

## ARTÍCULO ESPECIAL

# Valoración de un nuevo sistema de acreditación y reacreditación docente de centros de salud

**S. Juncosa Font, F. Aliaga Celma, M. Bundó Vidiella, F. Cordón Granados, J.M. Cots Yago, M. Ezquerro Lezcano, D. Forés García y A. Martín Zurro**

Grupo de Evaluación y Acreditación de las Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria de Cataluña.

Se presenta un estudio llevado a cabo por los coordinadores de las Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) de Cataluña, destinado a valorar un nuevo sistema de acreditación y reacreditación de centros docentes.

El nuevo sistema propuesto añade al cuestionario de la Comisión Nacional de la Especialidad una visita al centro de 3 coordinadores de unidades docentes de la misma comunidad autónoma, siendo uno de ellos el coordinador de la unidad docente a la que pertenece el centro de salud.

Para valorar este nuevo sistema se diseñó una prueba que se realizó en una muestra de 24 centros de salud acreditados para la docencia de la especialidad de MFyC de Cataluña.

La visita contiene dos apartados diferenciados. En una primera parte se recogen, mediante cuestionario cumplimentado de forma individualizada por cada uno de los evaluadores externos que realizaban la visita, aspectos referentes a la estructura, actividad asistencial y actividad científica y docente del centro. En segundo lugar, mediante entrevista, se recogen los 5 puntos más problemáticos del centro según la opinión del coordinador de éste, un representante de los tutores y un representante de los residentes de tercer año.

Posteriormente, se solicitó la opinión sobre el proceso a las personas que habían participado en la prueba.

Respecto al comportamiento del cuestionario, éste ha demostrado una buena consistencia interna (alfa de Cronbach, 0,89) y una correcta concordancia interobservador (coeficiente de fiabilidad para cada apartado, 0,61-0,76).

Referente a las entrevistas, se observó una baja concordancia de las respuestas entre los evaluadores y los profesionales del centro, y para mejorarla se propone una entrevista semiestructurada.

Los aspectos positivos mencionados por los evaluados fueron el hecho de permitir conocer los problemas del centro de forma directa y el intercambio que se establece entre evaluadores y evaluados. Respecto a los aspectos negativos, destacaron la inversión de tiempo y la diversidad de criterios de los evaluadores en algunas ocasiones.

El proceso final que se propone es el de una visita al centro que quiere ser acreditado o reacreditado de 3 coordinadores de unidades docentes, que previamente habrán leído el cuestionario de la Comisión Nacional cumplimentado por el coordinador/director del centro. Evaluarán el centro con la ayuda del cuestionario corregido y se reunirán para dictar un informe final consensuado, en el que remarcarán los puntos fuertes y los que se deben mejorar.

## Introducción

La acreditación docente de centros de salud busca seleccionar aquellos centros que cumplen un conjunto mínimo de estándares. Evidentemente no garantiza una docencia de calidad, pero sí unas condiciones mínimas indispensables para que ésta se pueda desarrollar<sup>1</sup>. Al reacreditar se comprueba que aquellos centros que en su día cumplían estos estándares siguen cumpliéndolos con el paso del tiempo y posibilita algo muy importante como es añadir indicadores de funcionamiento que en la acreditación inicial no era posible.

Este proceso pasa necesariamente por diferenciar y reconocer diferencias entre centros. Y hacerlo además con algunas características: voluntario, uniforme, y si incluye una auditoría externa, ésta ha de ser válida, fiable y objetiva<sup>2</sup>. El proceso de acreditación actual de centros de atención primaria (AP) lo inicia el coordinador del centro de salud, que con el visto bueno de su gerencia cumplimenta la solicitud y envía el cuestionario que la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) tiene para este objetivo, quien aconseja su acreditación o no al Ministerio de Sanidad. Desde 1996 existe una nueva versión de este cuestionario más completa y acorde con el nuevo programa de la especialidad<sup>3</sup>.

La puesta en marcha de la doble convocatoria ha significado sus-

(Aten Primaria 2001; 28: 269-277)

tanciales y poco abordados cambios para la especialidad, como fue la acreditación de muchos centros. Estabilizada y satisfecha esta fase de crecimiento, la docencia de los futuros especialistas en medicina de familia y comunitaria (MFyC) ha de buscar una mayor calidad<sup>4</sup>.

En este camino, desde comienzos de 1995 funciona, dentro de la Coordinación de las Unidades Docentes de MFyC de Cataluña, un grupo de trabajo encargado de analizar todos los aspectos relacionados con la acreditación y reacreditación de los centros de salud y de los tutores<sup>5</sup>.

Este grupo de trabajo elaboró en el último trimestre de 1996 un documento sobre criterios para la acreditación y reacreditación de los centros y tutores de MFyC de Cataluña donde se recogían los documentos aprobados en el ámbito autonómico y por la CNE. Este documento, que ha tenido una amplia difusión entre las instituciones y profesionales docentes, ha sido el punto de partida para desarrollar, en colaboración con la CNE, una prueba piloto de un nuevo sistema de acreditación y reacreditación de centro de salud. Presentamos en este trabajo los resultados de esta prueba piloto. En concreto, se valoran algunas características psicométricas del cuestionario empleado, la factibilidad del proceso y su aceptación a partir de las opiniones de los participantes. Por último, se propone un sistema y cuestionario definitivos para acreditar y reacreditar centros docentes de MFyC.

## Métodos

Las distintas fases de la prueba y las características del sistema que se quería valorar se muestran en la figura 1.

De forma resumida, el nuevo sistema consiste en la cumplimentación del documento actual para la solicitud de acreditación de cen-

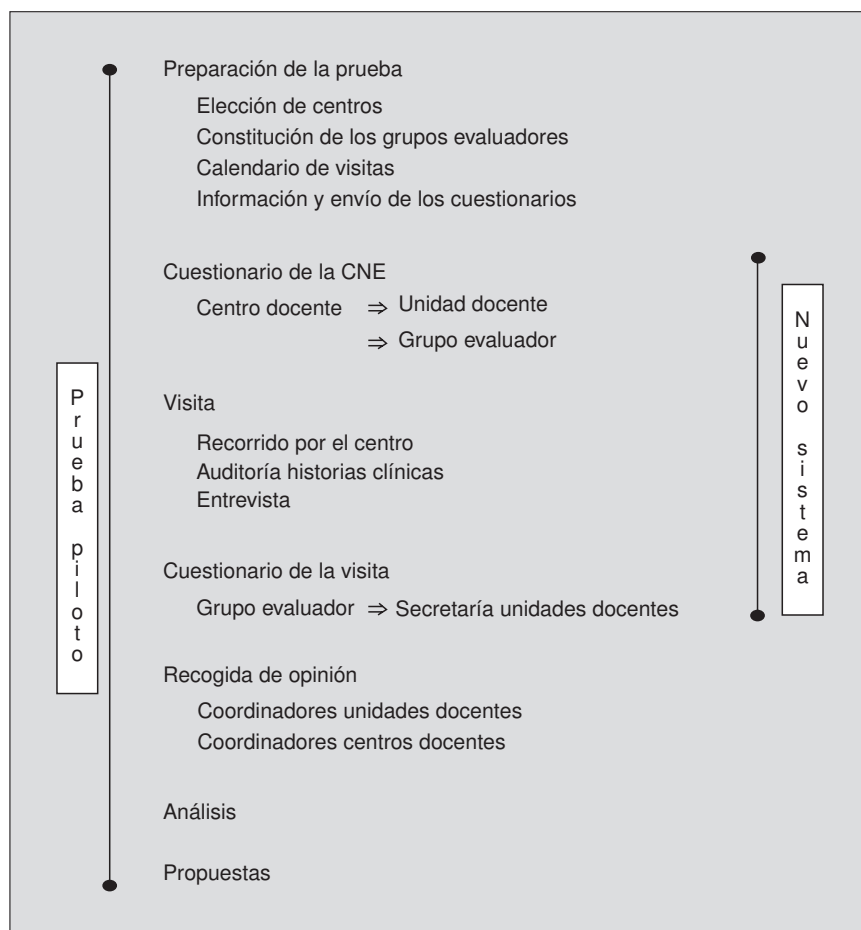


Figura 1. Etapas de la prueba piloto y del nuevo sistema de acreditación-reacreditación.

tros de la CNE por parte del coordinador del centro docente y una visita de un grupo evaluador al mencionado centro tras la que se rellena, de forma individualizada por todos sus miembros, un cuestionario específico.

Uno de los objetivos de la prueba piloto es la mejora de los cuestionarios, por lo que a partir de los resultados obtenidos se sugieren algunos cambios en el cuestionario de la CNE, se propone un sistema de acreditación y reacreditación y un cuestionario de la visita corregido.

### Preparación de la prueba piloto

En el estudio participaron 24 centros de salud acreditados para la

docencia de MFyC sobre un total de 55 de las 15 unidades docentes de Cataluña. Se escogieron que fueran representativos de los diferentes tipos de centros que participan en el programa MIR. Para ello se tuvieron en cuenta las siguientes variables: tamaño, tipo de núcleo poblacional (urbano o rural), antigüedad de la acreditación, entidad gestora (Institut Català de la Salut u otra) y unidad docente.

Los centros seleccionados fueron: Badia (U.D. Centro), Balàfia Pardinyes (U.D. Lleida), Borges Blanques (U.D. Lleida), Centre (U.D. Costa de Ponent), Cirera Molins (U.D. C.H. Mataró), el Carmel (U.D. Barcelona), el Temple (U.D. Tortosa), Florida Nord (U.D. Cos-

ta de Ponent), Garraf Rural (U.D. Costa de Ponent), Vilaseca (U.D. Sta. Pau y Santa Tecla), La Gavarra (U.D. Costa de Ponent), La Granja-Torrefort (U.D. Tarragona), La Mina (U.D. Barcelona), Llefià (U.D. Barcelonès Nord), Maluquer-Salvador (Girona), Morera-Pomar (U.D. Badalona G.A.), Salt (U.D. Girona), Sant Cugat (U.D. Mútua de Terrassa), Sant Llützer (U.D. C.H. Terrassa), Sta. Eugènia de Berga (U.D. Centre), Terrassa Nord (U.D. C.H. Terrassa), Terrassa Sud (U.D. Mútua de Terrassa), Valls-Urbà (U.D. Tarragona) y Vandellós-Hospital (U.D. Sagessa).

Los grupos evaluadores se constituyeron entre todos los coordinadores de las unidades docentes de Cataluña. Se hicieron equipos de 3 personas, una de las cuales era el coordinador de la unidad docente a la cual pertenecía el centro a visitar. En ninguna ocasión los 3 miembros del grupo fueron los mismos, es decir, ningún centro fue evaluado por el mismo equipo. Se informó por escrito a todos los centros de salud y respectivas gerencias de los objetivos y metodología de la visita, y se pactó un calendario de las visitas que se distribuyeron en 3 meses.

### *Cuestionario de la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE)*

Se utilizó la última versión del cuestionario elaborado por la CNE en 1996, único requisito hasta ahora para poder ser acreditado<sup>2</sup>. Los coordinadores de los centros seleccionados para realizar la prueba piloto rellenaban el cuestionario y posteriormente se distribuyó entre los miembros del grupo evaluador para que pudiesen revisarlo antes de visitar el centro.

### *Visita*

La visita se concertaba previamente y se desarrolló durante

una mañana completa. La realizaron conjuntamente los 3 evaluadores, formalizando cada uno por separado un cuestionario de la visita sin comentarlo con los otros compañeros. Al final de la visita entrevistaron en reunión conjunta a un representante de los residentes, de los tutores y al coordinador del centro de salud.

### *Cuestionario de la visita*

El cuestionario se iba cumplimentando durante la visita al centro y pretendía registrar y evaluar los diferentes aspectos que se consideraban importantes (en el anexo consta la versión corregida). Se conservaron los diferentes apartados del documento de la CNE añadiéndole otros complementarios. Al final, se emite un informe donde el evaluador expresa su opinión sobre los aspectos positivos y negativos de la capacidad docente del centro y expresa una opinión definitiva y global.

### *Recogida de la opinión*

Una vez acabada la prueba, se pidió a los coordinadores docentes de los centros participantes y a los coordinadores de las unidades docentes que expresaran su opinión por escrito sobre el nuevo sistema de evaluación.

### *Análisis*

En primer lugar, se describen los resultados del cuestionario del CNE cumplimentados por los coordinadores de los centros de salud objeto del estudio.

En lo referente al cuestionario de la visita, se describen, mediante la media y desviación estándar, los resultados del cuestionario en su conjunto, de los diferentes apartados y de los ítems.

La consistencia interna del cuestionario se estimó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que es calculado para el conjunto del cuestionario y para cada aparta-

do. La homogeneidad de los elementos (ítems) del cuestionario se valoró como es habitual mediante los coeficientes de correlación de Pearson (R) del valor de cada ítem con el total de la escala una vez eliminado el valor de este ítem (índice de discriminación) y el alfa de Cronbach al eliminar progresivamente cada ítem del análisis.

La fiabilidad/estabilidad del cuestionario se valoró a partir de la teoría de la generalizabilidad (diseño observador: centro), en donde se compara la variabilidad dependiente del centro respecto a la debida a los evaluadores.

El análisis se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS/PC+ versión 7.5 para Windows.

## **Resultados**

### *Cuestionario de la comisión nacional de la especialidad*

La mayoría de los ítems fueron contestados de forma correcta por los 24 centros participantes, por lo que sólo destacaremos aquellos ítems con características diferenciales.

En el apartado de edificio y equipamientos generales, las respuestas a la pregunta 1 son poco claras y difícilmente aprovechables. Un 62% no responde el número de médicos por consulta, produciéndose una confusión a la hora de leer el signo «/». Los otros ítems de este apartado se contestaron en un 100%.

El siguiente apartado (personal) no plantea problemas y se contesta sin ausencias, si exceptuamos nuevamente el dilema del uso de la «/». Hay que añadir que la situación del técnico de salud hace que no se conteste en ningún caso con un número, sino con diferentes anotaciones que vienen a coincidir en un número de horas por semana.

Los datos asistenciales se cumplieron de manera clara, así co-

mo los sistemas de registro y la actividad asistencial planificada, la cual se interpretó como pregunta abierta.

En el apartado de docencia e investigación, un 33% no respondió a la pregunta sobre si se realizan seminarios de medicina comunitaria.

### Cuestionario de la visita

La mayoría de los ítems del cuestionario han sido valorados en una escala que va de 0 (no existe) a 4 (muy satisfactorio) y algunos mediante escala dicotómica 0 o 4 según existía o no. Al analizar la frecuencia obtenida de no respuestas, vemos que sobre un máximo posible de 72 (24 centros de salud  $\times$  3 encuestas), todos los ítems tenían menos de 10 (14%) de no respuesta exceptuando 3: 2B3 «porcentaje de trabajo no asistencial del tutor», 2B4 «porcentaje de trabajo no asistencial del residente» y 2C «utilización de protocolos y actividades protocolizadas» con porcentajes de no respuestas del 35, 40 y 22%, respectivamente, por lo que la comprensión de estos ítems, tal y como están formulados, es baja.

La tabla 1 muestra los resultados para el conjunto de los 24 centros según apartados y total. Todas las cifras son el porcentaje de los puntos sobre los posibles, lo que permite comparar los resultados de los apartados independientemente del número de ítems que contengan. La puntuación para el conjunto del cuestionario y centros fue de 70,4, con una amplitud de 54,8-92,0.

El valor alpha de Cronbach del cuestionario global fue 0,89. Este estadístico está calculado sobre 51 ítems y con 18 casos, que es el número de centros con la totalidad de datos.

Al analizar el comportamiento de los ítems, vemos cuáles aumentan el valor del alpha del conjunto de la prueba si se eliminan: 2A1, 2A3, 2A4, 2B3, 3C1, 3D1, 3D2,

TABLA 1. Resultados del cuestionario de la visita

Apartado	Media (DE)*
1.A. Consultas	80,8 (13,4)
1.B. Archivo	83,9 (13,5)
1.C. Urgencias	80,6 (10,4)
1.D. Salas	73,9 (14,1)
Total 1. Edificio y equipamiento general	77,8 (11,6)
2.A. Historia clínica	62,6 (12,2)
2.B. Consulta y trabajo	71,0 (12,0)
2.C. Protocolos	48,9 (28,5)
2.D. Calificaciones de los tutores	71,0 (14,4)
Total 2. Registro y actividad asistencial	64,4 (9,5)
3.A. Sesiones	79,5 (14,9)
3.B. Participación en el programa	74,8 (18,5)
3.C. Tutorización activa	58,2 (23,1)
3.D. Investigación	66,6 (16,0)
3.E. Formación continuada	68,9 (16,4)
3.F. Presupuesto	66,8 (25,3)
Total 3. Actividad científica y docente	69,4 (12,3)
Total cuestionario	70,4 (7,9)

\*Porcentaje de puntos sobre los posibles.

TABLA 2. Coeficientes de fiabilidad según apartados del cuestionario

Apartado (variable dependiente)	Variancia	
	Centro (C)	Residual (O: C)
1. Edificio y equipamiento general	61,1%	38,9%
2. Registro y actividad asistencial	64,2%	35,8%
3. Actividad científica y docente	76,2%	23,8%

3D3, 3D6, 3D7, 3E1, 3E2, 3E3, 3E4 y 3F1.

Respecto a la fiabilidad del cuestionario, la tabla 2 nos muestra el porcentaje de la variabilidad observada debida al centro y la residual, que es la variabilidad debida al observador y al error para los 3 apartados en que se divide el cuestionario.

### Entrevistas

Los 3 evaluadores entrevistaron juntos al coordinador del centro de salud, al representante de los tutores y al representante de los residentes de tercer año. Cada uno de ellos enumeró, según su punto de vista, los 5 problemas principales del centro desde el punto de vista docente. Se anali-

zaron las hojas de recogida de datos para conocer si los 3 evaluadores habían escrito los mismos problemas y si los entrevistados coincidían.

La concordancia observada (los 5 problemas por cada entrevistado) a la hora de recoger los 3 evaluadores la misma información fue del 50%. En la otra mitad de los casos, los puntos conflictivos sólo constaban en uno o en dos de los 3 cuestionarios enviados por los evaluadores. Por otro lado, los 3 entrevistados coincidían en todas sus respuestas en un 3,3% de los casos.

### Encuesta de opinión de los coordinadores

Una vez finalizada la evaluación de todos los centros docentes, se

**TABLA 3. Aspectos positivos y negativos del nuevo sistema según los participantes en la prueba piloto**

<b>Aspectos positivos</b>
Permite el conocimiento personalizado y directo de los problemas, así como la validación del cuestionario pasado con antelación
Permite a los evaluados expresar su opinión
Proporciona una visión global de la estructura y funcionamiento de los centros y de las características de su entorno
Permite establecer una opinión plural y más transparente, dado que la acreditación se formaliza por un equipo y no por una sola persona
Permite el intercambio de opiniones y experiencias entre evaluadores y evaluados
Da a conocer a los coordinadores de otras unidades docentes otras formas de organización diferentes de la propia
Pone en evidencia aspectos diferenciales entre los centros (ámbito rural o urbano, ABS grande o pequeña...) y las respuestas organizativas a estos condicionantes
Da formalidad al requisito de la acreditación delante los equipos asistenciales y responsables gestores de cada entidad
<b>Aspectos negativos</b>
Inversión importante de tiempo de los evaluadores y evaluados
Diversidad de criterio de evaluadores y evaluados
Disminución del nivel de exigencia si se realizan un número excesivo en poco tiempo

pidió a los coordinadores de éstos y a los coordinadores de las unidades docentes que contestaran una encuesta de opinión sobre los aspectos positivos y negativos del nuevo proceso de acreditación y reacreditación, así como qué elementos se añadirían o suprimirían de dicho proceso.

Tal y como recoge la tabla 3, la opinión general fue muy positiva.

## Discusión

La metodología de acreditación y reacreditación propuesta conjuga elementos propios de la evaluación interna de estructuras y procedimientos con otros de evaluación externa<sup>6</sup>.

El cuestionario de la CNE es un requisito necesario para la acreditación de los centros para la docencia de MFyC<sup>2</sup>, determina un conjunto de estándares similares a los exigidos en otros programas de residencia de medicina de familia<sup>7</sup>. En general, podemos decir que no ha presentado graves problemas de comprensión y ha estado debidamente cumplimentado. Desgraciadamente, los tiempos corren más que los documentos administrativos y la búsqueda bi-

bliográfica por Internet o las tendencias de la medicina basada en la evidencia, a la que se incorporan muchos de nuestros centros, hace que el apartado de biblioteca quede incompleto. Probablemente hará falta una próxima revisión a corto plazo<sup>8</sup>.

El principal problema que detectamos es muy simple: no se contesta o se hace mal a unas preguntas por problemas en la interpretación del signo «/». Proponemos modificarlo o sustituirlo por otros signos o formas gramaticales.

Otro aspecto conflictivo surge a la hora de definir la situación de los técnicos de salud. En general los responsables de los centros lo han hecho en términos de horas a la semana que el técnico destina a aquel centro, por lo que nos parece más correcto recoger su trabajo en estos términos. El gran número de no respuestas a la pregunta sobre los seminarios de medicina comunitaria no creemos que sea debida a problemas de interpretación, pues son bien conocidas las dificultades de los centros para el desarrollo de estas actividades<sup>9</sup>.

Respecto a la visita y su cuestionario, la consistencia interna del

conjunto del cuestionario es elevada. Los ítems en general muestran unos buenos índices de discriminación.

La fiabilidad del cuestionario en su conjunto es buena, pero debería mejorarse mediante el entrenamiento de los evaluadores y estableciendo estándares<sup>10</sup>.

La validez de construcción no se ha podido determinar, dado que todos los centros de salud estudiados eran docentes y con poca variabilidad en cuanto a muchos de los parámetros observados. La correlación con el cuestionario de la CNE hubiera orientado sobre la validez predictiva, pero no fue posible dado que, por definición, todos los centros cumplían criterios de acreditación.

En el cuestionario final (anexo 1) se han modificado los ítems con baja respuesta y los que han demostrado un comportamiento deficiente en cuanto a su correlación con el total de la escala. Se han incrementado las definiciones operativas de un mayor número de ítems para que no den lugar a equivocaciones ni discrepancias entre los evaluadores. Por otro lado, tal y como se comenta posteriormente, se propone que el resultado final del cuestionario sea una decisión consensuada por los 3 coordinadores a partir de lo observado por cada uno de ellos, más que una puntuación producto de la suma de los ítems obtenidos.

En cuanto a la entrevista, se observó una baja concordancia entre lo expresado y lo registrado, que creemos se puede mejorar realizando una entrevista semiestructurada y solicitando a los entrevistados que escriban los 5 puntos más conflictivos del centro previamente a la visita.

El hecho de que los 3 entrevistados de cada centro únicamente coincidieron en sus 5 problemas en un 3,3% de los centros, creemos que muestra que cada uno de ellos tiene una visión distinta del centro y de sus problemas. Es en-

riquecedor y complementario, por tanto, entrevistarlos a los tres. Los puntos en los que se produzca la máxima coincidencia deberían analizarse con detenimiento. Otros cambios que se proponen en la metodología empleada son:

- Se recomienda realizar una reunión previa de los evaluadores para analizar el cuestionario de la CNE ya rellenado por el coordinador del centro de salud.

- Mejorar y estandarizar la metodología de seleccionar las historias clínicas que hay que auditar.
- Incluir la opinión del adjunto/a de enfermería y del responsable de admisiones.

- Previamente a la visita, se hará llegar un cuestionario al representante de los tutores, al representante de los residentes y al coordinador del centro para que escriban los 5 puntos que crean más conflictivos del centro. Ello permitirá realizar una reflexión previa a la visita y evitará la discordancia de lo oído entre los evaluadores. La entrevista servirá para matizar cada punto.

- En cuanto al resumen que recoge los puntos fuertes y a mejorar, y el informe final, se propone que sean realizados conjuntamente entre los 3 evaluadores y no por separado, tal y como se realizó en la prueba piloto.

Existen elementos a tener en cuenta a la hora de valorar la viabilidad de la metodología propuesta y poderla hacer extensiva a otras comunidades:

- La existencia o no de coordinación entre las diferentes unidades docentes de una misma comunidad autónoma.

- El número de centros de salud que solicitan la acreditación cada año.

- Realizar la reacreditación de centros de salud de forma escalonada en una primera fase porque la mayoría no están reacreditados y posteriormente realizarla cada 3 años.

- La dedicación de los coordinadores docentes por la carga de trabajo que esto supone<sup>11</sup>.

De todos modos, creemos que la propuesta para acreditar y reacreditar los centros de salud aporta elementos muy enriquecedores a su proceso actual, entre los que destacamos: la visita in situ de los diferentes centros de salud por personas ajenas a las propias estructuras, las entrevistas realizadas a diferentes colectivos para evaluar la situación docente de un centro de salud desde varias perspectivas, el introducir una pequeña auditoria de historias clínicas, ya que posibilita evaluar un aspecto importante de la calidad asistencial. Todo esto posibilita una evaluación de los aspectos que quizá necesiten mejorarse, proporcionar asesoramiento si fuera requerido para mejorar el programa<sup>12</sup>.

### **Propuesta del modelo de acreditación y reacreditación de centros**

El sistema de acreditación y reacreditación de los centros de salud propuesto constaría de tres fases:

#### **Primera fase**

Cada centro de salud que quiera ser acreditado de nuevo para la docencia o que finalice su período de acreditación (3 años) deberá enviar el informe-solicitud de acreditación de centros de la CNE de MFyC al coordinador de la unidad docente a la que pertenezca. El comité de acreditación y evaluación de la unidad docente revisará el informe detectando los problemas que hubiere, y si su informe es favorable pasará a la segunda fase.

#### **Segunda fase**

El coordinador de cada unidad docente solicitará al resto de coordi-

nadores de unidades docentes de su comunidad autónoma la visita de acreditación o reacreditación al centro de salud, que debería realizarse en un plazo no superior a 2 meses.

La metodología para el desarrollo de esta visita es la propuesta anteriormente y durante la cual se complementaba el cuestionario comentado que consta de los siguientes apartados:

1. Edificio y equipamiento (incluye la visita al centro de salud).
2. Registros y actividad asistencial (incluye la revisión de 4 historias clínicas de cada tutor del centro escogidas de forma aleatoria).
3. Actividad científica y docente.
4. Entrevistas al coordinador del centro, al responsable o coordinador docente y a un médico residente de MFyC.

El tiempo de duración de cada visita es de 4-5 horas aproximadamente, dependiendo de las características del centro. La colaboración del coordinador del centro será necesaria para los dos primeros apartados y la del coordinador docente para los dos últimos. Posteriormente, y en un plazo no superior a un mes, el grupo de acreditación enviará un informe final a la CNE de MFyC en donde constará una decisión consensuada sobre la acreditación o reacreditación del centro y los aspectos a mejorar.

#### **Tercera fase**

La CNE de MFyC notificará a la unidad docente su dictamen, intentando que éste sea descriptivo de la situación docente del centro y no constituya sólo una calificación.

### **Bibliografía**

1. Martín C, Moreno J, Santos M. La acreditación docente en atención primaria. *Control Calidad Asistencial* 1998; 3: 19.

2. Sellarés J, Galán M, Cunillera R, Benavent J, Llobet P, Parellada N. Los centros de salud docentes de Barcelona. Opinión de los residentes. *Aten Primaria* 1993; 7: 357-359.
3. Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa docente de la especialidad de Medicina familiar y comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
4. Glass SR. A family medicine teaching unit. *Nurs Manag* 1991; 22: 72-74.
5. Forés D. ¿Son válidos los criterios actuales de acreditación de los centros y tutores de la especialidad de medicina de familia y comunitaria? *FMC* 1996; 3: 383-390.
6. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Objetivos y desarrollo integrado de la docencia en medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria* 1984; 1: 172-174.
7. The Joint Committee on Postgraduate Training for General Practice. Recommendations on the selection and reselection of Hospital post for General Practice Training. Londres: Royal College of General Practitioners, 1998.
8. Warburton SW, Frenkel L, Snope FC. Teaching physicians to teach: a three-year report. *J Fam Pract* 1979; 9: 649-656.
9. Sáinz N. Exámenes para los equipos de atención primaria y programa docente de MFyC. *Aten Primaria* 1998; 5: 335.
10. Scotch Council for Postgraduate Medical Education. Learning General Practice. Edimburgo, 1978.
11. Buckley EB. Report of European Conference on Reacreditations and Recertification. Royal College of General Practitioners. Cambridge: Euract, 1995.
12. Kahn NB Jr. Residency Assistance Program: Criteria for excellence in a family practice residency program (4.a ed.). Kansas City: American Academy of Family Physicians, 1998.

#### ANEXO 1. Cuestionario para la visita de acreditación/reacreditación de los centros de atención primaria docentes

CS

UNIDAD DOCENTE

FECHA DE LA PRIMERA ACREDITACIÓN

REACREDITACIONES

FECHA

INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN

Para evaluar los diferentes ítems utilizaremos la siguiente escala:

0. No existe.

1. Insuficiente (es imprescindible mejorar).

2. Suficiente (es conveniente mejorar).

3. Bien.

4. Muy satisfactorio.

En el caso de que se haya de responder sí o no, utilizaremos los valores extremos.

Los conceptos incluidos en la lista se evaluarán por criterios de calidad y basándonos en la información y la descripción utilizada en el «Informe de acreditación para la docencia en medicina de familia y comunitaria de los centros de atención primaria» que previamente ha rellenado en el centro que se ha de acreditar.

#### 1. EDIFICIO Y EQUIPAMIENTO GENERAL

##### 1.A. Consultas

1. Conservación general.

2. Material de soporte a la consulta.

3. Distribución/ocupación consultas tutor-residente.

##### 1.B. Archivo

1. ¿Centralizado? (0 = no; 4 = sí).

2. Estructura.

3. Organización.

##### 1.C. Urgencias

1. Estructura y material.

2. Organización.

##### 1.D. Salas de reunión y biblioteca

1. Sala de sesiones-reuniones.

2. Biblioteca (estructura).

3. Biblioteca (organización).

4. Libros básicos.

5. Revistas.

6. Sala de trabajo.

7. Informática para investigación y docencia.

8. Material soporte docencia (proyectores, vídeo, etc.).

1.D.7. Valorar ordenador de uso específico, disponibilidad de bases informáticas, acceso a Internet.

**ANEXO 1. Cuestionario para la visita de acreditación/reacreditación de los centros de atención primaria docentes**  
(continuación)

**2. REGISTROS Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

**2.A. HCAP**

1. MEAP.

2. Actividades preventivas.

3. Datos biopsicosociales.

4. Hoja problemas.

5. Factores de riesgo.

6. Calidad global.

**2.B. Organización consulta y trabajo tutor-residente**

1. Organización del tiempo.

2. Carga asistencial global.

3. Valoración del porcentaje del trabajo no asistencial del tutor.

4\*. Valoración del porcentaje del trabajo no asistencial del residente.

2.A. Nos basaremos en una muestra aleatoria de 4 HCAP por tutor.

2.A.2. Existencia de hoja del PAPPS y grado de cumplimentación.

2.A.3. Como mínimo debe constar en la HCAP la profesión y el estado civil.

2.A.6. Valorar la legibilidad de la letra, orden, etc.

2.B.3. Tiempo dedicado por el tutor a docencia, investigación, actividades de control de calidad, etc. Lo mismo para el residente en el siguiente ítem.

\*No es necesario formalizar este cuadro en caso de acreditación

**3. ACTIVIDAD CIENTÍFICA Y DOCENTE**

**3.A. Sesiones**

1. Calendario expuesto públicamente.

2. Pertinencia de las sesiones.

3. Asistencia.

4. Frecuencia de sesiones con técnico de salud.

**3.B. Participación en el programa teórico de la especialidad**

1. Participación de los tutores.

2. Participación del técnico de salud.

**3.C. Tutorización activa**

1. Grado de cumplimiento (registrado).

**3.D. Investigación**

1. En conjunto, las actividades de investigación del centro son...

2. ¿Se mantiene un nivel de comunicaciones y publicaciones?

3. \*Implicación del residente en la investigación.

4. Implicación de los tutores en la investigación.

5. Implicación del técnico de salud en la investigación.

6. Implicación de enfermería en la investigación.

7. ¿Disponen de becas, FISS, ayudas, etc.?

**3.E. Formación continuada**

1. El conjunto de actividades de formación continuada que ofrece el centro es...

2. Para médicos es...

3. Para enfermería es...

4. Para personal administrativo es...

**3.F. Presupuesto**

1. ¿Dispone de presupuesto adecuado para docencia o de mecanismos para la financiación de la formación continuada?

**ANEXO 1. Cuestionario para la visita de acreditación/reacreditación de los centros de atención primaria docentes**  
(continuación)

3.A.2. De sesiones clínicas, bibliográficas, especialistas, etc. de acuerdo con las indicaciones generales del programa de la especialidad.  
3.C.1. Media de entrevistas anuales de los tutores del centro con sus residentes . Orientativamente: «0», ninguna entrevista; «1», 1 entrevista; «2», 2 entrevistas; «3», 3 entrevistas, y «4», 4 o más entrevistas.  
3.D.1. Considerar en su valoración el número de tutores del centro.  
3.D.2. Considerar en su valoración el número de tutores del centro.  
3.D.3. Valorar presencia de los mismos en las tres últimas publicaciones o comunicaciones del centro.  
3.D.6. Valorar presencia de los mismos en las tres últimas publicaciones o comunicaciones del centro.  
3.E. Valorar cantidad y calidad de las actividades formativas realizadas el año anterior distribuido según estamentos de profesionales.  
Considerar el tamaño del centro.

\*No es necesario formalizar este cuadro en caso de acreditación.

**4. ENTREVISTAS**

Detallar los 5 problemas más importantes del centro docente.

**4.A. Coordinador del centro de salud**

**4.B. Tutores**

**4.C. Residentes**

**RESUMEN INFORME FINAL**

	PUNTO FUERTE	PUNTO DÉBIL
<b>1. EDIFICIO Y EQUIPAMIENTO</b>		
1.A. CONSULTAS		
1.B. ARCHIVO		
1.C. URGENCIAS		
1.D. SALAS Y BIBLIOTECA		
<b>2. ACTIVIDAD ASISTENCIAL</b>		
2.A. HCAP		
2.B. ORGANIZACIÓN		
<b>3. ACTIVIDAD CIENTÍFICA Y DOCENTE</b>		
3.A. SESIONES		
3.B. PROGRAMA TEÓRICO		
3.C. TUTORIZACIÓN ACTIVA		
3.D. INVESTIGACIÓN		
3.E. FORMACIÓN CONTINUADA		
3.F. PRESUPUESTO		

**INFORME FINAL:**

Firmado por