

ÁREA DOCENTE

Acreditación de tutores de medicina de familia

Vallejo Lorenzo A, Torío Durántez J, Gálvez Ibáñez M, Molina Fernández E, Moratalla Rodríguez G, Prados Torres D, Ruiz Moral R, de Serdio Romero E, Revilla Ahumada L, Peinado Álvarez A.

Comisión Regional de Unidades Docentes de Andalucía

(En este artículo se exponen las conclusiones del grupo de trabajo sobre acreditación de tutores que ha sido aprobado y surte efectos desde julio de 2000 en todas las Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria de Andalucía)

Finalidad

A corto plazo:

- Utilizar unos **criterios comunes y consensuados** para la acreditación de tutores.
- Definir unos **mínimos de calidad** exigibles para la consideración de tutor.
- **Unificar los documentos** de acreditación un formato común a las UU.DD. Andaluzas.

A largo plazo:

- Sistema centralizado de acreditación por el SAS, con proyección en la carrera profesional.

El esquema de lo que se quiere acreditar sería el siguiente:



Proceso de acreditación de tutores

Acreditación de nuevos tutores:

1. Según regula la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995:

- El tutor solicita la acreditación y la tramita al Coordinador de la Unidad Docente con el *Visto Bueno* del Director del Centro de Salud (anexo I).
- La Comisión Asesora o el Comité de Acreditación por delegación de ésta, evalúa la solicitud y en el caso de considerarla positiva, la remite a la Gerencia de AP (Distrito) para su nombramiento.
- El Coordinador de la UD lo comunica a la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC y a la Comisión Regional de UU.DD.

La **Acreditación** (El nombramiento) tiene una validez de tres años, tras los cuales será necesario pasar el proceso de reacreditación.

2. Junto a la **solicitud** para ser acreditado como tutor de residentes de MFyC, se cumplimentará un **cuestionario** que recoge los requisitos establecidos por la CNE y datos curriculares (anexo II).

La **valoración** de la solicitud y cuestionario se realizará según los **criterios** propuestos por la Comisión Regional de UDD de Andalucía (anexo III) en función de la necesidad y oferta de tutores a criterio de la Comisión Asesora correspondiente.

3. La acreditación/reacreditación, será verificada mediante una **Auditoría Docente** de la actividad del tutor solicitante, siempre que los recursos y necesidades de la UD lo permitan.

Requisitos básicos:

- Trabajar en un Centro de Salud acreditado para la docencia de MIR de MFyC.
- Experiencia profesional:
 - Especialista en MFyC vía MIR deberá tener un mínimo de 1 año de experiencia como médico de ese Centro de Salud.
 - No especialista en MFyC vía MIR deberá tener un mínimo de 3 años de experiencia como médico de un Equipo de A.P., de los cuales 1 año debe de ser en ese centro.
- Aceptar la inspección de su trabajo clínico y colaborar en su análisis y discusión.

Acreditación provisional:

En el caso en que así lo estime la Comisión Asesora/de Acreditación, por necesidades de la U.D. u otras circunstancias no habituales, podrá realizarse una **acreditación provisional**, por un plazo de 6 meses a 1 año, tras el cual se volverá a evaluar la acreditación.

Reacreditación de tutores:

1.- La reacreditación se realizará cada **tres años**, para lo cual se enviará a la Unidad Docente solicitud de reacreditación, que será valorada por la Comisión de Acre-

ditación/Asesora, según los criterios establecidos y verificados mediante auditoría.

2.- El Coordinador de la Unidad Docente, sancionará la reacreditación ayudado por la Comisión de Acreditación/Asesora.

3.- El resultado de la misma se comunicará al interesado, al Centro de Salud y a la Comisión Nacional de la Especialidad.

4.- Para la reacreditación, a juicio de la Comisión Asesora, será necesario:

- Mantener los criterios de acreditación durante los últimos tres años.
- Habrá presentado y/o publicado al menos una comunicación científica de interés en A.P. en los tres últimos años.
- No tendrá evaluaciones negativas de los Médicos Residentes bajo su tutoría en los últimos tres años.
- Habrá cumplimentado la evaluación de los residentes, el Libro del Especialista en Formación y en general las normas docentes de la Unidad Docente.

Auditoría docente:

La auditoría docente pretende verificar los criterios de acreditación/reacreditación y hacer un seguimiento *in situ* de la actividad del tutor.

Proceso de la auditoría:

1. Organización de los grupos de acreditación para cada zona.
 - Formarán parte del grupo tutores y/o residentes de segundo año.
 - Los componentes del grupo no pertenecerán a la zona a auditar.
2. Envío de la información oportuna sobre el proceso a los directores de los centros de salud.
3. Solicitud de la documentación necesaria y citación a los tutores.
4. Auditoría
5. Informe final del proceso.

Contenidos:

La información a recoger será sobre:

- Curriculares, presentará fotocopias.
- Administrativos: Consulta a demanda y consulta programada
- Sistemas de registro: Historia clínica.
- Observación *in situ*.

Datos:

Los datos a recoger de la actividad del tutor (anexo II).

Composición de la comisión de acreditación:

Formarán parte de la Comisión de Acreditación aquellos miembros designados por la Comisión Asesora de la Unidad Docente.

ANEXO I: SOLICITUD DE ACREDITACION DE TUTORES

Don / Doña.....

Médico del Centro de Salud.....

Solicita ser acreditado/a como tutor/a de Medicina de Familia de Centro de Salud, para la formación de médicos residentes en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, comprometiéndose a cumplir las tareas y obligaciones que el programa de la especialidad contempla, con los residentes que le sean adscritos, así como la posible inspección y/o auditoría de su trabajo clínico y docente y a colaborar en su análisis y discusión, si es solicitado por la Comisión Asesora de la Unidad Docente.

En , a de de 2.0.....

Firma:

VºBº Director del C.S.

ANEXO II: CUESTIONARIO DE ACREDITACIÓN DE TUTORES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Conteste por favor, el siguiente cuestionario que recoge datos personales, aspectos clínicos, docentes y de investigación que deberán ser valorados por la Comisión de Acreditación:

DATOS DEL SOLICITANTE

- * Centro de Salud: _____
- * Nombre y apellidos: _____
- * Fecha de nacimiento: _____

SITUACIÓN

- **Tiempo de experiencia** como médico de EBAP (excepto MIR) _____
- Fecha en la que se incorporó a su puesto actual: _____
- Propietario de plaza en el EAP:
 - sí: ____
 - no: ____
- Prevé estabilidad en la plaza durante los próximos 3 años:
 - sí: ____
 - no: ____
- Director del Centro:
 - no: ____
 - sí: ____ ¿desde cuándo?: _____
- Es Coordinador responsable de algún Programa:
 - no: ____
 - sí: ____ ¿de cuál? : _____
- Es responsable docente del Centro:
 - sí: ____
 - no: ____

TITULACIÓN

- Titulación en Medicina Familiar:
 - vía MIR: ____
 - vía no MIR: ____
- Otra especialidad (especificar): _____
- Otras titulaciones que posee: _____

I. ASPECTOS CLÍNICOS (todos los datos asistenciales se referirán a 1 año de actividad, el último)

1. **Población** que tiene Vd. **asignada** actualmente (según última relación oficial):
____ régimen general ____ pensionista
2. Número medio de **consultas a demanda/día** durante el último año: ____
De estas son:
 - consultas médicas ____ consultas administrativas (IT, recetas largo tratamiento) ____
3. El **tiempo** dedicado diariamente a la **consulta asistencial a demanda** es de: ____ minutos/día
4. Número medio de **visitas domiciliarias a demanda/semana** durante el último año: ____
5. Número medio de **consultas programadas/semana** durante el último año: ____
 - Incluidas en programas (embarazo, crónicos, etc.): ____
 - Para diagnóstico y/o tratamiento: ____

* En el supuesto de no tener Consulta programada, explique brevemente por qué no la hace:
6. El **tiempo** dedicado diariamente a la **consulta asistencial programada** es de: ____ minutos/día
7. Número medio de **visitas domiciliarias programadas/semana** durante el último año: ____

8. Número medio de **pacientes/día** que atiende la **consulta de Enfermería** de su U.A.F.:

- Citados por cartilla de largo tratamiento: ____

- Citados por programas: ____

9. Estime aproximadamente en qué % **registra en la Historia clínica, las consultas a demanda** que tiene diariamente: ____ %

10. Señale con un «X» aquellos **Programas o Subprogramas de Salud** en los que participa de forma activa en su Centro, así como el nº de consultas semanales de cada uno de ellos:

	<i>participación</i>	<i>nº de consultas semanales</i>
* Control Embarazo:	___	___
* Planificación Familiar:	___	___
* Programa de crónicos:		
- HTA:	___	___
- Diabetes:	___	___
- EPOC:	___	___
- Obesidad:	___	___
- Dislipemias:	___	___
* Programa del Anciano:	___	___
* Programas de Salud escolar:	___	___
* Otros (precisar): _____	___	___

11. Las **consultas administrativas**, partes de IT y recetas de largo tratamiento, las realiza:

* El médico en la consulta asistencial _____

* El médico fuera de la consulta asistencial _____

* Otro personal fuera de la consulta asistencial _____

12. Acepta la **evaluación de su trabajo** clínico y colaborar en su análisis y discusión, mediante:

- Sólo inspección de historia: _____

- También análisis de prescripciones en sesiones con otros tutores: _____

- Auditorías globales y discusión de la práctica clínica: _____

- ninguna: _____

13- ¿Utilizas en tu práctica habitual el **enfoque familiar**?

- no

- si:

- Nivel 2 (recibe y aporta información a la familia y le da consejos): _____

- Nivel 3 (emplea instrumentos para identificar acontecimientos familiares): _____

- Nivel 4 (evalúa la función y disfunción familiar): _____

- Nivel 5 (intervención familiar): _____

14. Empleo de técnicas comunicacionales sistematizadas y evaluación de **entrevistas clínicas**:

- no

- si:

- Sin evaluación de entrevistas grabadas: _____

- Con evaluación de entrevistas grabadas: _____

15. Participación en actividades programadas de **Educación para la Salud** este último año:

- no: _____

- si: _____ Precisar:

16. Otras **Actividades Preventivas** que se realizan en su consulta, incluidas o no en el PAPPs, en este último año:

17. Otras **Actividades con la Comunidad** en las que haya participado en este último año

18. ¿Asiste regularmente a las **Reuniones de Equipo** del Centro? :

- no: _____

- si: _____¿cuántas al mes? : _____

II. ASPECTOS DOCENTES

1. Experiencia docente:

• Participación como **tutor** de residentes de MFyC:

- no: _____

- si: _____¿Nº. De años que ha tenido R3? : _____

• En el caso de tener, o haber tenido residente, utiliza diversas **técnicas y métodos educativos** como los siguientes:

- Discusión regular de casos clínicos: _____

- Realiza sesiones con otros miembros del equipo: _____

- Muestra disponibilidad para discutir métodos docentes con otros tutores: ____
- Participa regularmente en las **sesiones clínicas/bibliográficas** que se realizan en su centro:
 - No: ____
 - Si: ____ (especificar las presentadas por usted en el último año):
- Participación **como docente en otras actividades de formación** (conferencias, cursos, seminarios, etc.) en los últimos años:
 - No: ____
 - Si: ____ (precisarla a continuación: temas impartidos, organización a cargo de, dirigido a):
- Colaboración específica con la U.D. Provincial en aspectos docentes en los últimos años, en caso afirmativo indique de qué tipo:
- Otras experiencias como docente que desee señalar:

2. Indique los **cursos de formación** que ha realizado en los dos últimos años:

- Garantía de Calidad ____
- Organización de la práctica médica en A. P. ____
- Ética Médica ____
- Entrevista Clínica ____
- Atención Familiar ____
- Atención a la comunidad ____
- Educación y Promoción de la Salud ____
- Metodología de la investigación ____
- Metodología docente ____
- Otros ____
- Reciclajes o estancias de formación específica ____

3. Su **disponibilidad para impartir clases** sobre diferentes temas (práctica en medicina familiar, entrevista clínica, atención familiar, atención comunitaria, clínico-terapéuticos, epidemiología, estadística, etc.) a los Médicos residentes puede considerarse:

- Alta: ____
- Media: ____
- Baja: ____
- Señale a continuación sus áreas de preferencias para realizar esta actividad como docente:

III. ASPECTOS DE INVESTIGACIÓN

4. Número de **comunicaciones** a Congresos y Reuniones científicas en los dos últimos años: ____

* Especificar:

5. Número de **publicaciones científicas** en los tres últimos años: ____

* Especificar:

6. Participa actualmente en algún **trabajo de investigación** relacionado con Atención Primaria:

- no: ____
- si: ____ especificar:

7. Asistencia en los últimos años a **Jornadas o Congresos** de Atención Primaria:

- no: ____
- si: ____ especificar:

8. **Tesis doctoral** realizada o en realización:

- no: ____
- si: ____ Especificar el título:

9. Utilice este espacio, si lo desea, para consignar **otros méritos** no contemplados en apartados anteriores y que considere relevantes:

El abajo firmante, tal y como contempla el programa oficial de la especialidad de MFyC acepta la posible inspección y/o auditoría de su trabajo clínico y docente y a colaborar en su análisis y discusión, si así es solicitado por la Comisión Asesora de la Unidad Docente.

En, ade. de 20....

VºBº Director del C.S.

Firmado

ANEXO III: VALORACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA ACREDITACIÓN DE TUTORES

ASPECTOS CLÍNICOS: (Los datos son referidos a 1 año de actividad, el último)

1. Promedio de pacientes/día, en consulta asistencial:

* Menos de 10 pacientes/día	0
* Entre 10 y 20 pacientes/día	2
* Entre 21 y 30 pacientes/día	4
* Entre 31 y 40 pacientes/día	2
* Más de 40	0

2. Tiempo medio dedicado a cada paciente en consulta:

* Más de 8 minutos	3
* Entre 8 y 5 minutos	2
* Menos de 5 minutos	0

3. Porcentaje de consultas a demanda (con y sin cita) registradas en la historia clínica informatizada:

* del 70 a 80%	2
* del 80 al 90%	4
* superior al 90%	6

4. Utilización del enfoque familiar:

* nivel 2 ó 3	2
* nivel 4 ó 5	4

5. Utilización de técnicas sistematizadas de entrevista clínica:

* sin evaluación	2
* con evaluación	4

6. Realiza visitas domiciliarias programadas:

* número de visitas mensuales entre 3 y 5	1
* número de visitas mensuales entre 6 y 7	2
* número de visitas mensuales superior a 7	3

7. Realiza consulta programada de control de embarazo:

* número de visitas mensuales entre 3 y 8	1
* número de visitas mensuales superior a 8	3

8. Realiza consulta programada de planificación familiar:

* número de visitas mensuales entre 3 y 7	1
* número de visitas mensuales superior a 7	3

9. Realiza consulta programada (aparte de embarazo y planificación):

* número de visitas semanales entre 2 y 5	2
* número de visitas semanales entre 6 y 9	4
* número de visitas semanales superior a 9	6

10. Participación en otros programas de salud:

* En un solo programa	1
* En más de dos programas	2
* En todos los programas	3

11. Participación en actividades programadas de Educación para la Salud y otras actividades comunitarias:

* No	0
* Si	2

ASPECTOS DOCENTES y DE INVESTIGACIÓN

1. Grado de experiencia en docencia:

* Participación como docente en actividades de formación (charlas, seminarios, cursos, etc.)	2
* Disponibilidad para impartir docencia	3
* Colaboración específica con la U.D.	4

2. Métodos docentes:

* Discusión regular de casos clínicos con el residente	1
* Realiza sesiones con otros miembros del equipo	3

3. Presentación de sesiones en el centro de salud, durante el último año:

* 1 sesión	1
* 2 - 3 sesiones	3
* Más de 3 sesiones	5

4. Asistencia a jornadas o congreso relacionados con la A.P. en el último año:

* No	0
* Si	1

5. Cursos de formación o reciclaje práctico realizados en los últimos 2 años:

* Uno o dos cursos	1
* Más de dos cursos de 30 ó más horas	2

6. Comunicaciones científicas presentadas a congresos durante los últimos 2 años:

* Una o dos	2
* Más de dos	4

7. Publicaciones científicas realizadas en los últimos 3 años.

* Una o dos	3
* Más de dos	5

8. Otros trabajos o proyectos de investigación

* Si	2
------	---

9. Grado de satisfacción del residente con el tutor (media de las dos últimas promociones):

	muy satisf.	satisfecho	insatisf.	muy insatisf
* En cuanto a su cualificación clínica	1	0,5	-0,5	-1
* En cuanto a su capacidad docente	1	0,5	-0,5	-1
* En cuanto a su capacidad investigadora	1	0,5	-0,5	-1
* En cuanto a la relación tutor-residente	1	0,5	-0,5	-1

TITULACIÓN Y SITUACIÓN:

1. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria:

* Vía MIR	4
* Vía no MIR	2
* Otra especialidad	1

2. Propietario 2

3. Director del Centro o Coordinador de algún Programa: 1

4. Responsable docente del Centro: 2

VALORACION GLOBAL:

. Aspectos Clínicos	50%
. Aspectos Docentes y de Investigación	30%.
. Titulación y Situación	20%

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN

1. Los datos cuantitativos utilizados para valorar el cuestionario de acreditación son relativos, ya que no hay un criterio único ni universal que nos indique la cifra óptima, carecemos de estándares. Además en cada unidad nos vamos a encontrar con realidades distintas que hacen difícil establecer criterios cuantitativos homogéneos. Por lo tanto hay que tomarlos así como una valoración relativa.
2. Al valorar los datos asistenciales considerar si el medio es urbano o rural.
3. En el análisis de los indicadores de demanda, visitas domiciliarias, control de embarazo, planificación familiar, etc., se podría tener en cuenta las medias del centro de salud y población asignada.
4. Considerar la opinión de los residentes y la valoración que estos realicen de aspectos clínicos, atención a la familia, entrevista clínica, investigación, etc.
5. Al utilizar el mismo documento para la acreditación/reacreditación, hay ítems que serán tenidos más en cuenta en uno o en otro de los casos.

CRITERIOS EXCLUYENTES PARA LA VALORACIÓN DE LA ACREDITACIÓN

- No realizar el compromiso escrito de sus obligaciones docentes.
- No participar en actividades de formación continuada.
- No utilización de la historia clínica informatizada.
- No participación activa en el programa Materno Infantil.
- Consultas de más de 50 pacientes/día