"Siempre hay cosas que uno desconoce, pero ese no es el problema, más importante es la organización de la cosulta"; "ha de ser sincero, si me equivoco… me lo tiene que decir".*

Por otro lado, se han llevado a cabo también distintos trabajos[202][203] con el propósito de conocer las cualidades más valoradas en un residente por los tutores de MFyC:

- En relación al cáracter personal y humano del residente: se destacan dos asuntos, su interés y motivación por el trabajo y su actitud y sistema de valores (sinceridad, respeto, diálogo, confianza, …): *"que le guste lo que hace, la medicina de familia"; "que tenga cualidades humanas"*

[202] Sesma, R., Saura, J. y Fernández, J. (2002) Cualidades más valoradas en un residente por los tutores de una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. *Medifam*; 12 (5):326-332.

[203] Fernández, J., Garijo, Y. y Sánchez, F.J. (2005) Análisis preliminar de expectativas sentidas al inicio del proceso formativo de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia. Una aproximación con grupos de discusión. *Comunicación*: II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud. Madrid.

- En relación a la cualificación clínica: *"que tenga los conocimientos clínicos suficientes", "que sea capaz de estudiar para resolver los casos que se planteen en la consulta".*

- En relación a la capacitación docente: *"que tenga interés por aprender"; "que le guste la lectura científica".*

- En la relación tutor-residente: "que haya empatía", "que el residente sea capaz de preguntar sus dudas".

A pesar de que estemos en el terreno de lo opinable, las cualidades y expectativas manifestadas por unos y otros parecen muy razonables y fácilmente armonizables. El trabajo sobre las expectativas permite, de un lado, medir el conjunto de necesidades, deseos y realidades a obtener a lo largo de un periodo de tiempo por los agentes implicados en la formación y de otro lado, conocer los pro y los contra de una relación que aunque parezca corta en el tiempo es en el fondo muy profunda y de esperar satisfactoria para el poliédrico mundo de la docencia de la residencia[204].

PROPUESTAS DE MEJORA

Este apartado incluye una serie de recomendaciones realizadas desde un punto de vista educativo de este trabajo a la mejora del sistema de formación especializada de MFyC. Las aportaciones pedagógicas se estructuran en distintos niveles de actuación:

A nivel estatal (Administraciones de Sanidad y Educación y Comisión Nacional)

- Valorar y reconocer al sistema MIR como un pilar fundamental en la mejora de calidad del sistema sanitario español.
- Mejorar regulación, concreción y control en las condiciones de acreditación y de desarrollo de los requisitos y obligaciones docentes, con el fin de que se garantice el cumplimiento del contrato docente y una cierta homogeneidad en la formación alcanzada.
- Modificar y mejorar el sistema de evaluación de los residentes. Modificación que se plantea en la línea de profundizar en los sistemas de evaluación continuada
- Reconocer e incentivar de la participación docente de los tutores.

A nivel de los órganos de gestión de los centros (Gerencias, Coordinadores,…)

- Considerar la docencia postgrado como objetivo de primer orden para la institución, componente principal del contrato social de la misma con la comunidad y motivo de prestigio para la institución y sus profesionales.
- Cumplir el programa docente desde de la institución y no modificarlo por necesidades asistenciales.
- Considerar el tiempo dedicado a la docencia como tiempo productivo.

[204] Instrumento: *Cómo valorar las expectativas entre residente y tutor durante el proceso de formación en la residencia de MFyC.* Serie: Recursos Docentes. Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

A nivel de los responsables docentes de los centros (Unidad Docente):

- Elaborar protocolos docentes, entendidos como la adaptación del desarrollo de los Programa Docente a los respectivos servicios y unidades.
- Elaborar, por parte de los tutores, programas individualizados para cada residente, que deben entregarse al interesado, a la Unidad Docente y a la Comisión Docente.
- Participar en el proceso de evaluación continuada de los residentes, y asimismo facilitar que los residentes pongan en marcha un proceso de autoevaluación de la Unidad.
- Elaborar en cada Unidad Docente una memoria anual y una formulación de objetivos docentes para el nuevo año, en cuyas confecciones se debe recoger la opinión de los residentes.

A nivel de los tutores de MFyC:

- Participar en el proceso de evaluación continuada de los residentes, y asimismo facilitar que los residentes pongan en marcha un proceso de autoevaluación de la Unidad.
- Tratar de conocer personalmente al residente, de una forma básica, de acuerdo a las necesidades que tiene el tutor para intentar ayudarlo a su formación.
- Conocer sus expectativas formativas y personales.
- Identificar sus fortalezas y sus debilidades desde el punto de vista profesional.
- Establecer unos objetivos específicos de formación dentro de los objetivos que marca el programa docente.
- Elaborar y pactar con el residente una programación formativa o Plan de Formación Individualizado, para llevar a cabo en su periodo de residencia.
- Llevar a cabo actividades y tareas docentes incluidas dentro de su proceso formativo.
- Evaluación continuada.
- Identificación de problemas y dificultades.

- Explicación de las mismas.
- Propuesta y puesta en marcha de medidas correctoras.

Para concluir, decir que es preciso conducir el potencial docente de la formación especializada hacia la excelencia, mediante un proceso de aprendizaje más deliberativo que reúna unas características básicas:

- Que sea *Democrático:* los residentes, tutores y otros implicados en el sistema, deben participar, impulsar y evaluar los contenidos y el proceso de aprendizaje.
- Que sea *Colegiado:* los residentes, tutores, etc. deben constituir comunidades críticas de aprendizaje, de innovación y de mejora de la calidad.
- Debe ser *Equitativo:* intentando que todos los residentes en formación tengan las mismas oportunidades de aprendizaje y un reparto de recursos docentes igualitario.
- *Solidario:* propiciando una especial atención a los escenarios de aprendizaje y los participantes que más lo necesiten.
- *Seguro y satisfactorio* para los profesionales (teniendo en cuenta la especificidad de cada residente y de cada tutor), los usuarios (teniendo en cuenta su necesaria implicación y sus necesidades y demandas específicas) y las instituciones (ayudándoles a conseguir los objetivos que tienen encomendados).

LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Todo proceso de investigación suscita nuevos problemas e interrogantes y por lo tanto, es fuente y apertura de nuevas líneas de investigación. En este caso concreto, las propuestas para futuros trabajos que se sugieren tienen relación con la programación didáctica que se establece entre tutor y residente al inicio de su período de residencia en el Centro de Salud.

La investigación también habría de ir a buscar las relaciones entre calidad de enseñanza y resultados de aprendizaje, que permitieran orientar la formación de tutores y los procesos de acreditación y reacreditación para esta tarea. En este sentido, sería conveniente seguir profundizando en la tutorización, en relación a como piensa y actúa un tutor/a a través de diarios personales, grupos de discusión, observación, entrevistas (por ej. de incidentes críticos), etc. que diera más pistas sobre la vivencia de esta tarea, sobre la excelencia, sobre como se fomenta el aprendizaje reflexivo...

ANEXO I

CRITERIOS PARA LA REALIZACION DE "EVALUACIÓN DE ROTACIÓN" DEL/A RESIDENTE

A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

1.- Nivel de conocimientos teóricos adquiridos:

0 Muy escasos, sus pocos conocimientos le impiden efectuar razonamientos clínico-prácticos válidos; no parece comprender mucho lo que estudia o lee. O bien en apariencia, no suele estudiar o leer

1 Limitados pero suficientes para desempeñar la actividad profesional.

2 Adecuados que le permiten una buena práctica profesional.

3 Excelentes, es brillante.

2.- Nivel de habilidades adquiridas:

0 No parece capaz de aprender muchas de las destrezas propias de la especialidad

1 Se adiestra con alguna dificultad, lentamente, pero lo consigue

2 Se adiestra a buen ritmo, de acuerdo a los objetivos señalados en su programa de formación.

3 Excelente ritmo y calidad de los adiestramientos

3.- Habilidad en el enfoque diagnóstico o de los problemas:

0 No muestra ningún criterio razonable a la hora de realizar el enfoque diagnóstico o de los problemas.

1 Refiere criterios razonables, ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones habitualmente elige el criterio adecuado.

2 Ante varias opciones diagnósticas o posibles soluciones casi siempre elige la correcta, con unos criterios total y adecuadamente razonados.

3 Siempre elige la hipótesis más razonable en términos prácticos, completamente adecuada a la realidad. Capaz de considerar hipótesis sofisticadas pero razonables. Capacidad de enfoque diagnóstico excelente.

4.- Capacidad para tomar decisiones:

0 Toma decisiones precipitadas que conducen a un error, o no toma decisiones nunca, siempre espera que alguien las asuma.

1 No suele asumir decisiones de cierto riesgo, aunque sus conocimientos se lo permitan.

2 Adopta decisiones adecuadas a su nivel de conocimientos, y suelen ser correctas

3 Toma decisiones con rapidez y la mejor para su nivel de conocimientos. Conoce sus limitaciones y evita decisiones que sabe que le sobrepasan. Decisiones en ocasiones intuitivas pero exitosas.

5.- Utilización racional de los recursos:

0 Realiza gran número de exploraciones o tratamientos sin justificación.

1 El proceso de utilización de recursos es ligeramente desajustado. A veces sugiere exploraciones o tratamientos de baja utilidad para el caso.

2 Planea el empleo de recursos de forma habitualmente correcta.

3 Piensa siempre en términos de eficiencia: la exploración o tratamiento decisivos entre los menos arriesgados o menos caros.

B.- ACTITUDES:

1.- Motivación:

a) Muestra interés por el paciente y entorno, realizando -si es posible- la historia clínica del paciente de primer día de una forma adecuada.

b) Estudia los casos clínicos actualizando los conocimientos científicos y colabora voluntariamente -si es posible- en el mantenimiento al día de las historias clínicas de forma detallada.

c) Valora con otros profesionales el significado de ciertos resultados o la evolución de los enfermos (intentando obtener el máximo rendimiento).

0 No cumple ninguno de los apartados **2** Cumple el criterio a) y b)
1 Cumple el criterio a). **3** Cumple los tres criterios

2.- Dedicación: Tiempo de dedicación a las labores asistenciales encomendadas (guardias excluidas):

0 El tiempo de dedicación a las actividades del Servicio es escaso.

1 Dedica el tiempo justo a las actividades del Servicio, pero le permite alcanzar los objetivos docentes.

2 Su dedicación a las labores del Servicio es la adecuada, permitiéndole alcanzar los objetivos docentes de forma destacada.

3 No sólo tiene una dedicación excepcional, sino que profundiza en el conocimiento de la patología de los pacientes y en otras actividades del Servicio.

3.- Iniciativa:

0 Realiza las actividades específicas de la rotación siempre a demanda del tutor.

1 Realiza las actividades de la rotación habitualmente por propia iniciativa sin necesidad de requerírselo

2 Propone con frecuencia al tutor actividades clínicas, docentes y de investigación sin ser requerido para ello.

3 Propone y dinamiza la puesta en marcha de actividades asistenciales, docentes y de investigación al resto del equipo.

4.- Puntualidad-Asistencia a las diversas actividades y Nivel de responsabilidad.-

Cumple el horario normal de trabajo y asume la responsabilidad necesaria ante el paciente

0 Nunca o casi nunca.

1 Habitualmente.

2 Siempre.

3 Dedicación horaria por encima de su jornada laboral. Alto nivel de responsabilidad.

5.- Relaciones paciente / familia. Se refiere a situaciones consecuencia de las del Residente.

0 Mantiene una actitud distante, indiferente que genera a veces conflictos innecesarios; suele ser persona no grata a familiares y pacientes.

1 Habitualmente tiene una actitud algo distante e indiferente, sin propiciar relaciones más fluida, pero no suele ocasionar conflictos innecesarios.

2 Las relaciones son correctas, por lo general las relaciones son fluidas.

3 El Residente conecta perfectamente con las familias y los pacientes, es tolerante, toma interés por sus problemas personales y sociales, y dedica tiempo extra a discutir aspectos médicos y otras preocupaciones en el entorno familia/paciente.

6.- Relaciones con el equipo de trabajo:

0 Muestra una total indiferencia ante los problemas y/o decisiones del equipo. No participa en las actividades del Equipo (reuniones, sesiones...).

1 Ocasionalmente es poco tolerante o muestra una cierta indiferencia ante determinados problemas y/o decisiones del equipo. Participa pasivo en actividades con poco interés.

2 Relaciones adecuadas. Toma interés ante los problemas y/o decisiones del equipo. Participa en las actividades del Equipo con interés.

3 Relaciones amigables. Toma interés y participa activamente en los problemas, actividades, decisiones e iniciativas que implican al equipo. Totalmente integrado.

ANEXO II

EVALUACION DE RESIDENTES POR LOS TUTORES EN SU ÚLTIMO AÑO DE ROTACION

EVALUACION CONTINUADA POR PUNTUACION

APARTADOS EN LOS QUE SE PUNTUA

- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES
  - CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS
  - HABILIDADES ADQUIRIDAS
  - ENFOQUE DIAGNOSTICO DE LOS PROBLEMAS
  - CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES
  - UTILIZACION RACIONAL DE LOS RECURSOS
- ACTITUDES
  - MOTIVACION
  - DEDICACION
  - INICIATIVA
  - PUNTUALIDAD
  - RELACIONES PACIENTE FAMILIA
  - RELACIONES CON EL EQUIPO DE TRABAJO

ASPECTOS ETICOS

DERECHO DEL RESIDENTE

- EVALUACION FINAL VERSUS EVALUACION CONTINUADA
- EVALUACION EN EL PROCESO Y EN LA PRACTICA VERSUS A PRUEBA OBJETIVA

NORMAS

DIFICULTADES

- USO FINAL
  - LA CALIFICACION FINAL "SOLO" SE VERÁ REFLEJADA EN EL LIBRO DEL RESIDENTE.
- COMPARABILIDAD DE LA EVALUACIONES:
  - ENTRE LOS TUTORES
  - ENTRE LOS EQUIPOS
  - ENTRE LAS UNIDADES DOCENTES

HERRAMIENTAS PARA MEJORAR LA COMPARABILIDAD EN LA EVALUACION POR PUNTUACION.

CRITERIOS DE PUNTUACION EXPLICADOS
HOMOGENIZACIÓN-TRIANGULACIÓN
LIMITACIÓN AL 20% DE EXCELENTES

EVALUACION COMPLEMENTARIA A LA PUNTUACION

INFORME DEL TUTOR

JUNTA DE EVALUACION POR LOS TUTORES

ES LA FORMA QUE SE PROPONE DESDE LA U.D. PARA HACER UNA EVALUACION MÁS HOMOGÉNEA DE LOS RESIDENTES. AYUDA A LOS TUTORES.

PARTICIPANTES:

TODOS LOS TUTORES DEL CENTRO DE SALUD DOCENTE

METODOLOGÍA:

1.- EXPLICACION DE CRITERIOS DISCRIMINADORES DE LA PUNTUACIÓN
2.- CADA TUTOR PROPONE-EXPLICA LA EVALUACION DE SU RESIDENTE
3.- DEBATE - ACUERDO
4.- CADA TUTOR PUNTÚA A SU RESIDENTE

EXPLICACIÓN GENERAL DE PUNTUACIONES:

INACEPTABLE = 0
NO DEMASIADO BUENO PERO SUFICIENTE = 1
SE APLICA, CRECE BIEN COMO PROFESIONAL, DE LA FORMA ESPERADA = 2
SOBRESALE, DIGNO DE ADMIRACIÓN = 3

MEDIA DEL RESIDENTE= 2

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
U. .D. M. F. Y C.

EVALUACION ROTACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRE		
NACIONALIDAD	DNI/PASAPORTE	
CENTRO		
TITULACION MÉDICO	ESPECIALIDAD M.F. Y C.	AÑO RESIDENCIA 1º
TUTOR		

ROTACION

CONTENIDO	DURACIÓN
UNIDAD	CENTRO
JEFE DE LA UNIDAD ASISTENCIAL	

EVALUACIÓN CONTINUADA

A.-CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACIÓN (1)
NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEÓRICOS ADQUIRIDOS	
NIVEL DE HABILIDADES ADQUIRIDAS	
HABILIDAD EN EL ENFOQUE DIAGNÓSTICO	
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	
UTILIZACIÓN RACIONAL DE RECURSOS	
MEDIA (A)	

B.-ACTITUDES	CALIFICACIÓN (1)
MOTIVACIÓN	
DEDICACIÓN	
INICIATIVA	
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA	
NIVEL DE RESPONSABILIDAD	
RELACIONES PACIENTE/FAMILIA	
RELACIONES EQUIPO DE TRABAJO	
MEDIA(B)	

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN CONTINUADA
(70 % a + 30 % B)

CALIFICACIÓN (1)	CAUSA NEG. (3)

En _____ a _____ de _____ de 200__

VISTO BUENO: EL JEFE DE LA UNIDAD EL TUTOR

Fdo:_____ Fdo:_____