

AULA DOCENTE

MESA-DEBATE 1

Formando a los médicos de familia en lo menos clínico

Moderador:

F. Pablo Cerezuela

Médico de familia. Técnico de Salud de la Unidad Docente de MFyC de Zaragoza.

Ponentes:

A. Planes Magriña

Médico de familia. Director del Servicio de Atención Primaria de Osona, Cataluña.

A. Sobrino López

Médico de familia. Doctora en Medicina. Centro de Salud Dávila, Santander. Servicio Cántabro de Salud.

A. Zenarutzabeitia Pikatza

Médico de familia. Técnica de Salud de la Unidad Docente de MFyC de Bizkaia. Vocal de Docencia de Osatzen. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Atención Familiar de semFYC.

M. Soler Torroja

Médico de familia. Centro de Salud Profesor Jesús Marín, Molina de Segura (Murcia). Coordinador del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la semFYC (PACAP).

Presentación

F.J. Pablo Cerezuela

El nuevo Programa de la especialidad publicado en el BOE el 3 de mayo de 2005 presenta “unos contenidos que se adecuan a las necesidades actuales y futuras de la atención primaria de Salud, adaptando los periodos de rotación a los niveles de competencia que requiere el perfil profesional del Médico de Familia de una forma flexible e individualizada, estableciendo estándares mínimos, deseables y máximos en los objetivos de aprendizaje y posibilitando la evaluación de todo el proceso a fin de garantizar su calidad”.

El Programa desarrolla cinco áreas competenciales:

1. Las esenciales:

- Comunicación.
- Razonamiento clínico.
- Gestión de la atención.
- Bioética.

2. Las relacionadas con la atención al individuo.

3. Las que tienen relación con atención a la familia.

4. Las relacionadas con la atención a la comunidad.

5. Las relacionadas con la formación continuada y la investigación.

El Programa presenta un capítulo muy novedoso, útil y necesario. Define el perfil profesional del médico de familia y lo hace teniendo en cuenta esas cinco áreas competenciales citadas anteriormente.

Además incluye una definición de lo que deben de ser los *valores profesionales* que debe de tener el Médico de Familia. Valores que los define en relación al:

- Compromiso con las personas.
- Compromiso social.
- Compromiso con la mejora continua.
- Compromiso con la propia especialidad y con la formación de nuevos profesionales.
- Compromiso ético.

Todas las competencias y valores que quedan reflejados en el Programa se “enseñan” de forma más o menos clásica en los programas teórico-prácticos que las diferentes unidades docentes y servicios de formación tienen establecidos. Pero en muchos de los casos no existe una “estandarización” de la formación. Esta mesa quiere bucear y profundizar en esos aspectos mas “complicados de enseñar a los médicos de familia.

Para ello insistiremos solamente en cuatro de los aspectos más importantes. El primero de ellos hace referencia a la trasmisión de los valores profesionales que todos debemos de tener, como somos conscientes de ellos y como podemos hacérselos presentes en su periodo formativo a los residentes. Muchos entendemos que esta trasmisión es la que deja mas huella en la formación de los residentes y en el recuerdo de sus tutores.

El segundo hace referencia a la trasmisión de la formación en comunicación clínica y por tanto en la relación medico-paciente.

El tercero de los aspectos aborda las ideas y formas de abordar la formación en la atención comunitaria, aspecto que da nombre a la especialidad pero que, según refleja el análisis de las memorias de las Unidades Docentes, es el aspecto mas “duro” y difícil y por tanto menos trabajado en las Unidades docentes. Posiblemente también sea la parte de nuestro perfil profesional que menos desarrollamos en la práctica real.

El ultimo de los aspectos que se abordan es la forma de hacer llegar a los residentes las competencias que tienen que ver con la atención a la familia, para mostrarles la importancia de la familia como contexto donde se desarrolla nuestro paciente y para identificar un recurso imprescindible en el abordaje de los problemas de salud de nuestros pacientes.

Todos que han pasado por el periodo de formación via MIR “olvidan” rápidamente los contenidos teóricos clínicos que les han aportado sus tutores. Muchas veces porque la velocidad con la que cambian las ciencias médicas nos hace tener que buscar otros recursos mas clásicos, cursos, revistas, libros, Internet, etc. En cambio todos pueden recordar al cabo de mucho tiempo lo que sus tutores, unidades docentes y compañeros les han aportado en la formación de lo menos clásico y que han incorporado a su practica diaria.

Formando en valores: el mejor programa de formación sigue siendo el buen ejemplo

A. Planes Magriña

Los valores no se aprenden, en todo caso se aprehenden, se transmiten, se interiorizan.

Transmitir valores no es sólo una obligación profesional, docente, es también una inmensa inversión en el futuro del residente en formación: supone darle MORAL (1), transmitirle un bagaje profesional que le permitirá ejercer con satisfacción a pesar de los pesares... Un residente técnicamente perfecto pero sin moral es un futuro médico de familia desgraciado; un residente imperfecto desde el punto de vista técnico, pero con moral, es un proyecto de excelente médico de familia feliz.

(1) “Por eso yo prefiero que el lector lo entienda por lo que significa, no en la contraposición moral-inmoral, sino en el sentido que adquiere cuando alguien se dice que está desmoralizado... Hoy la moral es un artículo de primera necesidad, precisamente porque nuestras “sociedades avanzadas”, con todo su avance, están profundamente desmoralizadas: cualquier reto nos desborda” Cortina, A. El quehacer ético, guía para la educación moral. Madrid: Santillana, 1996.

**TABLA
1**

Valores	
Situación	Comentarios
Dedicación	
Una demanda inesperada	Priorizar la atención por encima del rígido cumplimiento del horario o de la asistencia a una reunión, o de la dedicación a un trabajo de investigación.
Respeto	
En la consulta cotidiana	Trato respetuoso. Preguntar siempre sobre si desea que hagamos determinada actuación. No comentar las enfermedades a los familiares.
En las sesiones de equipo	No comentar nunca el nombre del paciente si no es imprescindible para que lo atienda otro compañero.
En el mostrador	Adoptar medidas de confidencialidad
En la interconsulta	
Respecto a los residentes	Anuncio explícito en el centro. Posibilidad de escoger. Evitar entradas y salidas de profesionales en la consulta.
Con los compañeros	Mostrarse tozudamente indispuesto a comentar nada que tenga que ver con la salud del resto de compañeros
Proximidad	
En la consulta cotidiana	No rechazar la atención a las emociones del paciente. Mostrarse atento a sus consideraciones y no despreciarlas peyorativamente ante el residente.
Lealtad	
En la consulta cotidiana	Ser sincero con el paciente, admitir las limitaciones del conocimiento médico, no considerar "tiempo perdido" el que dedicamos a hacerle partícipe de lo que le ocurre. Ser respetuoso con sus decisiones, no abandonarle porque "no nos hace caso".
Prudencia	
Al proponer una pauta	Evitar recomendaciones no probadas (preventivas, terapéuticas), no introducir fácilmente en nuestro uso cotidiano fármacos de reciente aparición.
Equidad	
En el uso del tiempo	Mostrar a los pacientes la necesidad de atender a otros, sin permitir prebendas a aquellos que más exigen y asegurando un tiempo adecuado a quienes más necesitan.
Honradez	
Ante el paciente	Admitir nuestras limitaciones y errores. Normalizar la consulta con otros compañeros, o documental (libros, Internet, etc.), incluso ante el paciente.
Ante los laboratorios	Evitar toda relación que pueda influir en nuestra práctica. Valorar nuestra independencia como esencial.
Ante los directivos	Aun manteniendo la necesaria lealtad institucional, no admitir pautas de actuación que puedan menoscabar nuestro trabajo clínico o la lealtad a nuestros pacientes.

Si bien podemos diseñar actividades docentes regladas encaminadas a explicitar los valores profesionales del médico de familia, o a hacer reflexionar sobre ellos, lo esencial para un residente será "aprehender" (2) de su tutor, del conjunto del equipo donde se forma, los valores que estos profesionales tienen interiorizados. En este caso el "ejemplo" va a ser, como en el terreno de las actitudes en general, esencial.

Los valores del tutor (o de otros profesionales del equipo) son los que el residente puede "aprehender". Difícilmente podremos formar en unos valores que no tenemos, que no compartimos, que no ponemos en práctica. Y, ¿cuáles son nuestros valores profesionales...? ¿Qué queremos transmitir...? Los valores que apliquemos en la propia relación con el residente (tratarle con respeto, aceptar y promover su autonomía, evitar usar datos confidenciales que conozcamos, etc.) serán claves para transmitirlos.

Por tanto podríamos decir que para formar en valores debemos, ante todo, ¡tenerlos! Será conveniente un proceso personal (o en grupo) para ponerlos de manifiesto, compartílos, describílos... Y, con fines docentes, será muy interesante pensar, relacionar, discutir, compartir con el resto del equipo, aquellas situaciones cotidianas en las que se manifiestan nuestros valores profesionales de forma más patente, aquellas situaciones "clave" en que nuestra actitud ejemplar puede ser importante desde el punto docente; aquellas situaciones cuyo análisis con el residente puede ser formativo. Nuestro ejemplo como tutores, especialmente en las situaciones "clave", será crucial. Podemos ayudarnos en actividades formales que profundicen en el ejercicio de actitudes positivas relacionadas con los valores que queremos transmitir:

- Discusión de casos en las sesiones de equipo centrados no en los aspectos clínicos sino en las actitudes éticas relacionadas con el caso.

- Revisar, en sesiones específicas, las actitudes éticas ante situaciones relacionadas con el ejercicio clínico, como por ejemplo: lo complicado que puede llegar a ser compartir consulta, la escasez de tiempo, el uso de códigos para entrar en información clínica informatizada, la actitud ante las actividades preventivas y el respeto a la autonomía del paciente, etc.

- Revisar, en sesiones específicas, las actitudes éticas ante situaciones no directamente relacionadas con el ejercicio clínico, como por ejemplo: las auditorias de nuestro propio trabajo, la realización de trabajos de investigación, etc.

En la tabla 1 aparecen algunos valores (3) y situaciones "clave" a modo de ejemplos.

Formando en competencias esenciales y básicas: comunicación clínica y relación asistencial

A. Sobrino López

En una frase que recuerda las enseñanzas de Pitágoras respecto a la educación, Aurelio Arteta¹ dice que "la admiración moral es una emoción nacida del deseo de emular la excelencia ajena, fruto de la educación de los sentimientos y de la puesta en práctica de las estrategias así aprendidas para superar las pruebas de la vida".

La enseñanza/aprendizaje de lo no clínico en los médicos plantea a la organización sanitaria asistencial y docente, a los profesores y tutores y a los discentes, unos retos que no estarían alejados de conseguir esta excelencia a la que Arteta se refiere, en la que los jóvenes médicos pudieran admirar e imitar la conducta de sus sabios mentores.

Si nos referimos, dentro de lo no clínico, y más concretamente a la enseñanza de la comunicación y la relación con el paciente, aunque podemos decir lo mismo de las otras áreas esenciales, sabemos que ello constituye una materia clave para la práctica médica en general y para la medicina de familia en particular, ya que una mala calidad de la relación médico-paciente, aleja a los futuros médicos Atención Primaria de los actuales estándares éticos, basados en que los fines de la Medicina son a la vez la curación de la enfermedad y el alivio y consuelo del sufrimiento de los enfermos^{2,3}.

(2) 1.tr. Coger, asir, prender a una persona o cosa, especialmente una mercancía ilegal: la policía ha aprehendido un alijo de cocaína. 2. Asimilar inmediatamente, llegar a entender: no consigo aprehender las explicaciones del profesor de matemáticas. Diccionario de la lengua española © 2005 Espasa-Calpe S.A., Madrid.

(3) He usado como guía los valores explicitados en "El meu compromís com a metge/essa de família" de la camfic", accesible en: http://80.80.88.51/Camfic_Compomis/

Algunos autores⁴, coinciden en resaltar la importancia que tiene la organización (sus valores, sus objetivos, sus métodos) para adquirir formación en determinadas áreas. Sabemos que los médicos pueden cambiar su comportamiento e incorporar conductas adecuadas a las competencias que deben adquirir, para responder a su perfil profesional, por una combinación de factores: un tercio por la *formación médica*, otro tercio por la *organización en la que trabajan y/o se forman*, y el tercio restante depende de *las relaciones con los colegas* y la influencia de estos como modelo de conducta. La relación del estudiante/residente con *los tutores* durante su periodo de aprendizaje es por tanto vital, por la cantidad de tiempo, situaciones, emociones y actividades que comparten.

Respecto a la influencia de la formación médica en general y a la evaluación del impacto de una medida educativa en comunicación clínica, son escasos los trabajos sobre educación médica en general y sobre educación en comunicación clínica publicados en revistas médicas de interés general. Este hecho representa un inconveniente para la difusión de las ideas educativas innovadoras que han sido eficaces, retrasándose la incorporación de guías, planes y evaluaciones de actividades docentes a la formación académica y de postgrado que mantiene, en muchos casos, estilos y métodos docentes obsoletos⁴.

Los métodos docentes, con feed back reglado y personalizado ó en pequeños grupos con monitores entrenados en enseñanza centrada en el que aprende y educación emocional, están escasamente introducidos en la práctica en el ámbito de la educación médica en España, en postgrado y sobre todo en pregrado, a pesar de estar incluidos, al menos en teoría, en la mayoría de los programas y planes educativos, quedándose más en una intención de algunos docentes, aunque algunos lo consiguen, que tienen dificultades para pasar a la acción de su práctica docente, en parte por la tradición de la formación médica y los modelos aprendidos de enseñanza centrada en los docentes, basada en clases magistrales y conferencias. El paso a la práctica de la enseñanza de adultos exige un profundo cambio en los profesores y docentes.

Los métodos de enseñanza/aprendizaje centrados en los que aprenden ayudan a estos a aprender no solo contenidos, conocimientos y habilidades técnicas sino una actitud derivada de la forma de abordar los problemas basada en el diálogo y en la búsqueda de soluciones con los colegas que permite al aprendiz/alumno aceptar e incluir la participación del paciente en su proceso.

Desde esta perspectiva, la metodología docente en comunicación clínica en España, así como en otras materias especialmente sensibles, y la formación y capacitación de los docentes que la imparten, debe incorporar las estrategias pedagógicas que han demostrado ser eficaces. En este sentido es justo reconocer el esfuerzo de determinados grupos docentes en los últimos años en España, como el grupo de Bioética, el de Comunicación y Salud y otros que partiendo de profesionales que desempeñan su trabajo en puestos asistenciales de la sanidad pública, en gran parte tutores del programa MIR de MFyC no se limitan a adquirir únicamente competencias en los conocimientos concretos de dichas materias, sino que también profundizan en la formación de docentes y en la investigación de estas materias incluida la del impacto educativo.

Respecto a la influencia que tiene en la educación médica la organización sanitaria en la que se forman los médicos, esta presenta un sistema de provisión de plazas en España, tanto para acceder al Sistema MIR como al posterior mundo laboral, que delimita de una manera importante una parte del "currículum obculto" de los programas docentes, este se centra en exigir una serie de habilidades y conocimientos por encima de otros; aún se realiza, en su mayoría, mediante exámenes de elección múltiple o similares en los que se valora sobre todo conocimientos y donde las habilidades comunicacionales y los estilos de atención no cuentan apenas. Por otra parte el sistema no premia e incluso a veces penaliza a los profesionales que saben como atender las necesidades personales de los pacientes. *Los tutores y las relaciones en el entorno docente del MIR*, se ha visto que la mayoría de los médicos de familia presentan un estilo de atención centrada en la enfermedad⁵ y como dicen Stewart y col⁶ "un médico que no hace atención centrada en el paciente difícilmente puede enseñarla". Los MIR cuyos tutores están más sensibilizados y formados en estos temas son los que realizan mejores actuaciones en el campo de la asistencia y docencia en comunicación y relación médico-paciente.

Otra cuestión a tener en cuenta son las ideas y creencias que los MIR tienen sobre la relación médico-paciente pues condiciona la motivación de los MIR hacia estas áreas, el trabajo que Loayssa y col realizaron en el 2001⁷ en el que estudiaron la estructura cognitiva de los MIR de MFyC sobre la relación médico-paciente, en el primer año de su formación

postgrado, resaltó que estos reconocen la importancia de la relación médico-paciente, pero no todas sus repercusiones, desean la confianza del paciente, pero no citan la empatía como una cualidad a desarrollar por el médico. Apuestan por una relación en la que el paciente sea pasivo, aún conscientes del peligro del interrogatorio dirigido. Es mayoritario un modelo de relación directiva y sin una orientación biopsicosocial, sin embargo no defienden el modelo técnico-frío, pero están lejos del modelo centrado en el paciente. La personalidad del paciente es el determinante de su comportamiento que más valoran, aunque comentan también sobre otros, como las creencias y expectativas del paciente. Señalan el papel de los sentimientos del médico en la relación médico-paciente pero no como neutralizarlos cuando estos representan una barrera en la comunicación; tampoco se resalta la importancia de la formación en esta área a pesar de que hace tiempo esta idea ha sido refutada⁸. Existe una insuficiente apreciación de la importancia práctica de la relación médico-paciente. Presentan por tanto un escepticismo preocupante hacia la efectividad de la formación en comunicación clínica, escepticismo sustentado en la creencia de que la relación médico-paciente se basa en la personalidad del paciente y del médico, considerando ambas como inmodificables y subvalorando por tanto la necesidad de investigar las preocupaciones, ideas y creencias del paciente. Expresan además una frustración por la mayor confianza que el paciente tiene en los especialistas.

Todo esto puede explicar el que su aprendizaje de comunicación clínica haya estado presidido por actitudes de este tipo que han podido influir negativamente en su capacidad para incorporar nuevos conocimientos, habilidades y cambiar sus actitudes respecto a la comunicación que establecen con los pacientes.

En las futuras estrategias educativas para los médicos, aparte de hacer énfasis en el diseño y desarrollo de actividades docentes que se demuestren eficaces, los responsables de organizar la formación y de impartirla deben cultivar un clima constructivo de aprendizaje y tejer una red relacional impregnada de valores y de competencia docente por lo que tanto la elección de los tutores y profesores como su mantenimiento, motivación y entrenamiento son un reto fundamental.

Bibliografía

1. Arteta A. La mejor de las miradas. Claves de la Razón Crítica nº 174.
2. Cassel E. The Nature of suffering and the goals of Medicine. N England J Med. 1982;306:639-45.
3. The goals of Medicine: Setting new priorities. Hastings Center Report; (Special Supplement). 1996 November-December.
4. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? BMJ. 1999;318:1276-79.
5. Byrne P, Long B. Doctors talking to patients. London, UK: Her Majesty's Stationery Office; 1976.
6. Stewart M, Brown JB, Weston WW, Mc Winney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centred medicine: transforming the clinical method. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.
7. Loayssa JR, Gonzalez FM. Estructura cognitiva de los médicos de familia en formación sobre la relación médico-paciente. Aten Primaria. 2001;28:158-66.
8. Sanson-Fisher R, Maguire GP. Should skills in communicating with patient be taught in medical schools. Lancet. 1980;2:523-6.

Formando en atención a la familia

A. Zenarutxabeitia Pikatza

Para proporcionar una atención sanitaria orientada a la familia es importante que el médico sea capaz de valorar cómo el funcionamiento de la familia interviene tanto en la enfermedad como en la salud de sus miembros. Como médico, debe evaluar y sistematizar los signos de la enfermedad física para realizar un diagnóstico apropiado, lo mismo que debe hacer con los procesos emocionales, relacionales e históricos que tienen lugar en el paciente y su familia.

Existen diferentes niveles de intervención familiar. Los que presentamos aquí son una adaptación de los descritos por Doherty y Baird en 1986¹. Cada nivel incluye y amplía las características de los niveles inferiores; su delimitación sólo depende del grado de complejidad de la práctica profesional en cada caso. Estos niveles son:

1. Considerar la atención al paciente en su contexto familiar.
2. Conocer la estructura familiar e identificar las crisis de desarrollo por las que atraviesa la familia a lo largo de su ciclo vital.
3. Detectar los problemas psicosociales y brindar asesoramiento familiar anticipatorio.

4. Realizar una evaluación sistemática e intervenir de forma planificada con ocasión de la aparición de problemas familiares.
5. Modificar el sistema familiar: terapia familiar.

De cualquier forma, lo que se intenta es que el médico de familia introduzca cambios a la hora de enfrentarse a los problemas de sus pacientes, teniendo en cuenta su contexto más cercano. Como explica McWhinney² es necesario comenzar a “pensar en términos de familia”: Parte del “pensar en términos de familia” es darse cuenta de las dificultades a las que se enfrenta una familia para adaptarse a los cambios (nacimiento, muerte, matrimonio, divorcio, incapacidad, pérdida de trabajo), etc. “Pensar en términos de familia” es ver la responsabilidad del médico para proporcionar una buena información y permanecer vigilante a los bloqueos de la comunicación que aparecen en una familia. “Pensar en términos de familia” es ser sensible a las tensiones intrafamiliares no expresadas que muchas veces subyacen en los cuadros depresivos y los síntomas somáticos, como las cefaleas, la dispepsia o el dolor abdominal recurrente. Es también darse cuenta de los efectos del sistema familiar de las acciones del propio médico (ingresar a alguien en el hospital, establecer un diagnóstico grave). “Pensar en términos de familia” es ser conscientes de algunas de las trampas en las que puede caer el médico inexperto: ser captado por una de las partes en caso de conflicto familiar, aceptar las opiniones de la familia sobre un adolescente problemático, transmitir a otros miembros de la familia información que debe ser absolutamente confidencial, etc.”. La evaluación familiar comienza desde el contacto inicial con cualquier paciente en un encuentro rutinario y ello implica investigar los factores relacionales a la vez que se consideran los problemas médicos. Esta mínima valoración puede llevarnos (o no) a la necesidad de realizar un encuentro familiar para valorar la situación en un contexto más amplio³. Así, nuestra propuesta es enseñar a abordar los problemas psicosociales con el mismo esquema que utilizamos con otras patologías, desde el mismo momento en que aparecen por la puerta de nuestra consulta. Por ejemplo, ante un persona de 30 años que presenta coriza, lagrimeo, estornudos, nuestras hipótesis diagnósticas rápidamente se ponen en marcha (en muchos caos, aún antes de que la persona en cuestión haya siquiera articulado palabra alguna) empezando a ‘abrir una serie de archivos’ en los que van teniendo entrada todos los signos (y síntomas) del paciente, llevándonos logarítmica mente hacia un par (o más, según el caso) de diagnósticos, todos biológicos en principio. De tal manera que nada más saludarlo comenzaremos con la anamnesis “ad hoc” al caso en concreto (infección de vías respiratorias altas, rinitis alérgica, etc.). Si al interrogar al paciente éste nos contesta que tiene un gran malestar general e hipertermia de 39,5° C nuestro diagnóstico se irá ‘escorando’ con toda probabilidad hacia una gripe, más si consideramos que nos encontramos en el mes de febrero, esto es, en plena epidemia. Si al examen físico auscultamos algunos crepitantes en base derecha que no se modifican con la tos, lo más probable es que el paciente sea sometido a una Rx de tórax PA y se le indique antibióticoterapia. El marco en el cual entender al paciente en un contexto más amplio plantea el tener en mente información sobre cómo es la persona y qué necesidades y tareas de desarrollo psicoevolutivo pueden estar influyendo en la aparición y/o el mantenimiento del problema por el que acude a nuestra consulta. De esta forma, además de explorar aquellas cuestiones ‘orgánicas’ abordaremos también aspectos relacionados con la persona del paciente y su familia: proyecto vital, grado de adaptabilidad a las crisis del diario vivir, modelo de comunicación utilizado, etc. Así, nuestro paciente de 30 años también es un adulto joven que desde el punto de vista orgánico es SANO (así, con mayúsculas), pero del que también habrá que conocer si es independiente económica y emocionalmente, si está preparándose para el cambio que se le exige en este momento vital, o si por el contrario, la enfermedad es una forma “cómoda” de no crecer aunque al final esto conlleve a la manifestación de un mayor grado de disconfort psicológico.

Para formarnos en este aspecto de nuestra especialidad es imprescindible que el médico sea capaz de evaluar qué papel desempeña la dinámica familia tanto en la salud como en la enfermedad de sus miembros. La utilización del genograma⁴ como una forma de, por una parte, organizar la masa de información reunida y, por otra, de hallar pautas de interacción en el sistema familiar parece fundamental. Conceptos como la estructura familiar y las etapas del ciclo vital individual y familiar⁵ son algunas de las consideraciones a tomar en cuenta para comprender una atención integral centrada en el paciente y orientada a la familia y, porqué no, también a la comunidad, trabajando conjuntamente la consecución de una relación terapéutica en un clima de confianza, respeto y empatía (comunicación).

Lo cual nos lleva a la necesidad, en un futuro inmediato, el actuar rápidamente después de una reflexión profunda para conseguir sinergias en la formación de los médicos de familia en lo menos clínico. (¿Tema para una próxima mesa redonda?).

Bibliografía

1. Doherty WJ, Baird MA. Developmental levels in family-centered medical care. *Fam Med*. 1986;18:153-6.
2. McWhinney IR. Medicina de familia. Barcelona: Ed. Mosby-Doyma Libros, 1995.
3. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en atención primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1998.
4. Bowen M. Key to the use of the genogram. En: Carter EA, McGoldrick M (comps.).
5. Zelarutzebeitia A, Rodríguez JJ, López M. Atención a la familia. En: Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: Ed. semFYC (Casado V ed.), 2007.

Formando en atención comunitaria

M. Soler Torroja

Antes de proponer estrategias y métodos para una buena formación en atención comunitaria es imprescindible partir del análisis de la situación actual. La atención comunitaria es una de las funciones más específicas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y, paradójicamente, la formación para su correcto desarrollo es probablemente una de las más deficitarias. La situación de la práctica asistencial en la mayoría de los centros de salud docentes no reúne las condiciones necesarias para una buena formación de los médicos residentes en las diferentes habilidades para la orientación comunitaria.

La principal dificultad para su formación es la nula o escasa práctica de muchos de los tutores, resultando muy difícil participar en la formación de los médicos residentes en competencias en las que los propios tutores no tenemos experiencia. La formación en atención comunitaria se delega frecuentemente en profesionales específicos como los técnicos de salud de las Unidades Docentes, con contenidos fundamentalmente teóricos que los médicos residentes perciben alejados de la práctica cotidiana.

El primer paso para una correcta formación es tomar conciencia de las deficiencias y dificultades existentes y considerar que son precisamente las áreas formativas más deficitarias y con mayores dificultades las que requieren mayores esfuerzos. El actual programa de la especialidad indica precisamente que habrán de dedicarse recursos y esfuerzos específicos para la formación en la atención a la comunidad.

La formación en atención comunitaria debe sustentarse en varias premisas:

- Los tutores médicos de familia deben ser los protagonistas en la formación, siendo importante el apoyo de otros profesionales (enfermería, trabajadores sociales, técnicos de salud, entre otros).
- La formación debe relacionarse con la práctica asistencial cotidiana, identificando las estrechas relaciones entre la atención individual en consulta y la atención comunitaria.
- Es imprescindible generar en el Residente actitudes favorecedoras hacia la capacitación y empoderamiento (empowerment) de los ciudadanos y sus organizaciones para el cuidado y promoción de su salud y el papel del médico de familia como favorecedor de ese proceso. Esta actitud habrá de determinar un estilo en la relación con pacientes y usuarios que debe estar siempre presente.
- Toda la formación de los Residentes debe promover el análisis de las causas y los factores condicionantes de los problemas de salud existentes en la población atendida y en los motivos de consulta de los pacientes. Se hará ver su origen multifactorial así como la posible intervención intersectorial en muchos casos, deduciéndose la necesaria cooperación con otros recursos de la comunidad.

Partiendo de la deficitaria situación actual es necesario que cada centro de salud docente y sus tutores establezcan un plan de mejora para la formación en atención comunitaria, entendiendo que no se trata de “todo o nada”, evitando seguir renunciando a dicha formación, como ocurre en muchos casos. Entre la nula orientación comunitaria del trabajo de un centro de salud, con una total ausencia de formación y la situación de ex-

celencia hay infinidad de situaciones intermedias y un largo camino que cada centro de salud y sus tutores habrán de recorrer, estableciendo objetivos y actividades realistas acordes a cada situación concreta. El actual programa de formación ofrece importantes fortalezas y oportunidades de mejora que deben aprovecharse adecuadamente:

- Los primeros 3 a 6 meses de formación en el centro de salud permiten ya desde el principio que el Residente pueda conocer y reflexionar sobre el enfoque psicosocial y comunitario de la atención, influyendo sobre todo su posterior proceso formativo.
- La ampliación a dos años de formación en los centros de salud y las rotaciones de 2 y 3 meses durante el 2º y 3º año de formación en áreas rurales y en rotaciones electivas ofrece oportunidades que han de aprovecharse para la formación en atención comunitaria. La cooperación para la formación entre diferentes centros de salud permitirá salvar posibles deficiencias del centro al que pertenece el Residente.
- La presencia de tutor de apoyo y colaboradores docentes ha de permitir la participación de otros profesionales que complementen la formación del tutor principal. La cooperación entre tutores será fundamental.

El programa de formación no recomienda rotaciones a tiempo completo por centros de salud en los que se practica la atención comunitaria, sino la participación en diferentes programas y sus actividades comunitarias a lo largo de los cuatro años de formación: entre 22 y 44 actividades formativas prácticas de media jornada cada una. Es necesaria una adecuada planificación formativa y una buena dosis de flexibilidad e imaginación para que ello sea una realidad.

Bibliografía

- Abramson JH. Métodos de estudio en medicina comunitaria. Días de Santos, 1990. Grupo APOC. Aproximació al coneixement de la comunitat en Atenció Primària. 2ª edición. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Edide, Barcelona 2003.
- Kark SL, Kark E, Abramson JH, Gofin J (eds). Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Ediciones Doyma SA, Barcelona 1994.
- Marchioni M. La acción social en y con la comunidad. Editorial Libros Cereza, Zaragoza 2004.
- semFYC. I Recomendaciones PACAP. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. semFYC, 2003.
- Soler M. Reflexiones para la formación en atención comunitaria. Tribuna Docente. 2002;3-4:15-21.
- Soler M, Martínez J. Cómo enseñar la atención a la comunidad. En: Saura J.(ed.) Manual de herramientas docentes para el Tutor. Mediprint Ediciones, Murcia 2006.

MESA-DEBATE 2

Unidades Docentes de Medicina de Familia en España. ¿Qué tenemos y qué queremos?

Moderador:

P. Bonal Pitz

Médico de familia. Centro de Salud Universitario de Bellavista, Sevilla. Vocal de la CNE de MFyC. Coordinador de Grado de la Unidad Docente de MFyC de Sevilla. Profesor Asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla. Presidente de la AMFE.

Ponentes:

L. Lizán Tudela

Coordinador Unidad Docente de MFyC de Castellón. Coordinador del Grupo de Trabajo de la Comisión Nacional de la Especialidad sobre Estructura y Organización de las Unidades Docentes.

E. de Serdio Romero

Coordinador Unidad Docente de MFyC de Sevilla. Representante de semFYC en la Comisión Nacional de la Especialidad.

J.A. Ferreira Huri

Coordinador Unidad Docente de MFyC de Santiago de Compostela.

E. García Ramón

Coordinador Centro de Salud Arturo Eyries, Valladolid.

M. Sarmiento Cruz

Vocal de Residentes de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (camfic). Vicevocal de Residentes de semFYC.

Presentación

P. Bonal Pitz

Las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria (UU.DD. de MFyC) en España son las instituciones que garantizan la adecuada formación de los futuros médicos de familia. Los requerimientos exigibles a las unidades docentes están descritos en una resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Educación del año 2005. Sin embargo, en o pocas UU.DD. de MFyC la realidad está alejada del cumplimiento estricto de estos criterios. Además, nuevos retos se le vislumbran en el horizonte de las UUDD de MFyC, tanto por su necesario papel en la docencia universitaria de la Medicina e Familia y su papel coordinador de los Centros de Salud docentes, en docencia postgrado (tronicidad, multiprofesionalidad, etc.), y en formación continuada, etc.

Las UUDD de MFyC son las estructuras docentes, acreditadas y legitimadas por los Ministerios de Educación y Ciencia, y de Sanidad para la docencia superior de la MFyC incluyendo en este concepto el ámbito profesional y de aprendizaje de la Atención Primaria. Sus estructuras y dispositivos docentes de recursos humanos, materiales y de Centros de Salud Docentes, las hacen idóneas para la docencia de la MFyC, tanto en el Grado, como en el Postgrado y en la Formación Continuada.

La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) se muestra como una gran herramienta para el cambio que en parte de su articulado afectará a las actuales características de las UUDD de MFyC.

Encontramos en la LOPS artículos con impacto sobre las UUDD en: Artículo 11 sobre Investigación y docencia, 3. Los servicios de salud, instituciones y centros sanitarios y las universidades podrán formalizar los concertos, para asegurar la docencia práctica de las enseñanzas sanitarias que así lo requieran; Artículo 14 sobre Concertos entre las universidades y los servicios de salud, instituciones y centros sanitarios, para garantizar la docencia práctica de las enseñanzas de carácter sanitario que así lo requieran. Las instituciones y centros sanitarios concertados podrán añadir a su denominación el adjetivo universitario; Artículo 19. Sobre la Estructura

tura general de las especialidades, 2. Las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración mínima de dos años y; Artículo 26. Sobre la Acreditación de Centros y Unidades Docentes, 2. La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud coordinará las auditorias, informes y propuestas necesarios para acreditar los centros y unidades docentes.

Además, las rotaciones en Atención Primaria en otras especialidades pronto serán una realidad que las UUDD de MFyC deberán organizar (tabla 1).

La resolución proponía un plazo de 3 años (2008), para que las comunidades autónomas adaptasen las estructuras y el funcionamiento de las unidades docentes a dichos requerimientos. Todos estos nuevos retos configuran nuevos espacios de debate sobre la realidad presente y futura de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Por todo o anterior e plantean una serie de preguntas que puedan establecer un debate al respecto.

1. ¿Las UUDD de MFyC responden a las necesidades formativas del nuevo programa?
 2. En el 2008 las UUDD deben cumplir todos los criterios de acreditación ¿Qué puede ocurrir al cumplirse dicho plazo?, ¿Ventajas e inconvenientes, a corto, medio o largo plazo, de estos criterios?
 3. En los planes del los Ministerios de Educación y Sanidad se anuncia que las UUDD de MFyC, además de formar MF, deberán coordinar la formación los enfermeros especialistas en MFyC, y además, deberán participar activamente en la formación de otras 18 especialidades. ¿Qué retos docentes, organizativos y de recursos generará todo esto en las actuales UUDD?
 4. Actualmente las UUDD son las principales instituciones docentes de Medicina de Familia en España, casi las únicas. ¿Las UUDD deberían asumir la formación y coordinación docente universitaria de la Medicina de Familia o sería mejor que los actuales Departamentos u otras instituciones universitarias lo realicen? Ventajas e inconvenientes de ambas opciones.
- Unidades Docentes de Medicina de Familia en España ¿Qué tenemos y qué queremos?

TABLA 1 Especialidades que rotaran en Atención Primaria durante 2 meses.	
Aparato Digestivo	Endocrinología y Nutrición
Cardiología	Geriatría
Cirugía General y del Aparato Digestivo	Medicina Física y Rehabilitación
Cirugía Ortopédica y Traumatología	Medicina Interna
Dermatología Médico Qca. y Venereología	Obstetricia y Ginecología
Nefrología	Oftalmología
Neumología	Psiquiatría
Neurología	Reumatología
Otorrinolaringología	Urología

L. Lizán Tudela

Parece indudable reconocer el papel que las Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria (UUDD) han desempeñado históricamente en la formación de tantos Médicos de Familia desde su instauración. Si recordamos brevemente que en el año de su creación, 1983, no existían siquiera centros de salud, podremos hacernos una idea del papel fundamental que han jugado en el desarrollo de la especialidad¹. Sin embargo, durante este periodo de casi 25 años, nuestro país ha desplegado un cambio espectacular. La formación de especialistas médicos ha conseguido alcanzar unas cotas de calidad que eran inimaginables en sus comienzos y gran parte del espectacular desarrollo de la medicina en todas sus disciplinas es debido a ello.

Quedan lagunas por resolver como la formación del grado y los resultados en investigación de la atención primaria. Pero conseguirlo solo es cuestión de tiempo. Lo que discutimos ahora es si nos siguen siendo de utilidad las estructuras de las UUDD tal y como las entendemos en la actualidad, cuál debería ser el perfil del coordinador y su desarrollo profesional. Y lo primero que deberíamos consensuar es qué estructura y que funciones deberían desarrollar las UUDD en el futuro próximo. Otra de las evidencias que nos ha dejado el paso de los años es la gran diversidad de organizaciones y objetivos que desarrollan las unidades, sus coordinadores y técnicos en todo el estado español. Esta es una consecuencia directa de la descentralización autonómica y de la falta de armonización estatal. No obstante, no está claro si está característica es una virtud que hemos logrado o una insuficiencia que haya que solventar. Lo que parece obvio, es que deberíamos exponer los responsables de las unidades, qué entendemos por una Unidad Docente y cuáles son las funciones y objetivos que debemos cumplir, independientemente de la regulación legal o las recomendaciones de diverso tipo. Es indispensable contar con un consenso en el que señalemos cuáles son los mejores medios para trabajar y qué objetivos debemos cumplir. Cualquier profano en la materia se podría llevar las manos a la cabeza al leer estas afirmaciones, pero así es, la diversidad nos ha conducido a tantos modelos y objetivos de UUDD, que ya se parecen poco a la idea para las que fueron creadas.

Diversos autores de relevancia dentro de la Medicina de Familia de nuestro país han señalado en el último lustro algunas reflexiones que hacen hincapié en la necesaria revisión de los modelos actuales de unidades. Martín Zurro², apuntaba algo que se ha manifestado repetidamente en diversos foros, como es la percepción distante que tienen los residentes y los tutores sobre las UUDD. Abogaba claramente por su desaparición y proponía crear unos nuevos servicios de atención primaria que, entre otros, agrupara bajo una misma dirección las actividades asistenciales, docentes y de investigación. Este editorial trajo una cierta polémica³ que resaltaba la necesidad de mantener las estructuras actuales (¿cuáles?) y potenciaba la figura de los tutores. Otro de los modelos apuntados¹, señalaba en una dirección desarrollada parcialmente en algunas comunidades autónomas: una UD fuerte, bien dotada, que luego esté dividida en ámbitos geográficos más pequeños con coordinadores a tiempo parcial. Bonal Pitz⁴, resaltaba la necesidad de integrar las funciones de las actividades docentes de pregrado, postgrado y formación continuada y formulaba la necesaria eficiencia de las UUDD, es decir, introducía la idea de pedir resultados sobre la base de un presupuesto.

Por todo lo expuesto parece necesaria una reflexión conjunta por parte de todos los coordinadores de las UUDD de España y que se elabore un documento de consenso. La Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC nos demandó que desarrolláramos un trabajo con este objetivo. Desde la Unidad Docente de Castellón, pensamos que una metodología tipo Delphi podía responder adecuadamente a las cuestiones planteadas. Con el grupo de trabajo sobre este tema que se reunió en Madrid el día 30 de Marzo de 2006, en la Jornada Anual de Coordinadores de UUDD, elaboramos los puntos principales a desarrollar en el cuestionario: a) estructura docente; b) perfil del coordinador, y c) desarrollo profesional del coordinador. Con las aportaciones de todos los miembros del grupo, diseñamos un primer borrador que discutimos de forma conjunta en Septiembre y Octubre de 2006 por medio del correo electrónico, hasta concretar el primer cuestionario definitivo que se envió a todos los coordinadores del estado.

Hemos obtenido una tasa de respuestas del 86% tras envíos y llamadas telefónicas sucesivas a los coordinadores. Definimos el acuerdo o desacuerdo mayoritario como un porcentaje de acuerdo o desacuerdo del 75% o superior. Las respuestas al primer cuestionario han reflejado una falta de consenso abrumadora en la mayor parte de ítems, con una gran cantidad de matices aportados por los panelistas. Sólo se han puesto de acuerdo en el 15% de las preguntas de las dos primeras partes y en el 30% de las cuestiones de la última. En estos momentos, hemos incluido los matices de los panelistas como nuevas preguntas para interrogar a los coordinadores en el segundo envío. Esperamos muy pronto, obtener los resultados definitivos y elaborar el documento final.

Bibliografía

1. Gómez Gascón T. ¿Deben evolucionar las UUDD de medicina de familia y comunitaria? Aten Primaria. 2000;26:3-4.
2. Martín Zurro A. ¿Deben desaparecer las actuales UUDD de MFyC? Aten Primaria. 2000;26:1-2.
3. Coordinadores de UD de CAM. El futuro de la estructura docente de la especialidad de MFyC. Aten Primaria. 2001;7:525-7.
4. Bonal Pitz P. Nuevos retos en la formación de residentes de medicina de familia. FMC. 1999;6:218-22.

E. de Serdio Romero

La Mesa se plantea como un debate entre todos los asistentes que se introduce respondiendo los ponentes a cuatro preguntas elaboradas por el moderador.

1. ¿Las UUDD de MFyC responden a las necesidades formativas del nuevo programa?

Sí, en general, aunque todas en mayor o menor medida están pasando por un proceso de desarrollo y reestructuración que es imprescindible para la implementación del programa.

Respecto al contenido, hay que recordar que un nuevo programa, al actualizar el perfil profesional del médico de familia, impulsa la ampliación de sus competencias en la práctica, y por tanto de la cartera de servicios de los centros de salud. Es natural que éstos tengan que adaptarse, y de manera inexcusable los que son docentes, ya que será sobre todo en los centros de salud donde los residentes adquirirán las competencias contenidas en el nuevo programa.

Respecto a la programación de actividades, tanto el aprendizaje de campo (estancias, formativas, guardias...) como el resto de los métodos de aprendizaje tienen que distribuirse de manera diferente a lo largo de los cuatro años.

Además, el nuevo programa comporta también la adopción de nuevas herramientas de formación y de evaluación, como el Libro del residente, y por tanto un mayor esfuerzo de actualización de tutores, técnicos y coordinadores.

2. En el 2008 las UUDD deben cumplir todos los criterios de acreditación, ¿qué puede ocurrir al cumplirse dicho plazo?, ¿Ventajas e inconvenientes, a corto, medio o largo plazo, de estos criterios?

Los requisitos de acreditación se refieren al procedimiento a seguir y a los componentes que deben integrar una Unidad Docente: dispositivos (centros de salud, hospitales, centros de salud rurales, entidades colaboradoras), coordinador, tutores, técnicos, comisión asesora, apoyo administrativo y existencia de programas de formación y evaluación.

Respecto a los dispositivos, concreta los requisitos mínimos que deben reunir cada uno de ellos. En el caso de los centros de salud fija los estándares mínimos de estructura, equipamiento, organización y actividad docente, investigadora y asistencial. Aunque se centran en estructura y proceso más que en resultados, su cumplimiento garantiza las condiciones mínimas para el aprendizaje del programa.

Aprobados el 9 de junio de 2005 con el acuerdo de la totalidad de las Comunidades Autónomas (CCAA), da un plazo de tres años para la adaptación de las Unidades Docente ya acreditadas.

Al finalizar este plazo creo que tendremos más hospitales, centros rurales y centros de salud acreditados y, además, en mejores condiciones para la docencia. A lo que hay que añadir que también los sistemas de reconocimiento de tutores acreditados, que son competencia exclusiva de las CCAA, se van implantando paulatinamente. En resumen, en mi opinión lo que puede ocurrir es que dispongamos de mejores Unidades Docentes para un programa más amplio y profundo, acorde con las necesidades actuales de la población y los servicios de salud y en consonancia con las competencias que hoy día se le exigen a un especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Como ventajas, estos requisitos de acreditación están coadyuvando a mejorar las condiciones materiales, funcionales y docentes de los centros de salud, contribuyendo a poner de manifiesto la necesidad de aumento de recursos (humanos y materiales) en el nivel de atención primaria. De hecho, en muchas CCAA se está haciendo un esfuerzo organizativo y presupuestario al entender que la docencia es una parte más de la cartera de servicios del centro, y que por tanto requiere condiciones y recursos específicos.

Los inconvenientes están relacionados con la lentitud de la adaptación y, a veces, con el deseo de algunos gestores de adaptar la norma a los recursos y no al revés, lo que genera incertidumbre en los responsables docentes.

3. En los planes de los Ministerios de Educación y Sanidad se anuncia que las UUDD de MFyC, además de formar MF, deberán coordinar la formación los enfermeros especialistas en MFyC, y además, deberán participar activamente en la formación de otras 18 especialidades. ¿Qué retos docentes, organizativos y de recursos generará todo esto en las actuales UUDD?

En los borradores se contemplan como multiprofesionales las UUDD de Salud Mental, Pediatría, MFyC, Trabajo, Geriátrica y Matronas (faltando, inexplicablemente, Cuidados Médico Quirúrgicos). En principio no es-

toy de acuerdo con la creación de Unidades Docentes multiprofesionales de Medicina y Enfermería. Creo que la ventaja que se arguye -formarse juntos con el fin de facilitar el futuro trabajo en equipo- puede conseguirse sin generar esa confusión entre los responsables de los programas formativos y los entornos de aprendizaje. El responsable de un programa es, sobre todo, un experto en el contenido, en esa especialidad (competencias, perfil, valores profesionales, etc.); por eso debe poseer esa especialidad. Mientras que el responsable de un entorno de aprendizaje (que puede tener cualquier especialidad) es más experto en conocimiento y articulación de los recursos de ese entorno y en metodologías docentes y evaluadoras. Por ello, un médico responsable de un programa de especialización de Enfermería, o a la inversa, no parece razonable.

Para analizar el tema hay que distinguir entre las especialidades exclusivamente hospitalarias y las que no lo son. Las UUDD de las especialidades médicas exclusivamente hospitalarias son los Servicios, siendo su responsable el Jefe de Servicio. La coordinación del conjunto de Unidades Docentes de un hospital la lleva a cabo el Jefe de Estudios. Puede decirse que cada Jefe de Servicio (o persona en quien delegue) es el responsable del programa formativo de su especialidad, y el Jefe de Estudios es el responsable del entorno de aprendizaje (hospital) común a varias especialidades. Para la formación de enfermeros de especialidades hospitalarias, lo más sencillo sería crear en cada hospital las UUDD de las especialidades de Enfermería que se acrediten, poniendo al frente de cada una a un responsable de ese programa formativo, que sería una enfermera de esa especialidad. Estas Unidades de Enfermería se sumarían a las ya existentes de Medicina, compartiendo sus residentes los espacios formativos y las actividades con los residentes de la especialidad médica relacionada y, en general, con el resto de los residentes del hospital. Estas Unidades de Enfermería serían coordinadas también por el Jefe de Estudios del hospital.

Pero en el caso de Medicina Familiar y Comunitaria partimos ya de una situación distinta: en nuestra especialidad no hay Jefes de Servicio, ni en las Gerencias de Atención Primaria hay Jefes de Estudios. Las funciones de los Coordinadores de las UUDD de MFyC, que comenzaron con funciones de Jefes de Servicio (ordenación asistencial, docente e investigadora de los centros de salud acreditados) quedaron pronto reducidas a las docentes, pero aumentando considerablemente los centros de salud y otras instituciones a su cargo, pasando por tanto a ser una mezcla de Jefe de Servicio (al ser el responsable de un programa formativo, MFyC) y Jefe de Estudios, responsable de un entorno de aprendizaje (centros de salud y resto de dispositivos acreditados de su Unidad).

Hasta ahora los coordinadores han integrado esos dos aspectos, pero esta situación se hace insostenible si además deben responsabilizarse de otro programa formativo (Enfermería Familiar y Comunitaria) como "Jefe de Servicio" y también de organizar como "Jefe de Estudios" las rotaciones de un número creciente de especialidades que se forman en atención primaria.

Por ello se propone:

- Creación de la figura de Jefe de Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria (o como quiera llamarse, pero con el mismo procedimiento de selección como cargo intermedio y tareas de gestión clínica y liderazgo profesional) que asumiría las funciones de dirección asistencial y también las de investigación y docencia en uno o varios centros de salud actuando por tanto como Coordinador de MFyC.

- Creación, de la figura de Jefe de Estudios de las Gerencias de Atención Primaria, que coordinaría la formación MIR de todas las especialidades de Medicina y de Enfermería (y de los troncos y áreas de capacitación específica que se creen) en ese ámbito: centros de salud, otros dispositivos...

- Y, posteriormente, creación de las UUDD de Enfermería de las especialidades que se acrediten en esa Gerencia de Atención Primaria, que serían coordinadas igualmente por el Jefe de Estudios.

Estas figuras son aún más necesarias en las Gerencias únicas, situación cada día más extendida. En este caso el Jefe de Estudios sería de toda la Gerencia, y la necesidad de un Jefe de Servicio de MFyC es aún más manifiesta.

4. Actualmente las UUDD son las principales instituciones docentes de Medicina de Familia en España, casi las únicas. ¿Las UUDD deberían asumir la formación y coordinación docente universitaria de la Medicina de Familia o sería mejor que los actuales Departamentos u otras instituciones universitarias lo realicen? Ventajas e inconvenientes de ambas opciones

Se pretende que el aprendizaje sea un proceso sin solución continuidad entre la formación de grado, especializada y continuada. La construcción

de estructuras únicas (o en todo caso sólidamente coordinadas) responsables de la formación en todas esas etapas favorecería sin duda esa pretensión. La fractura actual entre el grado y postgrado (responsabilidad de la Universidad) y la especialización y formación continuada (del Sistema Nacional de Salud) tiene que salvarse con valentía, imaginación y generosidad por ambas partes. Además, será la única manera de responder a las reivindicaciones de los estudiantes, que quieren ser tratados como residentes en su formación práctica. El futuro deseable tiene que superar la situación, los conceptos y la legislación actual.

En el caso de MFyC, ante la ausencia de Departamentos de la especialidad, el comienzo de este proceso de convergencia debe pivotar sobre las UUDD, que podrían aparecer ya de manera explícita en los Convenios entre las Universidades y los Servicios de Salud, como aparecen los distintos Servicios hospitalarios.

J.A. Ferreira Guri

1. La percepción general es que las UUDD han entendido y hecho suyas, realizando verdaderos esfuerzos para dar respuesta a las necesidades formativas identificadas y concretadas por la CNE, en el nuevo programa de 4 años, elaborado y optimizado a través amplio consenso.

La formación de MFC en nuestra Comunidad Autónoma esta estructurada en 7 UUDD, que coinciden con las 7 grandes áreas sanitarias, con una capacidad de formación por promociones de entre 6 MIRs (la más pequeña) y 17 (la mayor), y con una media global de 82 residentes de MFC/año en toda la CA.

Es una característica regional la gran dispersión de la población, y con ella una marcada dispersión de los recursos sanitarios. Eso conlleva una serie de problemas particularizados, como el no contar en las áreas urbanas, donde tradicionalmente se ubican los hospitales de referencia, de suficientes centros de AP en numero y tamaño, para acoger a todos los residentes de una misma UD. Tradicionalmente los cupos urbanos suelen estar sobredimensionados y ocupados, por la primacía de la antigüedad en los baremos, por personal medico mayor, con baja motivación y retención al cambio, incluida la participación en cometidos docentes ó investigadores.

Otra tónica general es que en nuestras UUDD hay serias dificultades para acreditar tutores. Excelentes profesionales están repartidos por centros que no reúnen criterios exigibles para su acreditación, y muy buenos centros no disponen de personal con opción a desempeñar funciones docentes; la traducción es un numero limitado de tutores, que a duras penas llega al 2:1 (tutor: residente) recomendado por la CNE, y con ello otro potencial problema, el de toda demanda que supera la oferta, ¿correremos el potencial riesgo de tener que llegar a indeseables flexibilizaciones en los niveles de exigencia en las acreditaciones/reacreditaciones de tutores?.

Las UUDD “pequeñas” envidiamos a las de otras autonomías que se permiten criterios discriminatorios “in crescendo” de selección de los mejores tutores de entre montones de solicitudes y generando además climas de sana competición entre ellos por la captación de residentes.

2. Es evidente la existencia generalizada en todo el territorio nacional de serias dificultades para el cumplimiento de los criterios de acreditación exigidos por la CNE para las UUDD en mayo del 2008, y concretamente por la incapacidad de los Servicios de Salud en dar respuesta a la reforma organizativo-estructural de los recursos implicados. En nuestra CA, de entre las primeras en firmar los compromisos del AP21 (Plan de Mejora de la Atención Primaria) y con una especial sensibilidad en el tema, ha marcado sin embargo unos plazos para hacer tangibles dichos objetivos de todo un periodo de 4 años, del 2007 al 2011. A pesar de las intenciones y los esfuerzos, hay una carencia básica a solventar para poder avanzar en muchas de las cuestiones priorizadas en los compromisos: el recurso humano.

Parecen existir una serie de razones por las que el MIR que finaliza tiende a quedarse en su región de formación si dispone de oportunidades laborales. Además estamos viviendo una etapa carencial de recursos humanos en la que los distintos dispositivos asistenciales del sector sanitario compiten fieramente, en la línea de las mejores empresas de mercado, por la captación de los MIR que salen de nuestras UUDD, es decir que nuestras gerencias ya no tienen exclusividad sobre el medico formado. Con ello ¿puede permitirse una Comunidad Autónoma/ Servicio de Salud perder la oportunidad de seguir formando médicos? Se nos antoja el símil de la pescadilla que se muere de la cola, cuantos menos médicos se forman en una Comunidad, mas dificultades tendrá un Servicio de Salud en

captar los recursos humanos suficientes como para abordar la reforma estructural que se exige, básicamente traducible en los puntos de reducción de cupos y aumento de la disponibilidad de tiempo para el paciente que permitan actuaciones de “calidad”.

Otra argumentación que se nos devuelve, y no por “simplista” menos merecedora de una prudente reflexión, es que las UUDD hemos defendido la calidad de nuestros productos, es decir de la de nuestros residentes formados, con un programa de 3 años y con unos recursos que son los que actualmente cuestionamos ¿añadiéndole un año mas a la formación, la calidad será tal que merece la desacreditación inmediata de las UUDD?.

Hace tres años la CNE hizo su jugada, apostó por un cambio que rompería inercias y mejoraría la Primaria, evidentemente con un afán facilitador de mejora del medio docente-formativo, pero que exigía otros cambios, especialmente en los entornos asistenciales (valor añadido anhelado por todos, docentes y no docentes, y que parecía no coincidir con los rumbos que se trazaban en la mayor parte de nuestras gerencias). Hasta este momento la CNE se ha mostrado dura y firme, y ya ha generado movimientos de respuesta: algunos tímidos, otros más decididos, y otros de expectación para ver lo que pasa. Y hemos llegado a uno de esos momentos en los que intuimos que no es posible la vuelta atrás. La amenaza de desacreditación de las UUDD pretendía, puede y debe convertirse en el dinamizador de cambios para los Servicios de Salud, y por ello el posicionamiento de la CNE debe seguir siendo duro y firme, si se pretende garantizar que cualquier otra recomendación-decisión posterior sea creíble y vinculante, pero a la vez es exigible mucha y sabia prudencia.

La primera posible solución ya está en juego, pero ¿que pasará con quienes no hayan cumplido los criterios tras una primera prorrogas (1 año)? Probablemente lo más inadecuado sería una desacreditación automática y radical de una UD y de todos los recursos que contiene (no se podrían asumir la reubicación de MIRs en otras UUDD, representaría una ilegalidad contractual con repercusión jurídica) pero ¿y lo mas adecuado? ¿No permitir incorporar nuevas promociones de residentes (dejar extinguir las promociones MIR incorporadas), pero dejando preestablecido un mecanismo rápido y ágil de “nueva acreditación” en cuanto se constatará el haberse alcanzado los criterios exigidos? ¿O quizás, entendiendo una disponibilidad a la convergencia de todas las partes, serían lógicas y deseables las concesiones de prorrogas particularizadas, en forma de un numero limitado de nuevas acreditaciones temporales, en función del avance de los niveles de cumplimiento?

En el momento actual ninguna de las UUDD de Galicia, en mayor ó en menor medida, cumple con todos los requisitos exigidos por la CNE para el 2008.

3. Ciertamente las previsiones son esas y apostamos por la troncaldad y la multidisciplinariedad, pero no es óbice para que reconozcamos que, especialmente, en las UUDD “pequeñas” se puede crear un conflicto de intereses. Si apenas reunimos numero suficiente de tutores para llevar a cabo la formación de MFC ¿de donde saldrán los necesarios para asumir 15 especialidades médicas y a los especialistas de enfermería familiar?

Se nos han frustrado las esperanzas en las carreras profesionales que anunciaban baremación de méritos docentes e investigadores en los niveles mas altos, y ante nuestro estupor se están convirtiendo en meros reconocimientos de antigüedad. En Galicia con nuestras plantillas envejecidas y desmotivadas hemos agotado el suministro de altruistas y convencidos, y solo nos cabe pensar en la captación de nuevos recursos humanos a través de la incentivación. Por primera vez, y tras muchas reticencias, están apareciendo en los contratos programa, de centros de nuestra Comunidad Autónoma, objetivos autoformativos, docentes y de investigación. Se esta generando una necesidad institucional de captación de médicos, especialmente de los residentes que finalizan su formación, a través de contratos de fidelización/estabilización, que aun distan de resultar eficaces, pero que son imprescindibles para el reemplazo generacional de la plantilla actual de médicos [en Galicia¹, 42 médicos de AP se jubilarán en los próximos 5 años, pero un 30% de toda la plantilla médica gallega actual -Primaria y especializada- lo hará en los próximos 10 años] o para intentar el retorno de esos más de 800 médicos gallegos que están ejerciendo en Portugal.

Se me ocurre pensar en nuestra visión crítica hacia muchos formadores de residentes de familia que son tutores de otras especialidades: ¿por qué marcan esa diferencia entre sus residentes y el nuestro? ¿Cómo es capaz de formar si parece que no haberse leído ó entendido nuestro programa? ... y otras lindezas por el estilo. Si ahora hemos de formar otras especialidades, preparamonos para no cometer los mismos errores que hemos censurado tantas veces. Y con ello pretendo señalar un nuevo ingredien-

te para añadir al de recursos humanos: el tiempo. Tiempo necesario para conocer nuevos programas, tiempo para planificar objetivos, tiempo para personalizar actividades, y tiempo para que un residente no entorpezca a otro.

Estamos pues frente a un nuevo desafío: no se trata de tolerar la presencia de otros formandos en nuestros centros acreditados, si no de integrarlos, y para ello nuestra organización, gestión y recursos tiene que prepararse para unas nuevas necesidades.

4. La estructura tradicional universitaria, reticente al cambio y organizada en clanes endogámicos cerrados, fieros competidores entre sí por la asignación de materias y contenidos que reporten créditos docentes y con ello presupuestos, esta convulsa ante los condicionamientos de las directrices de Bolonia. Sin menospreciar la labor de auténticos adalides de cambio, las mas de las veces desde las estructuras rectorales que a cabeza de cátedras y departamentos, y con una mayor sensibilidad por la calidad de la formación que a los intereses departamentales internos, estamos ante una obligada apertura, inminente, que a buen seguro acabara por desentumecer el anquilosamiento histórico de nuestras facultades.

No podemos ser utópicos, la mayoría de las UDDD que lo hacen funcionan como estructuras externas a la Universidad en relación a convenios de colaboración, y con puntuales vinculaciones de algunos de sus centros, que no de toda la UD. Por ello la UD, como tal, apenas puede aspirar sino a prestar sus recursos a actividades puntuales ya definidas, y en el mejor de los casos permitiendo definir objetivos formativos supervisados (¿para que no colisionen con intereses “que ya tienen propietario?”) y coordinando el paso de estudiantes.

La MFC tiene que estar dentro de la Universidad (huelgan repetir las argumentaciones que lo defienden) y desde dentro dirigir. La pregunta es ¿cómo?

¿Creando una estructura docente pregrado en AP paralela a la UD? ó ¿compartiendo los recursos ya acreditados de las UDDD? Si la respuesta es compartir, evidentemente las UDDD tienen que exigir una participación directa, asumiendo funciones en la formación y coordinación. Démosle la vuelta a la pregunta, si por definición las UDDD como tales no pudieran tener una integración automática en la Universidad, como institución vinculada, sino que sus recursos materiales y humanos pudieran ser manejados por los médicos de familia que hubieran constituido cátedras ó estuvieran incorporados a departamentos ¿donde estaría la optimización?: ¿qué los profesores de Familia estuvieran integrados en las UDDD? ¿ó replanteamos si las UDDD tendrían que tener alguna forma de vinculación con la Universidad?

Bibliografía

1. Consejo Gallego de Colegios Médicos. 2007.

E. García Ramón

1. ¿Las UDDD de MFyC responden a las necesidades formativas del nuevo programa?

Creo que no. Ni responden ahora ni respondían antes. La formación en nuestro País en la mayoría de los casos ha quedado en manos de la buena voluntad de los tutores. Algunas cosas mejoraron con los responsables de las unidades docentes, sobretudo la parte referida al programa teórico. También en algunas Comunidades donde se valora de forma explícita la docencia, al tutor se le compensa y por lo tanto se le exige. La mejora y la adaptación al nuevo programa tiene perspectivas más favorables en el periodo de formación dentro del equipo, pero que ¿pasa con la parte del programa en la cual se implica el hospital? Bien conocido es por todos que es necesaria una solución a ese problema de difícil abordaje y que constituye un eslabón muy importante en el cual casi la única referencia del Residente son los servicios de Urgencias, al ser estos ocupados por nuestros propios compañeros los servicios que presentan mayor acogida a los residentes. En ocasiones no pocas, reorientando la actitud del residente de un destino en atención primaria a un destino en urgencias hospitalarias.

2. En el 2008 las UDDD deben cumplir todos los criterios de acreditación ¿Qué puede ocurrir al cumplirse dicho plazo?, ¿Ventajas e inconvenientes, a corto, medio o largo plazo, de estos criterios?

No va a ocurrir nada. Además del programa de formación y los criterios de acreditación es necesario el desarrollo de unidades de acreditación de las unidades docentes y con capacidad de sanción. Para sancionar en ne-

cesario planificar previamente, establecer sistemas de formación, selección de tutores y unidades docentes, incentivación y seguimiento. En estos sistemas se debe implicar la unidad docente como un organismo que integre en una sola unidad profesionales de atención primaria, especializada y universitaria que no tienen porque ser obligatoriamente del mismo área.

El sistema de formación debe ir parejo a un nuevo sistema de atención primaria, es necesario que de una vez por todas se acepte la atención primaria como la depositaria de la salud de los usuarios y la responsable de su gestión en todos sus aspectos. Esta es una apuesta que aparece en todas las bocas pero que luego nunca se ejecuta. Ahora cada vez es mas frecuente ver Gerencias únicas en las cuales continua predominando el peso de la atención hospitalaria como eje del sistema. Esto solo podrá ser posible cuando se apueste decididamente por la atención primaria en alguna Comunidad o nosotros poco a poco logremos demostrarlo, puesto que en atención primaria nada se da por hecho, es necesario demostrarlo todo. Esto mismo ocurre con los residentes de familia en hospitales centrales donde ocupan un 2 y en ocasiones un 3 puesto detrás incluso de los estudiantes, mendigando formación en muchos casos.

3. En los planes de los Ministerios de Educación y Sanidad se anuncia que las UDDD de MFyC, además de formar MF, deberán coordinar la formación los enfermeros especialistas en MFyC, y además, deberán participar activamente en la formación de otras 18 especialidades. ¿Qué retos docentes, organizativos y de recursos generará todo esto en las actuales UDDD?

No cabe la más mínima duda que todos los residentes de las distintas especialidades deberían pasar por la atención primaria. El motivo es sencillo, la atención primaria es la disciplina troncal por excelencia y que debería formar parte de todos los planes de formación de cualquier especialidad. Si la medicina de familia es la puerta de entrada en el sistema, todos los profesionales deberían conocer como se abre esa puerta. Esto mejorara mucho la relación entre los dos niveles y también la formación de los residentes de familia cuando acudan al hospital, la formación sería mucho mas reciproca.

Si la atención primaria es multidisciplinaria ocurre lo mismo con la formación del resto de los profesionales, hablemos de matronas, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales etc. Tienes que formarte fundamentalmente donde vas a desarrollar tu vida laboral.

De todas formas es necesario, separar la formación de las funciones de los distintos profesionales, que deberán reglamentarse y requieren una profunda reorganización.

Convertir las unidades docentes en centros de formación multidisciplinaria, requiere una profunda reorganización desde la estructura de las unidades, los recursos humanos y materiales y los órganos de gestión. Es difícil suponer como se descargara la tarea asistencial de los tutores si existe un Real decreto que descarga de tarea asistencial a los Coordinadores y ha sido imposible aplicarlo en 23 años de vigor del decreto. La tarea es atractiva pero se me antoja muy ardua.

4. Actualmente las UDDD son las principales instituciones docentes de Medicina de Familia en España, casi las únicas. ¿Las UDDD deberían asumir la formación y coordinación docente universitaria de la Medicina de Familia o sería mejor que los actuales Departamentos u otras instituciones universitarias lo realicen? Ventajas e inconvenientes de ambas opciones

Más de lo mismo. La atención primaria vuelve a ser la hermana pobre frente a la Universidad lo mismo que ocurría con los hospitales. Las universidades ancladas en el pasado más rancio, desconocen absolutamente el papel de la atención primaria y el papel de los médicos que forman. Continúan con un sistema docente enfocado solo a resultados de MIR y en la exposición de clases magistrales. ¿Como puede ser posible que la principal institución docente (Universidad) no aproveche todos los centros de salud a su disposición para formar a los estudiantes?. ¿Como puede ser posible que la Universidad que forma médicos de familia, no disponga de profesionales titulares de medicina de familia? Pues es posible porque continúan con sus sistemas de cátedras cerradas y pactadas entre ellos. Es posible porque siguen basando la formación en tesis doctorales la mayor parte de las ocasiones sin el más mínimo interés. Es posible, porque ninguno de los titulares ha trabajado algún tiempo en atención primaria y ni siquiera le suena lo que allí se hace.

Si la medicina de familia no es asignatura troncal, todas las asignaturas troncales deberían tener contenidos de medicina de familia que además

deben ser impartidos por médicos de familia, lo que implica la presencia de profesores titulares de medicina de familia en la universidad y la medicina de familia como eje del título de medicina.

Todos y cada uno de los estudiantes debe tener su periodo de formación obligatoria en un EAP no vinculado a la universidad sino formando parte de una unidad docente común y además debe ser evaluado. Para ello debe contar la universidad con el concurso del mayor número posible de centros de salud y estar vinculados como centros universitarios.

Todo esto solo será posible si logramos poner en funcionamiento unidades docentes que incluyan atención primaria, hospitalaria, universidad y centros concertados, todo ello girando entorno a la atención primaria. Y por supuesto, porque nuestros políticos hagan una apuesta clara por la formación y por la atención primaria

M. Sarmiento Cruz

1. ¿Las UDD de MFyC responden a las necesidades formativas del nuevo programa?

El nuevo programa de la especialidad es un programa ambicioso, muy cuidado y muy detallado. Aún así, y ante la aparición “repentina” de un nuevo programa, las Unidades Docentes, se han ido adaptando “como han podido”.

Formo parte de la primera promoción del Nuevo Programa y hemos ido “sufriendo” los cambios con tutores no acostumbrados a tener al R1 tan pronto y no sabían como encarar su formación, tutores en hospitales que nos veían como “extraños” y menos “eficientes” en urgencias y en planta, etc. Viendo la progresión en estos dos años, creo que poco a poco todos se han ido adaptando el sistema y digo todos porque los residentes no hemos tenido la oportunidad de realizar el antiguo programa con lo que nos es difícil comprender los retos y dificultades que han tenido que ir superando las Unidades Docentes.

¿Deberían mejorar las Unidades Docentes? Por supuesto, aún queda un largo camino que recorrer para llegar a una docencia óptima y ser referentes de Docencia.

2. En el 2008 las UDD deben cumplir todos los criterios de acreditación ¿Qué puede ocurrir al cumplirse dicho plazo?, ¿Ventajas e inconvenientes, a corto, medio o largo plazo, de estos criterios?

Actualmente no existe diferencia entre Centros Docentes y NO Docentes, respecto al Cupo, características físicas del centro, etc. A priori, el hecho de diferenciarlo e intentar que los cupos de los tutores de residentes sean menores, por ejemplo es algo visto como positivo. Además deberían existir espacios (biblioteca, salas para sesiones, consulta para el residente, etc) para desempeñar una mejor labor docente.

Por otro lado, creo que es importante este punto de inflexión para hacer que las Unidades Docentes “se espabilen” en cumplir estos y más criterios, aunque por otro lado, creo que se debe ser algo flexible con el calendario de cumplimiento, ya que ser muy estricto lo único que puede hacer es que los tutores lo vivan como una imposición y cree la desmotivación de tutores y coordinadores docentes con el perjuicio posterior del residente.

En el fondo creo que el “motor” del cambio debe llevarse a cabo desde las gerencias de las empresas proveedoras y facilitar el cumplimiento de los criterios, haciendo que la labor asistencial pase a un segundo plano y se dé a la labor docente la importancia que merece.

3. En los planes del los Ministerios de Educación y Sanidad se anuncia que las UDD de MFyC, además de formar MF, deberán coordinar la formación los enfermeros especialistas en MFyC, y además, deberán participar activamente en la formación de otras 18 especialidades. ¿Qué retos docentes, organizativos y de recursos generará todo esto en las actuales UDD?

Las Unidades Docentes deben ganar protagonismo y ser referente en formación de Familia y de disciplinas como entrevista clínica, salud comunitaria, actividades preventivas, atención a la Familia, etc. Con todo esto, cabe esperar que otras disciplinas como enfermería u otras especialidades médicas, tengan cabida en las Unidades Docentes. Para ello deben aumentar los recursos, los espacios, los tutores y asegurar una formación de calidad, sin perjuicio de la formación del residente de Familia.

Otro reto será dar una formación específica para cada especialista según su programa de la especialidad sin tratar a todos los residentes igual, ya que las necesidades de cada uno pueden ser diferentes. Es un reto para las empresas proveedoras, para las Unidades Docentes, para los centros do-

centes y para los tutores. También será difícil vencer los prejuicios de las Unidades Docentes hospitalarias y convencer de la importancia de las rotaciones en MFyC.

4. Actualmente las UDD son las principales instituciones docentes de Medicina de Familia en España, casi las únicas. ¿Las UDD deberían asumir la formación y coordinación docente universitaria de la Medicina de Familia o sería mejor que los actuales Departamentos u otras instituciones universitarias lo realicen? Ventajas e inconvenientes de ambas opciones

Existen pocas universidades en España en las que exista una presencia importante y que no se limite únicamente a un mes de rotatorio en sexto curso, o alguna optativa a lo sumo. Ante un nuevo programa de la especialidad con nuevos retos, una especialidad de 4 años y unas Unidades Docentes como referente de la Docencia en Familia, es la hora de “entrar” en la universidad y ser la coordinación docente universitaria en MFyC y en áreas de conocimiento como entrevista clínica, atención a la familia, etc en las que la MFyC es referente.

Por otro lado, hay que tener en cuenta la organización específica que tiene la universidad y adaptarse a ella. Uno de los inconvenientes es aumentar y potenciar la capacidad investigadora en primaria, así como conseguir tutores con tesis doctoral que puedan ser profesores universitarios, asociados, titulares y catedráticos. Quizá debería ser un requisito a conseguir a largo plazo para ser tutor.

Taller 1

Cómo elaborar un proyecto docente

Docentes:

V. Gosálbes Soler

Médico de familia. Centro de Salud Salvador Pau, Valencia. Grupo de Educación Médica y desarrollo profesional de la SVMFyC.

C. Fernández Casalderrey

Médico de familia. Unidad Docente MFyC de Valencia. Grupo de Educación Médica y desarrollo profesional de la SVMFyC.

Objetivos:

Capacitar a los asistentes en la elaboración de un proyecto docente y dotar a los asistentes de las herramientas necesarias para implementar un proyecto docente.

Los alumnos al finalizar el taller serán capaces de:

- Realizar la autoevaluación de su perfil profesional personal.
- Conocer y describir las características de la zona básica y puesto de trabajo.
- Desarrollar los contenidos del proceso de tutorización durante el periodo de residencia.
- Conocer las metodologías más útiles en el proceso de formación de residentes.
- Realizar la planificación temporal de las actividades a desarrollar.
- Evaluar el proyecto docente.

Taller 2

Responsabilidad de tutor y residente en la práctica clínica habitual

Docentes:

G. Olivera Cañadas

Médico de familia. Experto Derecho Sanitario. Centro de Salud Isla de Oza, Área 6 del Servicio Madrileño de la Salud. Grupo de Trabajo LEX ARTIS de la Sociedad Madrileña de MFyC (Somamfyc).

F. J. Muñoz Perdigüero

Médico de familia. Máster en Gestión Sanitaria. Mutua Ibermutuamur, Madrid.

F. León Vázquez

Médico de familia. Máster en Derecho Sanitario. Centro de Salud Pozuelo-San Juan de la Cruz. Área 6 del Servicio Madrileño de Salud. Coordinador del Grupo de Trabajo Lex Artis de la Sociedad Madrileña de MFyC.

Objetivos:

- Conocer el marco normativo que contempla la responsabilidad legal en la actuación MIR TUTOR.
- Conocer cuáles son las implicaciones legales para el residente y el tutor cuando de la actuación médica del residente se deriva daño para el paciente.

Al finalizar el taller, los alumnos serán capaces de:

- Conocer los tipos de responsabilidad: penal, civil, patrimonial, deontológico.
- Conocer cual es la actuación ante una denuncia.
- Saber cómo presentar la actuación de un residente ante un paciente.

Taller 3

El Portfolio semFYC y los tutores. Nuevos métodos para nuevos tiempos

Docente:

J.C. Arbonies Ortiz

Médico de familia. Centro de Salud de Errenteria-Beraun, comarca Gipuzkoa Ekialde, Osakidetza. Tutor de la Unidad Docente de Guipúzcoa. Coordinador técnico del Grupo Portfolio semFYC.

Objetivos:

Aprender a trabajar con el portfolio como instrumento evaluativo de la práctica diaria y que pueda servir como instrumento de formación continuada y de tutorización con el residente.

Al finalizar el taller, los alumnos serán capaces de:

- Sensibilizar en la importancia de la evaluación para la formación y la autorreflexión de la práctica diaria en el aprendizaje continuado.
- Adquirir conocimientos y habilidades para elaborar un portfolio (Conocer ¿qué es un portfolio y para qué sirve?)
- Trabajar con las herramientas de formación de un portfolio.
- Trabajar con el portfolio para ayudar al residente a aprender a aprender.

PASILLO DE SIMULADORES

Ver, oír y tocar

A través de un interesante paseo, nos permitirá iniciarnos o perfeccionar habilidades de exploración clínica y practicar algunas intervenciones terapéuticas en situación de bajo riesgo. Mediante la vista, el oído y el tacto, podremos interpretar imágenes electrocardiográficas, de retina o de tímpano; auscultar sonidos respiratorios y cardíacos, tanto normales como patológicos; identificar la patología rectal o prostática más frecuente y realizar venopunciones y pequeñas intervenciones de la uña.

Estos aparatos simuladores de la patología más frecuente en nuestras consultas proporcionan un feedback inmediato al usuario que permite comprobar si la interpretación que realizamos de los que vemos, oímos y palpamos al explorar al paciente se corresponde con la realidad de cada entidad clínica.

Esperamos que esta iniciativa se traduzca en un aprendizaje ameno y estimulante para todos.

Taller 4

Gymkhana Docente: El juego como elemento innovador

Docentes :

G. Guerra de la Torre

Médico de familia. Tutora del Centro de Salud de Escaleritas. Unidad Docente de MFyC de Las Palmas de Gran Canaria.

J.C. Salas Hospital

Médico de familia. Coordinador de la Unidad Docente de MFyC de Las Palmas de Gran Canaria.

M.T. Martínez Ibáñez

Médico de familia. Técnica de Salud de la Unidad Docente de MFyC de Las Palmas de Gran Canaria.

A. Rodríguez Espinosa

Médico de familia. Técnico de Salud de la Unidad Docente de MFyC de Las Palmas de Gran Canaria.

R. Redondas Marrero

Médico de familia. Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

J.L. Burgazzoli Samper

Médico de familia. Tutor del Centro de Salud de San Mateo. Unidad Docente de MFyC de Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen/Objetivos:

Se trata de una Gymkhana por equipos, en la que se exploran áreas competenciales propias del médico de familia.

A todos los médicos de familia participantes se les distribuirá en cinco equipos, asignándose a cada uno un itinerario (variando el orden) por el mismo número de "Casas" que responden al nombre de un ilustre médico en las que se exploran competencias del médico de familia. El tiempo máximo para resolver la actividad propuesta es de 30' en cada casa.

Previo al inicio de la actividad, se realizará una reunión con todos los asistentes a fin de explicar la metodología no así el desarrollo, presentación de objetivos y formar los equipos.

Se prevé tras la finalización de la gymkhana una nueva asamblea para evaluar la actividad, su organización, medios técnicos, cumplimiento de objetivos así como una evaluación cualitativa de los participantes al respecto de la utilidad, aplicación, participación individual y grupal. Dicha evaluación así como el desarrollo del taller quedará registrada en video.