



Universidad de Murcia

**Análisis pedagógico del Plan de
Formación Individual del Residente
de Medicina Familiar y Comunitaria**

Eduardo Romero Sánchez

MURCIA 2008



Universidad de Murcia

TESIS DOCTORAL

Título	Análisis pedagógico del Plan de Formación Individual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria
Realizada por	Baldomero Eduardo Romero Sánchez
En el Departamento	Teoría e Historia de la Educación
Dirigida por	Dr. Ramón Francisco Mínguez Vallejos Dra. M^a Ángeles Hernández Prados

A mi abuela María con todo mi cariño

AGRADECIMIENTOS

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

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

Una mención especial merece el Dr. Iñigo Anza, hasta el punto de que gran parte del estudio presentado es también mérito suyo. Desde el principio he tenido la gran suerte de contar con él, siendo capaz de orientarme desinteresadamente y respetando en todo momento mis inclinaciones y puntos de vista. Todo ello ha hecho que mantengamos una relación de trabajo muy fructífera y positiva basada en la confianza y en el respeto mutuos.

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

No quisiera terminar estos agradecimientos sin expresar mi gratitud personal al Dr. Pepe Saura. El descubrirlo, primero como compañero y después como amigo me ha reportado innumerables beneficios tanto a nivel profesional, académico y lo que es más importante, personal.

A Francesc Molina, Paco Martínez, María García, Vicente Carreño y en general a todos los miembros del grupo de investigación "Aprendiendo Juntos" y a aquellos tutores y residentes, implicados directa ó indirectamente. Todos ellos me han acogido cordialmente desde el primer momento y me han ayudado a resolver las dudas que me iban surgiendo durante la elaboración de esta tesis. Gracias a ellos he podido adentrarme en el ámbito clínico indispensable para llevar a buen puerto la presente investigación.

A Guadalupe Ruiz Merino, de la Unidad de Apoyo Metodológico de la Fundación para la Formación e Investigaciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia por su inestimable ayuda y asesoramiento prestado en la parte metodológica de la investigación y en el tratamiento estadístico de los datos.

A mis amigos y mi familia y en especial a mis padres, que supieron educar a sus hijos con el ejemplo de su vida. Ellos posiblemente hayan sido los que más han sufrido con cariño y exquisita paciencia la elaboración de este trabajo. Su sola presencia ha hecho que todo sea mucho más fácil y menos duro.

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

Gracias por todo

INDICE

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN.....	1
BREVE RESUMEN	9

BLOQUE I: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. LA EDUCACIÓN MÉDICA COMO CONTEXTO GENERAL

1. Introducción.....	12
2. Origen de la Educación Médica	13
3. Evolución de la Educación Médica en el siglo XX.....	16
4. Concepto y fases de la Educación Médica	28
5. Fuentes documentales de la Educación Médica.....	38

CAPÍTULO 2. LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA MEDICINA DE FAMILIA

1. Marco general: La Constitución Española y la Ley General de Sanidad	46
2. La Atención Primaria de Salud (APS) como contexto sanitario	49
1. Introducción.....	49
2. Desarrollo histórico y concepto de APS.....	50
3. La Reforma de la Atención Primaria	51
4. La estructura y organización de la AP.....	53
5. Situación actual y perspectiva de futuro de la AP	56
3. La Medicina Familiar y Comunitaria como contexto profesional.....	58
1.Origen de la Especialidad de Medicina Familiar	58
2.Definición y características de la especialidad.....	59
3.Desarrollo normativo histórico de la especialidad	62
4.Perfil profesional del especialista en MFyC	69
5.La investigación en la Atención Primaria en España	71
6.La presencia de la Medicina de Familia en la Universidad.....	73

CAPÍTULO 3. LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN MFyC

1. Marco General: La formación médica especializada en España	80
1. Introducción	80
2. El sistema MIR: definición.....	81
3. Origen y desarrollo histórico	84
4. Normativa reguladora	89
5. Estructura asistencial y docente	99
6. Situación actual y perspectivas de futuro	104
2. La formación postgrado de MFyC como contexto docente.....	109
1. El desarrollo normativo-histórico de la especialidad.....	110
2. La estructura y organización docente: las UUDD de MFyC	113
3. El futuro de las UUDD de MFyC en España	120
4. El contenido: el Programa Oficial de la Especialidad	126
5. La evaluación de los médicos residentes de MFyC	130
6. Acreditación y reacreditación de centros y tutores	133

CAPÍTULO 4. LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA DEL MÉDICO DE FAMILIA EN MURCIA

1. Recorrido histórico: La Unidad Docente Provincial de MFyC de Murcia.....	138
2. Las Unidades Docentes de MFyC de la Región de Murcia	145
1. La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Murcia	145
2. La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Cartagena	159
3. La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Lorca	167
3. La coordinación regional en la formación del residente de MFyC	177

CAPÍTULO 5. BASES Y FUNDAMENTOS DEL APRENDIZAJE DEL RESIDENTE

Introducción: Principios del aprendizaje.....	182
1. Fundamentos del constructivismo: características del aprendizaje	183
1. Constructivo.....	187

2. Significativo	189
3. Contextualizado	191
4. Activo.....	193
5. Individualizado	194
6. Motivador.....	194
7. Experiencial	193
8. Social.....	198
2. Modelo de aprendizaje centrado en el alumno.....	203
1. Aprendizaje autónomo o autodirigido.....	205
2. Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas.....	206
3. El aprendizaje de adultos.....	207

CAPÍTULO 6. ANÁLISIS PEDAGÓGICO DE LA FORMACIÓN MIR DE MFyC

1. La formación en el contexto laboral	216
1. Antecedentes de la formación profesional	217
2. El aprendizaje profesionalizador	222
3. El sistema MIR como formación en el lugar de trabajo	225
2. Caracterización de la formación especializada de Medicina de Familia	228
1. Tipo de formación.....	228
2. Organización docente.....	230
3. Estructura docente.....	231
4. Metodología docente	231
3. Elementos fundamentales del proceso formativo de postgrado	232
4. Etapas del proceso formativo.....	235
5. La organización sanitaria como escenario de aprendizaje	238
6. Tipos de aprendizaje organizacional: formal e informal.....	243
7. La relación de tutorización	245

CAPÍTULO 7. LA PLANIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN MIR

0. Introducción	255
1. Proceso de enseñanza-aprendizaje	256
2. Normativa reguladora en materia de planificación.....	258
3. Conceptualización del currículum	259
4. Las teorías del currículum.....	261
1. Teoría Racional-Tecnológica	264
2. Teoría Interpretativa-Simbólica	265
3. Teoría Crítica.....	267
4. Paradigma emergente	268
5. Los elementos del currículum	269
1. Necesidades y expectativas formativas	269
2. Objetivos/resultados de aprendizaje	270
3. Estrategia educativa	272
4. Organización del contenido	273
5. Metodología docente	275
6. Evaluación	276
7. Comunicación del currículum.....	280
8. Ambiente educativo	280
9. Gestión del propio currículum	281
6. Niveles de concreción curricular	283
1. Diseño Curricular Básico: el Programa Oficial de la Especialidad	284
2. Diseño Curricular de la UD: el Programa de Formación de la UD.....	286
3. Diseño Curricular del Programa de Formación del Residente.....	288
7. Las funciones y utilidades de la planificación.....	291
8. Experiencias docentes en materia de planificación.....	294

BLOQUE II: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 8. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

1. Contexto de surgimiento	302
2. Justificación y delimitación del problema de investigación	304
1. Delimitación del área temática	304
2. Definición del objeto de estudio	305
3. Planificación del problema de investigación.....	306
3. Objetivos del trabajo	307
4. Proceso seguido	308
5. Enfoque metodológico	309
1. Lo cuantitativo y lo cualitativo de los estudios descriptivos	310
2. La triangulación como estrategia metodológica del estudio	312
6. Diseño de investigación	315
7. Búsqueda bibliográfica.....	317
8. Instrumentos de recogida de información	322
9. Panel de expertos.....	322
10. Cuestionario.....	342
11. El tratamiento de los datos obtenidos en el cuestionario.....	380

BLOQUE III: MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. Resultados de los residentes de primer año (R1)	388
2. Resultados de los tutores de residentes de primer año (T1)	441
3. Resultados comparativos de tutores y residentes de primer año	496

CAPÍTULO 10. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. Resultados de los residentes de tercer año (R3)	514
2. Resultados de los tutores de residentes de tercer año (T3)	566
3. Resultados comparativos de tutores y residentes de tercer año (T3-R3)	622

CAPÍTULO 11. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1. Conclusiones y respuesta a los objetivos planteados	638
2. Límites del estudio y líneas futuras de investigación.....	645
3. Implicaciones para la para la práctica y recomendaciones.....	646

RELACIÓN DE SIGLAS	651
---------------------------------	-----

RELACIÓN DE ANEXOS	652
---------------------------------	-----

1. INTRODUCCIÓN

La enseñanza de la Medicina es una de las áreas de la educación con mayor trascendencia social, por constituir el proceso básico para la formación de los futuros médicos. Una formación que debe capacitarles para dar respuesta a las expectativas de sus pacientes y a los retos que plantea la actual práctica médica. De ahí, el impacto que tiene la formación en la génesis de un capital humano profesional de alta calidad.

Este trabajo relaciona la reflexión pedagógica con la medicina, y más concretamente con la formación de médicos. Esta relación no es nueva, ya que desde siempre el trabajo del médico ha estado ligado a tareas educadoras. En épocas anteriores era fácil educar al paciente, a la familia y a los médicos jóvenes, porque el quehacer clínico consistía básicamente en un contacto personal, largo y continuo con el enfermo. El estudiante de medicina se instruía al lado de su tutor y el acto médico basado principalmente en el contacto humano con el enfermo resultaba una acción educadora natural. Aunque, esto sigue siendo en gran parte así, ahora se necesita también que el médico que se educa y el que educa, conozca de otros métodos formativos que la pedagogía reconoce como útiles en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En este sentido, este estudio constituye un excelente ejemplo de la provechosa interacción entre la pedagogía y la medicina, que ojalá se convierta en una práctica habitual en beneficio de ambos ámbitos de conocimiento y, en definitiva, en provecho de los ciudadanos que son los primeros destinatarios de su reflexión y trabajo. Se trata de aportar conocimiento pedagógico con el propósito de mejorar la calidad de la formación de especialistas en medicina, con la convicción de que una mejor formación redundará positivamente en la satisfacción de los profesionales del Sistema Sanitario, en el clima organizacional y, sobre todo, en la calidad de la asistencia que se presta a la población.

Del mismo modo puede justificarse una cierta relación de dependencia de ambas disciplinas explicada en los siguientes términos. Para la medicina, dar respuesta a la demanda de asesoramiento pedagógico, formación docente y disponer de una serie de criterios y fundamentos que justifiquen sus actuaciones en este sentido. Para la pedagogía, reconocer un nuevo escenario de formación en la práctica profesional fuera de los muros de la escuela.

2. UN NUEVO ESCENARIO FORMATIVO: EL ASESORAMIENTO EDUCATIVO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA SALUD

La sociedad actual demanda progresivamente mayores cotas de bienestar y mejor calidad de vida y, para lograr este deseo colectivo la educación constituye, al parecer, el mejor medio y, en consecuencia, el círculo de modalidades, destinatarios, espacios y agentes dedicados a tal menester es cada vez más amplio¹.

Por otra parte, respecto a la profesionalización del pedagogo nos encontramos con una falta de nitidez en la definición de sus funciones por la sociedad, que no ha contemplado hasta ahora demasiados lugares de trabajo para estos especialistas. A diferencia de lo que ocurre en otras profesiones, las demandas sociales de estos profesionales son escasas, están difuminadas y no son solicitadas por el público al que debe ir destinada su acción con la fuerza que se reclaman otros servicios. A tales dificultades debe añadirse que la Administración Educativa apenas ha creado salidas específicas para ellos.

En cualquier caso, más allá de la dependencia de la Administración, es importante que el pedagogo demuestre su utilidad social resolviendo problemas reales, generando así la necesidad de su intervención. Con todo, parece que esta realidad va cambiando poco a poco, y el pedagogo va abriendo nuevos campos al desarrollo de la educación. Un ejemplo de ello es el asesoramiento educativo en el ámbito de la formación médica especializada, objeto de este trabajo.

Ampliación de las coordenadas espacio-temporales

Para la pedagogía parece haber quedado reservado, en parte, el ámbito escolar como el apropiado para el desarrollo de su función. Sin embargo, los especialistas han determinado, desde hace bastante tiempo, que su tarea no queda reducida al campo de la escuela, como tradicionalmente se venía considerando². De esta convicción se deriva la necesidad urgente de abordar una reflexión profunda sobre el sentido y el alcance de la función pedagógica en los nuevos entornos socio-culturales.

¹ Ventosa, V.J. (1997): *Intervención socioeducativa*. Editorial CCS. Madrid.

² Vázquez, G. (1998): La educación no formal y otros conceptos próximos. En Sarramona, J., Vázquez, G., y Colom, A. *Educación no formal*. Ariel. Barcelona.

La evolución social tan profunda a la que se ha visto abocada nuestra sociedad, evolución mediatizada por el modo tradicional de concebir los valores, y con la emergencia de otros nuevos, o de un modo nuevo de entender los antiguos; la aparición de nuevas tecnologías que han contribuido a introducir cambios radicales en los modos de vida; las posibilidades nuevas de información y de conocimiento; las nuevas formas y estructuras económicas y políticas, etc.³, hacen que el concepto de "educación" haya sufrido una transformación radical.

Aunque sería una ardua tarea entrar a fondo en los factores que han determinado dicho cambio, citaremos, sólo a modo de ejemplo, algunos de ellos:

- La extensión creciente de la demanda de educación por la incorporación de sectores sociales tradicionalmente excluidos de los sistemas educativos convencionales (adultos, mayores, etc.).
- Transformaciones en el terreno sociolaboral que abren todo un panorama de gran interés pedagógico desde el punto de vista de la formación tanto en el campo técnico y competencial (especialización, reciclaje y formación continua, cursos de obligada impartición sobre higiene y seguridad, etc.) como en otras tareas de vital importancia para la eficiencia y el desarrollo empresarial (procesos de acogida de nuevos empleados, planes de carrera profesional, evaluación del desempeños, procesos de promoción, etc.).
- La constitución del tiempo libre como espacio privilegiado de intervención educativa (Educación para el Ocio y el Tiempo Libre, Educación Ambiental, etc.).
- La presencia creciente de los medios de comunicación de masas en la vida social: la representación cada vez más amplia y extensa (televisión, radio, prensa y programas multimedia), reclama una respuesta netamente pedagógica que mida el volumen de información, su cadencia o frecuencia, la adecuación a los usuarios, la optimización del medio en la comunicación, etc.

³ AA.VV. (1991): *La educación no formal, una prioridad de futuro*. Documentos de un debate. Fundación Santillana. Madrid.

- El desarrollo de nuevas tecnologías que hacen posible el diseño de procesos de formación y aprendizaje al margen de los sistemas presenciales de la escolaridad convencional (teleformación, enseñanza a distancia, virtual, etc.)
- Y una sensibilidad social creciente sobre la necesidad de implementar intervenciones de carácter socioeducativo en situaciones de inadaptación y marginación social sobre sectores de población en riesgo como son los inmigrantes, discapacitados, personas carentes de medios económicos, reclusos, mujeres maltratadas, etc.

Éstos y otros factores, constituyen el caldo de cultivo para la proliferación de nuevos espacios educativos fuera de la escuela y, paralelamente, las referencias reales de un cierto cambio de orientación en el discurso pedagógico para que sea capaz de integrar y legitimar tales espacios.

Son múltiples las manifestaciones de esta transformación, pero señalemos sólo a modo de ejemplo, la irrupción de conceptos como el de “educación permanente” o “formación continua” y la necesidad del desarrollo de los procesos educativos para dar una respuesta adecuada a ciertos problemas sociales. Probablemente, la idea de la “educación permanente” fuese uno de los primeros recursos de los que se valió el lenguaje pedagógico para, entre otras cosas, legitimar nuevas instituciones, medios y recursos educativos no escolares⁴.

Otros conceptos o lemas, que también comparten un cierto aire de familia con los anteriores y que en el discurso pedagógico, aunque con significados distintos, cumplen una función semejante al de educación permanente serían el de “sociedad educativa” o “sociedad del aprendizaje” propuesto por T. Husen⁵. O también la idea de “ciudad educativa”, que aparecía como lema en el libro *Aprender a ser*⁶ y que después de un letargo de varios años, a finales de los 80 fue recuperada con cierto vigor en el marco de las políticas educativas locales.

⁴ Trilla, J. (1993): *La educación fuera de la escuela*. Ariel. Barcelona.

⁵ Husen, T. (1978): *La sociedad educativa*. Anaya. Madrid.

⁶ Faure, E. et al. (1987): *Aprender a ser*. Informe de la Comisión Internacional para el desarrollo de la educación. Alianza Editorial. Madrid.

Por su parte, de la idea de “sociedad educadora” se ocupa un grupo de autores coordinados por el profesor García Garrido en el libro *La sociedad educadora*⁷ y lo hacen de la siguiente manera : “*La educación en las sociedades desarrolladas no es un proceso limitado a unos años y una etapa de la existencia de las personas, es una oportunidad abierta durante toda la vida, que se desarrolla en acciones “no formales”, respondiendo a un deseo de aprendizaje que la sociedad educadora debe contemplar en sus políticas globales de educación”.*

Sin embargo, frente a la emergencia tan fuerte de la función educativa, ya no sólo en sus dimensiones formales -la de la escuela- sino en las más diversas situaciones sociales -familia, medios de comunicación, empresa, tiempo libre, etc.-, parece que no ha respondido adecuadamente a tal fenómeno el desarrollo de la función educativa, o al menos no ha habido una percepción social de tal desarrollo.

Todo ello estaría alertando sobre la necesidad de trabajar para formar profesionales con un amplio espectro de capacidades reflexivas, críticas y de acción en contextos socioeducativos bien diferentes, con distintas posibilidades y la suficiente versatilidad como para actuar “profesionalmente” en dichos contextos demostrando su utilidad social.

Y es que, como señala el profesor Rodríguez Sedano, “*los elementos estructurales y de análisis que la pedagogía escolar o la psicopedagogía ha venido señalando en el proceso educativo son perfectamente válidos, desde un punto de vista metodológico y hechas las transposiciones oportunas, para cualquier proceso educativo: señalar finalidades, la concreción de objetivos, la enumeración de contenidos y actitudes, la determinación de procedimientos, el conocimiento individual del sujeto y de su contexto social, la consideración de la condición real del educador concreto y de sus medios, la interacción de los procesos y la interdependencia de las materias de desarrollo, la evaluación de resultados y la retroalimentación de los procesos, por ejemplo, son elementos que deben estar explícitamente presentes en cualquier estrategia educativa. Igualmente, el conocimiento de las técnicas adecuadas, para la aplicación y desarrollo de los procesos deben encontrarse en el bagaje técnico de cualquier pedagogo*”⁸.

⁷ García, J.L. (Coord.) (2000): *La sociedad educadora*. Fundación Independiente. Madrid.

⁸ Rodríguez, A.: (2001): Reflexiones en torno al futuro de los estudios de educación. En *Simposio sobre itinerarios de cambio en la educación*. Universidad de Barcelona.

Sin embargo, y aplicado al ámbito de este trabajo, en general la enseñanza en la Medicina ha sido tradicionalmente desarrollada gracias a la vocación y motivación de diferentes profesionales deseosos de mantener el interés científico y en muy pocas ocasiones se ha contado con unos sólidos fundamentos pedagógicos que le permitan al docente crecer en este campo.

En el caso de los tutores de medicina ocurre lo mismo, a pesar de que están formados –como clínicos- para tomar decisiones basadas en la evidencia disponible, cuando ejercen su función docente, parecen abandonar todo su pensamiento crítico sobre qué funciona y qué no funciona, y se fían de la tradición y la intuición⁹.

Van der Vleuten expresaba esta misma idea en una de sus publicaciones¹⁰ y en el Congreso de la AMEE de 1999 del siguiente modo: *“la educación está gobernada más por la tradición y la intuición que por lo que hemos aprendido de la investigación realizada en educación médica”*¹¹.

Los tutores son responsables de los especialistas en formación a su cargo pero, ¿quién los forma en su labor pedagógica? En las instituciones sanitarias, se puede alcanzar una excelente preparación asistencial y hasta investigadora, pero nadie se preocupa de impartir técnicas que mejoren la capacidad de enseñar, siendo estos tutores autodidactas en este sentido.

Ellos mismos son conscientes y así lo han manifestado en reiteradas ocasiones de sus importantes carencias en metodología docente^{12 13}. Gran parte de estos déficits formativos los superan a lo largo de su vida profesional, a partir de su propia experiencia. Sin embargo, cada vez más se reclama la *formación de formadores*¹⁴ como una de las necesidades de formación continuada más demandada en este campo.

⁹ Nolla, M. (2003): Investigación en educación médica. *Educación Médica*; 6 (1):7-8.

¹⁰ Van der Vleuten, C., et al. (2000): The need for evidence in education. *Medical Teacher*; 22 (3):246-250.

¹¹ Van der Vleuten, C. (1999): The need for evidence-based education. *Association for Medical Education in Europe Conference*. Linköping.

¹² Gálvez, M. (2003) Metodología docente en el periodo de especialización en medicina de familia. *Tribuna Docente*; 4(2): 52-61

¹³ Santos Guerra, M.A. (Coord.) (1996) *Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento*. Serie “El médico como docente”. SemFYC. Barcelona.

¹⁴ Amat, O. (2002) *Aprender a enseñar. Una visión práctica de la formación de formadores*. Gestión 2000. Barcelona.

Es, por lo tanto, muy importante fomentar el aprendizaje en los tutores de estrategias y metodologías didácticas capaces de fomentar el aprendizaje significativo de los MIR y muy especialmente la enseñanza centrada en el que aprende y la comunicación efectiva en docencia y sus principios básicos.

Es necesario también que los tutores conozcan los fundamentos de la enseñanza de adultos: cómo se aprende de la experiencia; cómo hacer comunicación empática; como fomentar la enseñanza no directiva; como fomentar la reflexión/autorreflexión del que aprende; como presentar casos clínicos centrados en el paciente, etc. También convendrá que los tutores estén formados suficientemente en las reglas del feed-back, y que conozcan suficientes técnicas de motivación, supervisión y evaluación, tanto formativa como sumativa¹⁵.

Por tanto, el tutor debe fundamentalmente reunir dos características: ser un buen clínico y ser un buen docente, ya que según sea su actitud hacia la enseñanza, su preparación específica, su capacidad para transmitir conocimientos, su manejo de las relaciones interpersonales, etc. el residente obtendrá una mejor o peor formación¹⁶. De aquí la importancia de que se verifiquen los procedimientos de acreditación y reacreditación de tutores, con el fin de garantizar que éstos gocen de los estándares competenciales adecuados para desempeñar su tarea formativa.

En el apartado 13.1.2. del programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (en adelante, MFyC) se especifica: *La importancia de la figura del tutor en la adecuada formación de residentes determina que las Administraciones Sanitarias favorezcan tanto el mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores en la práctica clínica y en metodología docente como las condiciones asistenciales y docentes adecuadas (presión asistencial regulada, tiempo específico para la docencia, apoyo de la estructura docente, ...)*¹⁷

Aunque somos conscientes de que las oportunidades de aprendizaje que se produzcan durante la residencia van a depender mucho de las características personales y profesionales del tutor y, de factores como la empatía y la comunidad de

¹⁵ Martínez Pérez, J. A. (Coord.) (2005) Documentos de opinión para Atención Primaria: El tutor de Medicina de Familia. SEMERGEN, IM&C.

¹⁶ Saura, J. y Romero, B. E. (2008): Herramientas docentes para el tutor de Medicina de Familia. *Avances en Desarrollo Profesional Continuo en Medicina (DPM)*; 1(1): 24-40.

¹⁷ BOE 3 de mayo de 2005. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en web: <http://www.semfyces.es>

intereses que tengan el especialista en formación, el propio tutor y la organización en que se realiza la formación, nuestra contribución con este trabajo responde a la necesidad de homogeneizar más la formación de los residentes, y aumentar la competencia docente de los tutores de medicina de familia en materia de planificación.

BREVE RESUMEN DEL TRABAJO

Este trabajo constituye un estudio descriptivo del plan de formación que se establece entre tutor y residente en el contexto profesional que ofrece el modelo MIR de formación médica especializada, desde dos ángulos diferentes, la de los médicos tutores y la de los médicos residentes. Consta de once capítulos con el siguiente contenido:

En los primeros cuatro capítulos se presta especial atención a los contextos en los que se desarrolla este proceso formativo: 1) la Educación Médica como contexto académico; 2) la Atención Primaria de Salud y la Medicina de Familia como contextos sanitario y profesional; 3) la formación especializada de MFyC como contexto docente y 4) la formación especializada del médico de familia en Murcia como contexto regional. Se profundiza en cada uno de ellos atendiendo tanto a sus orígenes, como evolución histórica y situación actual.

En los capítulos quinto y sexto se lleva a cabo un profundo análisis desde la perspectiva pedagógica de todo el entramado de la formación MIR de Medicina de Familia. En este sentido, se abordan todos los componentes de este proceso educativo: concepción y fundamentos del aprendizaje en los que se sustenta, elementos principales, etapas del proceso de enseñanza-aprendizaje, tipos de aprendizaje que se dan, la organización sanitaria como escenario formativo, la relación tutor-residente, etc. Se analiza también el sistema de formación de especialistas en Medicina de Familia atendiendo a los siguientes aspectos: tipo de formación, estructura, organización y metodología docente.

En un séptimo capítulo se profundiza en el principal objeto de estudio del trabajo: la planificación de la formación MIR: normativa reguladora en materia de planificación, concepto programación didáctica o plan de formación, niveles de concreción curricular y principales experiencias desarrolladas hasta el momento en la planificación del residente de Medicina de Familia.

En el capítulo octavo se expone todo el proceso metodológico seguido en el trabajo de campo: las variables analizadas, el proceso de construcción y validación de los instrumentos utilizados, el proceso de recogida de los datos y su tratamiento. En este sentido, señalar que se utiliza la metodología descriptiva y la combinación de

información cuantitativa y cualitativa. Se emplean dos instrumentos diferentes para la recogida de los datos (un panel de expertos y un cuestionario con cuatro versiones) para captar mejor la complejidad que supone un programa formativo de estas dimensiones y asegurar la triangulación metodológica de todo el proceso.

Los capítulos noveno y décimo recogen todo el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos del cuestionario diseñado. En este sentido, se presentan los resultados descriptivos de cada uno de los colectivos de participantes implicados en el estudio (residentes de primer y tercer año y sus respectivos tutores) y un análisis comparativo de tutores y residentes.

En el último capítulo se presentan las conclusiones alcanzadas en base a los objetivos planteados en la fase inicial de la investigación. Se sugieren también recomendaciones para mejorar la práctica de la formación MIR en esta especialidad y se indican futuras líneas de investigación en este sentido.

Para concluir, se incluyen tanto la relación de anexos incorporados en el trabajo como las siglas o abreviaturas utilizadas a lo largo del mismo.

BLOQUE I: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. LA EDUCACIÓN MÉDICA COMO CONTEXTO GENERAL

1. Introducción
2. Origen de la Educación Médica
3. Evolución de la Educación Médica en el siglo XX
4. Concepto y fases de la Educación Médica
5. Fuentes documentales de la Educación Médica: publicaciones y Congresos

1. INTRODUCCIÓN

El arte y la práctica de curar han existido en todas las sociedades, hasta donde llega el registro histórico y las fuentes etnográficas. Desde la antigüedad, las personas que han practicado el arte de curar han sido tenidas en alta estima por la sociedad, y ninguna de ellas ha sido más respetada que las que se han convertido en profesores de las generaciones siguientes. Así que, en cierto modo, la Educación Médica es tan antigua como la propia práctica de la medicina, aunque no haya sido reconocida hasta hace pocas décadas, y en todo su valor, como disciplina por derecho propio.

Esta misma idea es expresada por la Dra. Nolla Domenjó en los siguientes términos: *“el papel educador del médico se remonta a los principios de la profesión, además de curar a los pacientes hay que enseñar a los futuros médicos y este aprendizaje se realiza al lado de un experto, de un profesional. No obstante, la Educación Médica como disciplina es relativamente joven”*¹.

Desde los mismos comienzos de la relación docente entre el curandero y el estudiante, el contenido fue el núcleo de la enseñanza, la reputación del profesor se convirtió en la atracción principal, y la forma en que la enseñanza se practicaba venía circunscrita a “las tres d...” (didáctica, dialéctica y demostración); desafortunadamente, hasta hace poco, bastante más dialéctica que didáctica y demostrativa.

Por tanto, el trabajo del médico siempre ha estado ligado con la tarea de educar. Cuando los conocimientos y las destrezas clínicas eran sencillas, era fácil su empeño en educar al paciente, a la familia y a los médicos jóvenes que instruía, porque el quehacer clínico consistía básicamente en un contacto personal, largo y continuo con el enfermo. El estudiante que le acompañaba se formaba con su tutor de forma mimética² y éste no necesitaba entonces de entrenamiento pedagógico para desarrollar posteriormente su labor como educador de los futuros médicos.

Sin embargo, los avances actuales en tecnología médica tienden a menospreciar este valioso proceso de enseñar y aprender la profesión médica. Además de preconizar el valor de este contacto humano, ahora se necesita que el médico que se

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

² Mimética: Según el Diccionario de la Real Academia Española: perteneciente o relativo a la mimesis. Vocablo latino (mimēsis) que deriva del griego (μίμησις, *mimēsis*) y que se traduce como "imitación". Aplicado a la educación médica, la mimesis sería la imitación de los modos de actuar del tutor (modelo) ante situaciones e individuos con la finalidad de curar o sanar.

educa y el que educa conozca de otros métodos de enseñanza y aprendizaje, que la pedagogía reconoce como útiles en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

De lo que no hay duda alguna es de que el médico no debe perder nunca de vista su actividad como educador principalmente por dos motivos: por el interés social que supone esta labor y porque constituye un importante mecanismo que asegura e incrementa la calidad de la medicina que ejerce. Por consiguiente, dedicarse a enseñar medicina es asegurar aprender medicina³.

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

2. ORIGEN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

La relación histórica entre la Medicina y la Educación Médica, entendida como el proceso de formación del estudiante de medicina, ha sido muy variada. Desde los inicios de la medicina racional en la Grecia clásica, hasta la moderna medicina tecnológica, la formación del médico ha tenido algunas constantes y muchas variantes.

Como señala el profesor Salaverry⁴, uno de los más frecuentes errores, cometido incluso por los historiadores de la medicina, es el cronocentrismo al juzgar el proceso de formación de los médicos. Ese cronocentrismo lleva a crear y creer en algunos mitos, uno de los cuales es que la medicina es sólo científica a partir de cierto desarrollo tecnológico ligado a su vez a la etapa del desarrollo industrial occidental y más específicamente europeo. Otro mito es considerar que la verdadera educación médica se inicia con la formación de los médicos en las Universidades. Sin embargo, lo cierto es que antes de la revolución industrial ya existieron medicinas con carácter científico y que durante siglos existió una formación médica independiente de las Universidades.

³ Rivero O. (1984): El Perfil del Médico Educador. *Revista Universidad de México*. Noviembre-Diciembre.

⁴ Salaverry, O. *Una visión histórica de la Educación Médica*. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú) http://www.cmp.org.pe/historia_educacion_medica.asp

Comenzaremos por recordar el proceso de formación del médico en la Grecia clásica. De esta época destacan Hipócrates y la Escuela Alejandrina que aportaron grandes legados a la medicina. El médico griego era denominado *latrós* e iniciaba su formación prácticamente en la niñez incorporándose a una escuela médica, entre las cuales las más famosas eran las de la isla de Cos y la de Cnido. Estas eran tuteladas por un médico y conformadas por un número variado de practicantes y diversos discípulos. El aspirante comenzaba formándose en la instrucción básica filosófica para progresivamente ir introduciéndose en la materia médica. Siguiendo la tradición pedagógica griega la relación entre el maestro y los discípulos era estrecha y conducida mediante diálogos, exposiciones y debates. El objeto de esa forma de Educación Médica no era lograr un sanador o técnico en el arte de curar sino un filósofo, es decir un estudioso de la *physis* y de las leyes de la naturaleza.

La llegada de la era medieval y el influjo del cristianismo llevaron al olvido de la mayor parte de los logros técnicos de la medicina helénica. Pronto se produjo un importante deterioro técnico-científico y la medicina medieval se contaminó de charlatanismo y de prácticas mágico-religiosas. La Educación Médica prácticamente desapareció y los diversos sanadores no respondían a un proceso de formación, sino a la transmisión, más o menos dinástica, de conocimientos y prácticas empíricas desconectadas de cualquier marco teórico de referencia⁵.

Sin embargo, debemos a esta época la creación de una importante institución que tendrá una influencia capital tanto en la práctica médica como en el papel de la Educación Médica desde ese momento: la Universidad. Además se crearían importantes escuelas de medicina y hospitales que sentarían las bases de los modernos estudios universitarios.

En este sentido, merece una mención especial la Escuela de Salerno que se desarrolló entre los siglos XI y XIII al sur de Nápoles y que fue considerada, por el prestigio alcanzado, modelo de calidad de la atención médica y punto de referencia obligado tanto académico como estatal sobre el ejercicio médico. En ella, para la obtención del título de médico y, por tanto, el derecho de ejercicio de esta práctica, Roger II de Sicilia estableció un examen de graduación. Algunos años después (en 1224), Federico II reformó el examen para que este fuese realizado de forma pública por el equipo de maestros de Salerno; además estableció periodo de formación teórica

⁵ Díaz, J. (1974): *Historia de la medicina en la antigüedad*, Mérida: ULA. Ediciones del rectorado.

(que incluía cinco años de medicina y cirugía) y otro de formación práctica (en un año), regulando así, por primera vez, la preparación del médico para su ejercicio profesional. Su declive comienza a principios del siglo XIII, debido a la proliferación de Universidades por todo el continente (Bolonia, París, Oxford, Salamanca...).

El Renacimiento fue un período caracterizado por el conflicto entre la autoridad de los antiguos y la observación directa en contacto con la realidad. Es la época de los grandes anatomistas: la evidencia experimental acaba con los errores anatómicos y fisiológicos de Galeno y las propuestas adelantadas de Roger Bacon alcanzan a todas las disciplinas científicas. Andrés Vesalio, el principal anatomista de este período, publica *De Humani Corporis Fabrica*, su obra más relevante y manual imprescindible para estudiantes de medicina durante los próximos cuatro siglos⁶.

En los comienzos del siglo XVII la profesión médica no gozaba todavía de excesivo prestigio entre la población. Pero Newton, Leibniz o Galileo darán paso en este siglo al método científico y con ello, se inaugura una época más prometedora, eficaz y resolutive de conocimientos médicos.

A partir de la segunda mitad del siglo XVII y a través del siglo XVIII, la información existente se va precisando, ordenando y completando. El microscopio marca un hito fundamental en la biología. Surgen nuevos planteamientos, como la generación espontánea, la preformación y epigénesis. Comienza a constituirse una primera etapa positivista. Surgen concepciones dispares como la mecanicista y la vitalista en la fisiología.

El siglo XIX, en el contexto de la revolución industrial, va a ser el siglo de la fisiología, de la salud pública, de la asepsia, de la anestesia y de la victoria definitiva de la cirugía. Se desarrollan al máximo los métodos de exploración clínica. La figura médica por excelencia de este período es Rudolf Virchow. Comienza a desarrollar las disciplinas de higiene y medicina social, en los orígenes de la medicina preventiva actual. Poco antes de su muerte, en 1902, será candidato al Premio Nobel de Medicina y Fisiología, junto al español Santiago Ramón y Cajal, quien obtendrá finalmente el galardón en 1906⁷.

⁶ Laín, P. (1978, reimpresión 2006): *Historia de la Medicina*, Elsevier, MASSON, Barcelona.

⁷ Laín, P. (1963): *Historia de la medicina moderna y contemporánea*. 2ª ed., Madrid: Editorial Científico-técnica.

Una vez realizado este breve repaso por la historiografía de la medicina podemos comprender mejor cómo se ha desarrollado a lo largo del tiempo esa relación, a la que aludíamos al principio del capítulo, entre la medicina y la Educación Médica.

3. EVOLUCIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN EL SIGLO XX

A finales del siglo XIX el campo de la Educación Médica estaba dominado por los modelos de las culturas hegemónicas inglesa, francesa y alemana con prestigiosas escuelas de medicina. La situación en España era bastante lamentable con un mundo académico retórico y anticientífico con la excepción de Ramón y Cajal. La situación en los Estados Unidos era desigual y como poco decepcionante. Pocas escuelas buenas y casi cuatrocientas tipo “academia privada” independiente, de bajo nivel y descontroladas⁸.

Precisamente en este contexto surge el nombre propio de Abraham Flexner, cuya trayectoria y obra se convertirían desde ese momento en un referente obligado en el campo de la Educación Médica. El impacto de su reforma ha perdurado a lo largo de todo el siglo XX, y sus postulados originales pueden adaptarse perfectamente a los nuevos tiempos.

En esta misma línea el Dr. Vicedo Tomey⁹ añade: *en la historiografía de la Educación Médica, la figura y aportaciones de Abraham Flexner ocupan un papel destacado y un punto de encuentro de apasionados debates entre los defensores y detractores de sus propuestas educativas*^{10 11}.

3.1. Abraham Flexner (1866-1959)

Flexner, fue un eminente educador que dedicó la mayor parte de su labor pedagógica al perfeccionamiento de la Educación Médica norteamericana y cuyos trabajos han tenido una influencia universal sobre la formación de médicos y otros recursos humanos de las ciencias de la salud.

⁸ Oriol, A. (2006): De Flexner a la Educación Orientada a Resultados. En II Congreso de la Sociedad de Educación Médica de Euskadi: *Perspectivas para el cambio en la formación y la práctica médica*. 22-25 junio, San Sebastián.

⁹ Vicedo, A. (2002): Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. *Rev. Cubana Educ. Med. Super.*; 16 (2):156-163.

¹⁰ Hiatt, M.D. (1999) Around the continent in 180 days: the controversial journey of Abraham Flexner. *Pharos*; 62 (1):18-24.

¹¹ Regan-Smith, M.G. (1999) Commentary on Flexner's impact-then and now. A profound effect on medical education, research, practice. *Pharos*; 62 (1):31.

Nació en Louisville del Estado de Kentucky, Estados Unidos, el 13 de Noviembre de 1866, descendiente de inmigrantes judíos alemanes. Posteriormente se graduó en la *Universidad John Hopkins* en Estudios Clásicos y ejerció en Louisville como maestro de escuelas preparatorias para el ingreso en la Universidad. Se inició como maestro del *Louisville Boys' High School*, donde enseñó durante cuatro años. En 1890 estableció su propio colegio: *Mr Flexner's High School*. En 1898 contrajo matrimonio, fruto del cual tendría dos hijas años más tarde. En 1905 anunció el cierre del colegio y viajó a Inglaterra y Alemania para acrecentar su formación. Así, en 1906 llegó a Harvard donde estudió Filosofía y Psicología. Al año siguiente viajó a Europa y concretamente a Berlín, ciudad en la que escribió su primer libro titulado "*The American College: A Criticism*" en el cual formulaba severas críticas al sistema educativo norteamericano.

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

Dicho estudio titulado "*La Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá. Un Informe a la Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza*"¹², más conocido como "*Report Flexner*" fue publicado en 1910 y constituyó un demoledor documento crítico que hizo temblar en sus bases a las escuelas de medicina de entonces, además de dar paso a la más profunda transformación y reforma de la Educación Médica Norteamericana.

Antes de iniciar su labor, estudió intensamente sobre la materia y mantuvo reuniones periódicas con el *Consejo de Educación Médica de la American Medical Association (AMA)*. Realizó numerosas visitas a Baltimore, sede de la *Universidad John Hopkins*. Allí, obtuvo el apoyo del cuerpo académico de la recién creada Escuela de Medicina de esa Institución y el apoyo de los profesores Wech, Mall y otros miembros de ese organismo, de quienes recibió mucha información¹³. Pronto se familiarizaría con la información disponible y realizó un periplo de seis meses en los cuales visitó 155 escuelas de medicina de USA y Canadá, y ejecutó una investigación esencialmente comparativa en base a una serie de aspectos.

¹² Flexner, A. (1910): Medical Education in United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. *Bulletin* Nº 4. Boston: Updyke.

¹³ Moros, C. (2003): Abraham Flexner, el maestro de escuelas preparatorias que revolucionó la educación médica. Con motivo de los 93 años del Reporte Flexner. *Medicina Interna (Caracas)*; 19 (4):127-135.

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

Hobson, al referirse a sus resultados señala lo siguiente: *"Flexner comprueba por ejemplo, que no existe prácticamente requisito alguno para el ingreso de los alumnos y que en 89 Escuelas se limitan a exigir los rudimentos de la educación secundaria. Los profesores de la mayor parte de las Escuelas sólo dedican a la enseñanza una pequeña parte de su tiempo. Los laboratorios y las bibliotecas son insuficientes o no existen. Solo 50 Escuelas forman parte de una Universidad. Los estudiantes tienen rara vez la posibilidad de observar directamente a los enfermos y la mayoría de las escuelas persiguen una finalidad lucrativa"*¹⁴.

Por tanto, lo que Flexner hizo en su famoso informe fue codificar las esencias de la Educación Médica definiendo sus estándares y con ello produjo un movimiento que rápidamente reordenó el sistema expulsando aquellas organizaciones que no eran capaces de cumplir los mínimos. Como consecuencia se cerraron muchas escuelas de medicina y aunque fue amenazado con procesos legales se mantuvo siempre firme y dejó que los hechos hablaran por sí mismos.

Thomas Neville Bonner dijo de él lo siguiente: *"Ha habido pocos educadores médicos famosos desde Hipócrates, pero probablemente Flexner es el más conocido del último siglo. El fue quien definió que debía ser o no ser una escuela médica"*¹⁵.

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

Con posterioridad al informe de 1910, *Flexner* realizó otras publicaciones: en 1912 un estudio sobre la Educación Médica en Europa¹⁶; en 1925 uno comparativo entre la

¹⁴ Hobson, W. (1964): Medios de reforma de la enseñanza en los países de Europa. En *La preparación para el ejercicio de la Medicina General*. Cuadernos de Salud Pública; nº20, p. 105-120.

¹⁵ Bonner, T.N. (1998): Searching for Abraham Flexner. *Acad Med*; 73 (2):160-166.

¹⁶ Flexner, A. (1912): *Medical Education in Europe*. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. *The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York.

Educación Médica norteamericana y la Educación Médica en ciertos países europeos¹⁷, y en 1930 publicó su estudio sobre las universidades americanas, inglesas y alemanas¹⁸.

Cabe destacar también un libro dedicado a la educación preprofesional¹⁹ en el que es notable su defensa de la “actividad” y la educación en el trabajo como forma de aprendizaje, lo cual destaca en relación con la medicina al afirmar: *“Desde el punto de vista pedagógico, la medicina moderna, como toda enseñanza científica, se caracteriza por la actividad. El estudiante no solamente mira, oye y memoriza; él hace. Su propia actividad en el laboratorio y en la clínica son los factores principales en su instrucción y formación disciplinaria”*²⁰.

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

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

Pero lo realmente más significativo es que después de transcurridos casi cien años de sus trabajos iniciales, muchas de sus ideas se retoman como novedades en Educación Médica, como es el caso de la enseñanza basada en la solución de problemas, el papel del hospital docente o la necesidad de inculcar valores morales en los profesionales de la medicina^{21 22 23}.

¹⁷ Flexner, A. (1925): *Medical Education. A Comparative study*. The Macmillan Company. New York.

¹⁸ Flexner, A. (1930): *Universities: American, English, German*. Oxford University Press. New York.

¹⁹ Fox, D.M. (1980): Abraham Flexner's unpublished report: foundations and medical education, 1909-1928. *Bull Hist Med*; 54 (4):475-496.

²⁰ Ebert, R.H. (1992): Flexner's model and the future of medical education. *Acad Med*; 67 (11):737-742.

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

²² Lovell, R.R. (1983): The university medical presence in hospitals seventy years after Flexner and look ahead. *Aust N Z J med*; 13 (2): 187-194.

²³ Ritchie, K. (1988): *Professionalism, altruism, and overwork*. *J Med Philos*; 13 (4): 47-55.

3.2. La primera mitad del siglo XX

De esta etapa quisiera hacer mención únicamente a la aparición de dos importantes documentos: el *Rappleye Report* de 1932 y el *Ensayo sobre Educación Médica* realizado en España por Teófilo Hernando (1935). Ambos constituyen dos informes críticos sobre el estado de la situación de la Educación Médica y que, setenta años más tarde de su publicación, siguen plenamente vigentes en casi todo el mundo.

El citado informe Rappleye es consecuencia de que en el año 1932 una comisión de Educación Médica presentase sus conclusiones a la Asociación de Escuelas Norteamericanas de Medicina²⁴. En el respectivo documento apareció, entre otros aspectos interesantes, la siguiente declaración:

“Los estudios de medicina no pueden producir un médico. Ellos sólo pueden ofrecer oportunidades para que el estudiante obtenga un conocimiento elemental sobre las ciencias médicas y su aplicación a los problemas de salud, un adiestramiento en los métodos y el espíritu de la investigación científica y la inspiración y los puntos de vista resultantes del contacto con quienes se han dedicado por completo a la educación, la investigación y el ejercicio profesional. La medicina debe ser aprendida por el estudiante, porque sólo una fracción de ella puede ser enseñada por el profesorado. Este último ofrece las contribuciones indispensables de orientación, inspiración y liderazgo durante el aprendizaje. En un programa educativo los elementos decisivos son el estudiante y el maestro, nunca el currículum”²⁵ (Rappleye Report, 1932).

3.3. La segunda mitad del siglo XX

A continuación vamos a intentar resumir los últimos 50 años de la Educación Médica, campo del conocimiento especializado que no existía como tal hasta aproximadamente la mitad de dicho periodo. Y lo vamos a hacer esquematizándolo por décadas y desde una perspectiva global.

La década de los 50: Western Reserve University

A comienzos de los años 50, en los centros académicos de ciencias de la salud se produjo un hecho curioso: empezó a destacar una nueva clase de “médicos investigadores” que, además de dedicarse a la docencia, realizaban investigación y practicaban asistencia médica. Su capacidad para integrar las ciencias básicas y los principios clínicos, al tiempo que resolvían problemas asistenciales, demostró la utilidad de esta integración dentro de la Educación Médica.

²⁴ Karchmer, S. (2005): La educación médica para el siglo XXI: una aproximación al problema. *Ginecol Obstet Mex*; 73 (5): 265-81

²⁵ Rappleye, W.C. (1932): *Medical Education: Final Report of the Commission on Medical Education*. New York: Association of American Medical Colleges, Commission on Medical Education.

Teniendo en cuenta esta apreciación, frente a la enseñanza basada en asignaturas, de implantación universal, apareció el currículum integrado por sistemas de la Western Reserve University, actualmente Case Western Reserve University (CWRU), en Cleveland, en el cual el bloque científico previo se distribuyó en un programa docente estructurado en sistemas/especialidades. Una importante reforma liderada por el decano T. Dale Ham desde el año 1948²⁶. La filosofía de la CWRU ha influido en muchas de las actuaciones de innovación docente que se han llevado a cabo en diferentes facultades, incluido el realizado en la Universidad de MacMaster, a finales de los 60 (currículum basado en la solución de problemas).

Por otra parte, es preciso reseñar también dentro de esta década la celebración de la *Primera Conferencia Internacional sobre Educación Médica (1953)* en Londres por la Asociación Médica Mundial. En el acto de su apertura, el Sir Lionel Whit, Presidente de la Asociación Médica Mundial, pronunciaba las siguientes palabras "*El mundo ... se ha encogido tanto... que ya no podemos tener una visión provinciana de nuestros problemas*"²⁷. Unas palabras que pondrían de manifiesto la entrada de la Educación Médica en un mundo globalizado.

La década de los 60: George Miller

George Miller es considerado como el padre de la Educación Médica como campo específico de conocimiento y actuación profesional. Profesor de Medicina Interna en Rochester, se interesó por la complejidad del proceso enseñar-aprender y detectó cuán lejos podían encontrarse a menudo ambos procesos.

Su libro de 1959 "*Teaching and Learning in Medical School*" es ya un clásico ya que fue el primero que presentó de forma muy clara muchos de los conceptos como los entendemos en el presente. En su segunda publicación "*Educating Medical Teachers*" resume la experiencia adquirida en la formación de las escuelas de medicina²⁸.

A principios de los años sesenta creó en Chicago el primer departamento o unidad de Educación Médica. Poco después le siguieron otras facultades de medicina de

²⁶ Escanero, J. (2007): Integración curricular. *Educación Médica*; 10 (4): 217-224.

²⁷ Wojtczak, A. (2006): La Educación Médica en un mundo en proceso de globalización. *Educación Médica*; 9(2): 98-99

²⁸ Oriol, A. (2006): De Flexner a la Educación Orientada a Resultados. En II Congreso de la Sociedad de Educación Médica de Euskadi: Perspectivas para el cambio en la formación y la práctica médica. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.

Estados Unidos y en otros países anglosajones, dirigidas en su gran mayoría por discípulos de la primera generación de profesionales formados con Miller.

En España, encontramos también los primeros antecedentes en materia de Educación Médica en esta década. En este sentido, es preciso señalar, sobre todo por la influencia posterior que tendrán, la aparición, en la revista estadounidense *Journal of Medical Education* hoy *Academic Medicine*, de dos artículos^{29 30} sobre la situación de la formación médica en nuestro país firmados por el profesor Antonio Gallego. Apoyado en datos y cifras, Gallego llevó a cabo en ellos un demoledor análisis de las deficiencias formativas del sistema de educación en las Facultades de Medicina españolas. Estos artículos generaron una reacción inmediata en forma de crítica hacia su autor por permitirse desprestigiar internacionalmente a la Educación Médica de España.

Tendrían que pasar varios años para que se reconociera la valentía y el esfuerzo del Dr. Antonio Gallego en promover el progreso y los avances internacionales en este ámbito. Buena muestra de ello lo constituye la distinción que lleva su nombre y que otorga la SEDEM (Sociedad Española de Educación Médica) como *Premio Antonio Gallego a la excelencia a una carrera profesional en Educación Médica*. Un galardón que surge con el objeto de distinguir a aquellos profesionales del ámbito de las Ciencias de la Salud cuya obra en el campo de la formación, destaque por su valor científico y académico, por su proyección social y por su difusión internacional³¹.

La década de los 70: Las ciencias cognoscitivas y las nuevas Facultades innovadoras

A comienzos de la década, surge un sinfín de publicaciones del ámbito de la psicología educativa que nutren las ciencias cognoscitivas. De destacar alguna entre ellas, debemos referirnos a la de Elstein y colaboradores³² (1978) sobre las características y fundamentos del conocimiento profesional experto. Unos estudios que tendrían el suficiente impacto sobre las Facultades innovadoras como para que modificaran la formulación con que presentaban en público sus aproximaciones educativas.

²⁹ Gallego, A. (1962): Medical Studies in Spain. *Journal of Medical Education*; 37: 892-905.

³⁰ Gallego, A. (1963): Medical Education in Spain. *Journal of Medical Education*; 37: 892-905.

³¹ Belmonte, C. (2005): Antonio Gallego y la educación médica en España. *Educación Médica*; 8(3): 103-106.

³² Elstein, A.S. et cols. (1978): *Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge: Harvard University Press,

Destacan principalmente dos Facultades de entre las que iniciaron un proceso de innovación profunda: la de MacMaster en Hamilton, Ontario en Canadá y la de Maastricht en Holanda³³. Algunos de los principales avances en psicología cognoscitiva de esta época salen de trabajos realizados por profesores pertenecientes a estas innovadoras Facultades. Este es el caso de Norman y Schmidt³⁴ que nos explican por ejemplo cómo el “educando” construye su conocimiento y cómo desarrolla el razonamiento clínico.

Con estos y otros estudios se estableció el entramado argumental que dio consistencia a las experiencias empíricas anteriores y que permitió el desarrollo de una nueva metodología educativa denominada “aprendizaje basado en problemas”³⁵.

En 1972 en el Reino Unido el profesor de psiquiatría de la Universidad de Edimburgo, Henry Walton, fundó la Association for Medical Education in Europe (AMEE). Aunque nació con vocación casi exclusivamente europea, actualmente la AMEE acoge en sus Conferencias anuales delegados de países de todos los continentes y sus socios son de procedencia mundial. Walton gastó mucha energía para que, primero la AMEE y luego la WFME (Federación Mundial de Educación Médica), fueran foros de referencia para el debate sobre Educación Médica e impulsoras de los cambios metodológicos que exigían el presente y el futuro.

En nuestro país, de nuevo Antonio Gallego, junto a otra figura esencial en la historia de la Medicina española de la segunda mitad del siglo XX, el doctor José María Segovia de Arana, fundarían en 1970 la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) que comenzaría con pocos pero selectos socios. En los años siguientes, se luchó por llevar la SEDEM a todas las Facultades de Medicina españolas, conectando la nueva sociedad con sus homólogas internacionales y contribuyendo también a constituir la Sociedad Europea de Educación Médica en 1971³⁶. Desde que comenzó su actividad la SEDEM ha venido celebrando Congresos bienales a los que acuden expertos europeos y de los EE.UU y en los que se tratan los aspectos más candentes de la formación de los profesionales de la Medicina. Por tanto, su existencia ha supuesto para la Educación Médica española el que desde la

³³ Rozman, C. (1997): La educación médica en el umbral del siglo XXI. *Medicina Clínica*; 108: 582-586.

³⁴ Schmidt ,H.G. et all (1990): A Cognitive Perspective on Medical Expertise: Theory and Implications. *Acad Med* 65(10):611-621.

³⁵ Equipo FEM: La formación de los profesionales médicos. En *Monografías Humanitas Nº 7: La profesión médica: los retos del milenio*

³⁶ Belmonte, C. (2005): Antonio Gallego y la educación médica en España. *Educación Médica*; 8(3): 103-106.

década de los 70, España no estuviera al margen de los planteamientos y propuestas internacionales³⁷.

La década de los 80: Las competencias profesionales y su evaluación

Recién inaugurada la década de los ochenta conceptos como el de perfil y competencia profesional comienzan a adquirir una presencia importante en los entornos profesionales, laborales y académicos al estar asociados a los nuevos modelos educativos y de organización del trabajo que persiguen disminuir al máximo la distancia real entre éstos entornos.

Son muchos los autores que se han ocupado a lo largo de esta década de definir el concepto de competencia pero recurriremos a la definición de Bunk por ser una de las más aceptadas: *“la competencia es un conjunto de conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para ejercer una profesión, resolver los problemas de forma autónoma y creativa, y estar capacitado para colaborar en el entorno laboral y en la organización del trabajo”*³⁸

En este momento, podríamos detenernos en los trabajos de tres teóricos (Kolb, Benner y Shön) que, preocupados por la formación y el desarrollo de los profesionales, a mediados de los años 80, elaboraron sus propuestas alrededor de este aprendizaje práctico ligado al desarrollo de competencias. Sin embargo, no vamos a entrar en ellos, porque excedería los límites de este trabajo.

Por tanto, todo este movimiento representa un avance significativo que exige conceptualizar y definir lo que se entiende por competencias, consensuar los estándares exigibles y desarrollar mecanismos evaluativos.

En este entorno se celebra en 1988 la primera *Conferencia Mundial en Educación Médica*, organizada por la WFMEy en la que se firma la denominada *“Declaración de Edimburgo”*³⁹, que posteriormente sería adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud de 1989⁴⁰.

³⁷ Millán, J. (Coord.) (2006): *Estándares para la enseñanza de la Medicina*. Fundación Lilly y Agencia Laín Entralgo.

³⁸ Bunk, G.P. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista Europea Formación Profesional*, 1, 8-14.

³⁹ The Edinburgh Declaration of the World Federation for Medical Education. *Medical Education*, 22, 481. 1988.

⁴⁰ World Health Assembly. WHA Resolution 42.38. WHO, Geneva, 1989.

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

La década de los 90: La educación orientada a resultados

Posiblemente la mayor aportación de esta década al campo de la Educación Médica haya que situarla en todo el movimiento que se produce en torno al concepto de *educación basada en los resultados del aprendizaje* (“outcome-based medical education”)^{41 42}.

Esta nueva concepción de la enseñanza comienza en la Brown University School of Medicine y pone en el énfasis en los resultados educativos más que en el proceso. Se centra, por tanto, en el producto de la educación, es decir, en el tipo de profesional a que da lugar y las características que ha de reunir (conocimientos profesionales, habilidades, competencias, valores y actitudes). Como señala el doctor Pales⁴³ una educación no centrada en si misma sino determinada por un referente externo: las necesidades de los profesionales y de la propia sociedad.

En esta misma década, es justo reconocer la labor desarrollada por Charles Boelen durante su liderazgo en la OMS (Ginebra). Boelen colaboró intensamente con la AMEE, la WFME, y otras asociaciones internacionales, en ciertos avances conceptuales y prácticos de la Educación Médica. Facilitó la incorporación global de conceptos de gran repercusión como “la responsabilidad social” en el sentido de rendición de cuentas que deben asumir las Facultades de Medicina⁴⁴. Además fue uno de los promotores también de una formación básica orientada hacia la Medicina

⁴¹ McNeir, G. (1993): Outcome-based education, tool for restructuring. Oregon School Study Council Bulletin, *Eugene*, 36(8).

⁴² Harden, R.M., Crosby, J.R. y Davis ,M.H. (1999): An introduction to outcome-based education. Part 1, AMEE nº 14. *Outcome-based Education*, 7-16.

⁴³ Pales, J. (2006): Planificar un curriculum o un programa formativo. *Educación Médica* 2006; 9(2): 59-65

⁴⁴ Boelen, C. (1995): Defining and measuring the social accountability of Medical Schools. WHO/HRC/95.7. World Health Organization. Genève.

Primaria y de la descripción de los atributos de un prototipo de profesional de la Medicina necesitado por una buena parte de la sociedad mundial⁴⁵.

En cuanto a los principales acontecimientos y citas internacionales que tienen lugar en este período es preciso destacar en primer lugar la *Cumbre Mundial de Educación Médica de 1993*^{46 47}, celebrada también en Edimburgo por la WFME. En ella se presentaron una serie de recomendaciones que se ratificaron unos años más tarde en la resolución 48.8 "Reorientación de la Educación Médica y de la Práctica Médica para salud para todos"⁴⁸ de la *Asamblea Anual de la Organización Mundial de la Salud (1995)*.

En junio de 1999, la Junta Directiva del *China Medical Board of New York*, aprobaba una dotación para fundar el *Institute for International Medical Education (IIME)*. Dicha institución fue dirigida desde su comienzo por el Dr. Andrzej Wojtczak con la tarea de liderar la definición de "requisitos globales mínimos esenciales" para los programas de Educación Médica.

No obstante, un año antes, el Consejo Ejecutivo⁴⁹ de la WFME, para desarrollar el *Proyecto sobre Estándares Internacionales en Educación Médica*, creaba en diciembre un Comité Internacional consistente en un Grupo de Trabajo y un Consejo Internacional de Expertos, encargados de definir estándares internacionales para programas educativos de Educación Médica Básica (Pregrado).

La primera reunión del Grupo de Trabajo tuvo lugar en octubre de 1999 en Copenhague, fruto de la cual se publicó un informe al año siguiente en inglés y en castellano. La iniciativa continuó con la definición de los estándares en Educación Médica Postgraduada y para el Desarrollo Profesional Continuo (DPC). El material elaborado para cada una de las tres fases, se publicó en el año 2003 en forma de la Trilogía de la WFME "*Estándares Globales para la Mejora de la Calidad*"⁵⁰.

⁴⁵ Boelen, C. (1995): *The 5-Start Doctor. Medical Education in Europe for the 21st century*. University of Limburg. Maastricht Faculty of Medicine. Vaals Netherlands.

⁴⁶ Walton, H. (1994): *World Federation for Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical Education. Medical Education*; 28 (suppl.1).

⁴⁷ Walton, H. (1993): *World Summit on Medical Education: The Changing Medical Profession. Med Educ* ;28 (Suppl 1).

⁴⁸ World Health Assembly. *Reorientation of Medical Education and Medical Practice for Health for All. WHA Resolution 48.8*. WHO, Geneva, 1995.

⁴⁹ The Executive Council, The World Federation for Medical Education. *International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A WFME position paper. Medical Education* 1998, 32, 549-558.

⁵⁰ World Federation for Medical Education (WFME). *Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement*. Copenhagen, 2003, <http://www.wfme.org>

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

En octubre de 2001, en el marco de la *XIV Conferencia de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)*, se promulgó la “*Declaración de Granada*”⁵¹. En esta se promovía la adopción de los estándares internacionales para la acreditación de las carreras de medicina propuestos por la WFME. La Declaración fue suscripta por las Facultades de Medicina españolas, el Gobierno Español y las Facultades de Medicina de América Latina, representadas por la Federación Panamericana de Facultades de Medicina (PAFAMS).

En el 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) establecían un Grupo de Trabajo internacional sobre Acreditación. En el mes de Octubre de ese mismo año, los 26 miembros pertenecientes a 23 países, se reunían en un seminario en Copenhague, Dinamarca, para discutir cómo podían contribuir al establecimiento de un sistema de acreditación sostenible. En dicho seminario se remarcaba la necesidad de disponer de unas guías o instrucciones como un instrumento de ayuda para las autoridades y agencias nacionales con el fin de garantizar el funcionamiento y la transparencia adecuada de los sistemas de acreditación existentes⁵².

Ese mismo año, 2004, el Consejo Ejecutivo de la Asociación para la Educación Médica en Europa (AMEE) y la WFME deciden trabajar la cuestión de cómo la *Declaración de Bolonia o proceso de Convergencia Europea*⁵³ va a influir en la educación de los profesionales sanitarios y en particular de los médicos. Las implicaciones para la Educación Médica de dicho proceso son consideradas en un Simposio organizado en la reunión anual de AMEE 2004 en Edimburgo y en un trabajo publicado en *Medical Teacher*⁵⁴. En febrero de 2005 una *Declaración*⁵⁵ es firmada por

World Federation for Medical Education (WFME). Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, 2003, <http://www.wfme.org>

World Federation for Medical Education (WFME). Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, 2003, <http://www.wfme.org>

⁵¹ Declaración de Granada sobre Estándares en la Educación Médica de Pregrado. Granada, 24 de octubre de 2001. *Educación Médica*, 2002:5:3-5.

⁵² WHO/WFME: Guidelines for Accreditation of Basic Medical Education. *Educación Médica*; 9 (3): 103-110.

⁵³ Bologna Ministerial Meeting. The European Higher Education Area (better known as The Bologna declaration). [documents a internet] Bologna: The National Unions of Students in Europe; June 1999 Disponible en http://www.esib.org/BPC/docs/Archives/CoP007_bologna_declaration.pdf

⁵⁴ Christensen, L. (2004): The Bologna Process and Medical Education. *Medical Teacher*, 26 (7): 625-629.

la WFME y AMEE, en consulta con la Asociación de Escuelas Médicas en Europa (AMSE) y la Organización Mundial de la Salud, Europa (WHO-Euro) y enviada en mayo de ese mismo año a la Secretaría de Bolonia.

En resumen, todos los avances del último tercio del siglo permiten concluir que es necesario organizar el entorno del aprendizaje de forma que éste se produzca tanto como sea posible en las situaciones “reales” de trabajo profesional. Puesto que ello no siempre es posible ni conveniente, la consecuencia lógica que se deriva de ello es la necesidad de desarrollar entornos simulados de la realidad con fines formativos. Las simulaciones han sido, desde hace tiempo, muy utilizadas en ámbitos que implican altos riesgos, extrema complejidad y escasa ocurrencia, aspectos que se dan con bastante frecuencia en el quehacer profesional médico. Sin embargo y por distintas razones, las facultades de medicina no han sido demasiado ágiles en complementar la formación.

No obstante, como hemos podido comprobar a lo largo de este capítulo, el siglo XX y los comienzos del XXI han sido testigo de grandes esfuerzos encaminados al perfeccionamiento de la Educación Médica reflejo del gran interés de la sociedad por la adecuada formación de quienes tienen como función velar por uno de los bienes más valorados por el ser humano, la salud.

4. CONCEPTO Y FASES DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Los profesionales de las ciencias de la salud juegan un papel fundamental en el mantenimiento y prevención de la salud y en el tratamiento de las enfermedades. Ejercer su profesión de forma adecuada y competente depende entre otros factores de la calidad de la formación recibida en las diferentes etapas de su continuum educativo, grado, postgrado, formación especializada y desarrollo profesional continuo. Todos los médicos tienen la responsabilidad consigo mismos y con la profesión de mantener altos niveles de formación médica.

En 1972, Juan César García⁵⁶ plantea la Educación Médica como el proceso de formación de médicos, subordinado a la estructura económica dominante en las sociedades en que se lleva a cabo. Posteriormente y, en una noción más desarrollada,

⁵⁵ Statement on the Bologna process and Medical Education. WFME-AMEE. University of Copenhagen Europe; february 2005. Disponible en <http://www.sedem.org/bolognadeclaration%20.htm>

⁵⁶ García, J.C. (1972): La educación médica en América Latina. *Publicación científica N° 255 Washington*: OPS/OMS.

el Director del Instituto Internacional de Educación Médica⁵⁷, Andrzej Wojtczak, en su *Glosario de términos de Educación Médica*⁵⁸ la define como:

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

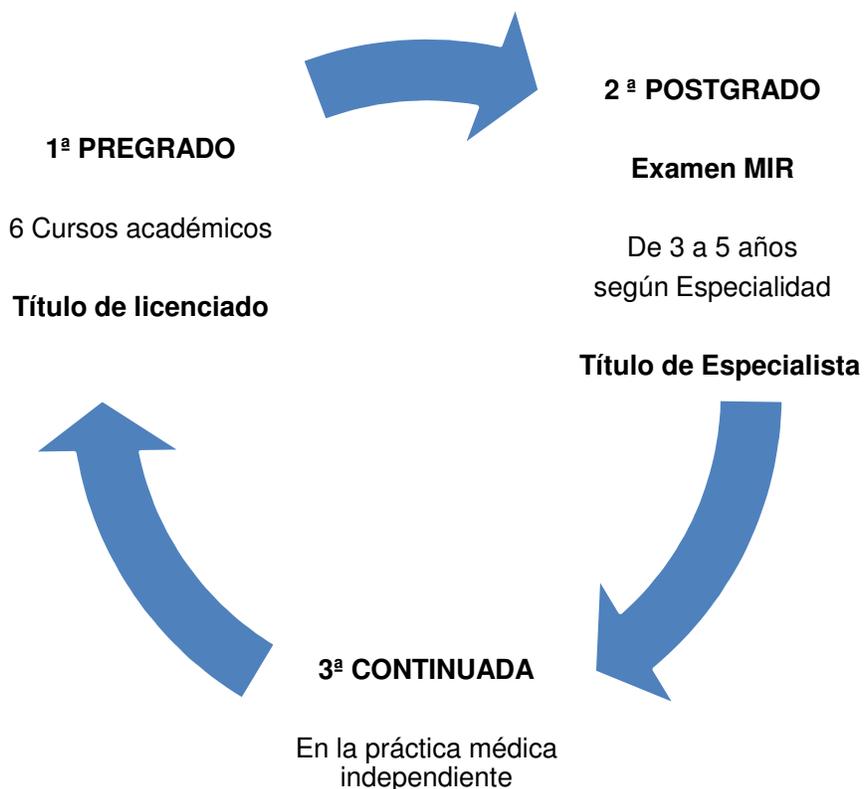
En este sentido, la Educación Médica comprende una serie de acciones que permiten transmitir el avance en los conocimientos médicos, el progreso en destrezas clínicas y la reafirmación de actitudes y aptitudes que han estado presentes en las acciones del médico desde tiempo inmemorial y que constituyen la esencia del acto médico.

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

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

⁵⁷ Institute International for Medical Education (IIME). Nueva York, USA. <http://www.iime.org/>

⁵⁸ Wojtczak, A. (2002): Glossary of medical education terms. *Medical Teacher*, 24(1,2,3)



EDUCACIÓN MÉDICA BÁSICA O PREGRADUADA

Basic Medical Education (BME)

“La Educación Médica pregraduada o básica se refiere al período que comienza en el momento en que el estudiante ingresa en la facultad de medicina y que termina con el examen final de la licenciatura. Este período de educación acostumbra a dividirse en un período preclínico y uno clínico. Finaliza con el otorgamiento de la autorización para la práctica de la medicina, que puede ser provisional y sometida a supervisión que permite iniciar la formación médica postgraduada. Sin embargo, en Estados Unidos, la educación pregraduada se refiere a la educación pre-médica recibida antes de iniciar la carrera de medicina y que permite alcanzar el grado de Bachiller, es decir, la educación que reciben la mayor parte de los estudiantes antes de ingresar en la facultad de medicina”⁵⁹

Actualmente, en la mayor parte de las Facultades de Medicina de nuestro país se sigue manteniendo, desde los tiempos de la masificación universitaria, la actividad magistral como forma de transmisión y la prioridad para la adquisición de conocimientos por delante de cuestiones procedimentales y actitudinales básicas para la profesión pese al establecimiento de los *numerus clausus*.

⁵⁹ Wojtczak, A. (2002): Glossary of medical education terms. *Medical Teacher*, 24(1,2,3)

En este sentido, la implantación de nuevos planes de estudio no ha sido suficiente para favorecer el deseado cambio, de una parte, por las resistencias propias de una organización endogámica y por otra, por el hecho de estar sometidas a presiones como el examen MIR⁶⁰.

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

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

En enero de 2005, la Sociedad Española de Educación Médica considera la necesidad de hacer pública una serie de recomendaciones técnicas⁶¹ que son estructuradas en una serie de apartados:

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

La World Federation for Medical Education (WFME) define en el año 2001 los *Estándares Internacionales en Educación Médica Básica*⁶² para animar a las facultades de medicina en diferentes niveles de desarrollo, y en condiciones educativas, socioeconómicas y culturales diferentes, a realizar una autoevaluación

⁶⁰ Ros, E. (2002) *L'adquisició de les competències professionals en l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària a Catalunya. Una aportació des de la formació*. Tesis Doctoral. Departamento Pedagogía Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona.

⁶¹ Alfonso, M.T, Carrasco, M. et al: (2005): Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las facultades de medicina españolas. *Educación Médica*; 8 (1): 3-7.

⁶² Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website www.wfme.org.

institucional para mejorar su calidad. Dichos estándares están estructurados en 9 áreas que se definen como componentes amplios de la estructura, proceso y resultados de la Educación Médica, y cubren:

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

EDUCACIÓN MÉDICA GRADUADA O POSTGRADUADA

Graduate Medical Education (GME)

“La educación postgraduada o formación de especialistas, es el período más o menos continuo de aprendizaje tras el período de formación básica, que permite adquirir las competencias para el ejercicio en la especialidad médica elegida. En Estados Unidos, este término se refiere específicamente a la formación residencial después de la licenciatura en Medicina para la especialización”⁶³

También puede recibir el nombre de Educación Médica Postuniversitaria. Denominación ésta, adoptada en la última *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Educación Médica*⁶⁴ cuyas principales conclusiones en este sentido son las siguientes:

1. Se espera y en algunas jurisdicciones es un requisito que el estudiante recién graduado de una institución que imparte Educación Médica siga un programa de formación postuniversitaria antes de obtener su licencia. La Educación Médica postuniversitaria (EMPU), segunda fase de la Educación Médica, prepara al médico para ejercer una especialidad médica. La EMPU se centra en la adquisición de experiencia clínica y de competencias generales y profesionales, como también de conocimientos reales detallados en la especialidad médica. Este proceso de aprendizaje prepara al médico para la práctica independiente de la medicina en dicha especialidad.
2. Los programas están basados en hospitales, clínicas y otras instituciones de salud y en la mayoría de las especialidades utilizan una atención interna y ambulatoria, lo que refleja la importancia de la atención para cantidades apropiadas de pacientes en la experiencia EMPU. Los programas de EMPU, incluidos los del año de transición, por lo general se llaman programas de residencia y a los médicos que participan en ellos, residentes. El residente toma mayor responsabilidad de manera progresiva a lo largo de la residencia, junto con un crecimiento individual en experiencia clínica y conocimientos.

⁶³ Wojtczak, A. (2002): Glossary of medical education terms. *Medical Teacher*, 24(1,2,3).

⁶⁴ Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Educación Médica. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre de 2006.

3. La educación de los médicos residentes se basa en la integración de la actividad didáctica en un currículo estructurado con diagnóstico y gestión de pacientes en niveles de supervisión apropiados y actividad docente destinada a obtener y mantener una experiencia de aprendizaje a lo largo de la vida. Se debe mantener un equilibrio justo de manera que el programa de EMPU no se fíe en los residentes para satisfacer las necesidades del servicio a costa de los objetivos educacionales. El residente está preparado para comenzar su práctica médica independiente en la especialidad escogida al término satisfactorio de su residencia.

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

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

En el caso de España, esta formación de postgrado se conoce como sistema MIR. Y es aquel proceso entre la licenciatura en medicina y la formación continuada que permite acceder al título de especialista a través de una práctica profesional programada y supervisada en los centros asistenciales acreditados como docentes, según los requisitos que establecen los organismos competentes, a fin de conseguir los conocimientos y la responsabilidad profesional necesaria para ejercer la especialidad de forma eficiente. Esta formación especializada que va orientada al logro de competencias profesionales necesarias para el ejercicio independiente no se tiene que confundir con la formación postgraduada tradicional (másters y postgrados) que fundamentalmente se centra en la profundización de conocimientos aún cuando ambas vías desembocan en la obtención de una titulación oficial⁶⁵.

En septiembre de 2002 el Comité Ejecutivo de la WFME define los *Estándares Internacionales en Educación Médica de Postgrado*⁶⁶ como un instrumento para garantizar la calidad y el desarrollo de la Educación Médica de postgrado. Dichos

⁶⁵ Oriol, A. (1997): *L'Examen Mir, l'Avaluació i l'Accreditació de la Competència Professional. Idees i reflexions*. IES. Barcelona.

⁶⁶ Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website www.wfme.org.

estándares están estructurados en 9 áreas que se definen como componentes amplios de la estructura, proceso y resultados, y cubren:

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

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

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUADA

Continuing Medical Education (CME)

“Es el proceso de adquisición de nuevos conocimientos y habilidades a lo largo de toda la vida profesional. Dado que la formación pregraduada y postgraduada es insuficiente para garantizar la competencia de los médicos a lo largo de toda su vida profesional, es esencial el mantenimiento de las competencias de los profesionales, para subsanar deficiencias en las habilidades y para facilitar que los profesionales sean capaces de responder a los retos que se plantean por el rápido crecimiento de los conocimientos y las tecnologías, los cambios en las necesidades sanitarias, y los factores sociales, políticos y económicos que acompañan a la práctica de la medicina. La Educación Médica continua depende en gran medida de la motivación del profesional y de su capacidad de aprendizaje autónomo”⁶⁷

Rovere la define como “*la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo de los servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población*”⁶⁸.

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

⁶⁷ Wojtczak, A. (2002): Glossary of medical education terms. *Medical Teacher*, 24(1,2,3).

⁶⁸ Rovere, M. (1994): Gestión estratégica de la educación en salud. En *Educación Permanente de Personal de Salud*, J. Haddad, M.A. Clasen, M.C. Davini, editores. Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nº100; OPS, Washington, D.C..

En la última *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Educación Médica*⁶⁹ la Educación Médica continuada es denominada Desarrollo Profesional Continuo y es definido en los siguientes términos:

1. El Desarrollo Profesional Continuo se define como las actividades educacionales que sirven para mantener, adquirir o aumentar los conocimientos, la experiencia y el rendimiento profesional y las relaciones que el médico utiliza para prestar servicios a los pacientes, al público o a la profesión. El médico debe esforzarse por continuar su Educación Médica a lo largo de su carrera. Estos programas educacionales son indispensables para el desarrollo profesional continuo del médico: estar al corriente del progreso de la medicina clínica y de la atención médica y mantener los conocimientos y la experiencia necesarias para prestar una atención de alta calidad. El objetivo de la educación médica continua es mantener al médico competente. Las escuelas de medicina, los hospitales y las sociedades profesionales comparten la responsabilidad de desarrollar programas de desarrollo profesional continuo y de ponerlos a disposición de todos los médicos.

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

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

La FMC aporta valor añadido tanto a los profesionales como al sistema sanitario, facilitando la actualización permanente de los conocimientos y habilidades en las diferentes áreas, así como, cuando exista, posibilitando el desarrollo de la carrera profesional y la promoción. Además, sirve para aprender a afrontar los cambios en las expectativas de los pacientes, de los usuarios del sistema y en general de la sociedad⁷⁰.

⁶⁹ Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Educación Médica. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre de 2006.

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

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

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

En cuanto a la opinión de los profesionales sobre la FMC en todas las encuestas publicadas se detecta que los médicos, en su inmensa mayoría, creen que es importante. Concretamente, en la encuesta llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 94, el 83% de los 3.435 médicos que participaron opinaron que la FC desempeñaba un papel clave⁷¹.

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

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

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

⁷¹ Carrasco, M. y Escanero, J. (1994). *Necesidades sentidas de formación continuada de los médicos de Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

1. Accesible, para lo cual es necesario que exista financiación específica para sustituciones de los profesionales y acceso directo a la tecnología y aquí incluimos acceso directo a Internet y a la Biblioteca Virtual a través de la Intranet;
2. Independiente, debe estar ejercida y aplicada por la propia organización, con evaluaciones de resultados orientadas a promover la mejora constante de la calidad asistencial;
3. Prioritaria dentro del Sistema de Salud, para lo cual deberían de utilizarse todos los recursos que se detecten como necesarios;
4. Transparente, es necesario que toda la organización conozca y participe en el proyecto;
5. Innovadora, creando una plataforma virtual para poder desarrollar cursos *on-line* dentro de la institución.

La FMC ofrecida por diversos organizadores-proveedores es de una calidad muy desigual y no siempre se adecua a los patrones internacionalmente aceptados de lo que debe ser una verdadera FMC. Por ello, unánimemente se reconoce la conveniencia de confrontar los programas formativos a unos patrones generales de calidad mínima, que incorporen los requisitos básicos para que una determinada actividad pueda ser aceptada como de FMC.

En este sentido, el control de calidad de los programas y actividades de formación continuada debe ser una de las preocupaciones prioritarias de las administraciones, instituciones docentes y sociedades científicas. No obstante, el debate actual gira alrededor de quienes han de asumir esta responsabilidad y bajo qué criterios. Si esta formación es únicamente deber o también un derecho del profesional, la relación entre formación continuada, promoción y carrera profesional resultan, por el momento, un escenario poco clarificado.

A pesar de ello, la situación de la acreditación de la FMC en España es muy esperanzadora, con un sistema de acreditación que dispone de una relativamente larga trayectoria y unas expectativas que lo sitúan en una posición avanzada a nivel europeo e inmejorable a nivel internacional. Nos estamos refiriendo al SEAFORMEC,

Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada, creado en enero de 2003 al amparo de la encomienda de gestión recibida por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos⁷².

Un mes antes, en diciembre de 2002 se aprobaba el informe final de los *Estándares Internacionales en Educación Médica sobre Desarrollo profesional Continuo*⁷³. Como los anteriores, dichos estándares están estructurados en 9 áreas que cubren:

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

5. FUENTES DOCUMENTALES DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

La investigación en Educación Médica parece vivir un renacimiento en los últimos años, quizá promovido por los cambios derivados de la integración europea y la necesidad de equiparación curricular, pero indudablemente por la exigencia de la sociedad de conseguir profesionales adecuadamente formados y por el interés de los profesionales por continuar con su formación como garante de una adecuada praxis profesional⁷⁴.

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

⁷² Pardell, H. (1996): La acreditación de la Formación Médica Continuada. Hechos y controversias. *Educación Médica*; 9(4B): 201-206.

⁷³ Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website www.wfme.org.

⁷⁴ Gutiérrez, I. (2004): Investigar en Educación Médica. Soluciones conocidas para un viejo problema. *Ponencia: I Congreso de la Sociedad de Educación Médica de Euskadi: "Nuevos retos para la formación médica"* (SEMDE); 22-25 junio, San Sebastián.

No obstante, es de destacar en nuestro entorno, la revista trimestral *Educación Médica* que se viene publicando sin interrupción desde 1998 y que es editada desde enero de 2003 por la Fundación Educación Médica. Una publicación en lengua castellana indizada por IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud) y recientemente avalada por la WFME de manera oficial convirtiéndose así en una prestigiosa revista con una proyección iberoamericana consolidada y con vocación internacional. Incluso revistas reconocimiento de *British Medical Journal* se han planteado la necesidad de evaluar de manera específica las intervenciones que se realicen en *Educación Médica* y el interés porque éstas sean de calidad.

Sin embargo, a pesar de que en los últimos años el incremento en el número de publicaciones en la Educación Médica ha sido notable, la investigación en esta área no tiene sus propias teorías ni dispone de metodologías especializadas propias. A juicio de la profesora Nolla Domenjo⁷⁵, falta un marco conceptual y una taxonomía común que ayuden a presentar evidencias bien argumentadas y organizadas.

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

Recientemente se ha creado MedEdCentral, una base de datos online sobre Educación Médica, que contiene diversa información que incluye terminología, publicaciones, instituciones educativas, facultades de medicina, asociaciones científicas, congresos e individuos. Ha sido desarrollada en los dos últimos años por la Task Force sobre Transparencia y Comprensión pública de la Educación Médica, de la Red Temática Europea MEDINE⁷⁶. Dicha Task Force ha sido liderada por la AMEE y en ella ha colaborado también la Sociedad Española de Educación Médica. El proyecto pretende mejorar la transparencia, la claridad y la comprensión pública de la

⁷⁵ Nolla, M. (2003): Investigación en educación médica. *Educación Médica*; 6 (1): 7-8.

⁷⁶ MEDINE. The Thematic Network on Medical Education in Europe, 2007, <http://www.bris.ac.uk/medine>

Educación Médica y sus resultados (en las tres etapas de la misma, grado, postgrado y formación continuada) en la Unión Europea y fuera de ella⁷⁷.

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

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

Por otro lado, es de destacar la actitud positiva del Instituto de Salud Carlos III que en los últimos años ha financiado proyectos de investigación en Educación Médica dentro de una convocatoria del Programa de Promoción y Fomento de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS).

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

Las Conferencias Internacionales de Ottawa

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

Muchas de tales reuniones surgieron de la iniciativa de algunas organizaciones locales o nacionales, que instituyeron estos encuentros periódicos para comentar noticias de importancia mutua o cuestiones de interés común. Como ejemplos de dichas reuniones, se encuentran las convenciones anuales de la Asociación de

⁷⁷ Patricio, M. y Pales, A. (2007): Transparencia en Educación médica: Presentación de MedEdcentral. *Educación Médica*; 10(3):157.

Colegios de Medicina Americanos (Association of American Medical Colleges; AAMC), la Asociación para el Estudio de la Educación Médica (Association for the Study of Medical Education) (Reino Unido) y la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) por poner algunos ejemplos.

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

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

La idea de crear un foro científico de este tipo surge como consecuencia de un encuentro profesional que mantienen en 1984 el profesor Ronald Harden, de la Universidad de Dundee y el profesor de Medicina de la Universidad de Ottawa, Ian Hart, para tratar acerca de la valoración de la competencia clínica⁷⁸.

En este sentido, la primera Conferencia sobre los últimos avances en la valoración de la competencia clínica⁷⁹ se celebra en Ottawa, en julio de 1985 la que asisten unas doscientas personas de quince países distintos.

Fue concebida como una reunión única, pero debido a la demanda de muchas de las personas que asistieron a ella se decide organizar una segunda reunión, de esas mismas características⁸⁰, a finales de junio de 1987 de nuevo en Ottawa. Las cuestiones analizadas en esta segunda cita, aunque tratan en su mayoría sobre la valoración de la Educación Médica, también incluyen algunas otras relacionadas con tópicos más generales. A este encuentro asisten cerca de doscientas cuarenta personas de un amplio abanico de países.

⁷⁸ Hart, I. y Harden, R. (2000): The International Ottawa conferences on Medical Education. *Medical Teacher*; 22: 331-333.

⁷⁹ Hart, I.R., Harden, R.M. y Walton, J.H. [eds.] (1986): *Newer Developments in Assessing Clinical Competence. Proceedings of the First Ottawa Conference*. [Ottawa, Canada, 7-10 July 1985]. Montreal: Heal Publications.

⁸⁰ Hart, I.R., Harden, R.M. [eds.] (1987): *Further Developments in Assessing Clinical Competence, Proceedings of the Second Ottawa Conference*. [Ottawa, Canada, 27-30 June 1987]. Montreal: Can-Heal Publications.

Seguidamente, el grupo de Educación Médica de la Universidad de Groningen (Países Bajos) se ofrece para organizar la Tercera Conferencia “de Ottawa” en Groningen (1989) sobre enseñanza y valoración de la competencia clínica⁸¹. En ella se admite por primera vez que la reunión no sólo es internacional en su ámbito, sino también integral en relación con el alcance de sus contenidos y va más allá de la valoración hasta adentrarse de lleno en el campo de la Educación Médica.

La Cuarta Conferencia⁸² y la Quinta Conferencia⁸³ se desarrollan en Ottawa y Dundee, durante los años 1990 y 1992, respectivamente. La Sexta Conferencia de Ottawa⁸⁴ tiene lugar en Toronto, en 1994 y la Séptima Conferencia⁸⁵ se celebra en Maastricht (Países Bajos) en 1996.

La primera Conferencia de Ottawa⁸⁶ que se celebra en Estados Unidos es la Octava, concretamente en Filadelfia, en 1998 patrocinada por el National Board of Medical Examiners.

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

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

⁸¹ Bender, W., Hienstra, R.J. et al. [eds.] (1990): *Teaching and Assessing Clinical Competence, Proceedings of the Third Ottawa Conference*. [Groningen, Netherlands, May 1989]. Groningen: BoekWerk Publications.

⁸² Hart, I.R., Harden, R.M. Des Marchais, J. [eds.] (1992): *Current Developments in Assessing Clinical Competence, Proceedings of the Fourth Ottawa Conference*. [Ottawa, Canada, 7-10 July 1990]. Montreal: Can-Heal Publications.

⁸³ Hart, I.R., Harden, R.M. y Mulholland, H. [eds.] (1992): *Approaches to the Assessment of Clinical Competence. International Conference. Papers*. [Dundee, Great Britain, 1992]. Dundee: Centre for Medical Education. 2 vols.

⁸⁴ Rothman, A.I. y Cohen, R. [eds.] (1995): *Proceedings of the Sixth Ottawa Conference on Medical Education*. [Toronto, Canada, 1994]. Toronto: University of Toronto Press.

⁸⁵ Scherpier, A., Van der vleuten, C., et al [eds.] (1997): *Advances in Medical Education. Proceedings of the Seventh Ottawa Conference on Medical Education and Assessment*. [Maastricht, Netherlands, 25-28 June 1996]. Dordrecht: Kluwer.

⁸⁶ Melnick, D.E. [ed.] (2000): *Evolving Assessment: Protecting the Human Dimension, Proceedings of the Eight Ottawa Conference on Medical Education and Assessment*. [Philadelphia, USA, 12-15 July 1998]. Philadelphia: National Board of Medical Examiners. 2 vols.

La penúltima de estas Conferencias tiene lugar en nuestro país (Barcelona, 2004) y es organizada por la Asociación Catalana de Educación Médica liderada por los profesores *Ramón Pujol-Farriols* y *Josep M^a Martínez-Carretero*. A ella se presentan cerca de 1.000 comunicaciones que se incluyen en el nº 3 de la revista de *Educación Médica*⁸⁷. La última de estas Conferencias celebradas tuvo lugar a finales de 2006 en Nueva York.

Las Conferencias de Ottawa se organizan en un ambiente internacional, con una periodicidad de 2 años, alternativamente en Norteamérica y en otras partes del mundo con contenido distinto en cada conferencia pero siempre relacionado con la Educación Médica. Las próximas sedes que están programadas son las siguientes:

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

⁸⁷ Pujol, R., Martínez, J.M. y Brailovsky, C. (2004): 11th Internacional Ottawa Conference on Medical Education. *Educación Médica*; 7 (3): 1-2.

BLOQUE I: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 2. LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA MEDICINA DE FAMILIA

1. Marco general: La Constitución Española y la Ley General de Sanidad

2. La Atención Primaria de Salud (APS) como contexto sanitario
 1. Introducción
 2. Desarrollo histórico y concepto de APS
 3. La Reforma de la Atención Primaria
 4. La estructura y organización de la AP
 5. Situación actual y perspectivas de futuro de la AP.

3. La Medicina Familiar y Comunitaria como contexto profesional
 1. Origen de la Especialidad de Medicina Familiar
 2. Definición y características de la especialidad
 3. Desarrollo normativo-histórico de la especialidad
 4. Perfil profesional del especialista en MFyC
 5. La investigación en Atención Primaria en España
 6. La presencia de la Medicina de Familia en la Universidad.

1. MARCO GENERAL: LA CONSTITUCIÓN Y LA LEY GENERAL DE SANIDAD

La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos (prestaciones sanitarias, promoción y prevención).

Artículo 43

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

Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho se regulan por la Ley General de Sanidad¹ (LGS 14/1986 de 25 de Abril). Dicha Ley posibilitó el tránsito desde el antiguo modelo sanitario de Seguridad Social al actual modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS), financiado con impuestos generales y de cobertura prácticamente universal. Desde entonces hasta ahora se han producido profundos cambios que han alterado la realidad de la sanidad pública, entre ellos la culminación del proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas en 2002, que la han convertido en uno de los principales pilares del actual Estado del bienestar.

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

TÍTULO PRELIMINAR. CAPÍTULO ÚNICO. *Del derecho a la protección de la salud*

Artículo 1

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

¹ Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril (BOE 29-4-1986).

Artículo 2

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

En su título primero (“Del sistema de salud”) y en su capítulo primero (“De los principios generales”), la LGS establece las características generales del sistema, tanto en sus principios básicos (universalidad, financiación y aseguramiento públicos, equidad y solidaridad), como en sus estrategias generales en relación con la integridad y continuidad de los cuidados y servicios, con la orientación a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, con la organización territorial, con la participación, con los derechos y deberes de los ciudadanos, etc. Este título primero conforma el “núcleo duro” de la cohesión del sistema, lo que le da fuerza y lo que hace que, hoy, podamos decir que contamos con uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo².

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

Las áreas de salud deberán desarrollar las siguientes actividades:

- a. En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.
- b. En el nivel de atención especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos, se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales.

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

² Lamata, F. (2005): El reto de la coordinación en el Sistema Nacional de Salud. En *Anuario de la Sanidad y el Medicamento en España 2005*. El Médico; 949: 24-30.

- *Nivel Primario de Atención (Atención Primaria):* Además de ser la puerta de entrada al sistema de salud, se caracteriza por prestar una atención integral, continuada, participativa y programada al individuo, la familia y la comunidad. En él, los especialistas de Medicina de Familia resuelven la mayoría de necesidades de salud de la población y se establecen las bases de una medicina para la salud.
- *Nivel Secundario de Asistencia (Atención Hospitalaria):* Se centra en la consulta y hospitalización, con diferentes grados de especialización, de apoyo técnico y logístico. En él, los especialistas hospitalarios atienden problemas de salud de notable gravedad, riesgo o urgencia que precisen atención profesional las 24 horas

Este trabajo centra su análisis en el primero de estos niveles, en la Atención Primaria, por tratarse del espacio donde desarrolla su práctica profesional el médico de familia y donde sucede la docencia posgrado de MFyC.

Por otro lado, destacar también que en el articulado de este texto legal que constituye la LGS existen referencias específicas a aspectos relacionados con la formación. Concretamente, en su art. 18 define que las actuaciones sanitarias comprenderán, además de las funciones asistenciales de prevención y de investigación científica en problemas de salud, la formación del personal sanitario al servicio de la organización sanitaria³.

También, sitúa en su art. 40 como actuaciones del Estado “la homologación de programas de formación postgraduada, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario a efectos de regulación de las condiciones de obtención de títulos académicos”. El Estado se reserva, pues, la función de regular el sistema docente en última instancia.

En su art. 68 indica que “los centros sanitarios desarrollarán además de las tareas asistenciales, funciones de investigación y docencia”. En su art. 104.1 expone que: “Toda estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales”.

³ Collell, M. (2006): Estructura asistencial y estructura docente. El marco legal. Composición y funciones de la Comisión de Docencia. Centros acreditados para la formación de residentes. Acreditación y reacreditación. En Manual para tutores de MIR. Madrid: Editorial Panamericana. p. 35-48.

2. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

“El éxito de la Atención Primaria depende de que la Sociedad acepte su importancia y de que los medios para su mejora formen parte esencial de la política de formación y prestación de servicios en la Atención Primaria”⁴.

Barbara Starfield

2.1 Introducción

En los 20 años transcurridos desde que se articulara y desarrollara el derecho constitucional a la protección de la salud a través de la Ley General de Sanidad de 1986 han sido innumerables y muy importantes los avances y mejoras que se han producido en el Sistema Nacional de Salud y que han hecho posible ese derecho.

Pero, sin lugar a dudas, uno de los más relevantes ha sido la reforma y desarrollo de la Atención Primaria de Salud, que se ponía en marcha con el Decreto de Estructuras Básicas de Salud en 1984 y que diseñaba un nuevo modelo, un nuevo concepto de atención primaria que, inspirado en la Declaración de Alma-Ata (Conferencia de la OMS-Unicef de 1978), creaba los Equipos de Atención Primaria, esto es, un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que, actuando en un nivel territorial definido (zona básica de salud) se responsabilizan del conjunto de los cuidados de salud que pueden ser prestados desde este nivel asistencial.

Recientemente, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha celebrado los 20 años de la publicación de dicho Real Decreto, que supuso el inicio legislativo de la reforma. Asimismo, en octubre del 2003 se realizó una Reunión Técnica sobre estrategias futuras en Atención Primaria de salud en España con motivo de los 25 años de la Declaración de Alma-Ata.

⁴ Starfield, B. (2000): *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología* (1ª ed.). Barcelona: Masson.

2.2 Desarrollo histórico y concepto de la APS

En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) analizaba en la Conferencia de la OMS-UNICEF de Alma-Ata⁵ (Kazajistán) las contradicciones entre el importante desarrollo de la medicina hospitalaria y sus especialidades y sus insuficientes resultados sobre la salud de todos los ciudadanos. A este encuentro internacional asistieron 134 estados miembros y representantes de 67 organizaciones no gubernamentales y en él se mostró la necesidad de llevar a cabo acciones urgentes por parte de todos los gobiernos, y de la comunidad internacional, que permitiesen proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

Bajo el lema “*Salud para todos en el año 2000*”, se realizó un llamamiento para una acción nacional e internacional efectiva a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional.

Sin embargo, hoy sabemos de boca de sus propios organizadores que el cumplimiento de los objetivos marcados, tres décadas atrás, fue mínimo. Así lo han manifestado el ex director y subdirector de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de aquellos momentos, Halfdan Mahler y David Tejada de Rivero⁶. Este último escribió en un artículo titulado *Alma-Ata: 25 años después*:

«Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de Salud para Todos y a la estrategia de la atención primaria de salud no sólo subsisten, sino que se han profundizado. Las grandes diferencias y la injusticia social dejan cada vez más vastos sectores sin un cuidado integral de su salud. La pobreza aumenta y los pocos recursos para educación y salud de que disponen las sociedades nacionales se invierten y gastan en las formas más erradas e injustas...”
(Tejada de Rivero, D. 2003)⁷

Sin embargo, lo que nadie pone en duda es el gran impulso internacional que supuso esta Conferencia en el establecimiento de las bases y en la definición del concepto de AP. En uno de los diez puntos que contiene la Declaración que se firmó puede leerse:

⁵ Declaración de ALMA-ATA (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, OMS-UNICEF. Alma-Ata, USSR

⁶ Ceitlin, J. (2008): Atención Primaria y medicina familiar. ¿en un callejón sin salida? *Atención Primaria*; 40(1): 5-6.

⁷ Tejada de Rivero, D. (2003): Alma-Ata: 25 años después. *Revista perspectivas de Salud*; 8 (1).

“La Atención Primaria representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, acercando lo máximo posible la atención de la salud al lugar dónde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OLMOS-Alma-Ata, 1978, citado por Martín Zurro y Cano, 1999, p. 5)⁸.

2.3 La Reforma de la Atención Primaria

Con la publicación del Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud (137/84)⁹ se iniciaba en España la Reforma de la AP, en un contexto en el que la medicina se encontraba muy influenciada por el paradigma científico-tecnológico que ponía el acento en la dimensión técnica -la enfermedad como problema- y en la especialización.

La atención hospitalaria y el prestigio creciente del especialista -legitimado socialmente por el reconocimiento de la ciencia y la tecnología- hacían de ésta, la base de la asistencia sanitaria reduciendo la Primaria a un segundo término cada vez más desprestigiada tanto profesional como socialmente. Era el tiempo de los médicos de cabecera o generales, sin entrenamiento especializado, que ejercían dos horas diarias en un centro dependiente de la organización de la Seguridad Social y que tenían como funciones básicas el “recetar”, el “dar bajas” y el “hacer volantes para los especialistas”, poco estimulantes y muy al margen del engranaje asistencial¹⁰.

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

⁸ Martín, A. y Cano, J.F. (Eds). (1999). *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (Vol.I). Madrid: Harcourt Brace.

⁹ Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras básicas de Salud (BOE núm. 27 de 1 de febrero de 1984)

¹⁰ Gol, J., Jaén, J., Marcos, J., et al (1979). *El médico de cabecera*. Laia. Barcelona.

Todos estos cambios y mejoras introducidas por el nuevo modelo de atención primaria fueron espectaculares y constituyeron un salto cualitativo sin precedentes para los cuidados de salud de la población española con resultados beneficiosos en la evolución de numerosos indicadores de salud. En definitiva, ayudaron a que la AP tuviera una entidad propia y diferenciada del hospital incrementando su prestigio científico y profesional y mejorando su imagen social.

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

Las razones que apoyan la creciente importancia y especificidad de la AP dentro del SNS son las siguientes^{11 12}.

- El 95% de todos los encuentros médico-paciente ocurren en AP.
- Entre el 75% y el 96% de los problemas de salud se resuelven en este nivel.
- La especificidad de la AP como escenario de enseñanza-aprendizaje claramente diferenciado de otros contextos de formación sanitarios.
- El surgimiento y consolidación de la Medicina Familiar y Comunitaria (en adelante MFyC) como especialidad médica.

En términos cuantitativos, hablamos de unos 3.000 Centros de Salud en los que se realizan más de 300 millones de consultas médicas al año, con una frecuencia media de 7,4 consultas-habitante-año¹³. En ellos se manejan alrededor de 4.200 millones de euros en prestación farmacéutica y unos 2.400 millones de euros en prestaciones económicas por baja laboral. Estos datos aunque orientativos dan una idea de su importancia real.

¹¹ Temes, JL. Gil, J. (1997): *Sistema Nacional de Salud*. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.

¹² Irby, DM. (1995): Teaching and learning in ambulatory care settings: A Thematic Review of the Literature. *Academic Medicine*; 70 (10): 898-931.

¹³ Proyecto P21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud. 2007-2012. <http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/home.htm>

Por tanto, se puede afirmar que la Atención Primaria de Salud es un elemento clave en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud español y que su reforma ha influido muy positivamente en la calidad de la atención sanitaria prestada a la población. De ahí, que sea considerada como ejemplo a seguir por muchos países del mundo. Sin embargo, no es menos cierto que, en los últimos años, han aparecido algunas variables que suponen un importante desafío para su buen desarrollo. Por ello, es preciso un serio análisis crítico y el planteamiento de una serie de propuestas de futuro que aborden en profundidad la situación actual y el futuro de la Atención Primaria.

2.4 La estructura y organización de la AP

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

Centro de Salud

Un Centro de Salud es un centro público donde se prestan cuidados sanitarios de carácter preventivo, curativo, rehabilitador y de promoción de la salud. Se compone de médicos de familia, pediatras, personal de enfermería, auxiliares administrativos y trabajadores sociales. Incluye entre otros programas de salud, el de planificación familiar y el de vacunaciones.

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

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

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

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

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

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

En algunos lugares, sobre todo en el medio rural, donde la población está muy dispersa y hay varios médicos trabajando en un espacio geográfico muy amplio, éstos atienden a sus pacientes en consultorios más reducidos –a veces en un pequeño despacho en la casa del médico y acuden al CS para reuniones entre colegas o para hacer las guardias médicas-.

Equipo de Atención Primaria:

En ese mismo Real Decreto 137/84 se define en su artículo tercero al EAP como:

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

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

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

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

2.5 Situación actual y perspectivas de futuro de la AP

Como ya se ha señalado anteriormente, aunque la atención primaria en nuestro país tiene importantes puntos fuertes, que son elementos de apoyo para el futuro, también es cierto que hay que analizar algunos retos que pueden condicionar el futuro de este modelo de atención y que están presentes en la actualidad.

Para ello, el 3 de Noviembre de 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación con las Comunidades Autónomas y con las Sociedades científicas de AP, puso en marcha Proyecto AP 21 o de Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI¹⁴. Con esta iniciativa se persigue definir un marco estratégico que permita consolidar el sistema sanitario público, ocupando la atención primaria un lugar central, en una línea de continuidad respecto a la atención hospitalaria y de coordinación con los servicios sociales. Tal es su importancia, que constituye, el objetivo 1.2 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud¹⁵ presentado recientemente por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se propone un horizonte estratégico de 6 años para que en el periodo 2007-2012 las Comunidades Autónomas desarrollen las medidas que, en el marco de sus competencias y con la adaptación precisa a la realidad territorial, hagan posible la consecución de los avances propuestos en las diferentes estrategias de mejora para la APS.

Nosotros únicamente haremos referencia a aquellos aspectos más esenciales y de mayor interés para la formación de los médicos de familia por su relación con el contexto y los objetivos de nuestro estudio.

En este sentido, reclama nuestra atención la estrategia 28 del grupo D (*Estrategias de mejora de la participación y el desarrollo profesional*), según la cual, la Atención Primaria de salud ha de mantener y mejorar el nivel de cualificación y formación continuada de sus profesionales para lograr un mejor desarrollo de sus funciones. Y entre las principales líneas de actuación que se marcan destacamos las siguientes:

¹⁴ Proyecto P21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud. 2007-2012. Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado el 11 de diciembre de 2006

¹⁵ Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Abril de 2007.

- Impulsar planes formativos individualizados y orientados a la mejora competencial, incorporando herramientas evaluativas para cada profesional.
- Facilitar el reconocimiento a los profesionales docentes a través de: tiempos propios de docencia, objetivos específicos en los contratos de gestión, incentivación económica de las tutorías, valoración en la carrera profesional y apoyo en equipamiento.
- Favorecer la creación y mantenimiento de las estructuras de apoyo a la docencia en las áreas de salud; y establecer un plan de coordinación con otras estructuras docentes como las del hospital y la universidad.
- Promover las rotaciones de especialistas en formación y estudiantes de pregrado por atención primaria.
- Favorecer la consideración de contenidos propios de atención primaria en el diseño curricular de medicina y enfermería y la creación de departamentos de atención primaria en la universidad.

3. LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA COMO CONTEXTO PROFESIONAL

3.1 Origen de la especialidad de Medicina Familiar

En la década de los años 60, cuando apareció la especialidad en Estados Unidos, se vivía en Medicina en el reinado de la superespecialización, había especialistas para todo y a cada enfermo le atendían multitud de médicos distintos, cada uno dedicado a un órgano o aparato pero sin nadie que diera una visión en conjunto de los problemas de salud de cada individuo¹⁶. Aquí es cuando surgió históricamente la Medicina de Familia, como una necesidad sentida por los propios médicos generales americanos para el desarrollo de su ejercicio y como una demanda de la sociedad a la que atendían, que buscaba el profesional que proporcionara una atención integral de calidad a los problemas de salud que surgían a lo largo de toda la vida de los pacientes.

En España se creó la especialidad en 1978 y la primera promoción de médicos de familia terminó su formación en 1981, hace ya casi 30 años. Como en la mayoría de los países, su aparición se debió a la necesidad que existía de cambiar esencialmente el primer nivel de asistencia sanitaria y de acabar con el “hospitalocentrismo” dominante en la asistencia médica. Se necesitaban profesionales específicamente formados, con una visión integradora, para un trabajo que tradicionalmente se había infravalorado, y que a raíz de la Conferencia de Alma Ata (1978) y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que hoy en día siguen vigentes, se empezó a concebir como la pieza clave de los sistemas nacionales de salud. De esta forma, apareció con fuerza y eficacia la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) permitiendo el desarrollo del alcance preventivo y comunitario de la medicina general y la atención de la asistencia primaria. Como se apuntaba en el preámbulo del Real Decreto 3303/1978¹⁷:

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

¹⁶ Medina, M., Ferrandiz, J. y Calvo, E. (2004): *Medicina de Familia y Comunitaria*. semFyC.

¹⁷ R. D. 3303/1978, de 29 de diciembre, (BOE 29-979) de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica.

GENERALIDADES DE LA MEDICINA FAMILIAR

Tipo de surgimiento	Por transformación de la Medicina General
Se define la Medicina Familiar	1966 en Estados Unidos de América
Año de creación	1966 en Canadá
Inicio oficial en EE.UU.	1969 con el American Board of Family Practice
Nº de especialidad médica	Vigésima especialidad en Estados Unidos
Porqué surgió	Atención despersonalizada y fragmentada
Principal característica	Continuidad de la atención
Tipo de capacitación	Residencia Médica y/o Maestría Profesional
Años de capacitación	Entre 2 y 4 años en la mayoría de programas
Principal Organización Mundial	WONGA: Organización de Médicos de Familia
Principal Organiz. Académica	Sociedad de profesores de Medicina Familiar
Principal Org. Hispanoamericana	CIMF: Confederación Iberoamericana de MF.
Breve evolución histórica	1966 en Canadá; 1969 en Estados Unidos; 1971 en México; 1974 en Bolivia; 1976 en Panamá, 1978 en España y Venezuela

3.2 Definición y características de la especialidad

Los principios básicos de la especialidad han sido claramente señalados por muchos autores^{18 19}, entre los cuales merece una mención especial Ian McWhinney²⁰. Todos ellos ayudaron a consolidar un cuerpo de conocimientos, un marco epistemológico propio que le permitió obtener identidad y poder ser reconocida como una verdadera especialidad médica.

En 1986 el Consejo Americano de Medicina Familiar (ABFP) adoptaba la siguiente definición: *“La Medicina Familiar es la especialidad médica que se ocupa de la salud total del individuo y la familia (...) que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento (...) no limitada por edad, sexo, órgano o sistema o patología”²¹*.

¹⁸ Taylor, R. (1983): *Family Medicine. Principles and Practice*. Springer - Verlag: Second Edition. New York.

¹⁹ Rakel, R. (1984): *Family Practice*. W.B. Saunders Company: Third Edition. U.S.A.

²⁰ McWhinney, I. (1981): *An Introduction to Family Medicine*. Oxford University Press. New York.

²¹ Gómez, T. y Ceitlin, J. (1999): La medicina de la familia en España y otros países. En: Martín, A. y Cano, J.F. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 4 ed. Harcourt. Madrid.

De esta forma se crea una nueva filosofía de profesionales médicos, con una visión holística, integral y biopsicosocial del enfermo. La atención se basa en el paciente y no en la enfermedad, en la familia o el entorno más inmediato del paciente como condicionante del estado de salud, y se introduce una visión comunitaria de la medicina, con la que a partir de un análisis de la comunidad, la cual puede actuar como fuente de enfermedad o como medio terapéutico, desde donde se puede actuar con medidas preventivas y de promoción de la salud. La actuación sobre la población es longitudinal (a lo largo de la vida del paciente) e incluye tanto la atención en la consulta como en el domicilio o dentro de los diferentes recursos sociales (escuelas, residencias, etc.).

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

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

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

campana de vacunaci3n a domicilio, etc., son distintas muestras de lo que en relaci3n con la comunidad puede realizar el m3dico de familia²².

Por tanto, se trata de una especialidad cl3nica que se caracteriza por ser generalista y amplia, a diferencia de otras especialidades hospitalarias y que va evolucionando hasta llegar a tener identidad y un cuerpo de conocimientos propio, un campo de investigaci3n, un programa de formaci3n y un perfil de pr3ctica definido.

Adem3s de una especialidad m3dica, la Medicina de Familia es una disciplina acad3mica, conformada por los siguientes elementos:

- *Tradic3n hist3rica com3n*: la Medicina General como rama troncal m3s antigua.
- *Objeto de conocimiento cl3nico, educativo y de investigaci3n*: la persona en su integridad f3sica, ps3quica y social y la familia y la comunidad.
- *3mbito de actuaci3n diferenciado*: la Atenci3n Primaria.
- *Paradigma de actuaci3n*: la atenci3n hol3stica y el enfoque biopsicosocial.
- *Orientaci3n espec3fica*: integraci3n de promoci3n, prevenci3n, curaci3n, rehabilitaci3n y cuidados paulatinos.
- *Investigadores nacionales e internacionales*: se encuentra firmemente avalada por revistas internacionales como son el British Journal of General Practice, The Journal of Family Practice y revistas nacionales como Atenci3n Primaria o FMC (Formaci3n M3dica Continuada).
- *Denominaciones que recibe*: General Practitioners en Reino Unido o Suecia, Family Physician en Estados Unidos y Canad3, Asistente de Cl3nica Geral en Portugal, M3dico de Familia en Espa3a, etc.

²² Medina, M., Ferrandiz, J. y Calvo, E. (2004): *Medicina de Familia y Comunitaria*. semFyC.

3.3 Desarrollo normativo-histórico de la especialidad

La MFyC apareció por primera vez como especialidad, en España, en 1978. Su nacimiento estuvo muy vinculado a las recomendaciones de la Conferencia de Alma Ata. Los influjos de dicha Conferencia llegaron a nuestro país en un momento en el que la tesis dominante era convertir el sistema sanitario público en un Sistema Nacional de Salud.

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

En este sentido, el 15 de julio de 1978 se publicaba en el Boletín Oficial del Estado el Real Decreto 2015/78²³, donde por primera vez se hacía referencia a la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica. Esta normativa regulaba la obtención de títulos de especialidades médicas y reconocía, en su artículo tercero, a la MFyC como especialidad médica. En él también se postulaba la creación de la Comisión Nacional de la Especialidad para que elaborase el programa formativo.

Tres meses después se publicó el R.D. 3303/78 que regulaba más en profundidad la especialidad y en él se definía ya al médico de familia como figura fundamental del Sistema Sanitario, se establecía su perfil profesional y se señalaba que el residente tendría que hacer prácticas supervisadas en zonas rurales y urbanas. También se disponía las unidades y áreas que habrían de formar al médico de familia y la determinación de los criterios de evaluación.

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

²³ Real Decreto 2.015/1978 de 15 de junio (BOE 29-VIII-1978) por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas.

En febrero de 1980 se publicó el libro: *La Medicina Familiar y Comunitaria*, editado por el Insalud y que contenía el primer Programa Docente de la Especialidad, realizado por parte de un grupo de médicos residentes y tutores, constituyendo una aportación teórica fundamental.

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

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

Como consecuencia de una serie de movilizaciones que también se realizaron, a finales de marzo de 1981 se consiguió una normativa del Insalud, por la que se creaban las primeras estructuras docentes extrahospitalarias para el 3º año de residencia.

A raíz de ello se publicaba el Real Decreto 2392/1982 con el que la Administración se comprometía a crear Unidades Piloto de MFyC, pero que nunca se llegó a desarrollar.

Unos meses después se publicó la Orden del 19 de diciembre de 1982 (BOE 22-XII-1983) por la cual se regulaba el desarrollo de la formación en AP de la especialidad de MFyC. En esta orden se establecieron también las condiciones mínimas que debían cumplir las Unidades Docentes, fijando los profesionales que debían existir en ellas: coordinador, tutores, técnicos en Salud Pública, personal de enfermería y las funciones específicas de cada uno de ellos.

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

Con el comienzo de la Reforma Sanitaria se publicó el R.D. 137/1984 sobre “Estructuras Básicas de Salud”, lo que vino a suponer un cambio importante. En él se establecía la transformación de las Unidades Piloto de MFyC (que nunca se llegaron a crear) en Equipos de Atención Primaria.

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

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

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

La Comunidad Europea, consciente de la importancia de proporcionar una formación de calidad a los médicos que trabajen en AP en sus respectivos Sistemas Nacionales de Salud, promulgó la Directiva 86/457²⁴ que obliga a los países miembros a dar una formación postgraduada de al menos dos años a los médicos para poder trabajar como generalistas en el sistema público. Esta norma entró en pleno vigor el 1

²⁴ Directiva 86/457/CEE, de 15 de septiembre, del Consejo de las Comunidades Europeas, sobre formación específica en Medicina General.

de enero de 1995. Cuando se dictó ésta, España ya contaba con el médico que respondía a la misma, el especialista en MFyC y así lo reconoció la administración española comunicándolo en 1989 a la Comunidad Europea, como se refleja en el Diario Oficial de la UE C262/2 de 1990.

Por otra parte, el Real Decreto 264/1989²⁵ por el que se desarrolla el curso de perfeccionamiento para la obtención del título de médico especialista en MFyC permitió la posibilidad de que pudiesen acceder al título a aquellos médicos con cinco años o más de ejercicio profesional en AP.

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

En 1995 (Orden Ministerial del 22/6/95) se regulaban las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y farmacéuticos especialistas. Dos años antes, en 1993, era aprobado el que sería el segundo programa docente de la especialidad²⁶ y, poco tiempo después, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicaba también la tercera edición de la guía de formación de especialistas²⁷.

Para terminar este repaso por el desarrollo histórico y normativo de la especialidad es preciso hacer mención al último programa oficial de la especialidad aprobado²⁸ por la Comisión Nacional de la Especialidad en su reunión de 20 de noviembre de 2002 y por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud el 16 de

²⁵ Real Decreto 264/1989, de 10 de febrero, por el que se desarrolla el curso de perfeccionamiento para la obtención del título de médico especialista en medicina familiar y comunitaria.

²⁶ Programa docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura, 1993.

²⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de formación de Especialistas. Madrid: Secretaría General Técnica, 1996

²⁸ Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (aprobado el 20-XI-2002) Publicado en el BOE nº 105 de 3 de mayo de 2005 (Orden SCO/1198/2005 de 3 de marzo).

septiembre de 2004. Recientemente, ha visto la luz la última versión del Libro del Especialista en Formación en Medicina Familiar y Comunitaria²⁹.

Por tanto, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria a pesar de ser una especialidad relativamente joven, ha conseguido su consolidación e implantación generalizada en el sistema sanitario, así lo demuestra el hecho de que se hayan formado más de 18.000 especialistas, estando actualmente cerca de 5.000 en proceso de formación. Existen unas 150 Unidades Docentes y el colectivo de tutores de Medicina de Familia está formado por más de 4.000 docentes, que además, ejercen como médicos de familia en los Centros de Salud de nuestro país. Este avance cuantitativo ha ido acompañado de otro cualitativo, con infinidad de revistas, libros, monografías, cursos, talleres, grupos de trabajo, congresos, actividades de investigación y docencia, etc., llevados a cabo por médicos de familia.

RESUMEN DE LA CRONOLOGIA DE LA MEDICINA DE FAMILIA

1978:

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

1979:

- Primera promoción MIR de MFyC (500 en toda España).

1980:

- Primer programa de la especialidad de MFyC (sin carácter oficial).
- Celebración de las "I Jornada de MFyC" en Madrid, Huelga de los MIR y encierro en el Ministerio.

²⁹ Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Libro del Especialista en Formación en Medicina Familiar y Comunitaria (aprobado el 4 de abril de 2007).

1981:

- Primeras estructuras docentes extrahospitalarias para el 3º año de residencia.

1982:

- Real Decreto 2392/82 de creación de las Unidades Docentes Piloto de MFyC.
- Orden del 19 de diciembre de 1982 (BOEn22-XII-1983) por la cual se regula el desarrollo de la formación en APS de la especialidad de MFyC.
- La semFYC inicia su andadura como una evolución del activo movimiento asambleario de la Coordinadora de Médicos Residentes de MFyC.

1983:

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

1984:

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

1985:

- Aprobación del primer programa oficial de la especialidad.

1989:

- Vía extraordinaria para el acceso al título de MFyC.
- Real Decreto 264/89 por el que se desarrolla el curso de perfeccionamiento para la obtención del título de médico especialista en MFyC.
- El Ministerio de Sanidad comunica a la Unión Europea la denominación y programa de MFyC como la propia en el estado español para el ejercicio de la Medicina de Familia.

1993:

- Aprobación del segundo programa oficial de la especialidad.

1995:

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

1996:

- Orden Ministerial de 22 de Junio de 1996 (BOE: 30-1995) por la cual se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicas y Farmacéuticos especialistas.
- Aprobación de la guía de formación de especialistas en MFyC ("libro amarillo del residente").

1997:

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

2002:

- Elaboración del tercer programa oficial de la especialidad por la CNE de MFyC.

2005:

- Aprobación del tercer programa oficial de la especialidad.
- Resolución conjunta del MSC y del MEC por la que se establecen los requisitos generales de acreditación de las Unidades Docentes para la formación de médicos especialistas en MFyC.
- Documento de recomendaciones de reacreditación y reacreditación de tutores de MFyC aprobado por la CNE.

2006:

- Resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la incorporación progresiva de una rotación en atención primaria de salud, en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias.
- Manual de Auditoria Docente de la especialidad de MFyC editado por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (MSC).

2007:

- Aprobación del Libro del Especialista en Formación en MFyC que sustituye al anterior y que está basado en el nuevo Programa de la especialidad aprobado en 2005.
- Informe elaborado por la CNE con aclaraciones acerca de la aclaración de centros y otros dispositivos docentes, así como sobre denominación, acreditación y nombramientos de tutores y otras figuras docentes.

3.4 Perfil profesional del especialista en MFyC

La Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), definió ya en 1991 al médico de familia como:

“Al profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.

Es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de la edad, el sexo y/o el diagnóstico de los pacientes.

El médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar a la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.

El médico de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja”³⁰

En el año 94, el Dr. Gallo Vallejo³¹, junto a otros autores, elaboraría un importante documento sobre el perfil profesional básico del médico de familia con las aportaciones de la WONCA citadas anteriormente y el Programa Formativo de la Especialidad. En él identificaría cinco grandes áreas en la práctica profesional del médico: atención al individuo, atención a la familia, atención a la comunidad, docencia e investigación y apoyo. De todas ellas se hizo una justificación, se presentaron las actitudes más importantes a desarrollar y una descripción de las actividades a incorporar en la práctica profesional.

³⁰ El papel del Médico General/Médico de Familia en los Sistemas Sanitarios, documento publicado por WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia) en 1997.

³¹ Gallo, J., Altisent, R. et al. (1994): *Perfil Profesional del médico de familia. (doc.nº4)*. Barcelona: semFYC.

Desde este perfil pues, se constata que un medico de familia no es un profesional que “sabe algo de todo” sino que tiene que disponer de una formación sólida en los problemas más frecuentes e importantes de la AP de carácter horizontal (campos diversos que afectan un mismo problema), que es un planteamiento diferente al que hacen otras especialidades en que se profundiza al máximo en un ámbito concreto (especialización vertical).

Además, no sólo tiene que demostrar competencia clínica, sino que tiene que desarrollar otras competencias unidas a los roles que ha de asumir como educador, como investigador, como gestor de recursos en un marco en el que se tiene que trabajar en equipo y en el que las habilidades de carácter comunicativo y relacional son fundamentales³².

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

En este mismo sentido, acaba de publicarse el primer *Tratado sobre Medicina de Familia y Comunitaria*, nacido del programa de la especialidad, que pretende seguir profundizando en la definición del perfil profesional del médico de familia. Su objetivo principal es ayudar a contribuir al desarrollo profesional de los médicos de familia en ejercicio y de todos aquellos profesionales que precisan de este campo doctrinal en su trabajo cotidiano.

El libro consta de 38 capítulos y 12 subcapítulos en los que se incluyen 34 capítulos clínicos (que engloban problemas de diferentes aparatos y sistemas de elevada prevalencia e importancia y atención a los diferentes grupos poblacionales y de riesgo), 9 de competencias esenciales (comunicación, razonamiento clínico, gestión clínica, sistemas de información, trabajo en equipo, gestión y organización de la actividad, gestión de la calidad, responsabilidad civil y médico-legal y bioética), 2 capítulos de competencias específicas (atención a la familia y atención a la comunidad) y 5 de competencias básicas (valores profesionales, perfil profesional, formación y docencia, investigación y recursos de Internet)³³.

³² Serrano, M., Casado, V. y Bonal, P. (2005): *Medicina de Familia: guía para estudiantes*. Barcelona; Ariel.

³³ Entrevista a Verónica Casado (coord. de la obra): “El Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria es una herramienta de primera magnitud para el estudio cotidiano”: *Gaceta de la semFyC*; Diciembre. nº: 110. 2006.

El deseo de editores y autores es que este nuevo instrumento se convierta en un referente para seguir creciendo y haciendo que la MFyC como profesión, especialidad y disciplina sea cada día más sólida, competente, profesional, humana y resolutive.

3.5 La investigación en Atención Primaria en España

La investigación biomédica, sanitaria y en ciencias de la salud es un elemento fundamental para el avance del conocimiento y constituye un instrumento clave para mejorar la calidad y expectativa de vida de los ciudadanos y para aumentar su bienestar. La integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y un cuidado más ético y eficiente de los pacientes³⁴.

En el caso de la investigación desarrollada en el ámbito de la AP, la actividad investigadora del médico de familia contribuye al desarrollo e innovación del conocimiento desde una posición privilegiada en el acceso a la población y a los procesos de salud/enfermedad. Empieza, por tanto, a perfilarse la necesidad de invertir en un ámbito que puede y es capaz de generar conocimiento e innovar en áreas de conocimiento específicas y propias. Una apuesta clara que debe ser liderada por la Administración como parte de su política científica y tecnológica y de sus estrategias de fomento de I+D+i, equiparándola así con la realizada en otros estados europeos.

El objetivo de investigar en AP no difiere del de otros niveles de asistencia; se basa también en formular preguntas de investigación de forma correcta, utilizando la metodología de la investigación como herramienta para alcanzar respuestas, que supongan una diferencia y mejora de los cuidados en salud que se ofrecen a los ciudadanos.

En este sentido, el médico de familia se plantea interrogantes referidos a su actividad profesional utilizando el método científico-racional. Ello implica plantearse preguntas concretas sobre aspectos esenciales del tipo ¿qué tipo de prueba o tratamiento es más eficaz?, ¿estoy actuando –en mi práctica- del mejor modo posible

³⁴ Carrasco, M. y Gracia, F. (2005): Investigación Sanitaria en España. En *Anuario de la Sanidad y el Medicamento en España 2005*. El Médico; 949: 32-38.

para atender a mis pacientes?, ¿cómo puedo mejorar la satisfacción de éstos con el servicio que les proporciono?, ¿la prevalencia de esta enfermedad es superior en mi medio al resto?, ¿son estas actividades preventivas suficientes para disminuir la aparición de esta enfermedad?³⁵

El reconocimiento de áreas de conocimiento específicas como la prevención de enfermedades, promoción de la salud, seguridad del paciente, efectividad de intervenciones y fármacos en condiciones de aplicabilidad real (orientación pragmática en el diseño), servicios sanitarios y estudios epidemiológicos situarán a la investigación en AP en una posición avanzada para poder incorporarse y ser competitiva con otros niveles e instituciones. En este ámbito, necesitamos además nuevos estudios bibliométricos que nos aproximen de forma certera a la realidad investigadora y al conocimiento real de la inversión pública, de forma porcentual a los proyectos presentados.

Por otro lado, la presencia de numerosos médicos de familia en la red de investigación en actividades preventivas y de promoción de la salud (redIAPP), como red específica de AP, y otras redes de investigación cooperativa (MBE, PREDIMED...), empieza a dar una imagen de la relevancia que este nivel de asistencia desempeña en la innovación y desarrollo para la mejora de la salud de la población y de la asistencia que se le presta.

Del mismo modo, comienzan a crearse, en determinadas comunidades autónomas, estructuras estables como base para la generación y el mantenimiento de la investigación en el ámbito de la AP. Es el caso del Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol en Cataluña, de la inclusión del Grupo Aragonés de investigación en Atención Primaria en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud o determinadas unidades de investigación de Andalucía³⁶.

Existen varias publicaciones nacionales y extranjeras donde se presentan trabajos originales, diseñados y realizados por médicos de familia en la AP. Algunas tienen gran difusión e impacto bibliográfico, estando en *Medline*, *Database*, *Index Medicus* u otras bases bibliográficas de datos. Entre las revistas internacionales más destacadas en este ámbito figuran: *American Family Physician*, *British Journal of General Practice*,

³⁵ Medina, M., Ferrandiz, J. y Calvo, E. (2004): *Medicina de Familia y Comunitaria*. semFyC.

³⁶ Sánchez, M. (2008): Investigación en Atención Primaria: continuar avanzando. *Atención Primaria*; 40(1): 3-4.

Family Practice, Families, Systems, & Health, Archivos en Medicina Familiar. Entre las principales del panorama nacional se encuentran: *Atención Primaria; Medicina Clínica, Pediatría en Atención Primaria, Revista Clínica de Medicina de Familia, Gaceta Sanitaria, Semergen, Salud Rural, Centro de Atención Primaria (C@P, como revista on line).*

No obstante, a pesar de los grandes avances realizados, existen aún importantes carencias y déficits en la investigación realizada en AP como son: la falta de políticas específicas adaptadas a las características de la AP, la falta de estructuras de apoyo y la falta mejorable de factor de impacto de los investigadores del primer nivel de asistencia. Todo ello unido a las dificultades diarias con las que se encuentran los profesionales para desarrollar actividades de investigación: falta de tiempo y presión asistencial excesiva, deficiente preparación metodológica, escasos medios y recursos en los centros de trabajo, dificultades para encontrar financiación, etc.³⁷

Por ello, hablar de investigación en AP, de sus necesidades, objetivos, líneas de futuro y posibilidades es referirse a importantes progresos y avances pero también a tareas pendientes y aspectos en los que seguir trabajando.

3.6 La presencia de la Medicina de Familia en la Universidad

En la parte del mundo occidental, europeo y anglosajón, existe una larga tradición en la participación de la Medicina de Familia en la Universidad. Existen cátedras o departamentos de Medicina de Familia (o sus equivalentes de medicina general en otros países).

La Medicina de Familia es una especialidad que, al tener un cuerpo propio de conocimientos y una relevancia social importante, entra con fuerza en el mundo académico. Así lo han creído en los países más desarrollados de nuestro entorno: EE.UU., Canadá, Inglaterra, Holanda, Dinamarca, entre otros. Todos ellos han integrado a la Medicina de Familia y la Atención Primaria en sus Universidades.

Esta introducción de la formación en APS o MFyC en el pregrado de Medicina se ha ido produciendo de forma progresiva en muchos países europeos y americanos a

³⁷ Sánchez, M. (2008): Investigación en Atención Primaria: continuar avanzando. *Atención Primaria*; 40(1): 3-4.

partir de 1970, estando claramente relacionada con el desarrollo e implantación de la especialización en Medicina General/MFyC en estos países.

La presencia de la MFyC en España es claramente deficitaria en comparación a lo que ocurre en los países de nuestro entorno occidental, fuera y dentro de la Unión Europea (UE). Los avances producidos son, en muchos casos, aún testimoniales y sin duda insuficientes con relación a la demanda de asistencia médica, al número de plazas ofertadas (el 36% del total de plazas MIR) y a los cambios sociales y sanitarios observados^{38 39}.

Esta exclusión tradicional de la Medicina de Familia de la Universidad Española responde a diversas causas. Por un lado, se considera una disciplina o área de conocimiento de poco interés desde el punto de vista académico. Y por otro, se asume que en este nivel asistencial no se puede realizar una medicina con una adecuada calidad científico-técnica y no existen posibilidades de realizar trabajos de interés científico como en el resto de especialidades. Las consecuencias de esta situación son claras: los recién licenciados no sienten atracción por la medicina de familia porque no la conocen, los médicos que eligen esta especialidad comienzan la residencia desconociendo sus contenidos elementales y no tienen conciencia clara del papel que juega la Atención Primaria en el sistema sanitario.

Por tanto, aunque es cierto que el desarrollo experimentado ha sido lento, su evolución ha sido constante y progresiva. Los cambios dentro de una institución centenaria como es la universidad son difíciles pero lo cierto es que actualmente, muchos alumnos de medicina tienen la oportunidad de realizar talleres y prácticas en los Centros de Salud antes de finalizar la carrera. Cuando eligen la especialidad, muchas veces como primera opción, conocen la Medicina de Familia y la Atención Primaria, hecho impensable hace unos años.

En la *Declaración de Zaragoza sobre la Medicina de Familia y Comunitaria y Universidad*, en abril de 2003, suscrita por la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina de España, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFFC), se recomienda

³⁸ Domingo, P.M. (1997). Estudiantes, universidad y medicina de familia. *Atención Primaria*, 19 (6), 279-282.

³⁹ Santos, J., Santiago, M., et al (2001).:Medicina de familia: ¿la cenicienta del pregrado? Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria. *Atención Primaria*, 31 (5), 324-330.

fomentar la incorporación de los contenidos y métodos de la MFyC a la universidad con el objeto de contribuir a la armonización de los objetivos educativos de las facultades de medicina españolas con los del Espacio Europeo de Educación Superior. El desarrollo académico global de la Medicina de Familia sería el pilar que consolidaría definitivamente la especialidad.

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

- Los médicos de familia consideran contradictoria la presencia insuficiente que tiene en la universidad española una disciplina como la medicina de familia como inicio a la formación de postgrado en donde esta especialidad ocupa el primer lugar en el número de plazas ofertadas. Se forman aproximadamente 1.800 residentes al año en los 750 Centros de Salud que tienen acreditación para la docencia y en los que cerca de 3.000 Médicos de Familia actúan como tutores acreditados de la especialidad.
- La enseñanza de la MFyC en las Facultades debería ofrecer al estudiante la posibilidad de conocer la AP, pues será su destino final en muchos casos, y en el resto será referente constante a lo largo de su actividad laboral.
- La disciplina de Medicina de Familia es imprescindible para conseguir médicos mejor formados en el manejo de las patologías más prevalentes de la población, en actividades de prevención, promoción y de rehabilitación todo ello bajo una orientación biopsicosocial. Es necesario, por lo tanto durante el pregrado, romper con la tradición dirigida hacia la medicina hospitalaria y la superespecialización.
- La universidad es una fuente fundamental de nuevos conocimientos que no puede pasar por alto una disciplina que da respuesta al 90% de los problemas de salud que aquejan a los ciudadanos y que ejercen más del 40% de los facultativos en activo.
- Es imprescindible que la universidad española asuma como una responsabilidad el aprovechamiento de la importante capacidad asistencial, docente e investigadora de la medicina de familia.
- Los lazos entre la medicina de familia y la universidad son distintos en Europa y es preciso hacer algunos cambios para adaptarnos a los criterios de convergencia educativa de los países de nuestro entorno⁴⁰.

⁴⁰ Casado, V., Bonal, P. y Fernández, C. (2002). La medicina de familia y comunitaria: una asignatura de la Universidad española. *Medifam*, 12 (2): 55-73.

En este momento, dado el crecimiento de las actividades docentes en las Facultades de Medicina españolas, se hace necesario establecer un sistema específico de participación y cooperación abierto a todos los docentes y profesores de Medicina de Familia. Hasta la fecha, el Grupo Pregrado de la semFYC había realizado en parte estas tareas trabajando en conjunto con la Sección de Docencia de la semFYC. Pero se hace necesario iniciar un proceso de evolución que diese respuesta a las nuevas realidades y necesidades organizativas y de participación de los MF que trabajan en docencia, haciendo un especial énfasis en Pregrado.

Por todo ello, la semfYC, a través del Grupo Pregrado pone en marcha la Academia de Medicina de Familia de España (AMFE) con el objetivo principal de *consolidar el carácter académico de la Medicina de Familia en España, desarrollando sus potencialidades como disciplina académica y científica, y consolidándola como área de conocimiento en la universidad*⁴¹.

Por tanto, a pesar de que la medicina de familia aún no goza del reconocimiento oficial que tienen otras especialidades, es un hecho objetivo de que en el ámbito de la incorporación de la MF a la enseñanza de pregrado en las Facultades de Medicina españolas se han producido avances positivos en los últimos años. La incorporación de Centros de Salud a la estructura docente de las universidades y las actividades docentes relacionadas con la Medicina de Familia (asignaturas optativas, trabajos autorizados, prácticas clínicas al lado del médico de familia), se han ido extendiendo en los últimos años.

Las autoridades académicas y muchos profesores y alumnos ya reconocen la importancia del ámbito de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria en la enseñanza general de la Medicina. Lo que no se ha producido todavía es la incorporación de la medicina de familia como una asignatura troncal ni la incorporación del médico de familia como un profesor más en la estructura universitaria⁴².

La realidad actual se resume en los siguientes datos: en 25 de las 27 Facultades de Medicina hay algún tipo de actividad docente de los médicos de familia. En 17 se realizan prácticas obligatorias y en 10 de ellas existe una asignatura que imparte

⁴¹ Entrevista con el Dr. Pablo Bonal (Presidente de la AMFE): "El momento actual de la medicina de familia en la universidad es esperanzador, ya que el Espacio Europeo de Educación Superior obliga a modernizar la universidad española": *Gaceta de la semFYC*; Abril. nº: 104. 2006.

⁴² Otero, A. (2007): Centro de Salud y Facultad de Medicina: el papel del médico de familia en la docencia de pregrado. En *I Congreso Nacional de Tutores de Medicina de Familia*. 31 de mayo a 2 de junio. 2007.

conocimientos teórico-prácticos relacionados con la MF. La universidad española cuenta ya con 124 centros de salud universitarios, y con 130 profesores asociados y 4 titulares implicados directamente en la docencia pregrado y en la investigación.

Para concluir, la Medicina de Familia en España se encuentra en un proceso expansivo y de desarrollo profesional en todos sus ámbitos competenciales tanto profesional, como docente e investigador. Como parte del mismo, es previsible un importante incremento en el número de médicos de familia docentes y de actividades educativas en MF en todos los ámbitos profesionales, y especialmente en la universidad española.

BLOQUE I: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 3. LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN MFyC

1. Marco general: La formación médica especializada en España

1. Introducción
2. El sistema MIR: definición
3. Origen y desarrollo histórico
4. Normativa reguladora
5. Estructura asistencial y docente
6. Situación actual y perspectivas de futuro

2. La formación postgrado de MFyC como contexto docente

1. El desarrollo normativo-histórico de la especialidad
2. La estructura y organización docente: las UDD de MFyC
3. El futuro de las UDD de MFyC en España
4. El contenido: el Programa Oficial de la Especialidad
5. La evaluación de los médicos residentes de MFyC
6. Acreditación y reacreditación de centros y tutores

1. MARCO GENERAL: LA FORMACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA EN ESPAÑA

1.1 Introducción

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

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

En el mundo de la medicina la especialización también se ha ido abriendo camino de manera paulatina. En este sentido, la dedicación del hombre a los problemas de salud desde sus orígenes llevó a la diferenciación de los primitivos brujos en físicos, barberos y parteras, posteriormente médicos, cirujanos, dentistas, matronas, tocólogos y sucesivas especialidades sanitarias. Con el desarrollo moderno de la Medicina, acelerado de manera vertiginosa a partir del siglo XIX por sus descubrimientos (anestesia, microorganismos, rayos X, etc.), comienzan las especializaciones. A su vez éstas, ante el creciente incremento del conocimiento de la enfermedad, de su diagnóstico y de su terapéutica hacen surgir las subespecialidades¹.

Pero, por otra parte, como señala Sánchez Chamorro², no podemos negar el riesgo que puede comportar la diferenciación excesiva en la tarea asistencial. La especialización en medicina a fuerza de deseable, debe desarrollarse ordenadamente más que en cualquier otra disciplina o profesión. El especialista médico precisa, sobre una base amplia de conocimientos, no olvidar nunca que su actuación va dirigida al todo, al ser humano integral.

¹ Tutosaus, J. D. (2005): *Formación Especializada de Postgrado*. En Anuario de la Sanidad y el Medicamento en España 2005. El Médico. Nº 949, p. 62-66.

² Sánchez, E. (1996): *Ordenación futura de la formación médica especializada*. En III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. 24-26 Octubre. Madrid.

En este contexto de progresiva especialización de los saberes médicos es indispensable clarificar que entendemos por el especialista actual, por ser éste quien marcará las pautas utilizadas en su proceso formativo.

En este sentido, la Real Academia de la Lengua Española establece que *Especialista es el que cultiva o practica una rama determinada de un arte o una ciencia*. Por consiguiente, el especialista médico sería todo aquel que practica o cultiva una rama de la ciencia médica. Por todo ello, la formación médica especializada constituye, en el actual escenario, una pieza imprescindible³.

Esta formación a través de un sistema reglado, uniforme y basado en una acreditación continua y que coloquialmente se conoce como “sistema MIR” desde hace ya casi 30 años, fue una de las acciones más significativas y relevantes que impulsaron la adquisición y la actualización de conocimientos por parte de los profesionales sanitarios, lo que supuso una muy importante contribución a la mejora de la calidad de la atención⁴.

1.2 El Sistema MIR⁵: definición

El desarrollo de actividades profesionales asociadas al ejercicio de la medicina, exige el desempeño de competencias ciertamente complejas, que el estudiante comienza a adquirir por medio de la formación teórica pero que no alcanza en un grado aceptable sino a través del ejercicio de la práctica profesional⁶. Para facilitar el que los titulados completen su formación de modo que estén en condiciones de iniciar su carrera profesional con ciertas perspectivas de éxito en la misma existe un período de formación de especialistas mediante el sistema de residencia.

Como es sabido, la formación especializada o de postgrado se refiere al “*conjunto de actuaciones que un titulado (en este caso, en Medicina) realiza en un contexto*

³ Cabero, L. (2007): ¿Cuál es el modelo de especialista que debemos formar? La demanda social frente a la oferta social. En Cabero, L. (Coord.): *Manual para tutores de MIR*. Madrid: Editorial Panamérica: p. 23-35.

⁴ Cabero, L. (2007): *Manual para tutores de MIR*. Madrid: Editorial Panamérica.

⁵ Tradicionalmente se habla de MIR (Médico Interno y Residente) porque en el modelo anglosajón los médicos que se iniciaban en los departamentos como ayudantes se denominaban así porque vivían los primeros años en el hospital. En el Estado Español sólo se va a incorporar esta denominación y se va a adaptar el espíritu de esta figura profesionalizadora del médico a las características de nuestro sistema de formación médica especializada. Hoy en día resulta más correcto referirse a los MEF (Médico Especialista en Formación), pero las siglas MIR siguen estando tan arraigadas que es difícil hacer uso de la nueva terminología aún cuando resulta más correcta y adecuada.

⁶ Peyton, J.W.R. (1998). *Teaching and Learning in Medical Practice*. Rickmansworth, Herts (England): Manticore. Europe Ltd.

natural (el Centro de Salud y/o el Hospital) relacionado con el ejercicio de una profesión". Aunque el contacto con la profesión puede desarrollarse de diversas formas, este tipo de formación está diseñada no tanto como una "práctica profesional" -en sentido estricto- sino como una oportunidad de aprendizaje.

Una definición más completa la encontramos en el *Real Decreto 183/2008 por el que se determinan y clasifican las Especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del Sistema de Formación Sanitaria Especializada*⁷ que ha sido recientemente aprobado:

"La formación de postgrado del médico en España -más conocida como Sistema MIR- según el artículo 20 de la Ley 44/2003⁸, obligará simultáneamente, a recibir una formación y a prestar un trabajo que permitan al especialista en formación adquirir, en unidades docentes acreditadas, las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando, mediante una práctica profesional programada y supervisada destinada a alcanzar de forma progresiva, según avance en su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad".

Se trata, por tanto, de un modelo general de formación único para todo el Estado y para todas las especialidades médicas. Un tipo de formación retribuida, de dedicación exclusiva -contrato de formación para el período de residencia- vinculada a las organizaciones, departamentos y servicios específicos, y que permite obtener (si se supera con éxito) el correspondiente título de médico especialista.

La misión de esta formación es lograr aprendizajes profesionales en un contexto laboral sujeto a cierto control; así, los requerimientos que llegan al titulado (residente) pueden haber sido "filtrados", el proceso que sigue para responder a tales requerimientos está supervisado y las decisiones o productos obtenidos no son de su completa responsabilidad. Se precisa, por tanto, de una figura que oriente, supervise y apoye -el tutor- para que de su ejercicio profesional el titulado obtenga un desempeño acorde con las competencias definidas en el perfil de la profesión⁹.

En otras palabras, al ser ésta una "formación en servicio", que afecta a la prestación de la asistencia, hace que la supervisión y la tutela sean un derecho de los residentes y una responsabilidad irrenunciable de todos los profesionales, de los

⁷ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las Especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del Sistema de Formación Sanitaria Especializada. Ministerio de Sanidad y Consumo. (BOE nº 45 de 21-02-2008).

⁸ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (BOE nº 280 de 22-11-2003).

⁹ Saura, J. y Romero, E. (2008): Herramientas docentes para el tutor de Medicina de Familia. *Avances en Desarrollo Profesional Continuo en Medicina (DPM)* 1(1): 24-40.

tutores, de las Unidades Docentes y de la Administración¹⁰. No obstante, es importante no olvidar que, aunque la contribución del residente al trabajo asistencial es la clave de su progreso docente, su finalidad primordial es formativa y de perfeccionamiento en la especialidad elegida.

Por tanto, esta formación MIR tiene como objetivo lograr que los titulados accedan a unos modos de hacer cercanos al ejercicio profesional, considerando que el acercamiento a la práctica profesional va a permitirles aprendizajes que incluyen las competencias en acción que exige su profesión. Como saber (nuevos conocimientos, profundización en los ya adquiridos), saber hacer (manejo de útiles, herramientas, situaciones, trato a pacientes, aplicación de procedimientos), saber estar (trabajar con otros, dirigir y coordinar equipos, cumplir rutinas de trabajo) y saber ser (ejercicio responsable, respeto al código deontológico).

En este sentido, la antigua máxima confuciana y aristotélica de “aprender haciendo” constituye la mejor estrategia pedagógica y un estímulo para la auto-formación. Todo ello, unido a la idea de aprovechar los recursos hospitalarios, hasta entonces excluidos de las actividades docentes en la formación en práctica de los médicos, convierten pronto al MIR en un modelo formativo que se distingue por su eficacia, calidad e innovación.

En palabras de la profesora Ros Martrat, *“el sistema MIR constituye una aportación altamente positiva al sistema sanitario no sólo por las generaciones de profesionales de calidad notable que han permitido un despliegue diversificado de los servicios asistenciales sino también porque ha abierto los hospitales y centros de salud a la docencia”*¹¹.

Por tanto, un proyecto de aprendizaje gradual en el puesto de trabajo, dibujado en un programa formativo y tutelado por profesionales en activo, que se inicia en un número reducido de hospitales que en aquellos momentos son calificados de innovadores y muy implicados en la investigación.

¹⁰ Bestard, J. (2001): Discurso inaugural. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid: “Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid”*. 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario “Ramón y Cajal”. Agencia Laín Entralgo.

¹¹ Ros, E. (2002) *L’adquisició de les competències professionals en l’especialitat de Medicina de Família i Comunitària a Catalunya. Una aportació des de la formació*. Tesis Doctoral. Departamento Pedagogía Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona.

1.3 Origen y desarrollo histórico de la formación de especialistas en España

En los albores del s.xx, William Steward Halsted, el entonces jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Johns Hopkins (Baltimore), promovió gran parte del sistema de residencia que actualmente conocemos. Su programa de formación residencial en cirugía general consistió en un periodo de entrenamiento largo (y variable), un sistema piramidal de promoción de residentes y un estilo de vida restringido¹². El resultado fueron generaciones de médicos en formación que, literalmente, residían en el hospital, con un horario de 24 h., una remuneración mínima y una pesada carga de trabajo¹³.

De lo que no hay lugar a dudas, es que Halsted, como cirujano y profesor, entrenó a un gran número de residentes, muchos de los cuales obtuvieron, años más tarde, una gran popularidad y prestigio. Uno de ellos, fue Harvey Cushing, quien anotó en alguna ocasión que su maestro era un verdadero “profesor de profesores”¹⁴.

En el caso de España, el sistema de Formación Sanitaria Especializada (sistema M.I.R.) se instauró a lo largo de los años 60 y 70 del siglo pasado, en un ambiente generalizado de desorientación sobre la formación especializada y sobre la asistencia sanitaria, durante el cual surgió un escogido grupo de Hospitales, con el respaldo de algunas Facultades de Medicina, que se integraron en lo que se denominó el *Seminario de Hospitales con Programa para Postgraduados*, que apostaron por un modelo que defendía una formación obtenida a través de trabajo con dedicación plena, remunerado, programado y supervisado, en hospitales con condiciones asistenciales mínimas de calidad y sometidos a control y acreditación.

Este modelo fue rápidamente asumido y defendido por los médicos recién licenciados, los cuales, desde las plazas obtenidas en el nuevo sistema de formación y organizados en coordinadoras, comenzaron a realizar movimientos de presión social, en un momento político de condiciones reivindicativas difíciles, luchando por conseguir contrato de trabajo, mejoras en la asistencia hospitalaria, la igualdad en las condiciones de acceso al sistema de formación, el aumento de las plazas de formación y por fin la exclusividad en el sistema de formación especializada.

¹² Vázquez, J. A. y Vázquez, A. L. (2007): ¿Cómo educar al residente de cirugía? *Cirujano General*; 29(2): 95-99.

¹³ Killelea, B.K., Chao, L. et al (2004): The 80- hour workweek. *Surg Clin North Am*; 84: 1557-1572.

¹⁴ Thorwald, J. (2000) *El siglo de los cirujanos*. Ed. Círculo de Lectores, Barcelona.

La convergencia de propuestas entre los promotores del Seminario de Hospitales y las Coordinadoras de Residentes, consolidó así un sistema de formación, el sistema MIR, que ha sido uno de los pilares del alto nivel de calidad alcanzado por la asistencia sanitaria española.

Aunque acabamos de sintetizar brevemente cual fue el desarrollo histórico que se siguió en nuestro país hasta la instauración definitiva del sistema MIR, seguidamente vamos a repasar, con más detalle, los principales acontecimientos que precedieron a dicho momento.

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

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

A principios del siglo XX, aparecieron en España una serie de Instituciones que comenzaron a plantearse un cambio en la formación de postgrado, centrándola en el hospital y modificando de modo sustancial la forma de entender la Medicina en nuestro país. La primera en el tiempo fue Vizcaya, concretamente en los libros de registro de 1914 del Hospital de Basurto¹⁵ aparecen los primeros médicos internos. A ésta le siguieron, en 1918, el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo en Barcelona. Unos años más tarde, en 1929, la Casa de Salud Valdecilla de Santander y en 1935, el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas de Madrid, que en 1955 se uniría a la Clínica de la Concepción constituyendo la Fundación Jiménez Díaz. En 1963, el Hospital General de Asturias puso en marcha una "Comisión de Residentes y Enseñanza", preludio de las actuales. Estas iniciativas fueron impulsadas, en la mayor parte de los casos, por médicos que se habían formado en Estados Unidos.

¹⁵ Grangel, L.S (1983) *Historia del Hospital de Basurto*. Ed. R. S. Bascongada, Bilbao, p. 265-289.

Durante estos años surgió la Ley de Especialidades de 1955, con el propósito de subsanar la falta de estructuración en la formación de especialistas y la falta de regulación de los requisitos y procedimientos para la obtención del título de Médico Especialista.

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

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

Para el desarrollo de la Ley de 1955 se dictó el Decreto de 23 de diciembre de 1957¹⁶, el cual aprobaba su Reglamento general y la Orden de 1 de abril de 1958, que dictaba dos vías distintas para la obtención del título de especialista (mediante estudios y prácticas o mediante oposición).

El Reglamento establecía que el título de especialista obtenido conforme disponía la Ley de 1955 era condición precisa para ocupar un cargo de médico especialista en cualquier establecimiento e institución pública o privada y para titularse de modo expreso como médico especialista sin perjuicio del libre ejercicio de la profesión.

La realización de una prueba selectiva para el acceso a la formación especializada, como el actual examen MIR, fue también una antigua exigencia de dicha normativa. Así el Reglamento se refería a ella en el artículo 16 del siguiente modo: *“... si el número de graduados inscritos en un centro fuera superior al máximo de los que puedan ser admitidos ... la Facultad de Medicina ... comunicará los nombres de quienes, habiéndose inscrito, hayan superado, en su caso, las pruebas señaladas ...”*.

¹⁶ Decreto de 23 de Diciembre de 1957, sobre reglamentos de enseñanza, título y ejercicio de especialidades médicas. (B.O.E de 20 de enero de 1958).

Pero a pesar de todas estas iniciativas, el Sistema MIR comenzó oficialmente en la Clínica Puerta de Hierro de Madrid en 1964, con carácter voluntario y experimental. En un principio surgió como aplicación de determinadas experiencias en los hospitales anteriormente referidos y sus principales promotores fueron los doctores Diego Figuera Aymerich¹⁷, José María Segovia de Arana, Carlos Soler Durall, Luis Hernando Avendaño, Miguel Ángel Asenjo Sebastián y Manuel Evangelista Benítez¹⁸.

A esta clínica se unirían los centros referidos y junto con algunos otros formarían en 1967 el *Seminario de Hospitales con Programa de Postgraduados*. En él se fueron definiendo determinados criterios como el aprendizaje a través del ejercicio supervisado y remunerado, la responsabilidad progresiva, las rotaciones y las necesidades mínimas del centro para lo que se empezó a entender como acreditación. Aspectos éstos de gran importancia y que constituirían la base sobre la que se elaboraría unos años más tarde el Real Decreto 127/1984 sobre Especialidades Médicas que, posteriormente, comentaremos.

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

Más tarde, en 1970, el Seminario elaboraría el primer Manual de Acreditación de Hospitales, y un año después mediante la Orden de 28 de julio¹⁹ comenzarían las primeras convocatorias de plazas de internos y residentes de ámbito nacional y el sistema se extendería por toda la red de Hospitales.

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

¹⁷ Figuera, D (2002) Conferencia sobre la Implantación del MIR en España, en el *Acto de Recepción de los nuevos Residentes de HH. UU. V. Rocío*, 27 de junio de 2002.

¹⁸ Jornada de homenaje a los promotores del sistema MIR. Madrid 28 de Junio de 2007. Organizada por la La Asociación de Redes Docentes y Asesoras (AREDA) conjuntamente con la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) y la Fundación Educación Médica

¹⁹ Orden de 28 de julio de 1971, sobre médicos internos y residentes. (B.O.E de 4 de agosto de 1971).

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

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

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

Para pasar de un año a otro en la residencia debían superar una serie de pruebas y requisitos que establecía la Institución Sanitaria, de acuerdo con las normas generales establecidas por el Instituto de Previsión. Por último, y al término de la residencia en cada especialidad, la Institución Sanitaria extendía un certificado acreditativo de la formación que había recibido.

Tras huelgas previas, se consiguió en 1973 el derecho a la Seguridad Social de los MIR y en 1975 el contrato de trabajo, cuyo precedente estuvo en el Clínico de Barcelona. Dichos contratos tenían la duración de un año renovable, en el caso de los médicos residentes, por periodos iguales de tiempo, y hasta un máximo de cuatro años. En ellos se especificaba la cuantía de la remuneración, el horario de trabajo, la

dedicación completa y exclusiva a la Institución Sanitaria, el régimen disciplinario y las circunstancias que podían conducir a la rescisión de los contratos.

En 1977, otra Orden Ministerial²⁰ del Ministerio de Sanidad unificaba el procedimiento para los Hospitales de la Seguridad Social y aquellos otros, públicos o privados, que quisieran voluntariamente adherirse al proceso.

En 1978 aparecía el Real Decreto 2015/1978²¹ que regulaba el Título de Especialista, los requisitos mínimos de acreditación de Departamentos y Servicios Hospitalarios y, en su caso, extrahospitalarios. Desaparecía el Internado Rotatorio y se creaba la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, para conformar un conjunto de 51 especialidades médicas.

Pero no es hasta seis años más tarde, con la publicación del Real Decreto 127/1984 de 11 de enero, cuando se regula definitivamente la formación MIR, culminando de esta manera el proceso de institucionalización de la formación especializada.

1.4 Desarrollo normativo

El caso de España

En el año 1978 surgió en España el programa formativo MIR como eje vertebrador de la formación del médico especialista, apoyado por el Real Decreto 2015/1978, en el que se determinaron la duración, los criterios y los contenidos necesarios para la formación en las distintas especialidades médicas. Hasta ese momento, la formación de especialistas estaba en cierta forma regulada por las disposiciones parciales de la Ley de Especialidades de 1955, que estipulaba que era posible obtener un título de especialista simplemente por el hecho, por ejemplo, de haber estado inscrito en el ejercicio de una especialidad concreta en un Colegio de Médicos durante un período de dos años.

²⁰ Orden de 9 de diciembre de 1977, sobre formación de postgraduados.

²¹ Real Decreto 2015/78, de 15 de junio, por el que se regula la obtención del título de médico especialista.

El mencionado Real Decreto facilitó, por vez primera, un cuerpo de conocimientos y de exigencias comunes que garantizaron la unificación en la formación a través del sistema de “residencia” en las instituciones sanitarias, aunque en algunas especialidades se mantenía también la posibilidad de formación en Escuelas Universitarias. Al año siguiente, en 1979, se editó la primera Guía de Formación de Médicos Especialistas en España.

Más tarde, dicha norma se amplió y concretó en 1984 con la publicación del Real Decreto 127/1984²², por el que se regularon la formación especializada y la forma de obtención del título de especialista quedando así establecida la denominada “vía MIR” como el único sistema de obtención de títulos de médico especialista para todas las especialidades médica que requieren fundamentalmente formación hospitalaria. Estableció también la creación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas (CNEM), y las Comisiones Nacionales para cada una de las especialidades²³.

Dos años más tarde, en 1986, se publicaría la segunda edición de la Guía de Formación de Médicos Especialistas.

Ese mismo año, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, sentó las bases del Sistema Nacional de Salud, contemplando la docencia como una tarea fundamental de los centros sanitarios (art. 68) y determinando la disposición de la estructura asistencial del sistema sanitario para su utilización con fines de docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales (título VI, capítulo I, art. 104).

En 1989 se estableció, mediante la Orden Ministerial 27 de junio²⁴, las normas de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de Formación Sanitaria Especializada. Esta disposición posteriormente se modificó por la Orden del 22 de noviembre de 1996²⁵.

²² Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la Formación Médica Especializada y la obtención del título de Médico Especialista. (BOE 26/1984 de 31-01-1984).

²³ En un apartado posterior le daremos un tratamiento más específico a este texto legal, que recoge los fundamentos del sistema de residencia actual, constituyendo la norma más nuclear e importante en el ámbito de la regulación de la formación médica especializada.

²⁴ Orden de 27 de Junio de 1989, por la que se establecen las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de Formación Sanitaria Especializada (B.O.E. 28 de Junio 1989).

²⁵ Orden de 22 de Noviembre de 1996, por la que se modifica el artículo 14.3 de la Orden de 27 de Junio de 1989, que regula el acceso a plazas de Formación Sanitaria Especializada (B.O.E. 27 de Noviembre de 1996).

Un año antes, apareció la Orden de 22 de junio²⁶ en la que se regulaban las Comisiones de Docencia, jefatura de estudios, Unidades Docentes de MFyC, tutores de programas de formación, evaluación anual y final del período de residencia. Una orden, pues, de una gran importancia respecto a la temática que nos ocupa.

Por su parte, la tercera edición de la Guía de Formación de Especialistas aparecía en 1996 y presentaba los programas para la formación médica especializada y para la formación especializada de otros profesionales sanitarios (farmacéuticos, psicólogos clínicos, etc.) que habían sido aprobados por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación el 25 de abril de 1996. En el año 2003, el R.D. 127/1984 fue modificado por el Real Decreto 139/2003, por el que se actualizaba la regulación de la formación médica especializada.

Por su parte, la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, dedica el capítulo III de su Título II (arts. 15 a 32) a la formación especializada en Ciencias de la Salud. Esta Ley conlleva diversas modificaciones y crea el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y dispone la existencia de una única Comisión por cada una de las Especialidades, aunque puedan acceder a ella diferentes titulados²⁷. De esta forma, se incorporan importantes modificaciones en el panorama de la formación especializada en ciencias de la salud que necesariamente han conducido a un replanteamiento global y progresivo de las disposiciones que hasta su aprobación han venido regulando la materia.

Por lo que se refiere al ámbito de la formación especializada, el primer paso en este proceso de reforma lo ha constituido la aprobación del Real Decreto 1146/2006²⁸, que regula la relación laboral especial que constituye la residencia. Hasta ese momento la relación entre el residente y las entidades titulares docentes en su vertiente laboral se asentaba básicamente sobre un contrato individual de trabajo. Se aprueba, por tanto, esta nueva normativa para solventar esa falta en nuestro país de una regulación específica de la relación de trabajo de los residentes durante el tiempo que dura la impartición del correspondiente programa formativo. De esta forma, se establece por primera vez un régimen general y homogéneo de derechos y deberes comunes a

²⁶ Orden de 22 de Junio de 1995, por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas (B.O.E. 30 de Junio de 1995).

²⁷ Moreno, A. y Cabero, L. (2007): Visión histórica de la formación de especialistas en España. Programa MIR. En Cabero, L. (Coord.): *Manual para tutores de MIR*. Madrid: Editorial Panamérica: p. 1-16.

²⁸ Real Decreto 1146/2006, de 6 de Octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud (BOE 7-10-2006).

todos los residentes con independencia del centro que se responsabilice de su formación.

Por otro lado, acaba de aprobarse el Real Decreto 183/2008²⁹ con el propósito de regular los aspectos formativos de los MIR, entre cuyos aspectos clave resaltan la potenciación de las figuras del tutor y del técnico de salud; el papel del colaborador docente como figura de nueva creación; las Unidades Docentes; los órganos que supervisan a los residentes; los procedimientos de evaluación y la organización de los períodos formativos.

A pesar de que dicha disposición aún se encuentra en proceso de implementación por parte del MSC y del MEC ya podemos afirmar que su enorme calado va a constituir un constituye un paso muy importante en el citado proceso por dos motivos: por un lado, por que va a permitir avanzar en el diseño del modelo general de formación sanitaria especializada planteado por la LOPS, y, por otro, por que va a potenciar las estructuras docentes incidiendo en aquellos aspectos básicos que, tanto desde el punto de vista organizativo como desde el docente-asistencial influyen en el proceso de aprendizaje de los especialistas en formación.

Por último, hay que hacer mención al *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*³⁰, de marzo de 2006, elaborado por la Agencia de Calidad del SNS. Dentro de la enumeración de objetivos y estrategias de este Plan, debemos destacar el objetivo 5.3, que es el de fortalecer la Unidades Docentes y el Programa de Formación de Residentes. En su estrategia 7 (Acreditación y auditoría de centros y servicios sanitarios) el objetivo 7.3 señala que hay que potenciar el proceso de auditoría docente de los centros acreditados para la formación de postgrado y se actualizará el Manual de Auditoría docente.

Seguidamente vamos a repasar brevemente cómo ha sido este desarrollo normativo de la formación médica especializada en el ámbito comunitario y a analizar con más detalle dos documentos legales por sus implicaciones actuales en esta tipo de docencia: el Real Decreto 127/1984 y la ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

²⁹ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las Especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del Sistema de Formación Sanitaria Especializada. Ministerio de Sanidad y Consumo. (BOE nº 45 de 21-02-2008).

³⁰ Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, marzo 2006.

La Europa Comunitaria

La formación médica especializada ha recibido siempre en la Unión Europea (UE) una especial consideración que justifica la existencia de una normativa común de regulación en esta materia. La entrada en vigor del Tratado de Roma, según el cual existe entre los trabajadores de los países miembros de la Unión Europea libertad de desplazamiento y de trabajo, obligó a consensuar unos mínimos de exigencia para los médicos especialistas y a la homogeneización de los programas formativos de los diversos países.

En este sentido, en 1975 se publicaron diferentes directivas (75/362/CEE³¹; 75/363/CEE³² y 75/364/CEE³³) que regulaban aspectos esenciales de la formación médica postgraduada con un declarado interés en poner las bases para un futuro marco formativo común que permitiese establecer bases sólidas para un futuro espacio europeo de libre circulación profesional con todas las garantías y el reconocimiento recíproco de las cualificaciones en el seno de la Unión Europea. Dichas directivas fueron refundidas en un solo texto, en la Directiva 86/457/CEE del Consejo, de 15 de septiembre de 1986, relativa a una formación específica en medicina general.

En este mismo contexto, se fueron realizando también una serie de informes, que culminaron en 1986 con la publicación del Tercer Informe del *Advisory Committee on Medical Training*. En él se establecían los sistemas evaluativos recomendables, en los que se basaba el actual sistema español, que consistían en la realización de entrevistas individualizadas tutor-residente, la cumplimentación del libro del residente y de fichas anuales y por rotaciones, así como la realización de exámenes teóricos. Dicho informe insistía, a su vez, en la necesidad de acreditar Unidades Docentes y tutores para la formación, así como en el desarrollo de programas específicos para cada especialidad³⁴.

³¹ Directiva 75/362/CEE del Consejo, de 16 de junio de 1975, sobre reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos de médico. Diario Oficial n° L 167 de 30/06/1975 p. 0001 – 0013.

³² Directiva 75/363/CEE del Consejo, de 16 de junio de 1975, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas referentes a las actividades de los médicos. Diario Oficial n° L 167 de 30/06/1975 p. 0014 – 0016.

³³ Directiva 75/364/CEE del Consejo, de 16 de junio de 1975, sobre la creación del Comité consultivo para la formación de médicos. Diario Oficial n° L 167 de 30/06/1975 p. 0017

³⁴ Moreno, A. y Cabero, L. (2007): Visión histórica de la formación de especialistas en España. Programa MIR. En Cabero, L. (Coord.): *Manual para tutores de MIR*. Madrid: Editorial Panamérica: p. 1-16.

Unos años más tarde, en 1993 la Unión Europea mediante la directiva 93/16³⁵ exponía los requerimientos para la capacitación de especialistas para la práctica de su especialidad en los Estados miembros de la UE.

Seguidamente vamos a analizar con más detalle dos documentos legales por sus implicaciones actuales con la docencia médica especializada: el Real Decreto 127/1984 y la ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Real Decreto 127/1984

El principal desarrollo en la formación médica especializada se ha producido alrededor del Real Decreto 127/1984. Ha sido y es, tal su calado, que durante sus 22 años de vigencia, se han aprobado disposiciones de diferente rango que, de una forma dispersa, han desarrollado el sistema a medida que lo ha demandado su progresivo grado de madurez y las necesidades de la sociedad española.

Este Real Decreto aporta importantes innovaciones con relación a la normativa anterior y establece los fundamentos del sistema de residencia:

- El título es otorgado por el Ministerio que tiene la competencia para ello, que es el de Educación y Ciencia.
- Las especialidades médicas son clasificadas en grupos (en función de que requieran o no formación hospitalaria).
- La creación de una Comisión entre el MEC y el MSC para determinar el número de plazas que anualmente han de convocarse.
- El acceso a las plazas de formación se produce mediante la realización de una prueba de carácter estatal.
- La confirmación de la necesidad de continuar con un programa formativo perfectamente establecido y con un contrato laboral, como médico residente y centros acreditados.

³⁵ Directiva 93/16/CEE del Consejo, de 5 de abril de 1993, destinada a facilitar libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos. Diario Oficial n° L 165 de 07/07/1993 p. 0001 - 0024

- El establecimiento de normas reguladoras de la formación en cada especialidad.
- La creación de las bases de los correspondientes programas.
- El establecimiento de los requisitos mínimos que han de cubrir las unidades docentes.
- La eliminación del examen final de la residencia y su sustitución por evaluaciones continuas anuales.
- El favorecimiento de la responsabilidad de los médicos residentes.

En su artículo 4.1 define claramente qué son los médicos residentes:

“Son médicos residentes aquellos que, para obtener su título de médico especialista, permanecen en los centros y en las unidades docentes acreditadas un período, limitado en el tiempo, de práctica profesional programada y supervisada, a fin de alcanzar, de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad de modo eficiente. Estos médicos comenzarán su especialización como residentes de primer año y completarán sucesivamente el programa de formación, siempre que hayan superado satisfactoriamente la evaluación continuada que corresponda”³⁶.

La formación especializada, según esta norma, se sustenta en tres pilares esenciales: la acreditación docente, los programas docentes de cada especialidad y las pruebas selectivas. Y así queda puesto de manifiesto en su articulado: Cita (art. 6.1) que MEC y MSC conjuntamente establecerán los requisitos de acreditación que, con carácter general, deberán cumplir los centros y unidades docentes. En su art. 7 define las características generales de los programas de formación básica especializada y el art. 8 indica la existencia de una evaluación anual por la Comisión de Evaluación del centro y la final por la Comisión de Docencia del mismo, que es la que propone la concesión del título de médico especialista.

En el art. 12 introduce en la normativa la existencia de una Comisión de Docencia para cada centro con docencia reconocida y acreditada señalando su composición general. Cita además al Comité de Evaluación para cada una de las especialidades cuyos programas de formación se estén desarrollando en el centro con la función de evaluar anualmente a cada uno de los médicos en formación.

³⁶ Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la Formación Médica Especializada y la obtención del título de Médico Especialista. (BOE 26/1984 de 31-01-1984, pág. 2524.

En el art. 13 se definen con detalle las Comisiones Nacionales de especialidad para cada una de las especialidades médicas existentes y se establece su composición y las funciones que tendrá encomendadas (art. 14).

El Consejo Nacional de Especialidades Médicas aparece también como órgano asesor de la Administración en materia de formación médica especializada. El artículo 15 regula su composición y el 16 las funciones del mismo.

La Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

Esta Ley regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias.

Ya en el art. 4.3 del título I se especifica que: “las funciones que desarrollan los profesionales sanitarios están en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias”.

Dentro de las funciones de gestión clínica se consideran incluidas las tutorías y organización de formación especializada (art. 10.2) y se insiste en que serán objeto del oportuno reconocimiento (art. 10.4).

Por su parte en el art. 11.3 de este mismo título I se dispone que: “los centros sanitarios acreditados para la formación especializada deberán contar con una Comisión de Docencia y los jefes de estudios, coordinadores docentes y tutores de la formación que resulten adecuados en función de su capacidad docente”.

Ya en el título II se regula de forma más específica la formación de los profesionales contemplando la formación pregraduada, la especializada y la continuada. En este sentido, el art. 12.c dice: “la disposición de toda la estructura del sistema sanitario para ser utilizada en la docencia pregraduada, especializada y continuada de los profesionales. También se establece la consideración de los centros y servicios sanitarios como centros de investigación científica y de formación de los profesionales y sometidos a revisión permanente para que reúnan las condiciones adecuadas para tales fines”.

En el cap. III informa que la formación especializada “es una formación reglada y de carácter oficial”. Tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, junto a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma.

Seguidamente se recoge (art. 17) que para obtener el título de especialista, se requiere estar en posesión del título de licenciado o diplomado, acceder al sistema de formación que corresponda, contemplarlo y superar las evaluaciones que se determinen.

Por su parte, en el art. 19, cuando se refiere a la estructura general de las especialidades, se habla de que se agruparán atendiendo a criterios de troncalidad con un período de formación común de una duración mínima de dos años.

El art. 20, que define el funcionamiento del sistema de formación por residencia, marca un conjunto de criterios:

- Dedicación a tiempo completo, siendo incompatible con cualquier otra actividad profesional.
- Duración de la residencia fijada según el programa formativo de la especialidad y las normas comunitarias.
- Planificación de la actividad profesional de los residentes por parte de los órganos de dirección de los centros y de las comisiones de docencia de los mismos.
- Asunción progresiva de responsabilidades, formación y actividades hasta conseguir el ejercicio autónomo de la especialidad.
- Anotación reglada de las actividades en el Libro de Residente, y evaluaciones anuales y una final al término del período de formación.
- Relación laboral especial entre el servicio de salud o el centro y el especialista en formación³⁷.

³⁷ Recientemente se ha regulado esta relación laboral especial de residencia con la publicación del Real Decreto 1146/2006, de 6 de Octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud (BOE 7-10-2006).

El art. 21 define cómo han de ser los programas de formación de las especialidades: “deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales que ha de cumplir el aspirante al título a lo largo de cada uno de los cursos anuales en que se dividirá el programa formativo. Elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad y periódicamente revisados y actualizados”.

El art. 22 define como se efectuará el acceso a la formación especializada y establece que será mediante una convocatoria anual de carácter nacional y que consistirá en una prueba o conjunto de pruebas que evaluará conocimientos teóricos y prácticos y las habilidades clínicas y comunicativas, así como en una valoración de los méritos académicos y, en su caso, profesionales, de los aspirantes. También dispone que se determinará el sistema de adjudicación de todas las plazas ofertadas de acuerdo a la puntuación obtenida por cada aspirante.

El art. 26 versa sobre acreditación de centros y unidades docentes. En este sentido, apunta: “el MSC y el MEC establecerán los requisitos de acreditación que, con carácter general, deberán cumplir los centros o unidades para la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud”. La Agencia de Calidad del SNS, responsable de la evaluación de la calidad de los centros y unidades docentes vinculadas con la formación de postgrado en ciencias de la salud, coordinará las auditorías, informes y propuestas necesarias para dicha acreditación. Por su parte, las solicitudes serán resueltas por el MSC, previos informes de la Comisión de Docencia del Centro y de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma.

Desde el año 1987, el MSC inicia un procedimiento de control y mejora de la calidad de los centros con acreditación docente para la formación postgrado a través de la puesta en marcha del *Plan Nacional de Auditorías Docentes*. Ello implica la realización efectiva de determinadas auditorías, mediante las visitas a los respectivos centros y la comprobación del nivel de cumplimiento de los requisitos fijados en los Protocolos Técnicos de Auditoría³⁸.

Este texto legal también incorpora la definición general de la Comisión de Docencia (art. 27), de las Comisiones Nacionales de Especialidad (art. 28), Comités de Áreas de

³⁸ Memoria 2007 del Plan de Auditorías realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo que apoya el proceso de acreditación de centros y unidades docentes para la formación de postgrado.

Capacitación Específica (art. 29) y Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (art. 30).

Según el art. 31, los centros y el MSC deberán prestar todo el apoyo técnico y administrativo a las Comisiones de Docencia y Comisiones Nacionales, respectivamente. El MSC gestionará el Registro Nacional de Especialistas (art. 32) en formación con anotación de los resultados de las evaluaciones anual y final de los mismos.

Por tanto, como hemos podido comprobar, en esta ley se dibujan con precisión los cambios que afectan al nuevo sistema MIR: troncalidad, potenciación de las figuras del tutor y del jefe de estudios, mejora de los mecanismos de evaluación docente, obligatoriedad de una evaluación final de la residencia, flexibilización de los marcos competenciales y de los requisitos para acceder a los puestos de trabajo especializados y papel protagonista de las comunidades autónomas en el sistema³⁹.

1.5 Estructura asistencial y docente

El Registro Nacional de Especialistas en Formación (RNEF)

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

En el RNEF se inscriben los adjudicatarios de plaza a formación sanitaria especializada una vez asignada la plaza, y en él se anotan las evaluaciones anuales y finales de los especialistas en formación, así como las incidencias relativas a la suspensión o finalización de la formación. Igualmente, el Registro de Nacional de Especialistas en Formación gestiona una serie de procedimientos administrativos en relación con la formación de especialistas (cambios de especialidad, rotaciones y comisiones de servicio, convalidaciones, traslado de centro o unidad docente, etc.) y coordina la incorporación de los adjudicatarios de plaza ofreciendo información tanto a adjudicatarios como a Unidades Docentes.

³⁹ Moreno, A. y Cabero, L. (2007): Visión histórica de la formación de especialistas en España. Programa MIR. En Cabero, L. (Coord.): *Manual para tutores de MIR*. Madrid: Editorial Panamérica: p. 1-16.

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

El Consejo Nacional de Especialidades Médicas (CNEM)

Órgano consultivo de los Ministerios de Sanidad y Educación creado por la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. En cuanto a su composición, además de los presidentes de todas y cada una de las especialidades, hay dos vocales del MEC y dos del MSC. Funciona a través de un Pleno y de distintos grupos de trabajo (Comisión Permanente, Comité de Acreditación y Comité de Estudios) y entre sus funciones más importantes destacan:

- Los requisitos de acreditación docente que, con carácter general, deben cumplir los hospitales y los servicios o unidades docentes.
- Los criterios que debe tener la evaluación de los residentes.
- Los programas de especialización propuestos por las respectivas comisiones nacionales de la especialidad.
- Los cambios de denominación, creación y desaparición de las especialidades médicas.

Las Comisiones Nacionales de Especialidades Médicas (CCNN)

Como ya se ha apuntado, las CCNN se crearon también mediante el Real Decreto 127/1984. En cuanto a su composición, señalar que cada una de ellas se compone de once miembros designados a propuesta de las siguientes organizaciones: tres vocales designados por el MEC entre profesores de las Facultades de Medicina; tres designados por el MSC entre personal facultativo de las instituciones sanitarias con Unidades docentes acreditadas; dos representantes de entidades y sociedades científicas; dos representantes de los médicos residentes (de segundo o tercer año según la duración del programa de formación) elegidos entre ellos y un representante del Consejo General del Colegio de Médicos.

Entre las funciones principales que tienen asignadas destacan:

- La elaboración de los programas formativos de cada una de las especialidades.
- El informar de las convocatorias de las plazas que han de convocar cada año.
- El establecimiento de los criterios de evaluación de los especialistas en formación.
- El establecimiento de criterios para la evaluación de unidades docentes y formativas.
- Impulsar el desarrollo de criterios de calidad y de acreditación y reacreditación de tutores.

La actual legislación otorga un papel preponderante a las CCNN, especialmente en dos aspectos principales: El primero, en gestionar un plan personalizado para el futuro especialista que le permita la correcta adquisición de habilidades y actitudes que le capaciten para su actuación profesional, incluyendo la evaluación y el control de dicha formación. El segundo, en ocuparse de la acreditación de las Unidades Docentes y de la auditoría de las mismas, pretendiendo de esta forma dotar al sistema de centros adecuados para la formación, acreditando con cierta periodicidad (habitualmente cada tres años) que una unidad determinada posea las características que la hacen merecedora del certificado de centro o servicio formador de especialistas. Las CCNN deberán además supervisar y acreditar a los tutores de residentes, quienes velarán por la correcta formación de los médicos en formación asignados a su Unidad. Es importante por tanto como pieza clave en el sistema de formación garantizar que el tutor reúna una serie de requisitos que le permitan desempeñar correctamente su función.

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

Las Comisiones de Docencia (CD)

Se definen en el art. 12 del Real Decreto 127/1984 y más especialmente, en la Orden de 22 de Junio de 1995⁴⁰ (art. 2, 3 y 4) por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas. También se hace referencia a éste órgano docente en el art. 27 (cap. 3 del título II) de la ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

En este sentido, se establece que en cada centro sanitario o, en su caso, unidades docentes, acreditado para la formación de especialistas existirá una comisión de docencia cuya misión será la de organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos que se especifican en los programas.

Si acudimos al art. 2 de dicha Orden encontramos definidas, de manera más detalla, dichas funciones:

- La organización y gestión de las actividades correspondientes a la formación para Especialistas que se lleven a cabo en el centro, y el control del cumplimiento de los objetivos que conforman sus programas de formación.
- La supervisión práctica de la formación y su integración con la actividad asistencial, tanto la ordinaria como la de urgencias del centro.
- La programación anual de las actividades de formación especializada del centro y el establecimiento de los planes individuales para cada Especialista en formación, de acuerdo con los programas aprobados por el Ministerio de Educación y Ciencia para cada especialidad.
- El informe a la Gerencia o a la Dirección del centro sobre la propuesta de oferta anual de plazas de formación especializada del mismo.
- La emisión de informe a las autoridades administrativas, cuando se aprecie la posible infracción de las disposiciones vigentes sobre formación especializada.
- La solicitud de realización de auditorías docentes en el Centro, cuando las circunstancias así lo demanden.
- La realización de los informes que les sean solicitados por los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo.
- La elaboración y aprobación de la Memoria anual de actividades de formación especializada desarrolladas en el centro.

⁴⁰ Orden de 22 de Junio de 1995, por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas (B.O.E. 30 de Junio de 1995).

En cuanto a su organización, las CD como otras comisiones hospitalarias, han de cumplir una serie de normas de funcionamiento que aparecen perfectamente descritas en el art. 3 de dicha Orden y que podemos resumir en: reuniones periódicas, convocatoria pública, establecimiento previo del orden del día, toma de decisiones y acuerdos por mayoría simple, aprobación de actas, etc.

Por su parte, el art. 4 define la composición de las CD del siguiente modo:

Presidente: Jefe de Estudios del hospital.

Vocales:

- Cinco en representación de los tutores, elegidos para tres años.
- Cinco en representación de los residentes en formación a partir de su 2º año.
- Un representante de la Comunidad Autónoma.
- El coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Un facultativo especialista designado por la Comisión de Investigación.
- Un representante del personal administrativo del hospital.

Secretario: con voz pero sin voto en las reuniones de la misma, designado por la Dirección del hospital entre el personal de los servicios administrativos.

Las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria disponen de una Comisión Asesora que es equivalente a la Comisión de Docencia de los Hospitales y que un capítulo próximo atenderemos a su composición, funciones y organización de un modo específico.

En el año 2000, en el marco del XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Educación Médica celebrado en Granada comenzó un movimiento nuevo para asociarse en una red de redes docentes. Entre las prioridades temáticas y propuestas de mejora, destacaron la creación de algunas asociaciones científicas docentes de postgrado por comunidades autónomas, con objetivos plasmados en estatutos, la necesidad de mantener reuniones periódicas organizadas y una serie de conclusiones cuya redacción se encargó a un pequeño grupo de los participantes que se reunieron para consensuarlo, darle publicidad y pasarlo a todas las Comisiones Docentes y Asesoras del Estado al objeto de su ratificación escrita, si así lo creían conveniente. Este escrito se llamó el Manifiesto MIR de Granada⁴¹.

⁴¹ Tutosaus, J. D. (2005): Fundación de AREDA: Asociación de Redes Docentes y Asesoras. *Educación Médica*; 8 (1): 10-13.

Posteriormente, el Manifiesto MIR fue ratificado por la inmensa mayoría de las Comisiones de Docencia y Asesoras, más de 100 que, por escrito, manifestaron su adhesión al mismo. Tras múltiples reuniones se consiguió legalizar, en diciembre de 2004, a la Asociación de Redes Docentes y Asesoras del Estado (AREDA)⁴².

La misión de la AREDA es promover e impulsar aquellas actividades destinadas a mejorar la formación de especialistas en ciencias de la salud, primordialmente a través de las actuaciones realizadas por las diferentes Redes Autonómicas de Comisiones de Docencia y Asesoras. Entre sus objetivos se encuentra: generar opinión y difundirla; elaborar propuestas específicas de actuación y vehicularlas hacia las instituciones, los organismos y las personas responsables de ejecutarlas; y promover la investigación en Formación Sanitaria Especializada (FSE).

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

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

1.6 Situación actual y perspectivas de futuro

La formación de especialistas a través del llamado sistema MIR es un tema central que requiere sin duda una profunda reflexión y un análisis global, determinar en qué situación se encuentra y qué retos tiene que afrontar en el futuro. Esta diagnosis nos permitirá ofrecer una propuesta consensuada de soluciones, que favorezca la adopción de medidas de mejora.

⁴² Tutosaus, J. D. (2005): Constitución de la Asociación de Redes Docentes y Asesoras del Estado (AREDA). *Atención Primaria*; 36(7).

El sistema de formación de especialistas en nuestro país se encuentra lo suficientemente acreditado y sus positivos resultados son bien conocidos por todos⁴³: arraigo, universalidad, ecuanimidad para la obtención de plazas, acreditación docente de las Unidades que la imparten, evaluación continuada mediante sistemas de tutorías y Comisiones de Docencia y escasez de vías alternativas de formación entre otras muchas⁴⁴.

Una de las principales virtualidades de este sistema formativo radica en la combinación que se produce entre la adquisición progresiva de responsabilidades en el ejercicio de la especialidad y la adecuada supervisión bajo el marco uniforme que supone el programa de la especialidad⁴⁵. Y todo ello en estrecha relación con la práctica asistencial y durante un tiempo preciso para la capacitación profesional.

Su prestigio está internacionalmente elogiado y, a día de hoy, es uno de los pocos de Europa con una única regulación, tanto en el acceso como en el propio programa formativo o en el seguimiento de su cumplimiento.

Sin embargo, y precisamente por esta alta consideración y reconocimiento, estamos obligados a un análisis constante del propio sistema, y a su mejora continua. O dicho de otro modo, sobre él deben realizarse transformaciones urgentes en función de la actual realidad social y profesional si no se quiere perder el prestigio que tantos esfuerzos ha supuesto a la sociedad y a los médicos españoles.

Y es que, desde que hace más de treinta años se produjera la regulación y generalización de la formación de especialistas por el sistema de residencia, se han producido cambios sustanciales en los escenarios asistenciales donde se forman los especialistas. Por ello, es necesario adaptar y mejorar la estructura y el proceso docente de un sistema que, como ya se ha comentado, ha demostrado su bondad.

Por tanto, aunque la mayor parte de los expertos coinciden en la evaluación positiva de la implantación del sistema MIR, este avance manifiesto no exime al sistema del reconocimiento de varios asuntos deficitarios. Algunos de estos asuntos

⁴³ Bengoechea, J. A. (2001): Prólogo. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid: "Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid. 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario "Ramón y Cajal". Agencia Laín Entralgo.*

⁴⁴ Rodríguez, J. M. et al (2004): Docencia postgrado. ¿Quién? ¿Dónde? ¿Cuándo? *Educación Médica*; 7(2): 52-53.

⁴⁵ Cabero, L. (2007): ¿Cuál es el modelo de especialistas que debemos formar? La demanda social frente a la oferta profesional. En Cabero, L. (Coord.) *Manual para tutores de MIR* (pp. 2-16). Madrid: Editorial Médica Panaméica.

son: el escaso dinamismo de los programas de formación, la falta de incentivos al papel de los tutores, la heterogeneidad entre centros y especialidades, la carga asistencial de los residentes que resta dedicación a su formación o la limitación de los sistemas de evaluación formativa⁴⁶.

En relación a esa excesiva carga asistencial a la que se somete a los residentes la doctora Vicent apunta: *“La presión asistencial, la necesidad de contener el gasto sanitario de los últimos años, ha llevado a que la formación de especialistas sea una forma de asegurar plantilla suficiente, e inevitablemente se han descuidado muchos elementos de la docencia”*⁴⁷

En esta misma línea argumentativa se expresa el residente Merino Rivas: *“por desgracia eso no es siempre así, si bien existen numerosos servicios comprometidos al máximo, que han asumido su obligación, que lo han aceptado orgullosos, otros no llegan más allá de ver a los residentes como una oportunidad ideal para “repartir” carga asistencial, como una reserva inagotable de carne fresca y mano de obra barata. Es esa gran irregularidad en la calidad docente la que hay que cambiar, por lo tanto hay que revisar las ofertas formadoras y valorar continuamente si se alcanzan los requisitos imprescindibles, y si no fuera así tomar las medidas oportunas”*⁴⁸.

Por tanto, aunque con frecuencia, por la propia naturaleza de la formación especializada, el programa docente se encuentra con la necesidad de ajustarse a la propia dinámica de los objetivos asistenciales de las instituciones sanitarias, es preciso buscar el equilibrio formación-actividad laboral y ajustarse las cargas asistenciales a los programas docentes y no viceversa. Más concretamente, se citan los siguientes puntos de mejora:

- La planificación de recursos humanos precisa una buena coordinación entre el Gobierno Central y las Comunidades Autónomas, mejores concededoras de las necesidades de los especialistas.

⁴⁶ Moreno, A. y Cabero, L. (2007): Visión histórica de la formación de especialistas en España. Programa MIR. En Cabero, L. (Coord.) *Manual para tutores de MIR* (pp. 2-16). Madrid: Editorial Médica Panamérica.

⁴⁷ Vicent, M^a. D. (2001) Estructura organizativa y propuestas de futuro de la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid: “Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid”*. 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario “Ramón y Cajal”. Agencia Laín Entralgo.

⁴⁸ Merino, J.L. (2001) Análisis de la situación actual y perspectiva de futuro de la formación de especialistas sanitarios desde el punto de vista del residente en formación. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid: “Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid”*. 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario “Ramón y Cajal”. Agencia Laín Entralgo.

- Coordinar la formación pregrado y la de postgrado, de modo que exista una continuidad en el desarrollo formativo de los médicos especialistas.
- El control de la capacidad docente debería centrarse, además, en aspectos relativos al proceso de formación.
- La existencia de criterios homogéneos para la acreditación docente del tutor y la mejora de las condiciones para desempeñar su labor como tiempo específico para desarrollar sus funciones y el reconocimiento de su trabajo.
- Diseñar un sistema homogéneo y adecuado en relación a la evaluación formativa y la autoevaluación del residente.
- El papel de la gerencia/dirección y de los Jefes de Servicio como respaldo del desarrollo de los programas de residentes.

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

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

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

supeditada a las necesidades asistenciales, permitirá abordar determinados problemas existentes en la actualidad.

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

En cuanto a las nuevas funciones de la Administración General del Estado en materia de formación de especialistas médicos, las palabras de Sánchez Chamorro son bastante iluminadoras:

"Hay que reconocer y mantener el sistema MIR, como la fórmula idónea de especialización, incorporando las novedades y mejoras; redefinir las especialidades, estableciendo troncos de especialidades, así como desarrollar las áreas de capacitación específica; y revisar las normas de acreditación y auditoria, ya que la fase estructural, en la actualidad se halla suficientemente cumplida, siendo prioritario ahora abordar el proceso y los resultados. Hay que desarrollar y potenciar el papel de las comisiones locales de docencia, órganos profesionales existentes en los centros e instituciones encargados de tutelar y evaluar el proceso formativo, dotándolas de estructura, contenidos y medios, y perfeccionar el proceso de evaluación continua, resaltando el papel que en la misma deben jugar las comisiones y los tutores, a través de una nueva propuesta de evaluación"⁴⁹.

⁴⁹ Jiménez, R. (2001) Nuevas funciones de la Administración General del Estado en la formación de especialistas ante las transferencias sanitarias. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid*: "Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid. 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario "Ramón y Cajal". Agencia Laín Entralgo.

2. LA FORMACIÓN POSTGRADO DE MFyC COMO CONTEXTO DOCENTE

Dentro de los Programas de Formación Sanitaria Especializada de nuestro país (Medicina, Biología, Enfermería, Farmacia, Psicología, Química, Radiofísica) el de Medicina incluye una serie especialidades, dentro de las cuales se encuentra la Medicina Familiar y Comunitaria, objeto de este trabajo.

Especialidad	Duración (años)
ALERGOLOGÍA	4
ANÁLISIS CLÍNICOS	4
ANATOMÍA PATOLÓGICA	4
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	4
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	5
APARATO DIGESTIVO	4
BIOQUÍMICA CLÍNICA	4
CARDIOLOGÍA	5
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	5
CIRUGÍA GRAL. Y DEL A. DIGESTIVO	5
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	5
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	5
CIRUGÍA TORÁCICA	5
CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y REPARADORA	5
DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y V.	4
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	4
FARMACOLOGÍA CLÍNICA	4
GERIATRÍA	4
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	4
INMUNOLOGÍA	4
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	4
MEDICINA INTENSIVA	5
MEDICINA INTERNA	5
MEDICINA NUCLEAR	4
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	4
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	4
NEFROLOGÍA	4
NEUMOLOGÍA	4
NEUROCIRUGÍA	5
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	4
NEUROLOGÍA	4
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	4
OFTALMOLOGÍA	4
ONCOLOGÍA MÉDICA	4
OTORRINOLARINGOLOGÍA	4
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS	4
PSIQUIATRÍA	4
RADIODIAGNÓSTICO	4
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	4
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	4
REUMATOLOGÍA	4
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	5
UROLOGÍA	5
ESTOMATOLOGÍA	3
HIDROLOGÍA MÉDICA	2
MEDICINA EDUCACIÓN FÍSICA	3
MEDICINA LEGAL Y FORENSE	3
MEDICINA DEL TRABAJO (E. PROFESIONAL)	4

En este apartado vamos a realizar un breve recorrido por el desarrollo normativo de la Medicina de Familia en nuestro país⁵⁰. Aunque este tema ya ha sido abordado en profundidad en el capítulo 2 (La Atención Primaria y la Medicina de Familia) el orden lógico del esquema seguido en este trabajo nos obliga a tener que hacer una mínima mención al respecto.

2.1 Desarrollo normativo-histórico de la especialidad

1978:

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

1979:

- Primera promoción MIR de MFyC (500 en toda España).

1980:

- Diseño del primer programa de la especialidad de MFyC (sin carácter oficial).
- Celebración de las "I Jornada de MFyC" en Madrid, Huelga de los MIR y encierro en el Ministerio.

1981:

- Puesta en marcha de las primeras Unidades Docentes de MFyC (extrahospitalarias)

1982:

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

⁵⁰ Fajardo, A. *El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España: Cambios profesionales en la Atención Primaria en la década de 1980*. Manuel Gálvez Ibáñez et al (dir.). Granada. 2007. Tesis doctoral.

1983:

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

1984:

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

1985:

- Aprobación del primer programa oficial de la especialidad.

1989:

- Vía extraordinaria para el acceso al título de MFyC.
- Real Decreto 264/89 por el que se desarrolla el curso de perfeccionamiento para la obtención del título de médico especialista en MFyC.
- El Ministerio de Sanidad comunica a la Unión Europea la denominación y programa de MFyC como la propia en el estado español para el ejercicio de la Medicina de Familia.

1993:

- Aprobación del segundo programa oficial de la especialidad.

1995:

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

1996:

- Orden Ministerial de 22 de Junio de 1996 (BOE: 30-VINO-1995) por la cual se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicas y Farmacéuticos especialistas.
- Aprobación de la guía de formación de especialistas en MFyC ("libro amarillo del residente").

1997:

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

2002:

- Elaboración del tercer programa oficial de la especialidad por la CNE de MFyC.

2005:

- Aprobación del tercer programa oficial de la especialidad.
- Resolución conjunta del MSC y del MEC por la que se establecen los Requisitos Generales de Acreditación de las Unidades Docentes para la formación de médicos especialistas en MFyC.
- Documento de recomendaciones de reacreditación y reacreditación de tutores de MFyC aprobado por la CNE.

2006:

- Resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la incorporación progresiva de una rotación en atención primaria de salud, en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias.
- Manual de Auditoría Docente de la especialidad de MFyC editado por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (MSC).

2007:

- Aprobación del Libro del Especialista en Formación en MFyC que sustituye al anterior y que está basado en el nuevo Programa de la especialidad aprobado en 2005.
- Informe elaborado por la CNE con aclaraciones acerca de la aclaración de centros y otros dispositivos docentes, así como sobre denominación, acreditación y nombramientos de tutores y otras figuras docentes.

2.2 La estructura y organización docente superior en Medicina de Familia

La Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC

Órgano asesor, del máximo nivel técnico, de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura en el ámbito de la especialidad de MFyC. Su composición y funciones se detallan en la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995 a la que hemos aludido anteriormente.

Actualmente, los 11 miembros que la componen aparecen recogidos en la tabla que se adjunta a continuación y entre sus principales aportaciones desde su nombramiento cabría destacar la elaboración de la última versión del Programa Formativo de la Especialidad aplicable exclusivamente a los residentes de MFyC que iniciaron su formación a partir de la convocatoria 2004/2005.

Presidente:	Verónica Casado Vicente	Propuesto: Comisión Recursos Humanos S.N.S
Vicepresidente	Francisco José Pablo Cerezuela	Propuesto: Comisión Recursos Humanos S.N.S
Vocal	Pascual Solanas Saura	Propuesto: Comisión Recursos Humanos S.N.S
Vocal	Luis Lizan Tudela	Propuesto: Comisión Recursos Humanos S.N.S
Vocal	Ana de Santiago Nocito	Propuesto: M ^o Educación y Ciencia
Vocal	Pablo Bonal Pitz	Propuesto: M ^o Educación y Ciencia
Vocal	Francisco Toquero de la Torre	Propuesto: Organización Médica Colegial
Vocal	Epifanio De Serdio Romero	Propuesto: Sociedades Científicas
Vocal	Juan Saavedra Mijan	Propuesto: Sociedades Científicas
Vocal	David Godoy Godoy	Representante de Residentes
Vocal	Sandra González Pérez	Representante de Residentes

En el marco de las funciones que la ley 44/2003 (LOPS) establece como reglamentarias de las Comisiones Nacionales de Especialidad, la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC establece como:

Objetivos

- Mejorar la calidad y cohesión de la docencia postgrado en MFyC en todo el territorio español.
- Mejorar la calidad y la relevancia de la MFyC.

- Potenciar el desarrollo de aspectos específicos de la MFyC en todo el trayecto formativo médico: grado, postgrado, formación especializada, troncos, áreas de capacitación y de desarrollo profesional y formación continuada.

Líneas estratégicas:

- Desarrollo y consolidación del programa de la especialidad.
- Coordinación con la estructura docente, el Consejo Nacional de especialidades y con otras especialidades.
- Apoyo en el seguimiento de la Resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia por la que se establecen los Requisitos Generales de Acreditación de las Unidades Docentes para la formación de Médicos Especialistas en MFyC de 9 de junio de 2005.
- Apoyo en el seguimiento de la Resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la incorporación progresiva de una rotación en atención primaria de salud, en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias de 15 junio 2006.
- Todos aquellos objetivos encomendados por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia y contemplados en la vigente normativa⁵¹.

El desarrollo de estas líneas estratégicas y objetivos reposan sobre el trabajo y consenso con las Unidades Docentes (UDD) y su continuidad la darán los grupos de trabajo creados en la estructura docente entre CNE y UDD.

Grupos de trabajo:

- Criterios de calidad y de acreditación y reacreditación de tutores, coordinadores y técnicos de salud. Responsables: Luis Lizán Tudela y Epifanio de Sergio.
- Evaluación de la competencia docente: Responsables: Ferrán Cordón y David Godoy.
- Libro del Especialista en Formación (implementación). Responsables: Francisco José Pablo y Sandra González.
- Los contenidos docentes y metodología necesarios en grado para la continuidad con el postgrado. Responsables: Pablo Bonal y Ana de Santiago.
- Los programas de formación de tutores en metodologías docentes y evaluativas. Responsables: Dulce M^a Ramírez y Pablo Corral.

⁵¹ Objetivos CNE 2007: Jornadas Nacionales de Coordinadores de Unidades Docentes de MFyC. 13 de junio de 2007. Madrid.

Unidades Docentes de MFyC

En el artículo 4 del capítulo II del proyecto de Real Decreto de regulación de los aspectos formativos -que se encuentra pendiente de aprobación- la Unidad Docente aparece definida como: *el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en ciencias de la salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades*⁵².

Como puede comprobarse, se trata de un concepto genérico que hace referencia tanto a las unidades docentes hospitalarias como a las extrahospitalarias. Sin embargo, nuestro interés se centra en las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria (UDD de MFyC) como estructura de formación propia de dicha especialidad.

En este sentido, podemos definir una Unidad Docente (UD) de MFyC como un conjunto funcional de centros de atención primaria, hospitales y otros centros y dispositivos de diverso carácter que, agrupados con un criterio geográfico, institucional o de entidades proveedoras, permiten constituir una UD para desarrollar por completo el programa oficial de la especialidad de MFyC.

De esta definición se derivan las siguientes **características y elementos propios**:

- *Finalidad*: Organizaciones (conjunto de personas, medios y estructuras) a las que se adscriben los residentes que escogen la especialidad de MFyC, y por tanto, responsables del desarrollo y evaluación del proceso docente de dichos especialistas en formación.
- *Ámbito geográfico*: de actuación variable en el territorio español. Aunque en su inicio fue provincial, en la actualidad se adaptan al *Área Sanitaria* que describe la Ley General de Sanidad en función de lo dispuesto por la O.M. de Junio de 1995.

⁵² Proyecto de Real Decreto por el que se determinan y clasifican las Especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del Sistema de Formación Sanitaria Especializada. Ministerio de Sanidad y Consumo. Pleno CC.RR.HH S.N.S 11-9-07.

- *Dispositivos asistenciales:* Están constituidas por los *Centros de Salud y Hospitales acreditados* para la docencia dentro de su ámbito territorial. Del mismo modo, se incluyen *otros centros asociados*, que incorporen recursos para mejorar y ampliar la formación de los residentes (Centros de Salud Mental, Centros de Planificación Familiar, unidades médicas de corta estancia, de hospitalización a domicilio, de emergencias, de cuidados paliativos...
- *Coordinación y dirección:* Disponen de un *Área de Coordinación* integrada por el Coordinador, los Técnicos en Salud Pública y la Secretaria como apoyo administrativo.

Por tanto, y acudiendo a una definición más completa: *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*⁵³.

Estas UUDD están compuestas por una serie de **figuras docentes** que se encuentran ubicadas en distintas estructuras físicas (centros de salud, hospitales y otras dependencias) y que cumplen funciones diferentes. Estos órganos docentes de carácter unipersonal son los siguientes⁵⁴:

- *El Coordinador de la Unidad Docente:* ostenta la Jefatura de Estudios de la Unidad. Es, por tanto, el responsable de la dirección, planificación y organización de la UD realizando asimismo funciones de evaluación/control, docencia e investigación y de dirección y coordinación de las actividades docentes de los tutores de Atención Primaria. Además desempeña otras funciones más de carácter institucional propias de su cargo como el presidir la Comisión Asesora y formar parte de las Comisiones de Docencia de los Hospitales adscritos a su Unidad. Deberá ser especialista en MFyC y con dedicación completa al programa MIR.

⁵³ Bonal, P. (2007): Unidades Docentes de Medicina de Familia en España. ¿Qué tenemos y qué queremos? *Atención Primaria*; 39(supl 2): 99-110.

⁵⁴ Pérez-Hervada, A. (2005): Perfil del tutor. En Martínez, J.A. (Coord.): El tutor de Medicina de Familia. Documentos de opinión para Atención Primaria. Semergen.

- *Los Técnicos en Salud Pública:* son aquellos profesionales que, sin ser tutores de MFyC, están encargados de contribuir en la formación teórico-práctica y de investigación contemplados en el programa que se lleven a cabo en la Unidad Docente. Se ocupan también de planificar, supervisar y evaluar las actividades de Salud Pública de los Centros de Salud que pertenecen a la UD.
- *Secretaria de la Unidad Docente:* personal administrativo adscrito a la Unidad con las siguientes funciones: mantener los archivos precisos para el funcionamiento de la UD, incluyendo la custodia de los expedientes docentes de los residentes en formación; coordinar el aprovechamiento de los recursos de la UD (didácticos, bibliográficos y aulas) y actuar como secretaria de la Comisión Asesora.
- *Tutor principal:* responsable del proceso enseñanza-aprendizaje del residente tanto en las estancias en el centro de salud como fuera de él y será el mismo durante todo el periodo formativo llevando a cabo un contacto continuo y estructurado con el residente durante dicho periodo. Actúa, por tanto, como referente y modelo, por lo que deberá reunir una serie de características que garanticen el desarrollo eficaz de sus funciones (criterios de acreditación). Se recomienda que cada tutor principal tenga asignados simultáneamente un máximo de dos residentes y deberá ser especialista en MFyC.
- *Responsable de docencia:* Habitualmente, existe también un tutor de tutores que es el *Responsable de Docencia del Programa MIR* en el Centro de Salud. Éste es el encargado de organizar las actividades docentes comunes para todos los residentes. Su nombramiento no está establecido legalmente ni dispuesto por la Comisión Nacional de la Especialidad por lo que cada Unidad Docente establece sus propios procedimientos de designación y nombramiento, de entre los tutores acreditados de los Centros de Salud.
- *El tutor de apoyo:* el residente, además de contar con su tutor principal, podrá contar con tutores de apoyo especialistas en MFyC. Los tutores principales podrán actuar como tutores de apoyo de otros residentes.
- *El tutor hospitalario:* es el encargado de coordinar y supervisar la formación de los residentes durante los periodos de formación hospitalaria. Su número

dependerá del número de residentes que roten por el hospital. Tendrá un perfil profesional adecuado a las funciones que debe desempeñar, valorándose especialmente que sea especialista en MFyC. Participan en su nombramiento el Coordinador de la UD y el Director médico del Hospital. Cada vez es más frecuente que el cargo de tutor hospitalario recaiga en un Médico de Familia del Servicio de Urgencias del Hospital.

- *Los colaboradores docentes:* son los especialistas y profesionales de los distintos dispositivos de la UD por los que rotan los residentes que, sin ser tutores de residentes de MFyC, colaboran en la impartición de este programa, asumiendo la supervisión y control de las actividades que se realizan durante dichas rotaciones, no requiriendo por tanto, ser especialistas en MFyC. Estos profesionales pueden pertenecer al Centro de Salud o al Hospital.
 - *Colaboradores docentes en el Centro de Salud:* son numerosos los profesionales que trabajan en Atención Primaria que pueden colaborar en la formación de los médicos residentes: pediatras, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, matronas.... Todos ellos podrán participar en las actividades docentes que organice la UD o el propio tutor según establece el programa de la especialidad.
 - *Colaboradores docentes en el Hospital:* se trata de aquellos profesionales médicos que, en cada Servicio Hospitalario donde rotan los médicos residentes, participan en la formación de los mismos. Es frecuente que funcionalmente se designe entre ellos un tutor en cada Servicio para que asuma más responsabilidad hacia el residente en las tareas de docencia, de organización y evaluación.
- *Otras figuras docentes:* las comunidades autónomas, según sus características y criterios organizativos propios, podrán crear otras figuras docentes con la finalidad de amparar colaboraciones significativas en la formación especializada, objetivos de investigación, desarrollo de módulos genéricos o específicos de los programas o cualesquiera otras actividades docentes de interés.

Por otra parte, las UDD de MFyC están compuestas también por una serie de órganos docentes de carácter colegial como son:

La Comisión Asesora:

La Comisión Asesora equivale en el ámbito de la formación extrahospitalaria de los especialistas en formación a la Comisión de Docencia respecto a la formación hospitalaria. Este órgano colegiado de la UD en cuyo seno se organiza la formación, se supervisa su aplicación práctica y se controla el cumplimiento en la Unidad de los objetivos del programa docente, asume las competencias previstas en el apartado segundo de la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995.

Su composición y funciones, hasta tanto se dicte la normativa a la que se refiere el artículo 27 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, se adecuarán a los criterios contenidos en el apartado sexto de la Orden de 22 de junio de 1995, desarrollando en su ámbito las funciones que se relacionan en el apartado segundo de dicha Orden Ministerial.

En cuanto a su composición señalar que está formada por: el Coordinador de la UD (que asume la presidencia); representantes de los residentes de primer (R1), segundo (R2) y tercer año (R3); representantes de los tutores extrahospitalarios y hospitalarios de la especialidad; representantes de los técnicos de salud; un representante de la Comunidad Autónoma y el secretario de la UD. Se reúnen con una periodicidad trimestral.

En cuanto a sus funciones, corresponde a la Comisión Asesora⁵⁵:

- La organización y gestión de las actividades correspondientes a la formación de los médicos residentes de Medicina de Familia que se lleven a cabo en la UD y el control del cumplimiento de los objetivos que conforman el programa de la especialidad.
- La supervisión de la aplicación práctica de la formación y de su integración en la actividad asistencial, ordinaria y de urgencias de los centros.
- La programación anual de las actividades de formación de la especialidad en la UD y el establecimiento de los planes individuales para cada médico residente en formación.
- El informe a la Gerencia sobre la propuesta de la oferta de plazas anuales de especialistas de formación de la UD.

⁵⁵ Orden de 22 de Junio de 1995, por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas (B.O.E. 30 de Junio de 1995).

- La emisión de informe a las autoridades administrativas, cuando se aprecie la posible infracción de las disposiciones vigentes sobre la formación de los especialistas.
- La solicitud de realización de auditorías en la UD o en cualquiera de los Centros que la componen, cuando las circunstancias lo precisen.
- La elaboración de informes que le sean solicitados por los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo.
- La elaboración y aprobación de la Memoria anual de actividades de formación especializada desarrolladas en el Unidad.

2.3 El futuro de las Unidades Docentes de Medicina de Familia en España

Parece indudable reconocer el papel que las UDD de MFyC han desempeñado históricamente en la formación de tantos Médicos de Familia desde su instauración. Si recordamos brevemente que en el año de su creación, 1981, no existían siquiera centros de salud, podremos hacernos una idea del papel fundamental que han jugado en el desarrollo de la especialidad.

Sin embargo, durante este periodo de más de 25 años, se ha producido un cambio tan espectacular que el debate que se plantea hoy día, es si siguen siendo de utilidad dichas estructuras tal y como las conocemos o es preciso un nuevo modelo a este respecto.

En numerosas ocasiones se han planteado procesos evaluativos con el propósito de velar por la adecuación de la estructura, el funcionamiento y los resultados de las Unidades Docentes. Diversos autores⁵⁶ de relevancia dentro de la Medicina de Familia de nuestro país se han planteado, en los últimos años, algunas reflexiones que hacen hincapié en la necesaria revisión y en la conveniencia de cambiar la actual estructura docente.

Gran parte de estas valoraciones y replanteamientos iban referidos a las carencias humanas, materiales y hasta de cumplimiento legislativo por parte de la Administración

⁵⁶ Martín, A. (2000): ¿Deben desaparecer las actuales UDD de MFyC? *Atención Primaria*; 26: 1-2.

Gómez, T. (2000): ¿Deben evolucionar las UDD de medicina de familia y comunitaria? *Atención Primaria*; 26: 3-4.

Coordinadores de Unidades Docentes de la Comunidad de Madrid (2001) El futuro de la estructura docente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria*; 27: 525-527.

Pérez, B. y Turabián, J.L. (2001): Servicios funcionales de medicina de familia y comunitaria. *Atención Primaria*; 28: 217-218.

Saura, J. (2000): Avances en la formación de los especialistas de Medicina Familiar en España (I): La estructura docente. *Tribuna Docente*; 1 (1): 7-16.

con las que se funciona en algunos casos. Por este motivo, en los últimos años las UDD han trabajado para mejorar la adecuación de aspectos como la acreditación y reacreditación de centros docentes y de tutores, bajo la idea genérica de pasar de una fase expansiva de la docencia de postgrado a una de “búsqueda de la excelencia”, o sea, de mejora de resultados⁵⁷.

Además, se vislumbran nuevos retos en el horizonte de las UDD de MFyC, que configuran nuevos espacios de debate sobre su realidad presente y futura. Tanto por su necesario papel en la docencia universitaria de la Medicina de Familia y su papel coordinador de los Centros de Salud docentes, como en docencia postgrado (troncalidad, multiprofesionalidad, etc.), y en formación continuada, etc⁵⁸. A continuación, aparecen desarrollados algunos de dichos retos:

1. Proceso de adaptación de las UDD a las necesidades formativas que impone la implementación del nuevo programa de la especialidad.

En general, en todas las UDD, 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, el 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.

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.

⁵⁷ Calero, S. (2002): La evaluación futura de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Medifam*; 12 (4): 243-246

⁵⁸ Bonal, P. (2007): Unidades Docentes de Medicina de Familia en España. ¿Qué tenemos y qué queremos? *Atención Primaria*; 39(supl 2): 99-110.

2. *Cumplimiento de los criterios de acreditación exigidos por la CNE para las UDD para el año 2008.*

A pesar de que los requerimientos exigibles a las UDD y que garantizan la adecuada formación de los futuros médicos de familia están descritos en una resolución del año 2005⁵⁹ y que da un plazo de tres años (mayo de 2008) para la adaptación de las UDD ya acreditadas, en no pocas UU.DD de MFyC la realidad está alejada del cumplimiento estricto de estos criterios.

Dichos 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.

Por concretar un poco más, algunos de estos nuevos criterios de calidad son: “Un centro de salud acreditado tiene que tener ratios de 1.500 pacientes (1.000 en los pediatras), tiempos de 10 minutos de consulta y no más de 30 pacientes (25 pediatras) ni más de cinco horas de consulta; además, el 50% de los facultativos de la plantilla deben ser especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y el centro deberá demostrar una actividad investigadora suficiente y actualizada”⁶⁰.

3. *Creación de UDD multiprofesionales de Medicina y Enfermería*

En los planes de los Ministerios de Educación y Sanidad se anuncia que las UDD de MFyC, además de formar MF, deberán coordinar la formación de enfermeros especialistas en MFyC, y además, deberán participar activamente en la formación de

⁵⁹ Resolución conjunta del MSC y del MEC por la que se establecen los Requisitos Generales de Acreditación de las Unidades Docentes para la formación de médicos especialistas en MFyC. Publicada el 9 de junio de 2005.

⁶⁰ Del Río Madrazo, J.A. (2006): Docencia en Atención Primaria (2ª parte postgrado). *Tribuna Docente on-line*; 8(6)

otras 18 especialidades⁶¹. Este hecho hará que las actuales UUDD ganen protagonismo y sean referente en formación de Familia y de disciplinas como entrevista clínica, salud comunitaria, actividades preventivas, atención a la familia, etc.

Por tanto, se apuesta, de manera decidida, por la troncalidad y la multidisciplinariedad al pretenderse que todos los residentes de las distintas especialidades pasen 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 el funcionamiento de este primer nivel asistencial. Esto mejorará mucho la relación entre los dos niveles y también la formación de los residentes de familia cuando acudan al hospital, siendo la formación mucho más recíproca.

Sin embargo, el convertir al las UUDD en centros de formación multidisciplinaria, requiere una profunda reorganización desde la estructura, los recursos humanos y materiales y los órganos de gestión. De tal forma, que se asegure una formación de calidad, sin perjuicio de la formación del residente de Familia.

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

⁶¹ Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios económico-presupuestarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre la incorporación progresiva de una rotación en Atención Primaria de Salud, en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias. 15 de Junio de 2006.

4. *Necesidad de que las UUDD asuman la formación y coordinación docente universitaria de la Medicina de Familia.*

Por derecho propio, a la Medicina de Familia le corresponde entrar ya en la Universidad española y participar con su presencia en la formación de los futuros estudiantes, muchos de los cuales, se convertirán en médicos de familia. Sin embargo, es preciso tener en cuenta la organización específica que tiene dicha institución y adaptarse a su estructura. Una buena oportunidad para ello puede encontrarse a propósito de las directrices de Bolonia y de la adaptación de la universidad española al Espacio Europeo de Educación Superior.

Conocedores de que el Ministerio de Educación y Ciencia está trabajando en las nuevas Directrices Generales de Planes de Estudios (PE) del grado de medicina, y en la adaptación de la formación universitaria al Espacio Europeo de Enseñanzas Superiores (EEES), la CNE de MFyC elaboró un documento⁶² para hacer llegar a los responsables de su elaboración, una serie de consideraciones y propuestas ante esta situación de disfunción en la continuidad conceptual y docente entre el grado y el posgrado, especialmente en los contenidos, habilidades y actitudes de la MFyC. Dicho documento fue aprobado en la reunión de la CNE de MFyC del día 20 de diciembre de 2006.

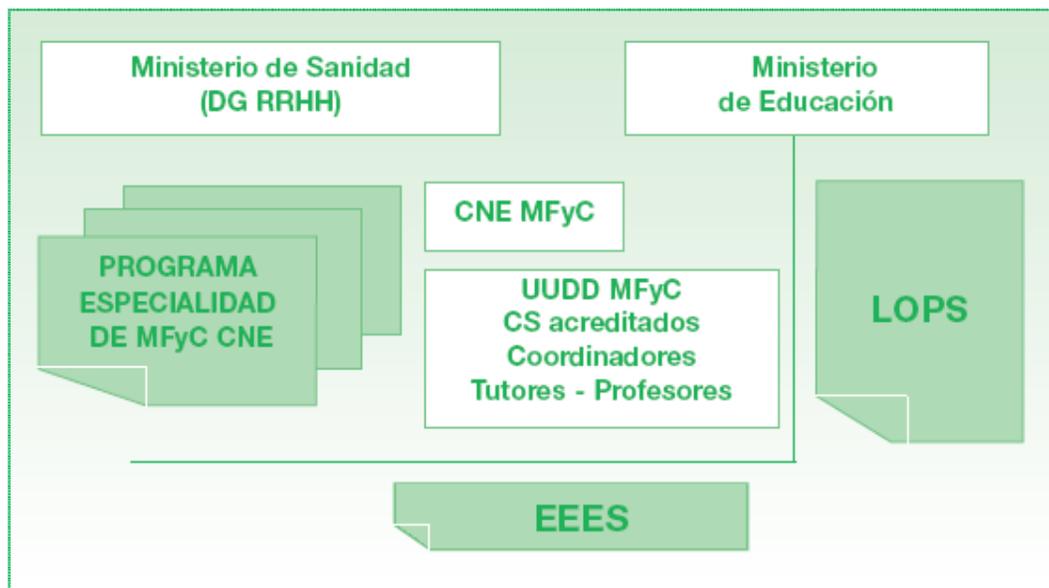
En este sentido, la pregunta importante es ¿cómo puede producirse esta incorporación de la MF a la universidad? ¿Creando una estructura docente pregrado en AP paralela a la UD? ó ¿compartiendo los recursos ya acreditados de las UUDD? Si la respuesta es compartir, evidentemente las UUDD tienen que exigir una participación directa, asumiendo funciones en la formación y coordinación. Démosle la vuelta a la pregunta, si por definición las UUDD 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 ¿dónde estaría la optimización?: ¿que los profesores de Familia estuvieran integrados en las UUDD? ¿ó replantearnos si las UUDD tendrían que tener alguna forma de vinculación con la Universidad?⁶³.

⁶² Bonal, P. (2007): Problemas y disfunciones en la formación MIR en Medicina de Familia y comunitarias generadas por las características actuales de la licenciatura de Medicina. *Tribuna Docente on-line*; 9(3): 1-6.

⁶³ Bonal, P. (2007): Unidades Docentes de Medicina de Familia en España. ¿Qué tenemos y qué queremos? *Atención Primaria*; 39(supl 2): 99-110.

Por tanto, y a modo de resumen, el debate que se plantea actualmente es si las UDD –que son las principales instituciones docentes de Medicina de Familia en España- 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 realizaran.

Según la opinión de algunos expertos, ante la ausencia de Departamentos de la especialidad, el comienzo de este proceso de convergencia debería pivotar sobre las UDD, que podrían aparecer ya de manera explícita en los Convenios entre las Universidades y los Servicios de Salud, como aparecen los distintos Servicios hospitalarios.



Contextos relacionados con las funciones de las UDD de MFyC: DG RRHH: Dirección General de Recursos Humanos. CNE: Comisión Nacional de la Especialidad. UDD: Unidades Docentes. CS: Centros de Salud. LOPS: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. EEES: Espacio Europeo de Educación Superior. Fuente ⁶⁴

⁶⁴ Bonal, P. (2006): Medicina de Familia y Universidad: el papel de las Unidades Docentes en el nuevo contexto. En VI Jornadas sobre Actualización Docente en Medicina de Familia: "La formación del médico de familia: una responsabilidad compartida". Barcelona, 26 y 27 de septiembre de 2006. Foro Tribuna Docente.

2.4 El contenido: El Programa Oficial de la Especialidad

El Programa Oficial de la Especialidad describe el currículum del residente de MFyC y es el eje y marco de referencia de la especialidad; se ha ido reelaborando e innovando en los más treinta años que la MFyC es considerada especialidad médica.

El programa actual, de cuatro años de duración se empezó a aplicar a los residentes de MFyC que iniciaron su formación en el año 2005. Es el tercer programa oficial y el quinto real desde que se creó la especialidad, aproximándose así a las recomendaciones formuladas al respecto por la Unión Europea de Médicos Generales y por el Parlamento Europeo, que aconsejan, incluso, elevar a cinco años el periodo de formación⁶⁵.

Las principales aportaciones de este nuevo programa de la especialidad, aprobado el 12 de noviembre de 2002 por la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) y aparecido en el BOE el 3 de mayo de 2005⁶⁶, son las siguientes: el grado de consenso y de participación alcanzados en su planteamiento, elaboración y defensa; la metodología empleada, los valores profesionales y el perfil profesional definidos y el incremento de tiempo de tres a cuatro años fijado.

Para esta formación se utilizan tres espacios diferentes que son el Centro de Salud, las Urgencias Hospitalarias y Extrahospitalarias y los Servicios del Hospital. De los 33 meses lectivos de formación necesaria para la obtención del título, la mitad tienen lugar en el Hospital y otros servicios y la otra mitad en el Centro de Salud -tres meses el primer año, dos-tres meses en el segundo y once el tercero- con ciertos márgenes de flexibilidad temporal. De esta forma, se enfatiza aún más que en los programas anteriores los periodos formativos realizados en el ámbito de la Atención Primaria y el papel nuclear del centro de salud y de la consulta del médico de familia.

Por tanto, al menos el 50% del tiempo de residencia se efectúa en el Centro de Salud, con un amplio contacto el primer año (entre 3 y 6 meses) y el último año (11 meses). Un tiempo importante de la formación lo ocupan las rotaciones en el campo de Medicina Interna y Especialidades (5-8 meses de R1 y otros 8 meses de R2). El segundo y tercer año de residencia incluyen aprendizajes de campo en atención al

⁶⁵ Del Río Madrazo, J.A. (2006): Docencia en Atención Primaria (2ª postgrado). *Tribuna Docente on-line*; 8(6): 1-26.

⁶⁶ ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

niño (2 meses), en salud mental (3 meses) y en atención a la mujer (3 meses). Todos los años un tiempo de la formación lo ocupa la estancia en Centro de Salud, pasando 3 meses en centro rural, preferentemente de R2. Tanto las guardias en Atención Primaria como en los servicios de urgencias se reparten a lo largo de todo el año. La distribución de las guardias de R2 y R3 queda abierta a combinarse con las rotaciones por las especialidades durante esos 2 años⁶⁷.

El programa tiene una moderna orientación hacia la solución de problemas y desarrolla en varios capítulos: el perfil profesional y ámbitos de actuación del médico de familia; las tareas en relación a este perfil; las áreas docentes dónde quedan incluidas; la acreditación de centros y de tutores y la evaluación de las UDD y de los residentes.

Establece objetivos concretos y diferenciados de aprendizaje del médico residente en sus rotaciones en el centro en los distintos años. De esta manera queda constancia que en el transcurso de estos cuatro años, el residente irá participando con niveles de responsabilidad progresiva en todas las facetas del proceso asistencial, así como en las actividades docentes y de investigación, a medida que avance el programa.

Sus contenidos formativos se distribuyen en parcelas docentes que coinciden con las cinco áreas competenciales sobre las que existe un gran consenso en la Unión Europea: las esenciales (comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y bioética); las relacionadas con la atención al individuo; las que tienen que ver con la atención a la familia; las vinculadas con la atención a la comunidad, tanto en actividades preventivas como curativas o de rehabilitación; y las que se asocian a la formación continuada, la docencia y la investigación⁶⁸. La distribución de estas áreas en el periodo de residencia y los lugares y metodologías de aprendizaje varía.

Por otro lado, el programa parte del convencimiento de que el médico de familia posee unos valores que definen sus compromisos profesionales con la sociedad y que el papel del tutor es transmitírselo a los residentes. Estos valores quedan agrupados en seis compromisos: con las personas, con la sociedad en general, con la mejora continua de su trabajo, con la propia especialidad, con la formación y con la ética.

⁶⁷ Mielgo, R. (2004) Luz verde al nuevo Programa de la Especialidad. *Revista de la SMMFYC*; 6 (3):16.

⁶⁸ De Sergio, E. (2005): El "desembarco" del Nuevo Programa. En V Jornadas sobre Actualización Docente en Medicina de Familia: "Docencia en Medicina de Familia: realidad y tecnología". Barcelona, 21 y 27 de septiembre de 2006. Foro Tribuna Docente

Respecto al compromiso con las personas, en el nuevo programa se recuerda que el ciudadano es el protagonista de la atención que presta el médico de familia y que sus actuaciones, por encima de cualquier interés, están encaminadas a la mejora y el mantenimiento de su salud. El compromiso social del médico debe hacerse evidente al cumplir su función de puerta de entrada al sistema sanitario. Al ser la Atención Primaria el primer contacto del paciente con el sistema sanitario, la accesibilidad es también una de sus características fundamentales. Respecto a la mejora continua, el programa recuerda que el médico de familia toma sus decisiones sobre la base de las evidencias científicas actualizadas y, por ello, mantiene al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales⁶⁹.

Una de las características específicas de este programa es la diversidad de métodos de aprendizaje que contempla, ya que lo importante es que el residente cumpla los objetivos del programa y adquiera las competencias necesarias como médico de familia y no tanto cómo lo haga. Este planteamiento determina que, en cada área competencial se prevean distintos métodos de aprendizaje, a fin de elegir en cada caso el que más se adecue al perfil formativo de los tutores y a las características específicas del centro o unidad donde se esté formando el residente. Por tanto, la flexibilidad en la formación es también una premisa de este programa.

A estos efectos, los cinco métodos de aprendizaje recomendados en las distintas áreas de competencia de éste programa son: autoaprendizaje, aprendizaje de campo, clases, trabajo grupal y talleres.

- *Autoaprendizaje* (“*self directed learning*”): Consiste en el aprendizaje que lleva a cabo el residente sin la colaboración o ayuda de su tutor⁷⁰. Incluye los conceptos de aprendizaje individualizado o individualización del aprendizaje, y de aprender a aprender. Por tanto, es la forma de educación que deja a la iniciativa del alumno la identificación de sus propias necesidades de aprendizaje (con o sin ayuda), de modo que es el alumno quien tiene la responsabilidad de su aprendizaje. Esta estrategia se presta a diversas formas: formación a distancia, docencia virtual, “e-learning”,...

⁶⁹ Del Río Madrazo, J.A. (2006): Docencia en Atención Primaria (2ª parte postgrado). *Tribuna Docente on-line*; 8(6): 1-26.

⁷⁰ Turabián, J. L., Pérez, B. (2004): Autoaprendizaje: piensa por ti mismo. Un modelo de escuela en medicina de familia. *Tribuna Docente*; 5(3): 31-49.

- *Aprendizaje de campo ("learning in context")*: Consiste en exponer al residente a situaciones reales donde éste sea observador de lo que hace el docente, o bien realice actividades supervisadas por aquél en presencia física o diferida. Esta estrategia se presta también a diversas formas: observación directa, intervención tutorizada, intervención directa, no supervisada directamente por el tutor, etc.
- *Clase*: Exposición oral hecha por un profesor ante un grupo numeroso de estudiantes consistente en la transmisión unidireccional de información sobre una materia concreta. Este método de enseñanza ha sido históricamente muy importante en la educación debido a que representa una forma económica de comunicar información a grandes grupos de personas. Sin embargo, el conocimiento de las dificultades que existen en los grupos de personas para el mantenimiento de la concentración y la asimilación de cantidades importantes de información, y la adopción de una actitud pasiva, ha puesto en duda el valor de las clases magistrales. Es posible aumentar la motivación de los oyentes mediante presentaciones audiovisuales, la presentación de pacientes y la participación mediante discusiones de carácter intermitente⁷¹.
- *Trabajo grupal*: Consiste en aprovechar la interacción entre los diferentes miembros del grupo. Indicado especialmente para trabajar las actitudes. Esta estrategia se presta a diversas formas: seminarios, juegos de roles, trabajo de campo, etc.
- *Talleres*: Consiste en el aprendizaje en pequeños grupos de conocimientos y técnicas específicas, desde una vertiente de carácter teórico-práctico, con el propósito de su aplicación práctica posterior. Como ejemplos de talleres con fines formativos en medicina podemos señalar: los talleres con pacientes simulados o reales, con maniquís, con programas informatizados (simuladores), etc.

Como ha quedado puesto de manifiesto, la aportación del nuevo programa no se limita a la ampliación de un año más de la formación del residente, sino que introduce profundos cambios en cuanto a metodología y a nuevas herramientas formativas. Por

⁷¹ Wojtczak, A. (2003): Glosario de términos en educación médica. *Educación médica*; 6(suppl. 2): 21-56.

tanto, importantes cambios tanto cualitativos (contenidos, métodos, entornos docentes) como cuantitativos (un año más de formación y ampliación de la estancia en el centro de salud)⁷².

Nos hallamos, pues, ante un programa que quiere ubicar al médico en su entorno y dar como resultado un profesional más cercano a los ciudadanos. Una nueva herramienta formativa que pretende convertir al médico de familia en el verdadero eje del Sistema Nacional de Salud, como coordinador de los recursos y de los flujos de los pacientes, adaptándose a las nuevas necesidades asistenciales surgidas en la Atención Primaria.

2.5 La evaluación de los médicos residentes de MFyC

Cualquier proceso formativo implica necesariamente la planificación y aplicación de *mecanismos evaluativos* que permitan valorar la idoneidad del sistema y de todos los elementos implicados en los procesos de enseñanza-aprendizaje y sus resultados. Así, cuando se hace referencia a la evaluación en un modelo formativo, más allá de la evaluación de aprendizajes, se tiene que pensar también en otros objetos y procesos evaluativos (por ejemplo, valoración de tutores y servicios) que constituyen las claves para la mejora de la calidad de la formación.

Entre los procesos evaluativos a los cuales se somete al residente, se identifican tres momentos claves: una evaluación inicial (examen MIR) con carácter selectivo, una evaluación formativa con elementos subjetivos y otros objetivos que permiten ir constatando e introduciendo modificaciones sobre el aprendizaje y una última sumativa que clasifica en términos de excelente, destacado, suficiente y no apto. Esta última es, en opinión de Martín Zurro, prácticamente la única que se utiliza en el sistema oficial de evaluación de los médicos residentes en España, y se caracteriza por una carencia de rigor y de objetividad que fomenta un estado de opinión negativo respecto al sistema de evaluación.

Los criterios de evaluación del residente están marcados en el Programa Oficial de la Especialidad y más recientemente en la Orden Ministerial del 22 de junio del 1995

⁷² Saura, J. (2005): Nuevo Programa Docente, ¿nuevos tutores? Cómo acompañarles y ayudarles en este proceso de adaptación. En V Jornadas sobre Actualización Docente en Medicina de Familia: "Docencia en Medicina de Familia: realidad y tecnología". Barcelona, 21 y 21 de septiembre de 2005. Foro Tribuna Docente.

por la cual se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de los médicos y farmacéuticos en formación. Los procedimientos de evaluación que marca la dicha Orden Ministerial, son tres: evaluación continuada, evaluación anual y evaluación final del periodo de residencia.

Evaluación Formativa/Continuada

Depende de los tutores y de las unidades por las cuales el especialista en formación haya rotado y se dispone de dos herramientas:

- *Libro del Especialista en Formación*: Más conocido como “Libro del residente” y en el que, como regula la Orden de 22 de junio de 1995⁷³, se tiene que reflejar la participación del residente en las actividades asistenciales, docentes y de investigación. Actividades que tienen que ser revisadas, al menos mensualmente, por el responsable directo que a la vez incluirá las observaciones que considere pertinentes en relación a la conducta y aptitudes del profesional. Su puesta en marcha permite: proporcionar al residente una guía de aprendizaje en cada una de las rotaciones del Programa; dotar al tutor y a la Unidad Docente de un excelente recurso a modo de portafolio docente que facilita la supervisión y valoración de las actividades realizadas por el residente.
- *Ficha de evaluación continuada*: Se trata de una hoja de evaluación o ficha que hace cada tutor a cada médico residente al finalizar su rotación y que permite contabilizar el grado en que se han logrado los objetivos marcados por el programa según los criterios propuestos (de 0 a 3) sobre cada uno de los siguientes elementos: nivel de conocimientos, nivel de habilidades adquiridas, habilidades en el enfoque diagnóstico o de los problemas, capacidad por tomar decisiones, utilización racional de los recursos, motivación, tiempo de dedicación a las tareas asistenciales encomendadas (guardias excluidas), iniciativa, puntualidad/asistencia a las diversas actividades y nivel de responsabilidad relaciones paciente/familia y relaciones con el equipo de trabajo. Con el fin de homogeneizar la evaluación en todo el territorio español, cada variable tiene unos criterios estándares elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC. Estos criterios son aplicados por todas las Unidades Docentes de España en todas las rotaciones del periodo formativo de la Residencia en formato de ficha.

⁷³ Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas (Art. 8; 3-4).

El Programa Oficial de la especialidad establece también la realización de *entrevistas semiestructuradas* a tres niveles:

- *Entrevistas Periódicas Tutor y Residente:* Encuentros pactados con la finalidad de monitorizar el cumplimiento de los objetivos docentes. Se llevarán a cabo mediante el modelo del *feed back* y como mínimo se llevarán a cabo cuatro entrevistas de este tipo por cada año lectivo.
- *Reuniones evaluativas del tutor principal con otros responsables del programa formativo:* con el coordinador, técnico de salud pública, tutor hospitalario,... con los que se analizarán los correspondientes informes de rotación.

Evaluación Anual Calificativa

Es competencia del “Comité de Evaluación” y consiste en reflejar las valoraciones aportadas por los servicios (fichas de evaluación continuada) y otras actividades complementarias realizadas por el residente (participación en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con el programa formativo y previamente autorizadas por la Comisión de Docencia) así como los informes aportados por los coordinadores. Se trata, por tanto, de una valoración de recopilación de lo que se ha hecho todo el año que permite cuatro posibles calificaciones (excelente, destacado, suficiente y no apto). La calificación obtenida por cada residente es certificada por el Coordinador de la UD y notificada al interesado, a la Comisión Asesora y remitida al Ministerio de Sanidad (Secretaría del Consejo Nacional de Especialidades médicas).

Evaluación Final

Se trata de la evaluación anual correspondiente al último año formativo, pero con algunas diferencias en cuanto a los criterios de valoración y formas de proceder. En este caso, el Comité de Evaluación propone a la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) la calificación final del periodo de formación previo informe de la Comisión Asesora. Como se ha comentado anteriormente, si esta es positiva, la CNE propone al Ministerio la expedición del título de especialista y la calificación final se anota en el Libro del Especialista visada por el Presidente de la CN. Si contrariamente esta es negativa, el interesado podrá realizar una prueba ante la CNE y si no la supera, tendrá

como última convocatoria una prueba extraordinaria que le otorgaría la calificación definitiva.

Este sistema de evaluación que se empezó a aplicar desde el año 96 no acaba de funcionar, puesto que como cualquier cambio de sistema necesita tiempo. La tan esperada evaluación continuada no se realiza con el rigor requerido y son muchos los tutores y residentes que han denunciado, en varios foros, situaciones como las siguientes: residentes que se autocalifican en las rotaciones hospitalarias, criterios poco homogéneos entre especialidades, poca objetividad, arbitrariedad de la evaluación, UD con un 80% de excelentes...

No obstante, en el marco de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se sigue trabajando para mejorar los sistemas de evaluación con elementos de carácter formativo.

2.6 Acreditación y reacreditación de tutores y centros.

Los requisitos generales de acreditación a los que se refiere el artículo 26 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, son un instrumento necesario para garantizar la calidad de la formación en todo el sistema sanitario y la existencia en el mismo de unas estructuras formativas uniformes y adecuadas a la evolución de los conocimientos científicos y tecnológicos y a las necesidades que demanda nuestra sociedad, existiendo una estrecha relación entre las características de las instituciones donde se imparte la docencia y el nivel de formación adquirido por los residentes.

Por acreditación se entiende el reconocimiento profesional y público de que los servicios que se ofrecen en una determinada institución son de calidad. La acreditación docente se refiere al reconocimiento de la capacidad para la enseñanza, que en el caso de las instituciones sanitarias se debe asociar a una alta calidad asistencial. El verdadero objetivo del proceso de acreditación de centros y tutores es conseguir la mejor formación posible de los residentes mediante la selección de los centros y tutores más adecuados.

Y la reacreditación únicamente significa el reconocimiento de que la capacitación se mantiene a lo largo del tiempo en los niveles considerados adecuados.

De estos temas relacionados con las actividades docentes y de acreditación y evaluación de centros y tutores se ocupa la *Comisión de Evaluación y Acreditación* a propuesta de la Comisión Asesora (que será informada posteriormente) o del Coordinador de la UD. Dicha Comisión se reunirá un mínimo de dos veces al año y estará formada por el Coordinador de la UD, los coordinadores de los centros de salud docentes y un representante de los técnicos de salud.

Acreditación y reacreditación de Centros

Los nuevos criterios de acreditación para las Unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, aprobados en mayo de 2005 por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y con una fecha de tres años para su cumplimiento por todas las Unidades acreditadas con anterioridad a mayo de 2005, deberán adaptarse a estos criterios de docencia.

De los Centros de Salud se valorarán las siguientes áreas:

- Edificio y equipamientos generales: consultas, espacios disponibles, equipamientos específicos y equipamiento docente.
- Personal: órganos de gobierno, composición del equipo de AP, relación de médicos general/familia, enfermería y personal auxiliar, calificación de los médicos generales/familia.
- Datos asistenciales: relativos a la asistencia de pacientes y actividades del personal de enfermería.
- Sistemas de registro: archivo de Historias Clínicas de AP (HCAP) y otros sistemas de registros y Control de Calidad.
- Actividad asistencial planificada: programas de salud y protocolos.
- Docencia e investigación.
- Biblioteca básica.

De los centros hospitalarios colaboradores se valorarán los siguientes requisitos:

- Área física.
- Recursos humanos: existencia de un tutor hospitalario y de tutores en los diferentes servicios de rotación.
- Requisitos específicos del Centro para el desarrollo de la especialidad: Medicina Interna y Especialidades Médicas con inclusión de Dermatología y Reumatología, Pediatría, Obstetricia y Ginecología; Cirugía, Traumatología, O.R.L., Oftalmología, Urgencias de Medicina Interna, Pediatría, /Ginecología, Cirugía y Traumatología y Unidad de Salud Mental.
- Actividad asistencial: marcada en el programa docente de la especialidad.
- Actividad docente: existencia de sesiones y actividades docentes en cada área de rotación accesible a los residentes.

Acreditación y reacreditación de tutores

Por su parte, la acreditación de tutores es el proceso de aplicación de las normas y criterios de una Unidad Docente a un médico de familia que solicita ser tutor por primera vez. De la misma manera, la reacreditación es el proceso de aplicación de las normas de reacreditación de una Unidad Docente a un médico de familia que ha sido acreditado anteriormente. Por tanto, los criterios de acreditación y reacreditación definen el nivel básico o mínimo de méritos curriculares necesarios para acceder o mantener el nombramiento del tutor de Medicina de Familia⁷⁴.

Tanto en Medicina Familiar como en el resto de especialidades, no existen unos criterios homogéneos de acreditación de tutores para la docencia, sino una serie de recomendaciones. Tras las reflexiones de varios grupos de trabajo, se ha llegado a la conclusión de que son las unidades y centros docentes los que deben establecer los criterios de acreditación de sus tutores, criterios entre los que se encuentran la excelencia profesional, la estabilidad en la plaza (aunque sea variable, debe coincidir al menos con el tiempo que va a durar la formación del residente), la competencia, la organización y la experiencia en investigación.

⁷⁴ Casado, V. et al (2005): Acreditación y reacreditación de tutores de Medicina Familiar y Comunitaria. En Martínez, J.A. (Coord.): *El tutor de Medicina de Familia*. Documentos de opinión para Atención Primaria. Semergen.

En este mismo sentido, en el nuevo programa de la especialidad se recoge que:

“Las Comisiones Asesoras preverán (...) procedimientos de acreditación y reacreditación de tutores con vistas a definir su perfil básico y el mantenimiento de su competencia a cuyos efectos se tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:

- Realización de un proyecto docente (metodología de la evaluación, tutorización,...) que será evaluado por la Comisión Asesora.
- Experiencia profesional mínima de un año como médico de familia en el correspondiente centro de salud.
- Realización de actividades de formación continuada especialmente las relacionadas con la capacitación docente y con los contenidos del programa formativo.
- Realización de actividades de investigación y de participación actividades de mejora de la calidad.”

En cuanto al proceso de acreditación señalar que se encuentra perfectamente definido: el facultativo, por voluntad propia, rellena una solicitud que le ha proporcionado el centro de salud; el coordinador del centro supervisa este documento, y su veredicto, junto a un informe de evaluación que llevan a cabo compañeros de plantilla del posible tutor, es llevado a la Comisión Asesora de la Unidad Docente en la que figuran el coordinador de dicha unidad y un representante de cada centro de salud docente. Una vez dado el visto bueno, el gerente del área de Atención Primaria realiza el nombramiento oficial.

Por tanto, la acreditación de tutores y centros es un tema en constante debate. Coincidimos con varios expertos^{75 76} cuando afirman que si las comisiones de acreditación docente aplicasen criterios estrictos de selección, serían muy pocos los centros y los tutores preparados para impartir docencia. Por ello, deben tomarse medidas que favorezcan el cumplimiento de las condiciones mínimas exigibles. Si bien la acreditación y reacreditación docentes se llevan a cabo en nuestro país desde hace varios años, la desigual implantación de los criterios entre las diferentes Unidades docentes y los requisitos para alcanzar la capacidad docente han posibilitado diferentes realidades asistenciales en nuestro país. Los criterios actuales de acreditación deberían cambiar y ser sustituidos por otros más cualitativos.

⁷⁵ Del Río Madrazo, J.A. (2006): Docencia en Atención Primaria (2ª postgrado). *Tribuna Docente on-line*; 8(6): 1-26.

Martín, A. (2003): Acreditación y reconocimiento de los tutores. Incentivación de la acción tutorial. *Educación Médica*; 6:7-8.

⁷⁶ Gómez, T (2002): Acreditación y reacreditación de tutores de MFyC en España. *Atención Primaria*; 29:164-6.

BLOQUE I: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 4. LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA DEL MÉDICO DE FAMILIA EN MURCIA

1. Recorrido histórico: La Unidad Docente Provincial de MFyC de Murcia

2. Las Unidades Docentes de MFyC de la Región de Murcia
 1. La Unidad Docente de MFyC de la GAP¹ de Murcia
 2. La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Cartagena
 3. La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Lorca

3. La coordinación y planificación regional en la formación del residente de MFyC

NOTA ACLARATORIA

La redacción del capítulo que sigue a continuación ha sido posible gracias a la colaboración prestada por la dirección de las tres Unidades Docentes de MFyC de la Región de Murcia (Cartagena, Lorca y Murcia). En todo momento, tanto Coordinadores como Técnicos de Salud mostraron su predisposición más favorable y facilitaron toda la información y documentación disponibles para construir el contenido de este apartado. Documentación como las últimas memorias anuales de sus UUDD, algunas de las actas de sus Comisiones Asesoras, los datos actualizados de su redes docente,...

Del mismo modo, he de hacer una mención especial al trabajo de tesis doctoral² realizado por el Dr. Francisco Molina Durán gracias al cual he podido conocer los orígenes y el desarrollo histórico seguido por la Unidad Docente Provincial de MFyC de Murcia.

¹ GAP: Gerencia de Atención Primaria

² Molina, F. *Análisis del proceso de aprendizaje de los residentes de primer año de Medicina de Familia en el Centro de Salud*. Salvador Martínez y Nuria Illán (dir.). Tesis doctoral. Universidad de Murcia. 1999.

1. LA UNIDAD DOCENTE PROVINCIAL DE MFYC DE MURCIA

En Murcia, la formación de especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria se inició en Junio de 1979 coincidiendo con la primera promoción de médicos residentes de la especialidad en toda España. Concretamente dicha formación comenzó en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia y lo hizo con un total de 17 médicos residentes. Unos comienzos difíciles marcados por la inexistencia tanto de una estructura docente específica para este tipo de formación como de una persona responsable del programa docente de la especialidad.

En los primeros años de andadura se planteó la necesidad urgente de crear una estructura, aún a costa de su provisionalidad, para dar salida a la formación del tercer año de las primeras promociones de residentes. Como respuesta a esta situación, el 25 de Abril de 1981, un mes antes de iniciarse el tercer año de formación de la primera promoción de médicos residentes, la Dirección General del Insalud remitió una Circular a todas las Direcciones Provinciales que regulaba la normativa general en este sentido.

Gracias a esta disposición, en Mayo de 1981, la Comisión de Docencia del Hospital Virgen de la Arrixaca, a propuesta de los médicos residentes, aprobó la creación de dos Unidades Docentes Extrahospitalarias dependientes del Hospital y ubicadas en los consultorios de Algezares y del Cabezo de Torres. Constituyendo éstas las primeras rotaciones por Atención Primaria de las primeras promociones de residentes de MFyC de la Región.

En el año 1983, el Dr. Ángel Rodríguez García solicitó la acreditación docente en MFyC para el Hospital Sta. M^a del Rosell de Cartagena. Dicha acreditación fue concedida y se inició inmediatamente la formación en este hospital con la incorporación de dos residentes de primer año. Convirtiéndose, de este modo, el Dr. Rodríguez García en el primer tutor hospitalario de los médicos residentes de Medicina de Familia de la Región. En el Hospital Virgen de la Arrixaca la aparición de esta figura de tutor hospitalario, que recayó en la persona de Dr. Víctor Pérez, se retrasó porque inicialmente las funciones de Coordinación Provincial del Programa MIR de Medicina de Familia fueron asumidas por el Presidente de la Comisión de Docencia del Hospital, el Dr. Ricardo Candel Parra, Jefe del Servicio de Hematología.

En 1986, la Dirección Provincial del Insalud concedió la acreditación docente a los centros de salud de: Cartagena Casco (Cartagena), Molina de Segura y Barrio del Carmen (Murcia). A mediados de 1986 los primeros residentes de tercer año de Medicina de Familia provenientes del Hospital Santa María del Rosell rotarían por el Centro de Salud de Cartagena - Casco y los residentes de la séptima promoción de MFyC del Hospital Virgen de la Arrixaca lo harían por los Centros de Salud de Molina de Segura y de Barrio del Carmen. Ese año, la Unidad Docente de MFyC contaba ya con 40 residentes distribuidos en dos hospitales y en tres centros de salud y con 17 tutores de Atención Primaria.

HOSPITAL	CENTRO DE SALUD	R1	R2	R3	T
SANTA M ^a DEL ROSELL (Cartagena)	CARTAGENA CASCO	4	2	2	8
VIRGEN DE LA ARRIXACA (Murcia)	BARRIO DEL CARMEN MOLINA DE SEGURA	6	11	15	32
TOTAL		10	13	17	40

Tabla 1³: Relación de residentes de Medicina de Familia en los Centros de Salud y Hospitales docentes.1986.

Por tanto, la situación en la que se encontraba la formación de los residentes en Medicina de Familia en Murcia al inicio de 1987 se caracterizaba por: la existencia de dos hospitales y de tres centros de salud acreditados para la docencia de MFyC; la inexistencia de un Coordinador Provincial de la Unidad Docente; la falta de un espacio e infraestructura específica y propia; la carencia de cualquier tipo de material didáctico o de apoyo y de biblioteca y la inexistencia de una programación de la actividad docente y de un sistema de evaluación específico de la residencia.

³ Fuente: Molina, F. *Análisis del proceso de aprendizaje de los residentes de primer año de Medicina de Familia en el Centro de Salud*. Salvador Martínez y Nuria Illán (dir.). Tesis doctoral. Universidad de Murcia. 1999.

El 31 de Mayo de 1987, el Director provincial del Insalud nombró al Dr. Juan Antonio Sánchez Sánchez primer Coordinador Provincial de la Unidad Docente de MFyC de Murcia. Hasta ese momento el Dr. Sánchez había sido Médico de Familia del Centro de Salud del Barrio del Carmen (Murcia) y en el año que desempeñó dicho cargo alcanzó los siguientes resultados:

- La contratación de un Técnico de Salud Pública y Medicina Comunitaria para la Unidad Docente Provincial, concretamente el Dr. Francisco Molina Durán.
- El mantenimiento y la ampliación de los centros de salud docentes. Además de los centros acreditados en 1986, en ese mismo año se solicitó y concedió la acreditación de los siguientes: Santa María de Gracia (Murcia), Cartagena San Antón (Cartagena), Torre Pacheco y Cieza. Se elaboró y estableció un mecanismo de solicitud de la acreditación de Centros de Salud para la Unidad Docente.
- La acreditación docente de nuevos tutores de Atención Primaria (en torno a 16).
- Establecimiento de la programación docente en las áreas temáticas de Salud Pública y Medicina Comunitaria de la Unidad Docente y rotación por los distintos ámbitos de Atención Primaria.
- Elaboración del sistema de evaluación de la Unidad Docente con una orientación formativa.
- Apoyo administrativo para la gestión del presupuesto de la Unidad Docente.
- Creación de la Biblioteca de la Unidad Docente.
- Constitución de la primera Comisión Asesora y elaboración de normas de funcionamiento y funciones. La composición esta primera Comisión Asesora se describe en la tabla siguiente:

REPRESENTACIÓN	NOMBRE
Tutor hospitalario del Hospital Santa María del Rosell	Angel Rodríguez García
Responsable de docencia del Centro de salud de Cartagena Casco	Carlos Sánchez Rojas de la Heras
Representante de residentes extrahospitalarios de Cartagena	María Dolores García Nadal
Representante de residentes hospitalarios de Cartagena	José Vicente Herrero Ballester
Tutor hospitalario del Hospital Virgen de al Arrixaca	Joaquín García Estaño
Responsable de Docencia del Centro de Salud de Molina de Segura	José Javier Herranz
Responsable de Docencia del Centro de Salud del Barrio del Carmen	Eduardo Albaladejo Monreal
Representante de residentes extrahospitalarios de Murcia	Mario Soler Torroja
Representante hospitalario de residentes de Murcia	Roger Soto Calpe
Representante del personal de enfermería de la Unidad Docente	Juana Pérez Pujalte
Técnico de Salud Pública	Francisco Molina Durán
Coordinador Provincial	Juan Antonio Sánchez Sánchez

Tabla 2⁴: Composición de la primera Comisión Asesora de la Unidad Docente Provincial de MFyC de Murcia. 1987.

A este primer periodo de claro progreso, le siguió una importante crisis relacionada con la falta de compromiso de la Dirección Provincial en la dotación de recursos y de apoyo a la estructura de la Unidad Docente y que provocaría la dimisión en febrero de 1988 del Coordinador.

Para que se produjera el nombramiento de un nuevo coordinador hubo que esperar hasta junio de ese mismo año, siendo nombrado el hasta entonces Técnico de Salud de la Unidad, el Dr. Francisco Molina Durán. Unos meses después se seleccionó mediante concurso a dos nuevos Técnicos de Salud. Se trataba de la Dra. Concepción Violan Fors y del Dr. Francisco Quiles Serrano.

⁴ Fuente: Molina, F. *Análisis del proceso de aprendizaje de los residentes de primer año de Medicina de Familia en el Centro de Salud*. Salvador Martínez y Nuria Illán (dir.). Tesis doctoral. Universidad de Murcia. 1999.

A partir de este momento se produjeron importantes avances: se asignó una administrativa para hacer las funciones de secretaria de la Unidad Docente; se consiguió un espacio propio para la Unidad Docente, con biblioteca y aula; se dotó a los centros de salud de material didáctico y se creó un comité de investigación.

A comienzos del año 1990, la Dra. Concepción Violan Fors, hasta ese momento Técnica de Salud de la Unidad Docente, pasaría a dirigir la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, favoreciendo la contratación de tres nuevos Técnicos de Salud Pública, conjuntamente con la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Hablamos de la Dra. María Teresa Martínez Ros, del Dr. Roger Soto Calpe y del Dr. Francisco Belda Marruenda. Éste último, un año más tarde, sería sustituido por la Dra. Fuensanta Sánchez Sánchez.

En 1990, después de haber sido acreditados en diciembre de 1987, se incorporaría la primera promoción de residentes a los Centros de Salud de Santa María de Gracia (provenientes del Hospital Virgen de la Arrixaca) y de Torre Pacheco (provenientes del Hospital Santa María del Rosell). Los primeros responsables de docencia de los mismos fueron el Dr. Jerónimo Rueda Salmerón y la Dra. Magdalena Gascón García, respectivamente.

En 1992 se acreditaron cuatro nuevos centros de salud para la docencia postgrado de la especialidad de MFyC: Santomera (Responsable de Docencia, Juan Carlos Girona Gálvez), San Javier (responsable de docencia, Jesús García Cuadrado), Alcantarilla (responsable de docencia, Manuel Sarmiento Gallego) y Lorca Centro (responsable de Docencia, Francisco Valero Delgado). Así mismo, se ampliaron los Hospitales Docentes para la especialidad de Medicina de Familia: el Hospital de los Arcos (Santiago de la Ribera- San Javier) y el Hospital Rafael Méndez de Lorca, siendo los primeros tutores hospitalarios los Doctores Pedro Paricio y Juan Antonio Gil Melgarejo, respectivamente.

En 1994 la Unidad Docente de Medicina de Familia había crecido muchísimo (82 residentes), teniendo un ámbito de actuación provincial con numerosos Centros de Salud y Hospitales acreditados para la formación de la especialidad de Medicina de Familia, tal como se describe en la siguiente tabla:

HOSPITAL	CENTRO DE SALUD	R1	R2	R3
VIRGEN DE LA ARRIXACA	BARRIO DEL CARMEN	7	4	4
	MOLINA DE SEGURA	1	3	3
	S. MARIA DE GRACIA	3	3	4
	ALCANTARILLA	3	0	0
	CIEZA	0	0	0
SANTA MARIA DEL ROSELL	TORRE PACHECO	4	4	3
	SAN ANTON-CARTAGENA	3	3	3
	CARTAGENA CASCO	3	2	0
LOS ARCOS	SAN JAVIER	4	4	0
RAFAEL MENDEZ	LORCA CENTRO	4	4	0
HOSPITAL GENERAL	SANTOMERA	4	0	0
		38	27	17
		TOTAL: 82		

Tabla 3⁵: Red docente de la Unidad Docente Provincial de MFyC de Murcia. 1994.

Durante el quinquenio 90-95 se produjeron importantes avances en lo referido a la docencia curricular o contenido docente que podemos sintetizar en: la planificación e inicio del Programa teórico de Salud Pública y Medicina Comunitaria de Salud Pública; la elaboración del Programa Docente de la Rotación por Atención Primaria que incluía los objetivos docentes y la organización de actividades y la aprobación del sistema de evaluación de la Unidad Docente con una orientación formativa , no certificativa.

En el año 1995, la Coordinación de la Unidad Docente pasaría a ubicarse en la Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Y a partir de este momento, tanto el apoyo administrativo como de otros recursos materiales dependían de ésta.

Un año más tarde, en 1996, como respuesta a la aplicación de la Circular 1/1996⁶, se produciría la integración de la Unidad Docente de MFyC en las tres Gerencias de Atención Primaria de la Región: Cartagena, Lorca y Murcia, creándose tres Unidades Docentes diferentes e independientes, una por cada Gerencia.

⁵ Fuente: Molina, F. *Análisis del proceso de aprendizaje de los residentes de primer año de Medicina de Familia en el Centro de Salud*. Salvador Martínez y Nuria Illán (dir.). Tesis doctoral. Universidad de Murcia. 1999.

⁶ Circular 1/1996 de la Dirección General del Insalud, por la que se regulan las Unidades Docentes de la Especialidad de Medicina Familiar en el ámbito del Insalud. Madrid.

Sin embargo, esta desaparición del ámbito provincial de actuación de la UD, supondría para la Región de Murcia un importante incremento de los recursos humanos dedicados a la formación de los residentes de MFyC. En el caso de la Unidad Docente de Lorca con cuatro residentes por promoción (1995), un hospital y un centro de salud le fue proporcionado un Coordinador con el cometido de desarrollar también las funciones propias del Técnico de Salud. Por su parte, la Unidad Docente de Cartagena, con dos hospitales y cuatro centros de salud docentes, consiguió la dotación en plantilla de un Coordinador y de un Técnico de Salud Pública para ocuparse de aproximadamente unos diecisiete residentes por promoción (1995).

UNIDAD DOCENTE	HOSPITAL	CENTRO DE SALUD	NUMERO DE RESIDENTES
CARTAGENA	ROSELL	Cartagena- Casco	37
		Cartagena San Antón	
		Torre Pacheco	
	LOS ARCOS	San Javier	
LORCA	RAFAEL MENDEZ	Lorca Centro	12
MURCIA	ARRIXACA	Alcantarilla	48
		Santa María de Gracia	
		Barrio del Carmen	
		Molina de Segura	
	HOSPITAL GENERAL	Santomera	
		Barrio del Carmen	

Tabla 4⁷: Estructura de la docencia postgrado de medicina de familia de la Región de Murcia en 1995

Entre los años 1995 y 1996, aunque ya se había producido, como acabamos de señalar, la división de la Unidad Docente Provincial de Murcia, existía cierta

⁷ Fuente: Molina, F. *Análisis del proceso de aprendizaje de los residentes de primer año de Medicina de Familia en el Centro de Salud*. Salvador Martínez y Nuria Illán (dir.). Tesis doctoral. Universidad de Murcia. 1999.

dependencia de las Unidades Docentes de Cartagena y Lorca con respecto a la de Murcia.

La estructura de la Coordinación de la Unidad Docente también se vio modificada por el cambio. La Unidad perdió al Técnico de Salud Pública, el Dr. Roger Soto Calpe, que pasó a ser Coordinador de la Unidad Docente de Cartagena.

2. LAS UNIDADES DOCENTES DE MFyC DE LA REGIÓN DE MURCIA

1.1 La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Murcia

Período (1995-2006)

La Unidad Docente de la GAP de Murcia vivió entre los años 1995 y 1996 un importante proceso de reestructuración y adaptación a la nueva situación caracterizada por la pérdida lógica de parte de la red docente (Cartagena y Lorca) que hasta entonces gestionaba.

En esos momentos, los miembros que componían la Unidad Docente eran: el Coordinador, las dos técnicas de salud y la nueva administrativa, Dña. Dolores Flores, que se incluyó en la plantilla de la Unidad.

En el año 1995 se incorporaría a la docencia postgrado de MFyC el Hospital General de Murcia. Un año más tarde, en el 96, obtendrían también la acreditación docente un centro de salud y dos hospitales más: el Centro de Salud de la Ñora (responsable de docencia, Dr. Diego Fuster) y los hospitales de Virgen del Castillo de Yecla (tutor hospitalario, Dr. Ricardo García de León) y Morales Meseguer de Murcia (tutor hospitalario, Dr. José Antonio Serrano Martínez). Dos años más tarde, en 1998, se incorporaría también a la formación de residentes de MFyC, el Centro de Salud de Yecla con la Dra. Alicia Panades como responsable de docencia.

Quedando la red docente compuesta por ocho centros de salud y por cuatro hospitales docentes. Entre los centros se encontraban: Barrio del Carmen (Murcia), Molina de Segura, Cieza, Santa María de Gracia (Murcia), Alcantarilla, Santomera, La Ñora y Yecla. Y entre los hospitales: Virgen de la Arrixaca (Murcia), Morales Meseguer (Murcia), General (Murcia) y Virgen del Castillo de Yecla.

A ello habría que unir también una serie de centros sanitarios docentes colaboradores en la formación del residente de Medicina de Familia. Por un lado, las Unidades de Planificación Familiar de Cieza, de Santa María de Gracia, de Alcantarilla y de Molina de Segura y, por otro, los Centros de Salud Mental de San Andrés, de la Seda, del Altiplano, de Alcantarilla y de Molina.

Tal y como se recoge en la tabla que sigue a continuación el número de residentes era de ochenta y siete adscritos a todos los centros de salud y hospitales de la red docente. Y el número de tutores de Atención Primaria era de cuarenta y seis.

HOSPITAL	CENTRO DE SALUD	R1	R2	R3	TUTORES
VIRGEN DE LA ARRIXACA	BARRIO DEL CARMEN	5	6	6	7
	ALCANTARILLA	3	3	4	4
	LA ÑORA	4	4	0	4
MORALES MESEGUER	MOLINA DE SEGURA	5	5	3	6
	S. M ^a DE GRACIA	5	4	4	5
	CIEZA	4	3	0	6
H.GENERAL	SANTOMERA	4	5	4	6
VIRGEN DEL CASTILLO	YECLA	2	4	0	8
TOTAL		87			46

Tabla 5⁸: Estructura de la Unidad Docente de MFyC de la GAP de Murcia en 1997

⁸ Fuente: Molina, F. *Análisis del proceso de aprendizaje de los residentes de primer año de Medicina de Familia en el Centro de Salud*. Salvador Martínez y Nuria Illán (dir.). Tesis doctoral. Universidad de Murcia. 1999.

Del año 95 al 98 se produjeron importantes avances en el desarrollo de la Unidad Docente de la GAP de Murcia, entre los que se encuentran:

- La potenciación y fortalecimiento de las funciones de la Comisión Asesora (incremento del número de reuniones, aumento de la participación de los residentes,...).
- La creación de un grupo de trabajo para la propuesta del sistema de acreditación y reacreditación de tutores.
- La constitución de la Comisión de Formación Continuada e Investigación de la Gerencia de Atención Primaria.
- La potenciación del sistema de evaluación: composición de comités de evaluación, cumplimentación de las fichas de evaluación, aplicación del Libro del Residente, la valoración del programa teórico y puntuación de evaluación anual.
- La redacción del primer plan de formación de tutores de la Unidad Docente.
- La modificación del Programa Docente de la Unidad.
- La organización de la formación de pregrado de los estudiantes que realizan prácticas en la Gerencia de Atención Primaria.
- La aprobación del logotipo y de un nuevo organigrama de la Unidad Docente de MFyC de la GAP de Murcia.

En 1999 la Unidad Docente continúa creciendo, incorporándose dos nuevos centros de salud a su red docente. En este sentido, el 6 de abril obtenía la acreditación el Centro de Salud de Espinardo y el 28 de julio el de Moratalla. Un año más tarde, concretamente el 5 de abril de 2000, era el turno del Centro de Salud de San Andrés teniendo que esperar cinco años más, para que se produjera la adscripción de algún otro centro a la red docente de la Unidad. Así, el 16 de marzo de 2005, son los Centros de Salud de Vistalegre y de Murcia-Centro los que se sumaban al ya numeroso dispositivo docente de la Unidad Docente de Murcia. Un año después, en el 2006, son acreditados dos hospitales: el Hospital Comarcal Fundación de Cieza y el Hospital General Universitario Reina Sofía.

La Unidad Docente de MFyC de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, lleva más de 25 años, facilitando la formación y la docencia de los médicos residentes de MFyC, siendo de las Unidades Docentes más antiguas de España y figurando entre las de mayor capacidad de formación de residentes.

En la evolución de la Unidad Docente de Murcia, en los últimos años se han producido importantes cambios cualitativos y cuantitativos que han afectado tanto a los profesionales que la integran como a la docencia curricular de los residentes. Estos cambios, que se enmarcan entre los años 2006 y 2007, han tenido que ver principalmente con dos aspectos: por un lado, con el cambio de Coordinador y de las dos Técnicas de Salud de la Unidad y, por el otro, con las variaciones que ha provocado el nuevo Programa de la especialidad como la transformación del periodo formativo de los residentes, que ha pasado de 3 a 4 años.

Todo ello ha llevado a un periodo convulso, muy complicado, con gran ajuste de voluntades, pero muy creativo, abriendo la Unidad Docente a numerosos colaboradores externos que le ayudaran a intentar que el cambio interno afecte lo menos posible a la formación y expectativas de los residentes. Y todo ello, sin obviar la necesidad de integrarse en los nuevos proyectos que le han ido llegando desde la Comisión Nacional de la Especialidad.

Personal de la Unidad Docente

Los recursos humanos actuales de la Unidad Docente son:

- 1 Coordinador de la Unidad Docente:
Dr. Antonio Martínez Pastor, responsable de la dirección, planificación y organización de la Unidad Docente, realizando funciones también de docencia e investigación y de dirección y coordinación de las actividades docentes de los tutores de Atención Primaria.
- 2 Técnicos de Salud:
Dr^a. Esther Rubio Gil, (cubre la vacante que ha dejado la Dr^a Susana Blanco) con una experiencia de 6 meses en la Unidad y responsable en el apartado docente de los Centros de Salud docentes que tienen como Hospital de referencia el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Dr. D. José Saura Llamas, incorporado a la Unidad Docente, en octubre de 2007.

- 2 Administrativas:

D^a. Dolores Flores Fernández, secretaria de la Unidad Docente y encargada de todos los temas organizativos y formativos de los residentes.

D^a. Pilar Muñoz López, responsable de la Biblioteca de la Unidad Docente y toda la parte administrativa que generan los cursos de Formación Continuada.

Recursos e Infraestructura

Los recursos estructurales son los siguientes:

- Tres despachos, equipados con ordenador personal e impresora con entrada en internet y red interna.
- Una biblioteca, con la coordinación y supervisión de la Auxiliar Administrativa de la Unidad Docente. Dispone de red informática y acceso a Internet (4 ordenadores). La biblioteca es un recurso común para toda la Gerencia de AP y está suscrita a las principales publicaciones científicas de interés para la Atención Primaria.
- Un Salón de Actos, compartido con el resto de la Gerencia de AP con otros actos como Consejos de Gestión, reuniones diversas con profesionales de la Gerencia, actos institucionales, etc.
- Una sala de usos múltiples, de escasa capacidad, que se utiliza de forma compartida por todo el personal adscrito a esta Gerencia.

Desde la dirección de la Coordinación de la UD se viene demandando un aula docente más con una capacidad de 40 a 50 personas, para poder impartir las actividades de formación previstas en el Plan de formación Continuada, ya que actualmente en muchas ocasiones se ven obligados a utilizar recursos “no propios”, como las aulas docentes del Hospital General Universitario Reina Sofía o las de “Salud Mental”, no encontrando siempre la disponibilidad requerida.

Órganos de participación

La Unidad Docente articula sus actividades mediante dos comisiones, una de ellas destinada a aspectos de Formación Continuada e Investigación para todos los profesionales del Área y que es la denominada: Comisión de Formación e Investigación, y otra de ellas orientada a tratar todos aquellos aspectos relacionados de la formación postgrado en MFyC y que es la Comisión Asesora.

- Comisión de Formación Continuada e Investigación:

Órgano en el que se abordan temas relacionados fundamentalmente con la formación y la investigación de los profesionales; es la encargada de diseñar las líneas y actividades formativas que se van a seguir durante cada año.

- Comisión Asesora:

Como ya apuntamos en el capítulo anterior (3) se trata de un órgano consultivo y normativo, por el cual tienen que pasar todas las decisiones que afecten en cualquier punto a la formación de los residentes (acreditaciones, documentos, programas formativos...), con unos estatutos de funcionamiento propios y que debe reunirse un mínimo de veces al año. En este caso se han realizado cinco reuniones durante 2007. En la tabla que sigue a continuación aparecen todos los miembros (43) que la componen actualmente:

MIEMBROS
Coordinador de la Unidad Docente
Técnica de Salud Pública de la Unidad Docente
Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente
Secretaria de la Unidad Docente
Tutor hospitalario del Hospital Virgen de la Arrixaca
Tutora hospitalaria del Hospital Virgen del Castillo
Tutor hospitalario del Hospital Comarcal del Noroeste

Tutora hospitalaria del Hospital Morales Meseguer
Tutora hospitalaria del Hospital Morales Meseguer
Tutora hospitalaria de la Fundación Hospital Cieza
Tutor hospitalario del Hospital Reina Sofía
Tutor hospitalario del Hospital Reina Sofía
Responsable de Docencia del Centro de Salud de Molina
Responsable de Docencia del CS Barrio del Carmen
Responsable de Docencia del CS de Santomera
Responsable de Docencia del CS de San Andrés
Responsable de Docencia del CS de La Ñora
Responsable de Docencia del CS de Yecla
Responsable de Docencia del CS de Cieza
Responsable de Docencia del CS de Espinardo
Responsable de Docencia del CS de Alcantarilla-Sangonera
Responsable de Docencia del CS de Moratalla
Responsable de Docencia del CS de Santa M ^a de Gracia
Responsable de Docencia del CS Murcia-Centro
Responsable de Docencia del CS de Vistalegre
Responsable de Docencia del CS de Vistabella
Responsable de Docencia del CS de Ceutí
Responsable de Docencia del CS de El Palmar
Representante del CS de Calasparra
Representante de R3 H. Morales Meseguer-Molina

Representante de R3 H. Virgen del Castillo-Yecla
Representante de R2 H. Arrixaca-San Andrés
Representante de R2 H. Morales Meseguer-Espinardo
Representante de R1 H. Reina Sofía-Vistabella
Representante de R1 H. Arrixaca-San Andrés
Representante de R1. Morales Mesegur-Murcia-Centro
Representante de la Consejería de Sanidad de la CAR Murcia
Representante de la Sociedad Científica SMUMFYC
Representante de la Sociedad Científica SEMERGEN
Representante de enfermería Centro de Salud de Molina
Coordinadora de la Unidad Docente de Medicina del Trabajo
Representante del 061
Representante de los SUAP-Alhama

Capacidad docente

- Centros de Salud Docentes:

La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Murcia, cuenta actualmente con una red de 16 centros de salud acreditados como docentes. En cada uno de ellos existe un responsable docente que servirá de enlace entre los tutores del Centro y la UD. Los últimos tres centros que han obtenido la acreditación por la Comisión Nacional de la Especialidad lo han hecho durante el año 2007 y son los Centros de Salud de Ceutí, El Palmar y Vistabella. A continuación se expone la relación completa de los centros de salud docentes:

- Barrio del Carmen
- Molina “Profesor Jesús Marín”
- Santa M^a de Gracia

- Cieza
 - Alcantarilla–Sangonera
 - Santomera
 - La Ñora
 - Yecla
 - Espinardo
 - Moratalla
 - Murcia-San Andrés
 - Murcia-Centro
 - Vistalegre
 - Ceutí
 - El Palmar
 - Vistabella
-
- Tutores:

El incremento con respecto al número de tutores ha sido progresivo y constante pasando de los aproximadamente 60 en el año 2002 a los 78 en 2006 hasta alcanzar en este último año 2007 la cifra de 85 tutores. Y con una tendencia a la incorporación progresiva de mayor número de tutores hasta llegar al número óptimo que se estima en unos 100 tutores.
-
- Residentes:

Actualmente se están formando 91 residentes, pertenecientes a las promociones 2005/2009 (30), 2006/2010 (30) y 2007/2011 (31). A finales de mayo finalizaba la formación de los 30 residentes pertenecientes a la última promoción (2004/2007) del antiguo programa formativo de tres años. Precisamente, ésta última junto con la de 2006/2010 constituye la población objeto de nuestro estudio.
-
- Hospitales Docentes:

La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Murcia, cuenta actualmente con una red de 5 centros hospitalarios acreditados como docentes. En cada uno de ellos existe una o dos figuras de enlace, que son los tutores hospitalarios, contando en la actualidad con un total de 8 tutores (1 del Hospital Virgen de la

Arrixaca, 2 del H. Morales Meseguer, 2 del H. Reina Sofía, 1 del H. Comarcal del Noroeste, 1 del H. Virgen del Castillo y 1 del H. Fundación de Cieza). Durante los ejercicios 2006/2007, se han ampliado las plazas ofertadas por año de 34 a 48 por la incorporación de dos nuevos hospitales (Reina Sofía y Cieza):

- H. Virgen de la Arrixaca (Capacidad para 11 residentes de MFyC).
 - H. Morales Meseguer (14 residentes)
 - H. Comarcal del Noroeste de Caravaca (5)
 - H. Comarcal Virgen del Castillo de Yecla (4)
 - H. Comarcal Fundación de Cieza (4)
 - H. Reina Sofía (10)
-
- Otras entidades colaboradoras docentes:
 - Centros o consultorios rurales: Centros de salud de Abanilla, Pinoso, Fortuna y Ceutí. Consultorios de Cobatillas y El Esparragal (Monteagudo) y Valentín (Calasparra).
 - Centros de Salud Mental: La Seda–San Andrés, Caravaca, Yecla, Alcantarilla, Molina–Antonio García.
 - Unidades Ginecológicas de Apoyo: St^a M^a de Gracia, Alcantarilla y B^o del Carmen.
 - Centros de atención a consultas adictivas: Centros de Drogodependencias de Murcia y Cieza, Unidad de Deshabitación Tabáquica del Ayuntamiento de Murcia y centro de atención a Conductas Adictivas del H. Reina Sofía.
 - Equipos de Urgencias de A. Primaria (SUAP): Santomera, Alhama, Molina de Segura, Archena, Cieza, Mu-San Andrés, Algezares, Cehegín, Abarán y Jumilla.
 - Unidad de Atención a la Familia de Alicante.
 - Gerencia del 061.

Organigrama de la Unidad Docente

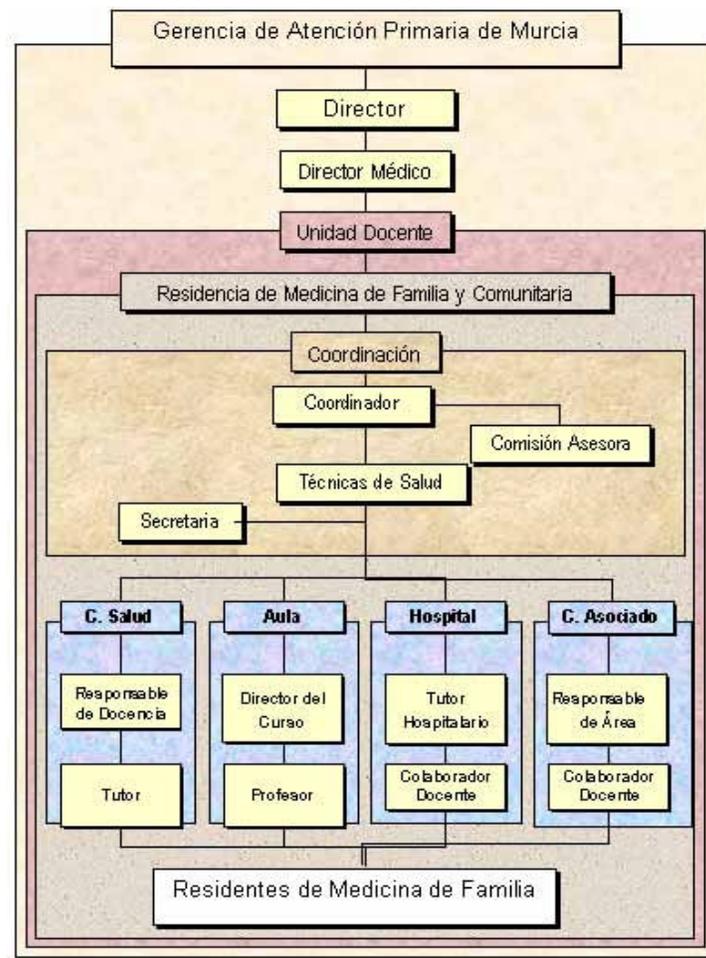


Figura 6^o: Organización de la Unidad Docente de la GAP de Murcia

Programa práctico y cronograma formativo

- Rotaciones y guardias:

El programa de rotaciones en el Centro de Salud, en los dispositivos hospitalarios y extrahospitalarios ha sufrido modificaciones sustanciales, debido a la ampliación de tres a cuatro años de formación, así como por el cambio en el Programa Oficial de la Especialidad. Cada área de influencia hospitalaria presenta unas peculiaridades propias de los servicios ofertados en cada hospital, pero en el cronograma adjunto aparecen las rotaciones comunes a todos, aunque puedan variar los tiempos de estancias en cada servicio.

⁹ Fuente: Web Murcia Salud <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=42679&idsec=94>

- Primer año de residencia (R1):
 1. Atención Primaria (6 meses)
 2. Vacaciones (1 mes)
 3. Medicina Interna (4 meses)
 4. Urgencias (1mes)

- Segundo año de residencia (R2):
 1. Cardiología (1 mes)
 2. Elegir entre: Digestivo, Neumología, Unidad de Infecciosas,...
 3. Neurología (1mes)
 4. Vacaciones (1 mes)
 5. Endocrino (1 mes)
 6. Reumatología (1 mes)
 7. Salud mental (2 meses)
 8. Atención Primaria (3 meses)

- Tercer año de residencia (R3):
 1. Otorrinolaringología (1 mes)
 2. Oftalmología (1 mes)
 3. Dermatología (1 mes)
 4. Ginecología (2 meses)
 5. Vacaciones (1 mes)
 6. Drogodependencias (1mes)
 7. Trauma / Rehabilitación (1 mes)
 8. Estancias electivas (2 meses)
 9. Pediatría (2 meses)

- Cuarto año de residencia (R4):
 1. Atención Primaria (11 meses)
 2. Vacaciones (1 mes)

Programa teórico

El programa formativo del residente de MFyC contempla además una parte teórica obligatoria consistente en una serie de actividades formativas organizadas desde la Unidad Docente. Estas actividades se imparten a lo largo de los cuatro años de duración de la residencia, siempre teniendo en cuenta las necesidades formativas y de desarrollo del MIR. En el año 2007 se han impartido en la UD de Murcia, contemplando todas las promociones, un total de 280 horas de formación.

Comisiones y Grupos de Trabajo

Uno de los objetivos de la Unidad Docente de Murcia ha sido la participación del mayor número posible de profesionales de su red docente, para la cual existen varios grupos de trabajo diferentes que recogen la experiencia y el conocimiento de dichos profesionales.

- Comisión de Acreditación–Reacreditación de Tutores: Desde inicios de los 90, en esta Unidad existe un procedimiento de acreditación de tutores no formalizado, que cristalizó en un verdadero procedimiento de acreditación y reacreditación de tutores en funcionamiento desde 1999, modificado según las nuevas directrices que marcaba la Comisión Nacional de Especialidades, siendo aprobado en Comisión Asesora el nuevo texto, a fecha 1-12-2004. Actualmente es el documento que está en vigor a espera de que se resuelva un nuevo documento trabajado por la Comisión de Acreditación-Reacreditación de tutores.
- Comisión Clínica de Atención a la Familia: Encargada de la formación en Comunicación y Familia para toda la red asistencial de Atención Primaria, incluidos los residentes.
- Grupo de trabajo del Portafolio: Creado en noviembre del 2006, con el objetivo de implantar en la Unidad el proyecto piloto del portafolio como herramienta de evaluación formativa del futuro médico de familia.
- Grupo de Investigación: Encargado de la realización de la línea de formación “Metodología de la Investigación” para residentes.

- Taller de Investigación: Creado en diciembre del 2006, como ayuda-asesoría en formación y en realización de labor investigadora, ofertada a toda la red de profesionales de la GAP de Murcia.

Otras actividades de la Unidad

- Colaboración en la realización de las prácticas de pregrado. Facilitando rotaciones de alumnos en prácticas de pregrado y de formación secundaria de la Universidad y Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Murcia.
- Participación en distintos foros relacionados con la formación, docencia e investigación (Comisiones de Docencia y de Investigación de los Hospitales docentes; encuentros y jornadas organizadas por diversas instituciones (SMUMFyC¹⁰, AREDA¹¹, CNE de MFyC, etc.)
- Entrevistas semiestructuradas individuales y encuestas anónimas de opinión a los residentes de las promociones 2006 y 2007 para valorar desde su punto de vista los cambios de periodos, tiempos y rotaciones que ha sufrido la residencia de MFyC con el nuevo programa.
- Proceso de reacreditación de la Unidad Docente: Preparación de toda la documentación y de los formularios de reacreditación de todos los dispositivos docentes con los que Unidad Docente cuenta en la actualidad, para proceder a su validación por parte de la Comisión Nacional de la Especialidad antes de junio de 2008.

¹⁰ SMUMFyC: Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria.

¹¹ AREDA: Asociación de Redes Docentes y Asesoras del Estado Español.

1.2 La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Cartagena

Período (1995-2006)

El 23 de abril de 1996 es la fecha en que se crea la UD de MFyC de Cartagena dependiente de la Dirección Médica de la GAP de Cartagena, y por iniciativa de ésta, según la normativa legal vigente que regula las Comisiones de Docencia y los sistemas de acreditación.

La recién creada Unidad Docente de Cartagena, con dos hospitales y cuatro centros de salud docentes, consiguió la dotación en plantilla de un Coordinador y de un Técnico de Salud Pública para ocuparse de aproximadamente unos diecisiete residentes por promoción (1995). Entre los centros se encontraban: Cartagena Caso Antiguo, San Antón, Torre Pacheco y San Javier. Y entre los hospitales: Santa M^a del Rosell y Los Arcos.

Como se ha señalado anteriormente, el primer Coordinador de la Unidad Docente de Cartagena fue el Dr. Roger Soto Calpe, hasta entonces Técnico de Salud de la Unidad Docente Provincial de Murcia.

En este intervalo de transición (1995-1997) se incorporarían a la docencia tres nuevos centros de salud en el Área II de Cartagena: en 1995 el Centro de Salud de la Unión (cuyo primer responsable docente fue el Dr. Sánchez Pinilla, en 1996 el Centro de Salud del Barrio Peral y en 1997 el Centro de Salud Virgen de la Caridad (Cartagena Oeste).

Teniendo que esperar después varios años, para que se produjera la acreditación docente de nuevos centros. Concretamente fueron 3 los que, en el año 2005, pasarían a formar parte de la red docente de Cartagena: el Centro de Salud Virgen de la Caridad (Cartagena Oeste), el CS de Los Alcázares y el CS de Los Barreros.

Concepto y funciones:

Las funciones de la Unidad Docente de la GAP de Cartagena se pueden agrupar, genéricamente, en cinco grandes áreas de responsabilidad:

1. Programa MIR de Medicina de Familia: Formación del médico en especialista en MFyC durante su período de residencia.
2. Formación Continuada para los profesionales de Atención Primaria del Área de Salud de Cartagena. Regulada a través de la Comisión de Formación Continuada e Investigación de la Gerencia.
3. Investigación: Elaboración, asesoramiento y desarrollo de Actividades de Investigación en el Área de Salud.
4. Prácticas de pregrado: Facilitando las rotaciones en prácticas de los estudiantes de pregrado (Medicina, Enfermería, Odontología, Fisioterapia, Pedagogía y Trabajo Social) en Centros con cobertura legal y garantía docente.
5. Biblioteca: Organización, gestión y asesoramiento bibliográfico.

Personal de la Unidad Docente

Los recursos humanos actuales de la Unidad Docente son:

- 1 Coordinador de la Unidad Docente:
Dr. Julio Fontcuberta Martínez
- 2 Técnicos de Salud:
Dr^a. Ruth Liliana Manrique Medina
Dr. Alfonso Miguel Muñoz Ureña
- 1 Enfermero:
D. Francisco Pérez Aguilar
- 1 Secretaria:
Dña. Ana M^a Donaire Hernández

Recursos e Infraestructura

Los recursos estructurales son los siguientes:

- Cuatro despachos, equipados con ordenador personal e impresora con entrada en internet y red interna.
- Un Aula Docente para la impartición de cursos con una capacidad para 50 personas.
- Un Aula de Informática con 11 puestos con acceso a internet.
- Una biblioteca-hemeroteca, donde se encuentra el material bibliográfico a disposición de los profesionales del Área, con un total de 589 volúmenes. Se mantiene actualizada y se gestiona el uso y préstamo de revistas y libros.

Órganos de participación

La Unidad Docente articula sus actividades mediante dos comisiones, una de ellas destinada a aspectos de Formación Continuada e Investigación para todos los profesionales del Área y que es la denominada: Comisión de Formación e Investigación, y otra de ellas orientada a tratar todos aquellos aspectos relacionados de la formación postgrado en MFyC y que es la Comisión Asesora.

- Comisión de Formación e Investigación:

Constituida por representantes de la Unidad Docente y de los Responsables de Formación de las 20 Zonas Básicas de Salud. Esta Comisión realiza reuniones periódicas (mínimo trimestrales) y en ellas se tratan todos los temas relacionados con Formación Continuada, Docencia e Investigación del Área.

- Comisión Asesora:

Compuesta por el Coordinador de la Unidad Docente, los técnicos de salud, tutores hospitalarios (2), los responsables de docencia del programa MIR de cada Centro de Salud Docente (11), representantes de los médicos internos residentes (4) y un representante de nuestra Comunidad Autónoma. Durante el año se realizan reuniones, de periodicidad mínima trimestral, con el objetivo de

revisar los contenidos docentes, la evaluación de los residentes y solventar de forma consensuada los problemas que se presentan a lo largo del período docente. En la tabla que sigue a continuación aparecen todos los miembros que la componen actualmente:

MIEMBROS
Coordinador de la Unidad Docente
Técnica de Salud Pública de la Unidad Docente
Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente
Secretaria de la Unidad Docente
Tutor hospitalario del Hospital Santa M ^a del Rosell
Tutor hospitalario del Hospital Los Arcos
Responsable de Docencia del CS Cartagena Casco Antiguo
Responsable de Docencia del CS de Torre Pacheco
Responsable de Docencia del CS de San Javier
Responsable de Docencia del CS de La Unión
Responsable de Docencia del CS del Barrio Peral
Responsable de Docencia del CS Virgen de la Caridad (Oeste)
Responsable de Docencia del CS Virgen de la Caridad (Este)
Responsable de Docencia del CS Los Alcázares
Responsable de Docencia del CS Virgen Los Barreros
Responsable de Docencia del CS Cartagena-Los Dolores

Responsable de Docencia del CS de La Manga
Responsable de Docencia del CS Mar Menor
Representante de los residentes de primer año (R1)
Representante de los residentes de segundo año (R2)
Representante de los residentes de tercer año (R3)
Representante de la Consejería de Sanidad de la CAR Murcia

Capacidad docente

La Red Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena está constituida por los miembros de la Unidad Docente así como por los siguientes profesionales en las distintas Unidades Clínico-Asistenciales (UCA):

- Responsables de Formación e Investigación de las UCA.
 - Tutores de Médicos Internos Residentes (MIR) de Atención Primaria.
 - Tutores Hospitalarios de los MIR
 - Colaboradores docentes para formación Pregrado y Postgrado de MFyC
 - Colaboradores docentes Intra y Extra Hospitalarios.
- Centros de Salud Docentes:

La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Cartagena, cuenta actualmente con una red de 13 centros de salud acreditados como docentes. En cada uno de ellos existe un responsable docente que servirá de enlace entre los tutores del Centro y la UD. Los últimos tres centros que han obtenido la acreditación por la CNE lo han hecho durante el año 2007 y son los Centros de Salud de La Manga, Mar Menor y Cartagena-Los Dolores.

- Cartagena-Casco Antiguo
- Cartagena-San Antón
- Torre Pacheco

- San Javier
 - La Unión
 - Cartagena-Barrio Peral
 - Cartagena-Oeste
 - Cartagena-Este
 - Los Alcázares
 - Cartagena-Los Barreros
 - La Manga
 - Mar Menor
 - Cartagena-Los Dolores
-
- Tutores:

Para tratarse de una Unidad Docente de tamaño medio cuenta con un número de tutores acreditados muy importante. Concretamente son aproximadamente unos 82 los tutores de AP del Área de Cartagena.
-
- Residentes:

Son 23 las plazas ofertadas anualmente por la UD de Cartagena. Actualmente se están formando 60 residentes, pertenecientes a las promociones 2005/2009 (20), 2006/2010 (20) y 2007/2011 (20). A finales de mayo (2007) finalizaba la formación de los 20 residentes pertenecientes a la última promoción (2004/2007). Como ya se ha señalado, ésta última junto con la de 2006/2010 constituye la población objeto de nuestro estudio.
-
- Hospitales Docentes:

La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Cartagena, cuenta actualmente con una red de 2 centros hospitalarios acreditados como docentes. En cada uno de ellos existe una figura de enlace, que son los tutores hospitalarios, contando en la actualidad con un total de 2 tutores, uno por cada uno de los centros.

 - H. Santa M^a del Rosell (Cartagena)
 - H. Los Arcos (Santiago de la Ribera-San Javier)

Programa práctico y cronograma formativo

Las rotaciones y las guardias necesarias para que el residente adscrito a la Unidad Docente de Cartagena alcance el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que el perfil de Médico de Familia precisa, se realizan en los Centros y Hospitales Docentes señalados anteriormente y son las siguientes:

Rotaciones:

- Primer año de residencia (R1):
 1. Atención Primaria
 2. Medicina Interna
 3. Especialidades

- Segundo y tercer año de residencia (R2 y R3):
 1. Medicina Interna y Especialidades
 2. Pediatría
 3. Salud Mental
 4. Dermatología
 5. Obstetricia, Ginecología y Planificación Familiar
 6. Oftalmología
 7. Otorrinolaringología
 8. Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).
 9. Atención Primaria. Centro de Salud Rural y Centro de Salud asignado
 10. Traumatología
 11. Otros

- Cuarto año de residencia (R4):
 1. Atención Primaria
 2. Unidad Medicalizada de Emergencias 061 del Área de Cartagena.

Guardias:

- Primer año de residencia (R1):
 - Servicio de Urgencias de los Hospitales de referencia.
 - 1 guardia en Atención Primaria

- Segundo y tercer año de residencia (R2 y R3):
 - Pediatría, en el Área de Pediatría de Urgencias.
 - Obstetricia y Ginecología, en el Servicio del Hospital de referencia.
 - Salud Mental, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de referencia.
 - Servicio de Urgencias de los Hospitales de referencia.
 - Área de Traumatología.
 - 1 guardia en Atención Primaria

- Cuarto año de residencia (R4):
 - 2 guardias en Atención Primaria
 - 1 guardia en la UME (061).
 - 2 guardias Servicio de Urgencias Hospitales.

Programa teórico:

En la Unidad Docente de la GAP de Cartagena se desarrollan, durante los cuatro años que dura el período formativo del residente, una serie de actividades formativas de índole teórico- práctico. Anualmente se imparten más de 200 horas de formación teórica a los MIR en las aulas de la Unidad Docente. Las cuales se especifican a continuación:

- Introducción a la Medicina Familiar y Comunitaria (15 horas)
- Bioética (10 h.)
- Introducción a la entrevista clínica (10 h.)
- Urgencias (30 h.)
- Electrocardiografía básica (16 h.)
- La prescripción farmacológica en Atención Primaria (10 h.)

- Salud Mental (14 h.)
- Conceptos básicos de Epidemiología (10 h.)
- Metodología de la investigación (50 h.)
- Geriátría (18 h.)
- Entrevista Clínica (20 h.)
- Calidad Asistencial (20 h.)
- Atención a pacientes en riesgo familiar (12 h.)
- Informática básica: Hoja Excel, OMI-AP (16 h.)
- Medicina Basada en la Evidencia (20 h.)
- Actividades Comunitarias desde un Centro de Salud (15 h.)
- Ecuación para la Salud (20 h.)
- Salud Laboral (20 h.)
- Ciclo Vital: Atención a la Familia (15 h.)

1.3 La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Lorca

Período (1995-2006)

La formación MIR de MFyC en Lorca comenzó en 1993, con la dirección de la UD Provincial de Murcia, con una adjudicación de 4 residentes al Hospital Docente Dr. Rafael Méndez y al Centro de Salud de Lorca Centro. Esta misma oferta de plazas ofertadas (4) se mantuvo durante dos años más (1994 y 1995).

En 1996 se crearon las Unidades Docentes de Murcia, Cartagena y Lorca como estructuras dentro de las respectivas Gerencias de AP. En ese mismo año el número de residentes de Lorca se ampliaría a 7.

En el año 2000 se acreditaría un segundo centro de salud, Lorca Sur. Y en 2005 lo haría el tercer y último, Lorca San Diego y el número de residentes anual pasaría a ser de 11.

En el año 2006 la Gerencia de Atención Primaria de Lorca en la que se encuentra incorporada la Unidad Docente pasa a ser Gerencia Única del Área III de Salud de Lorca en la que convergen la Gerencia de AP y la del Hospital Rafael Méndez.

Personal de la Unidad Docente

Los responsables de la Unidad Docente son:

- por su cometido específico, su Coordinador (y por extensión el Técnico de Salud),
- por responsabilidad institucional, el Gerente del Área III de Salud y su equipo directivo,
- y por descentralización de la responsabilidad docente, los Responsables de Docencia de los Centros de Salud Docentes y la Tutora Hospitalaria del Hospital Docente.

Los recursos humanos actuales de la Unidad Docente son:

- 1 Coordinador de la Unidad Docente:
Dr. Iñigo Anza Aguirrezabala
- 1 Administrativa:
Dña. Teresa Pérez

En la UD desempeñan sus funciones un Coordinador, un Técnico de Salud y una administrativa. Históricamente se han compartido las responsabilidades de gestión de la UD con las de gestión de la Formación Continuada del Área. En el nuevo contexto de la Gerencia Única del Área también de forma funcional se ha asumido la Coordinación de Formación Continuada, Docencia e Investigación del Área. Desde el 15 de noviembre de 2007 ha sido nombrado por el Gerente del Área un nuevo Coordinador de Formación Continuada, Docencia e Investigación que asume la responsabilidad de la Formación Continuada y de la investigación.

Por otro lado, el puesto de Técnico de Salud ha quedado vacante al ser destinado el profesional que lo ocupaba promocionado a otras responsabilidades.

Recursos e Infraestructura

En las instalaciones de la UD existen:

- Dos despachos, equipados con dotación informática y de copias suficiente para el soporte administrativo y gestor de la actividad docente
- Una sala de usos múltiples con dotación de 12 puestos informáticos conectados a internet para formación, y como aula para la impartición de cursos tiene una capacidad de aforo de 40 personas.

En cuanto a los recursos de la red asistencial, muchos residentes han señalado en la Evaluación Global de la UD deficiencias importantes de espacios que limitan las actividades docentes que se desarrollan en los centros de salud.

Por otro lado, las inversiones que se han venido realizando han permitido dotar a los centros de salud docentes de una biblioteca básica, de medios informáticos para la conexión a la red y a Internet, y de los medios de proyección necesarios para la realización de presentaciones.

En cuanto a los retos futuros que se plantea la UD de Lorca en materia de gestión de la tecnología es el de la provisión de un sistema de gestión integral de los procesos formativos en soporte informático mediante el desarrollo de plataformas e-learning o de actividades on-line.

Órganos de participación

El órgano participativo que ejerce la función rectora, en el que se delibera sobre los aspectos de gobierno de la Unidad Docente es la Comisión Asesora. En ella participa el Coordinador de la UD que representa al Gerente, un representante de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma, los responsables de la red docente ya referidos y representantes de los residentes que cursan en la UD. También son invitados responsables de docencia de los centros colaboradores.

MIEMBROS
Coordinador de la Unidad Docente
Representante de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia
Jefa de Estudios del Hospital Rafael Méndez
Tutora hospitalaria del Hospital Rafael Méndez
Responsable de Docencia del Centro de Salud Lorca Centro
Responsable de Docencia del Centro de Salud Lorca Sur
Responsable de Docencia del Centro de Salud Lorca San Diego
Representante de residentes de primer año (R1)
Representante de residentes de segundo año (R2)
Representante de residentes de tercer año (R3)
Psiquiatra Responsable de Docencia del CS Mental de Lorca
Responsable del Centro de Salud Rural Colaborador de La Paca
Responsable del Centro Colaborador SUAP de San Diego
Coordinador de Formación, Docencia y Gestión del Área III
Responsable de Calidad del Área III de Salud de Lorca

Capacidad docente

La UD de MFyC de la GAP de Lorca por su capacidad docente se enmarca dentro del modelo de UD de tamaño pequeño o medio.

- Centros de Salud Docentes:

La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Lorca, cuenta actualmente con una red de 3 centros de salud acreditados como docentes. En cada uno de ellos hay un Responsable de Docencia, que coopera en el desarrollo de los procesos docentes en el centro de salud, en su evaluación, y en la representación e interlocución del centro con la Unidad Docente.

- Lorca Centro
- Lorca Sur
- Lorca San Diego

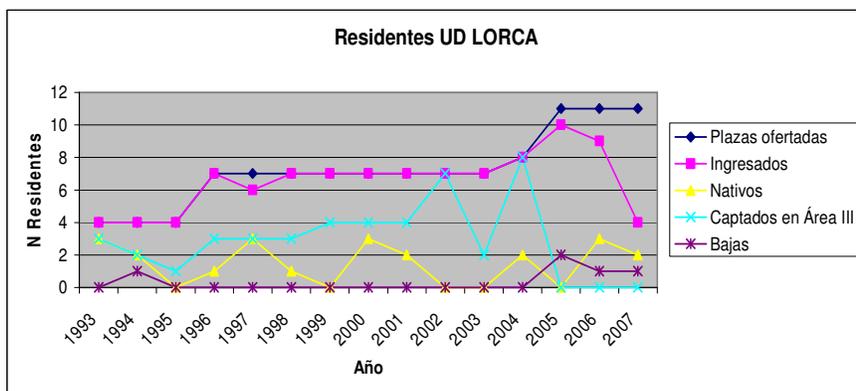
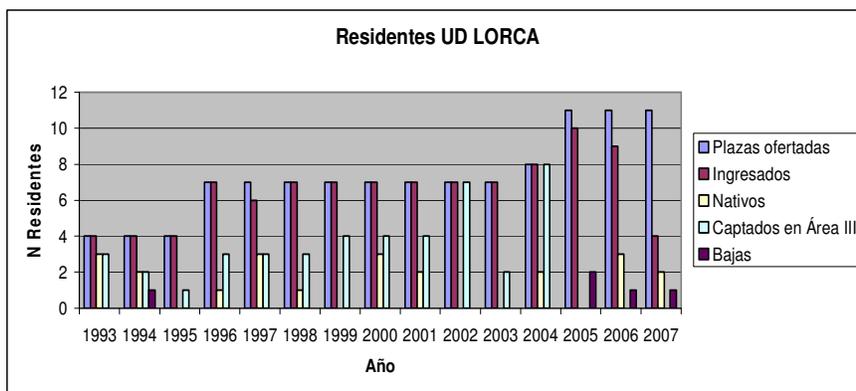
- Tutores:

El número de tutores acreditados actualmente en la UD es de 20. El número ideal de tutores acreditados en los Centros de Salud docentes para atender a la máxima capacidad docente de 11 residentes es de 22 tutores. Sin embargo la incorporación de residentes nunca ha llegado a ser de 11 residentes. Se ha reducido en número tutores acreditados en 2 por su traslado a otras áreas de Salud en el último concurso de traslados.

- Residentes:

Son 11 las plazas ofertadas por la UD de Lorca desde el año 2005 hasta el 2007. Anteriormente habían sido 7 desde 1996 hasta el 2004. Actualmente se están formando residentes, pertenecientes a las promociones 2005/2009 (9), 2006/2010 (7) y 2007/2011 (3). El 30 de mayo finalizaba la formación de la promoción 2004/2007 (7 residentes). Como puede comprobarse, la evolución de la ocupación de las plazas docentes es negativa para los objetivos de proveer de especialistas a la red asistencial pues hasta la fecha nunca se han cubierto las 11 plazas ofertadas. Además, se están incrementando las bajas, y en 2007 se han reducido drásticamente las incorporaciones (de 11 ofertadas a 4 ocupadas), generando un número importante de vacantes en la provisión de plazas MIR (7).

	Residentes ingresados en el año:															Promedio	Tasa sobre ingresados
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
Plazas ofertadas	4	4	4	7	7	7	7	7	7	7	7	8	11	11	11	7,67	23,47% 58,67%
Ingresados	4	4	4	7	6	7	7	7	7	7	8	10	9	4	1,47		
Nativos	3	2	0	1	3	1	0	3	2	0	0	2	0	3	2	3,67	
Captados en Área III	3	2	1	3	3	3	4	4	4	7	2	8	0	0	0	0,08	
Bajas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1		



- Distribución de tutores y residentes por centros:
 - CS Lorca Centro: R1 (2); R2 (2); R3 (2): 8 Tutores.
 - CS Lorca Sur: R1 (0); R2 (3); R3 (4): 6 Tutores.
 - CS Lorca San Diego: R1 (1); R2 (2); R3 (3): 6 Tutores.

- Hospitales Docentes:

La Unidad Docente de MFyC de la GAP de Lorca, cuenta actualmente con un único centro hospitalario acreditado como docentes. En él existe una Tutora Hospitalaria que sirve de enlace entre el hospital y la UD.

- Hospital Rafael Méndez (Capacidad para 11 residentes de MFyC).

- Otros colaboradores docentes:

Se consideran colaboradores docentes los profesionales de los servicios o centros docentes que colaboran con la docencia. Así son colaboradores las enfermeras de los cupos docentes, los pediatras de los centros de salud, los facultativos de los servicios del Hospital Rafael Méndez por los que rotan residentes y las enfermeras del servicio de Urgencias. Y entre los centros colaboradores se encuentran:

- Centro de Salud Mental de Lorca.
- Centro de Salud de La Paca (como centro rural)
- SUAP de Lorca como centro de atención continuada en AP.

Programa práctico y cronograma formativo

El transcurso del proceso docente se realiza según un calendario de estancias formativas que se concreta en cuatro periodos:

1. Periodo inicial de 6 meses en el Centro de Salud.
2. Periodo de 11 meses de rotación por las Áreas de Medicina Interna, Reumatología y Dermatología.
3. Periodo de 15 meses de estancias por especialidades medico-quirúrgicas, atención a la mujer, pediatría y salud mental.
4. Periodo final de 12 meses de estancia en el Centro de Salud

Programa teórico:

Al igual que ocurre en las UD de Murcia y Cartagena, en la Unidad Docente de Lorca se desarrollan, durante los cuatro años que dura el período formativo del residente, una serie de actividades formativas de índole teórico- práctico. Anualmente se imparten más de 200 horas de formación teórica a los MIR en las aulas de la Unidad Docente. Las cuales se especifican a continuación:

Mapa de Actividades Formativas en MFyC 4 años

AÑO 2007						GRUPOS	TIEMPOS
Cursos-talleres	horas	Realizado	Financiado	COSTE			
Introducción a la medicina de familia	20	SI	NO			R1 2007	PERIODO R1
Informática sistemas de información.	10	SI	SI	731			
Urgencias.	10	SI	SI	731			
RCP	20	SI	SI	1281			
Entrevista clínica	20	SI	NO				
Razonamiento clínico	10	SI	SI	731			
Rx básica	10	SI	SI	731			
Ecg básica	10	SI	SI	731			
Inmovilizaciones	6	NO	SI	441,49			
Infiltraciones	6	SI	SI	441,49			
Fisioterapia	6	NO	SI	441,49		R2 2007	PERIODO R2
Sesiones MI	20	SI	SI	1281			
Sesiones Dermatología	10	SI	SI	731			
Metodología de mejora de calidad	20	SI	SI	1281		R3 2007	PERIODO R3
Gestión de la atención	20	SI	SI	1281			
Medicina basada en pruebas	4	SI	SI	331,49			
Metodología de la investigación	30	SI	SI	1849			
ORL	10	SI	SI	731			
OFT	10	SI	SI	731			
Cirugía Menor	20	SI	SI	1281			
Bases de urología	6	SI	SI	441,49			
S.Mental	15	SI	SI	1006			
Drogodependencias	5	SI	SI	386,49			
Pediatría en AP	10	SI	NO			R4 2008/2009	PERIODO R4
Bases de cuidados a mujeres	20	NO	NO				
Comunicación	30	NO	NO				
Cartera de servicios	10	NO	NO				
Educación para la salud	20	NO	NO				
Metodología de la prevención							
Salud Laboral	20	NO	NO				
Cuidados paliativos/At dom	10	NO	NO				
Atención domiciliaria	10	NO	NO				
Metodología de atención a la familia	20	NO	NO				
Metodología de atención a la comunidad	10	NO	NO				
Sociología de la salud	10	NO	NO				
Bioética	10	NO	NO				
Planificación y programación en Atención Primaria	10	NO	NO				
Metodología docente	10	NO	NO				
Protección radiológica	8	NO	NO				

Plan evaluativo global de la Unidad Docente:

Plan de carácter interno, aprobado por la Comisión Asesora de la UD con el objetivo de garantizar tanto la correcta evaluación (continuada y anual) de los residentes adscritos a la Unidad como la correcta evaluación periódica de la estructura docente de la UD (evaluación de los tutores, de las rotaciones, de la organización y gestión de la docencia y de las actividades complementarias teórico-prácticas).

Grupos de Trabajo

Dentro de la UD de Lorca existen tres grupos de trabajo en el que se integran tutores y colaboradores docentes:

- Grupo de trabajo sobre el plan de mejora de tutores: Este plan tiene como objetivo la valoración de la competencia y el desempeño docente de los tutores y colaboradores docentes, la identificación de necesidades y expectativas de los tutores, y el diseño y realización de planes individuales de mejora. Incluye los criterios mínimos para la acreditación y reacreditación de tutores y los procedimientos para la solicitud y resolución.
- Grupo de diseño y desarrollo de instrumentos docentes: El objetivo es dotar a cada estancia formativa de un material específico y de los instrumentos que permitan acreditar y valorar el aprendizaje producido por el residente (ej. portafolio/libro del residente).
- Grupo de trabajo sobre programación didáctica de la residencia: La UD participa en un proyecto de Investigación del grupo “Aprendiendo Juntos” sobre el proceso de aprendizaje en la formación de residentes. Participan el Coordinador de la UD, una tutora, un colaborador docente y una residente. El objetivo de este grupo investigador, dentro del proyecto en el que se han constituido otros grupos, y en el que se integra un Pedagogo becado para colaborar en el proyecto, es conocer el proceso de programación docente en el momento de la incorporación de los residentes al Centro de Salud.

Objetivos estratégicos 2007-2008

- Incorporar a la organización la metodología docente propuesta por el Programa de la Especialidad.
- Desplegar el uso del libro del residente como instrumento para la planificación y evaluación formativa del proceso docente. (Indicador: Evaluación del libro del residente en la evaluación anual. Objetivo: 100% en 2008)
- Desplegar los instrumentos docentes necesarios para el despliegue del proceso docente. (Indicador: rotaciones con documentación de gestión evaluada. Objetivo 80% en 2008).
- Desplegar el programa lectivo propuesto por el programa de la especialidad. Indicador: cursos del programa lectivo realizados en el periodo evolutivo indicado. Objetivo 100%).
- Desplegar el plan de mejora de los tutores y colaboradores docentes. (Indicador: Tutores evaluados en comisión de acreditación. Objetivo 100% en 2007).
- Completar el proceso evaluativo global de la UD. (Indicador: actividades evaluativas realizadas dentro de las contempladas en el plan evaluativo de la UD. Objetivo 100% en 2008).
- Profundizar y consolidar la colaboración docente con la Comisión de Docencia del Hospital Rafael Méndez. (Indicador: Actividades docentes compartidas por residentes de especialidades. Objetivo 8 en 2008).
- Colaborar con los objetivos para la Docencia MIR en la Región de Murcia. (Indicador: Actividades colaborativas. Objetivo 3 en 2008).
- Colaborar en la (fidelización) continuidad profesional de los residentes con la red asistencial del Área III. (Indicador: nº de residentes que continúan su vida profesional en el Área III al finalizar el periodo formativo. Objetivo; el máximo).
- Colaborar con los objetivos de calidad y de desarrollo profesional del Área III. Líneas de calidad en la que colabora la UD. Objetivo: 2 en 2007).

- Colaborar con los objetivos en Investigación y Desarrollo en el Área III. Indicador: Líneas de investigación asociadas a la UD con actividad. Objetivo: 3 en 2007).
- Presentar memoria y solicitud de re acreditación docente: Objetivo: antes de 31 de diciembre de 2007.

3. COORDINACIÓN REGIONAL EN LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE DE MFyC

En el ámbito de la formación especializada del médico de familia en la Región se hace necesaria una adecuada coordinación y planificación para poder avanzar en el aprovechamiento de los recursos materiales y humanos disponibles y proporcionar la máxima calidad en la prestación del servicio.

Este espacio de colaboración y complementariedad existe entre las tres Unidades Docentes de MFyC de la Región y sirve para unificar criterios, orientar objetivos, repartir cargas, cooperar en acciones específicas y compartir materiales e iniciativas. Dicho espacio ocasionalmente se amplía a las UD de los Hospitales de referencia y fuera del contexto regional a otras Unidades Docentes (UDD) de MFyC del panorama nacional.

Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitarias

Los rectores de la docencia MIR son conjuntamente el Ministerio de Sanidad y el de Educación a través de la Comisión Nacional de MFyC y de la Administración Sanitaria de la Región de Murcia ejerciendo esta función la Dirección de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitarias (DICASFIS). Deciden las estrategias del programa de formación especializada, el proceso de selección de residentes, sobre la estructura y organización de las UDD, velan por el cumplimiento del programa con calidad y certifican y otorgan el título de la especialidad a los residentes que completan el ciclo formativo con evaluación positiva. Las UDD deben realizar todo el proceso formativo y cumplir los objetivos marcados. Por ello existen procesos compartidos, y la comunicación necesaria para el cumplimiento de los fines.

Otra estrategia de éxito ha sido la seguida por el Servicio Murciano de Salud y la Dirección de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitarias, al generar una

Institución, la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias, que da soporte a la formación en las áreas en las que la UD no tiene capacidad, y a la actividad investigadora.

Red de Comisiones Asesoras y Docentes de la Región de Murcia

Es de gran interés la iniciativa reciente de constituir una Red de Comisiones de Docencia de los Centros y Unidades Docentes acreditados para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud de la Región de Murcia, que estaría adscrita a la Conserjería de Sanidad de la Región, mediante la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria.

La dotación a Murcia de una estructura organizativa de este tipo dirigida a coordinar y planificar y mejorar la utilización de los recursos de la formación especializada de los profesionales sanitarios y de las Comisiones de Docencia de las respectivas Unidades Docentes de la Región de Murcia, se convertiría en una garantía más de la máxima calidad pretendida.

Según el borrador del decreto que está elaborándose a este respecto, la Red estará constituida por las siguientes Comisiones: Comisiones de Docencia Hospitalarias, las Comisiones Asesoras de MFyC, la Comisión Asesora de Salud Mental, de Medicina Preventiva y Salud Pública, de Medicina del Trabajo y las Comisiones de Docencia de Enfermería Especializada, y cualquier otra que legalmente se constituya. Y tendrá como finalidad proporcionar asesoramiento, intercambio de información y de experiencias y proponer criterios comunes de actuación en lo referente a la organización y desarrollo de la formación sanitaria especializada en el ámbito de la Región de Murcia. La citada Red funcionará en Pleno y en Comisión Permanente, y sus acuerdos serán adoptados por mayoría simple.

Sociedades científicas y profesionales

La colaboración con las asociaciones científicas (Smunfyc, Semg y Semergen) y profesionales (Colegio de médicos) genera también importantes oportunidades formativas. La colaboración de las UDD es para ellas un recurso en la organización de acciones de valor en el contexto del desarrollo profesional, y para las UDD

representan además una oferta formativa complementaria de mucho interés, tanto en el área de formación de los residentes, como de los tutores.

Programa Transversal y Complementario del Residente

Las UDD participan también con la Dirección de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitarias (DICASFIS) en el desarrollo del Programa Transversal y Complementario del Residente (PTCR). En el contexto de este intercambio se generan las ocasiones de aprovechar las oportunidades de coordinarse, cooperar o complementarse entre la red docente de Atención Primaria y la del Hospital. Como fruto de esta coordinación los residentes de las especialidades hospitalarias están ya participando anticipadamente en las actividades lectivas impartidas en el programa de MFyC y que van a ser desarrolladas en el PCTR como son Reanimación cardiopulmonar (RCP), Entrevista Clínica, Razonamiento Clínico, Prevención de Riesgos Laborales, Radiología Básica, Curso Básico de Urgencias, etc.

BLOQUE I: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 5. BASES Y FUNDAMENTOS DEL APRENDIZAJE DEL RESIDENTE

Introducción: Principios del aprendizaje

1. Fundamentos del constructivismo: características del aprendizaje

1. Constructivo
2. Significativo
3. Activo
4. Contextualizado
5. Individualizado
6. Motivador
7. Experiencial
8. Social

2. El modelo de aprendizaje centrado en el alumno

1. Aprendizaje autónomo o autodirigido
2. Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas

3. El aprendizaje de adultos

INTRODUCCIÓN: PRINCIPIOS DEL APRENDIZAJE

El aprendizaje tanto de estudiantes y residentes como de los propios médicos en ejercicio ha sido foco de interés de la profesión médica probablemente desde sus inicios. Los cambios constantes en los conocimientos y tecnologías que se aplican en medicina hacen más evidente esta necesidad. Por su parte, los avances en la investigación educativa están ayudando a innovar en este campo y cada vez hay más conciencia de la necesidad de cambiar los enfoques formativos¹.

Este capítulo pretende responder a la pregunta de cómo aprende el médico residente como adulto y profesional que es y para ello comienza con una opinión consensuada por un grupo de expertos²:

“La formación de especialistas en Medicina de Familia se fundamenta sobre la base de las teorías constructivistas y del aprendizaje de adultos en la práctica profesional programada y supervisada y con la tutoría como principal estrategia docente, con el propósito de adquirir las competencias profesionales necesarias para atender a las demandas de la población en Atención Primaria”.

Podemos tomar también como punto de partida algunas de las *Conclusiones de la Declaración de Edimburgo*³ extraídas de la Conferencia Mundial sobre Educación Médica organizada por la WFME en 1988.

3. Asegurar la continuidad del aprendizaje a lo largo de la vida, dando menos importancia a los métodos pasivos, tan generalizados, y favoreciendo un aprendizaje más activo que incluya estudios autodirigidos e independientes, así como métodos basados en la existencia de tutorías.
4. Elaborar los planes de estudio y los sistemas de evaluación de modo que garanticen la adquisición de la competencia profesional y los valores sociales y no solamente la retención y memorización de datos.
7. Buscar la integración de la enseñanza en la ciencia y en la práctica diaria, utilizando también la resolución de los problemas en el ámbito clínico y comunitario como base del aprendizaje.

¹ Nolla, M. (2006): Continuing Medical Education: The cognitive process and professional learning. *Educación Médica*; 9 (1), pp. 11-16.

² Resultados previos de un cuestionario sobre "Programación didáctica" desarrollado dentro del método de *Consulta a expertos*. PI030596 "Análisis del proceso de enseñanza-aprendizaje de los residentes de MFyC al inicio del tercer año de formación en los Centros de Salud". (2004-2007) Instituto de Salud Carlos III-FIS.

³ World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. *Lancet* ; 8068: 464.

1. LOS FUNDAMENTOS DEL CONSTRUCTIVISMO

Este apartado pretende indagar en las principales teorías y concepciones de la enseñanza y el aprendizaje en las que se sustenta y apoya el sistema formativo de la residencia médica, tarea indispensable para enmarcar la estrategia y la metodología docente aplicada y para poder llevar a cabo un análisis crítico de la práctica docente en este sentido.

Como es sabido, a lo largo de la historia se ha ido proponiendo diferentes teorías del aprendizaje con el propósito de ayudarnos a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano, tratando de explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento. En este sentido, podemos hablar de tres grandes y principales corrientes de trascendencia en la educación: la teoría conductista, la cognitivista y el enfoque socio-histórico (también incluido en lo que se denomina teorías humanistas). Actualmente, existe un consenso bastante amplio en considerar que el aprendizaje es un proceso constructivista, autodirigido, colaborativo y contextual pero no siempre fue así.

A mediados del siglo XX surge la teoría cognitiva como reacción a las teorías psicológicas de los conductivistas (Pavlov, Miller, Skinner), que busca una fundamentación centrada en los procesos humanos y no como generalización de la conducta animal para explicar el aprendizaje. Propone centrarse en los procesos internos del individuo, la forma de captar la información, a través de la percepción, su comprensión, el lenguaje, la elaboración a través del razonamiento, etc.

El aprendizaje se enfoca de manera creciente en el aprendizaje humano de contenido significativo y su base teórica cambia de modelos conductuales de transmisión, a modelos cognoscitivos y, posteriormente, a modelos constructivistas (que tienen sus raíces en la Teoría de la Percepción de la Gestalt, luego Gagné con el procesamiento de la información, y posteriormente con Jean Piaget y la teoría psicogenética).

En el momento actual el paradigma constructivista es una de las corrientes psicológicas más influyentes y que ha generado mayores expectativas para la reforma de los sistemas educativos en todo el mundo. Sus orígenes se ubican en la década de 1930, particularmente en algunos de los trabajos de Piaget, quien es reconocido como su representante más importante.

Tabla: Modelos teóricos de enseñanza-aprendizaje

	Concepto	Fundamento	Características
Conductivismo y compartimentalismo	El aprendizaje se puede favorecer modificando las condiciones externas. Los objetivos deben ser muy claros tanto para el profesor como para el alumno, y con motivación y refuerzos, facilitar su consecución	Las teorías psicológicas de los conductivistas. La configuración de la docencia es modular o en "galería comercial". Enseña por módulos (unidad específica de aprendizaje)	La traducción son las asignaturas. Fragmenta la atención, no busca integrar lo aprendido. Permite, una gran profundización en cada módulo, focalizando toda la atención en un área del conocimiento
Constructivismo	Aprendemos por maduración de procesos neurológicos y sensoriales. Los conocimientos se sedimentan sobre lo que ya se sabe, sobre construcciones previas del conocimiento	La observación del modo en que aprenden los niños. Su traducción es el "currículo en espiral", sobre el principio de la complejidad creciente	Permite y estimula el volver atrás sobre lo aprendido. Plantea la cuestión del dónde aprender al no haber ya módulos, o éstos no estar tan claros
Cognitivismo	Los nuevos conocimientos se construyen a partir de previos, con la ayuda de los que el profesor propone. "Aprender a transformar conocimiento previo en nuevo saber". Descifrar cómo funciona el cerebro del experto para transferir métodos de pensar	El alumno se enfrenta a la realidad, con su complejidad, en situaciones reales. No descarta los módulos de aprendizaje, con una actualización permanente, con diferentes encuentros que permitan permeabilizar estos bloques. Aprendizaje basado en problemas.	Precisa recursos docentes muy potentes y caros (aulas de informática, programas que simulen problemas reales, pacientes simulados, laboratorios de habilidades, etc.)
Modelos alternativos de aprendizaje. Uso de recursos educativos distintos a los habituales	Se centra en la percepción y el análisis que un individuo hace sobre su funcionamiento intelectual. Es regulación, gestión, de la propia actividad mental, conocimiento de las fortalezas y debilidades en el proceso de aprender, control de las propias capacidades; en definitiva, y la autocrítica es la que permite aprender	La conciencia de los propios recursos cognitivos dota al alumno de recursos adicionales para organizar sus propias herramientas intelectuales. Las emociones juegan un papel en la actividad cognitiva para selección de tareas prioritarias, de su orden en el tiempo, en la decisión de continuar r un camino emprendido, de tomar otro o de abandonar	Se refiere al "currículo oculto", de cómo gran parte de lo que el alumno aprende estaba fuera de nuestras pretensiones, o fuera de nuestro dominio. Intenta evaluar y convalidar también el aprendizaje llevado a cabo, a iniciativa del estudiante, en otros ámbitos

Fuente⁴: Tabla: Modelos teóricos de enseñanza-aprendizaje

Posteriormente son muchos los autores que siguen desarrollando dichas teorías, entre ellos, David Ausubel, que aunque sigue apostando por el carácter transmisivo, insiste en el cambio de rol del profesor, que debe presentar el contenido de modo que los estudiantes encuentren y den sentido a lo que están aprendiendo, al relacionarlo con lo que ya conocen; defiende el “aprendizaje significativo” frente al memorístico puesto que el aprendizaje significativo permite la transferencia de lo aprendido, es decir que permite la generalización de modo que lo aprendido puede ser usado en contextos nuevos. En otras palabras, el aprendizaje significativo surge con la intención de superar tanto los límites de la enseñanza tradicional (memorística y acumulativa), como el exceso de actividad que se derivaba de las corrientes a favor del aprendizaje por descubrimiento, el cual impedía en ocasiones la asimilación de nuevos contenidos.

Más tarde, Jerome Bruner pone el énfasis en la exploración activa y la solución de casos concretos y reales como forma de aprendizaje natural y eficiente por medio del “descubrimiento guiado”. Bruner también señala el papel positivo que pueden desempeñar los errores cometidos en el proceso de aprendizaje⁵.

En síntesis, el constructivismo constituye un amplio cuerpo de teorías que tienen en común el tratar de hacer explícitos los procesos que llevan a la construcción del conocimiento del sujeto cuando éste aprende. Desde esta perspectiva, el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano, que se realiza con los esquemas que ya posee, con lo que ya construyó en su relación con el medio que la rodea. Por tanto, el constructivismo no es una teoría pedagógica sino epistemológica, ya que no prescribe nada acerca de cómo o qué debe enseñarse.

Sin embargo, no podemos obviar que del constructivismo pueden obtenerse algunas aportaciones y consecuencias pedagógicas que constituyen las líneas básicas que impulsan la enseñanza moderna como son⁶:

⁴ Saura, J.; Saturno, P. J. y Romero, B. E. (2006): Modelos formativos que pueden utilizar los tutores para formar residentes. *Formación Médica Continuada (FMC)*: 13 (8): 435-446.

⁵ Bruner, J. S. (1978): *El proceso mental en el aprendizaje*. Narcea. Madrid.

⁶ Coll, C. (1997): Constructivismo y educación escolar: ni hablamos siempre de lo mismo ni lo hacemos desde la misma perspectiva etimológica. En M. J. Rodrigo y J. Aray (comps.) *La construcción del conocimiento escolar*, Barcelona. Paidós.

Coll, C.; Palacios, J. y Marchesi, A. (1991): *Desarrollo psicológico y educación II*. Madrid. Alianza Psicológica.

Pozo, J.I. (1989): *Teorías cognitivas del aprendizaje*. Madrid: Morata.

- Educación no sólo transmisora sino de *reelaboración colaborativa y compartida del conocimiento*.
- *Enseñanza guiada*, centrando las diferencias de aprendizaje entre lo significativo y lo memorístico.
- *Rechazo a formulaciones inductivistas o empiristas de la enseñanza*, que defienden el aprendizaje por descubrimiento.
- Actividades de aprendizaje *apoyadas en las concepciones previas de los alumnos, reflexivas, constructivas y significativas*.
- *Aprendizaje contextualizado*, ya que la adquisición de nuevo conocimiento no es independiente del contexto (lugar y momento) en que se realiza.
- *Transferencia de la responsabilidad* en el alumno de modo progresivo a medida que desarrolla sus conocimientos y habilidades.
- *Interés práctico, apoyado en el consenso y deliberación* como proceso de compartir, construir y desarrollar significados de cada aprendizaje.
- *Evaluación cualitativa, continua, formativa y deliberativa*, centrada no sólo en los resultados del aprendizaje, sino también y sobre todo, en el *proceso seguido para alcanzarlos*.
- El educador como un *investigador en la acción que reflexiona, elabora y diseña su propia práctica*.

En síntesis, podemos señalar tres elementos como los principales fundamentes del constructivismo:

- Construcción del conocimiento (redes mentales a partir de la interacción)
- Conocimiento previo (ninguna parte de cero)
- Contexto (aprende sobre la realidad)

Y es que, el aprendizaje se ha convertido en uno de los mayores desafíos de nuestra sociedad. Si el individuo se mueve en un mundo cada vez más complejo y cambiante, no puede conformarse con adquirir las destrezas básicas ni un

conjunto predeterminado y finito de saberes adquiridos en un escenario escolarizado. Tiene que aprender a lo largo de toda su vida, en diversos espacios y, además, debe aprender a extraer provecho de su experiencia, de sus éxitos y sus fracasos y transferirlos a nuevos contextos para resolver los retos que le plantean.

Como consecuencia de esta concepción del aprendizaje, se definen una serie de requisitos que deben guiar la actuación docente para que el proceso de enseñanza-aprendizaje sea efectivo. En este sentido, el aprendizaje debe ser *constructivo, significativo, contextualizado, activo, individualizado, motivador, con verificación de resultados y basado en experiencias realistas*⁷. A continuación, vamos a profundizar en cada uno de estos requisitos:

1.1 Aprendizaje constructivo (Constructivism Learning)

El aprendizaje constructivo se refiere a la capacidad de las personas para establecer relaciones profundas y no arbitrarias entre conocimientos nuevos y lo que ya saben. Sus ideas fundamentales son:

- El alumno es responsable último de su propio proceso de aprendizaje. La enseñanza se logra gracias a la facultad mental del aprendiz de “construir” nuevo conocimiento.
- La actividad constructiva mental se aplica a contenidos previos, es decir, lo nuevo se construye a partir de lo viejo: “*el factor más importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe. Averígüese esto y enséñesele en consecuencia*” (Ausubel, 2002)⁸.
- El docente guía u orienta el proceso de construcción del alumno. El papel del profesor es facilitar el proceso del pensamiento del alumno para poner a su disposición nuevos conocimientos que vea asequibles para él según lo que hasta este momento ya sabe. También le ayuda a engarzar los procesos de construcción del alumno con la realidad del entorno profesional.

⁷ Molina, D. (1998) *La docencia en la práctica clínica*. Serie “El médico como docente”. SemFYC. Barcelona.

⁸ Ausubel, D.P. (2002): *Adquisición y retención del conocimiento. Una perspectiva cognitiva*. Ed.Paidós. Barcelona.

Para que el aprendizaje ayude a la formación de una nueva estructura cognitiva en el educando es preciso que:

- El contenido del aprendizaje se planifique con una organización interna clara y relevante.
- El nuevo material de aprendizaje debe ser pertinente con el “conocimiento” previo del alumno.
- Predisposición favorable del alumno a aprender: interés, motivación y expectativas hacia el nuevo aprendizaje.

Un objetivo irrenunciable desde la perspectiva constructivista es el “aprender a aprender”, es decir, que los alumnos desarrollen estrategias de búsqueda, de descubrimiento y de planificación y control de su propia actividad.

Aplicado a nuestro caso, el aprendizaje y la adquisición de conocimientos no terminan tras la formación de pregrado, sino que continúan a lo largo de la vida profesional del médico. Sin embargo, se considera la formación de postgrado el momento clave para el desarrollo de las competencias clínicas más allá de la mera transmisión de conocimientos. Estos conocimientos ya se supone que están aprendidos y sobre ellos, según la teoría constructivista, se asentarán todas las habilidades prácticas que no se pueden adquirir sólo con el estudio, sino que requieren un entrenamiento profesional específico⁹.

Esta perspectiva constructivista va a tener unas consecuencias en la interacción docente-discente, residente-tutor/a:

- El tutor/a integra al residente, desde el principio, en la realización de las tareas.
- El tutor/a interviene de forma pertinente a las dificultades y los progresos del residente.
- El tutor/a interviene de acuerdo a los “intereses” del residente.

⁹ Ricarte, J. I. y Martínez, J. M. (2007): Métodos de enseñanza y aprendizaje en el residente. En: Cabero, L. (Coord.): *Manual para tutores de MIR*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.

- El tutor/a ayuda temporalmente y se retira en la medida que el residente va asumiendo responsabilidades.
- El plan docente con el residente no sólo se centra en los contenidos a aprender y su organización, sino también en “quién puede ayudarla a aprender, cuándo, con quién, dónde, para qué...”
- El tutor/a tiene las funciones, entre otras, de indagar, dialogar, comprender, controlar y acordar.
- Favorece el control de la ansiedad y temores propios de los procesos de cambio durante el aprendizaje.
- Mejora la adaptación a las normas establecidas y la integración del residente en el ámbito profesional de los centros sanitarios.
- Optimiza la adquisición de la competencia colaborativas y el trabajo en equipo.
- Modula las expectativas y aspiraciones de los residentes.

1.2 Aprendizaje significativo (Significant Learning)

Esta concepción del aprendizaje tiene su origen en la Teoría del Aprendizaje Significativo de Ausubel y se ocupa de conocer y explicar los procesos que el individuo pone en juego para aprender. Dicha teoría aborda todos y cada uno de los elementos, factores, condiciones y tipos que garantizan la adquisición, la asimilación y la retención del contenido que la escuela ofrece al alumnado, de modo que adquiera significado para el mismo (Ausubel, 1976)¹⁰.

Por su parte, Pozo considera la Teoría del Aprendizaje Significativo como una teoría cognitiva de reestructuración, se construye desde un enfoque organicista del individuo y que se centra en el aprendizaje generado en un contexto escolar. Y la considera también una teoría constructivista, ya que es el propio individuo-organismo el que genera y construye su aprendizaje (Pozo, 1989)¹¹.

¹⁰ Ausubel, D. P. (1976). *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. Ed. Trillas. México.

¹¹ Pozo, J. I. (1989). *Teorías cognitivas del aprendizaje*. Ed. Morata. Madrid.

Según Ausubel para que el aprendizaje sea significativo se requiere:

- Que los nuevos materiales que van a ser aprendidos sean potencialmente significativos, que sean sustantivos dentro del corpus de conocimientos del área correspondiente, significatividad lógica.
- Que en la estructura cognoscitiva previa del sujeto existan las necesarias ideas relevantes para que puedan ser relacionadas con los nuevos conocimientos; debe haber un ajuste entre las ideas previas y las nuevas que se van a adquirir, significatividad psicológica.

Sólo cumpliéndose estas dos condiciones previas se favorecerá en el alumno una actitud motivadora y de atención hacia el aprendizaje. Lo cierto y verdad, es que el aprendizaje significativo es para muchos el único aprendizaje verdadero. Surge cuando el alumno, como constructor de su propio conocimiento, relaciona los conceptos a aprender y les da un sentido a partir de la estructura conceptual que ya posee. Pero además construye su propio conocimiento porque quiere y está interesado en ello¹². El aprendizaje significativo a veces se construye al relacionar los conceptos nuevos con los conceptos que ya posee y otras al relacionar los conceptos nuevos con la experiencia que ya se tiene.

Esta forma de aprender tiene, por supuesto, una mayor permanencia puesto que se vincula con aspectos afectivos en torno al objeto de aprendizaje. Suele estar integrado con otros aprendizajes y el estudiante percibe que se trata de algo aplicable, aunque no necesariamente de inmediato. En el aprendizaje significativo no se aprende para el examen sino para la vida. Es decir, el alumno que participa en un proceso educativo y aprende significativamente deja de ser el mismo, porque sufre importantes cambios en su forma pensar.

En contraste está el aprendizaje no significativo. Se trata de un aprendizaje transitorio, frecuentemente memorístico, casi siempre orientado a la aprobación de un examen pero dispuesto a ser olvidado una vez que éste ha finalizado. El individuo que aprende de una manera no significativa, adquiere algunos atributos que le adornan pero que no lo cambian substancialmente¹³.

¹² Villanueva, J. D. (2001): El aprendizaje de los adultos. *Medicina de Familia (And)*; 2: 165-171.

¹³ Gutiérrez, R. (1980): El aprendizaje significativo. En: *Introducción a la didáctica*. Editorial Esfinge. México. Pág. 21-30

El aprendizaje profesionalizador es significativo porque lo que va a aprender el trabajador en formación (en nuestro caso, el médico residente) adquiere para él un significado y un sentido personal, en función de su profesión, por lo que se convierte en algo importante y necesario para lograr sus metas y propósitos profesionales, o sea, el contenido del aprendizaje se hace imprescindible para avanzar en su preparación técnica, tecnológica y profesional.

Este trabajador en formación se siente implicado no solo en relación con los contenidos técnicos que va a aprender, con la experiencia profesional que va a adquirir y con la cultura laboral, sino también en relación con los procesos de actividad y comunicación, los procesos profesionalizados del aprendizaje.

1.3 Aprendizaje situado-contextualizado (Situated Learning)

Partiendo de la idea de que aprender es algo que sólo puede hacer quien aprende, el proceso de aprendizaje se realiza construyendo significados de forma contextualizada y en interacción; es decir, el aprendizaje no es independiente del contexto en que se realiza. Es más, se dice que el conocimiento se recuerda mejor en el contexto en que se ha aprendido y existen estudios¹⁴ importantes que así lo avalan.

Por este motivo, la pedagogía contemporánea sostiene que el aprendizaje es una actividad cognoscitiva dentro de una práctica contextualizada que exige a los docentes la identificación de dicho contexto en el cual los conocimientos serán aprendidos y las competencias serán aplicadas. Se habla entonces del aprendizaje “situado” en contextos socioculturales significativos (Ertmer y Newby, 1983)¹⁵.

Desde esta perspectiva, se sostiene que cualquier forma de aprendizaje se encuentra necesariamente “situada” en algún contexto o cultura y que el conocimiento y los procesos para construirlo o adquirirlo, están influidos por la “situación” en que se da la construcción o adquisición del aprendizaje¹⁶.

¹⁴ Godden, D.R., Baddeley, A.D. (1975): Context-dependent memory in two natural environments: On land and underwater. *British Journal of Psychology*; 66(3):325-331

¹⁵ Ertmer, P.A., Newby, T.J. (1993): Behaviorism, cognitivism, constructivism: Comparing critical features from an instructional design perspective. *Performance Improvement Quarterly*, 6(4)50-62.

¹⁶ Lave, J., Wenger, R. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge: University Press, 55-104.

Es decir, el alumno interpreta los nuevos conocimientos según el significado particular que para él tienen vistos desde sus conocimientos e interpretaciones previas. Pero estos conocimientos e interpretaciones previas, a su vez han sido construidos –aprendidos– en un entorno donde diversos profesionales han compartido también conocimientos e interpretaciones. Por lo que, para comprender el proceso del conocimiento, será preciso examinar la cultura y el contexto en que ocurre.

Con el aprendizaje “situado” se evita tanto la enseñanza descontextualizada y simplista como el conocimiento inerte y estéril, y se incrementa la motivación. La manera como la gente construye significados y resuelve sus problemas en un contexto informal natural, es diametralmente opuesta a lo que sucede en las aulas de clase¹⁷.

Por tanto, no necesariamente se aprende en los lugares hechos para tal efecto: las aulas, los cursos; se aprende donde se emprende: en el ocio, en el trabajo, en situaciones personales. Por todo ello, los currículos innovadores hacen el doble esfuerzo de, por un lado, alejarse del contexto aula por no ser el mismo entorno en el que se deberá aplicar el conocimiento y, por el otro, acercar al máximo los contextos de aprendizaje a la realidad profesional.

En esta misma línea se expresa la Dra. Nolla: *“no se debe olvidar que muchos aspectos esenciales de la competencia profesional se adquieren fundamentalmente en contextos reales: los valores de la profesión, el trabajo en equipo, el formar parte de una organización, etc. se trata de un proceso de aprendizaje, muchas veces inconsciente, que se da por presentación de modelos”*¹⁸.

El doctor Albert Jovell también se manifiesta en este sentido: *“a la hora de enseñar medicina es preciso hacerlo en contextos de aprendizaje apropiados que reproduzcan experiencias de enseñanza propias de la práctica profesional. Estos contextos de aprendizaje deberían incluir la participación en sesiones clínicas, la exposición a pacientes virtuales y ficticios, y el contacto directo con los paciente”*¹⁹.

¹⁷ Brown, J. S. & Duguid P. (1993). Stolen Knowledge. *Educational Technology*, 33 (3), 10-13.

¹⁸ Nolla, M. (2002): Aprendizaje y contextos reales. *Educación Médica*; 5(4): 161-162.

¹⁹ Jovell, A. (2001): *El futuro de la Profesión Médica: Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI*. Informe realizado a petición de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Fundació Biblioteca Josep Laporte.

También Albert Oriol, en el prólogo de un estudio del año 2006²⁰, expone que el conocimiento profesional útil no se adquiere tanto cuando se aprende como cuando se utiliza y que cada vez que se utiliza un conocimiento, éste se reaprende, se enriquece de su contextualización y se aumenta el saber profesional.

Si aplicamos esta concepción del proceso de aprendizaje a la actividad docente en la formación médica especializada podemos afirmar que el aprendizaje del residente no ocurre aislado si no en un entorno social concreto (en nuestro caso, los centros de salud acreditados para la docencia fundamentalmente) donde éste imita al tutor/a como modelo e interacciona con otros agentes mediadores (compañeros y otros profesionales docentes).

El estudio al que acaba de hacerse mención (monografía N°10) se encuentra muy relacionado con el tema que nos ocupa ya que pretende explicar la formación del personal médico residente como un proceso de socialización y de iniciación en un contexto institucional concreto. A lo largo del mismo se analiza como la formación no es solo un proceso de adquisición de habilidades y de capacitación técnica (esto se podría conseguir en el aula), sino de integración de los MIR para ser capaces de hacer actuaciones que sean consideradas eficaces en un momento y ámbito concreto de la práctica.

1.4 Aprendizaje activo (Active Learning)

La participación activa aumenta la retención y el aprendizaje. El aprendizaje activo que es aquel en el que el aprendiz es el principal conductor de su propio aprendizaje. El profesor sería más bien un facilitador. Entre las principales aproximaciones de aprendizaje activo estarían: el aprendizaje cooperativo, el aprendizaje basado en la solución de problemas, el método de estudio de casos, el estudio independiente o autodirigido, las discusiones en clase, los simuladores, el rol play, la enseñanza entre pares, y el trabajo de campo, entre otros.

²⁰ Sánchez-Candamio, M. y col. (2006): *El procés de socialització del personal mèdic intern resident. Aportacions de la investigació social qualitativa a l'anàlisi de la iniciació professional en un context institucional*. Monografía núm.10. Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona.

1.5 Aprendizaje individualizado (Individualized Learning)

En relación a la necesidad de adaptar el aprendizaje a las diferencias individuales de cada alumno/residente deben tenerse en cuenta se encuentran una serie de factores como son:

- La situación personal y familiar
- Las circunstancias profesionales
- Las aptitudes y las capacidades
- La necesidades docentes
- La personalidad
- El estilo cognoscitivo y de aprendizaje
- Las preferencias (técnicas docentes y de estudio, distribución del tiempo, ...)

Aunque una respuesta totalmente individualizada no es posible cuando se trata de enseñanza grupal, en el caso de la enseñanza tutorizada que se establece entre tutor y residentes, sí es posible adoptar algunas medidas de individualización (uso de tiempos alternativos, flexibilidad en la asignación de tutores y en los tiempos, realización de técnicas autoinstructivas,...)

1.6 Aprendizaje motivador (Motivation Learning)

El alumno aprende cuando está preparado y cuando está motivado. El aprendizaje debe ser, en algún sentido, de uso práctico y adaptable al mundo real en el cual vive el alumno. Por tanto, los profesores necesitarán encontrar formas para motivar a los alumnos. Consistirá en ayudarlos a descubrir sus necesidades y prioridades educativas, eligiendo por ellos mismos. Entre los factores que influyen en la motivación destacan:

- La propia curiosidad natural o intelectual de alumno/residente.
- La capacidad de estimular del docente/tutor.
- El contacto personal con el tutor y otros compañeros.
- La satisfacción de los objetivos personales.
- La verificación de los resultados personales.
- La utilidad práctica del aprendizaje.
- Un programa docente de calidad.

Un tutor es alguien de fuera del círculo inmediato del aprendiz que actúa como un modelo positivo, consejero o compañero con experiencia. El desarrollo de la relación tutor-residente a lo largo del tiempo puede ayudar a mejorar la autoestima y motivación, aumentar las aspiraciones y niveles de calidad en las tareas del aprendiz. La forma más frecuente de mantener o incrementar la motivación es la creación de incentivos. Éstos los clasificamos en intrínsecos, extrínsecos, positivos o negativos:

EXTRINSECOS	INTRINSECOS
Aquellos que no tienen relación con el proceso de aprendizaje. El alumno trabaja para conseguirlos pero no aprende. Ej.: diplomas, premios	Aquellos que están directamente relacionados con el proceso de aprendizaje. Su satisfacción descansa en el proceso de aprendizaje en sí mismo, y el estudiante trabaja para aprender. Ej.: metas ligadas a las actividades profesionales
POSITIVOS	NEGATIVOS
Aquellos que refuerzan el aprendizaje mediante el estudio voluntario. Ej.: reconocimiento, premio, halago,	Aquellos que hacen obligatorio el aprendizaje mediante técnicas punitivas Ej.: castigo, suspenso

1.7 Aprendizaje experiencial (Experiential Learning)

Aunque el adjetivo experiencial no existe en español, en una traducción libre se refiere a una de las teorías del aprendizaje que pondera la experiencia como elemento fundamental para lograrlo. Se parte del principio, según el cual, las personas aprenden mejor cuando entran en contacto directo con sus propias experiencias y vivencias.

Según María Begoña Rodas, “el aprendizaje experiencial, más que una herramienta, es una filosofía de educación para adultos, que parte del principio que las personas aprenden mejor cuando entran en contacto directo con sus propias experiencias y vivencias, es un aprendizaje “haciendo”, que reflexiona sobre el mismo “hacer”²¹.

²¹ Rodas, M. B. (2003): *El Aprendizaje Experiencial*; Biblioteca virtual Amauta. <http://www.gentedetradicion.org/Textos/Articulos/EL%20APRENDIZAJE%20EXPERIENCIAL.pdf>

El aprendizaje en torno a experiencias personales proporciona ventajas educativas y que puede resultar motivador ya que la implicación y la actividad que supone significa en general un estímulo para el discente mucho mayor que la actitud receptiva pasiva de algunos métodos didácticos. Además se facilita la adquisición e integración de conocimientos y destrezas de forma que sean directamente aplicables al contexto real. Pero sobre todo permiten desarrollar el autoconocimiento.

Pero, ¿se puede afirmar que cualquier experiencia es formativa? A propósito de esta cuestión, Marhuenda²² señala que el hecho de que la experiencia sea una manera muy valorada de aprender no significa que el aprendizaje que siempre se obtiene de ella resulte oportuno y valioso en términos pedagógicos. Por este motivo, es preciso planificar y supervisar de manera apropiada las experiencias.

Aunque en todas las épocas históricas se ha documentado el valor educativo de la experiencia, podemos encontrar los primeros elementos de una auténtica educación experiencial en la obra de John Dewey²³. En ella, entre otras cosas señalaba que los individuos necesitan estar involucrados en lo que están aprendiendo y que el aprendizaje debe facilitar la preparación para vivir en un mundo cambiante y en evolución. Estas ideas fueron posteriormente desarrolladas por dos teóricos (Kolb²⁴ y Schön²⁵) que, preocupados por la formación y el desarrollo de los profesionales, a mediados de los años 80, elaboraron sus tesis alrededor de este aprendizaje práctico tan unido al desarrollo de competencias.

Ambos autores hicieron importantes aportaciones al aprendizaje experiencial pero en el ámbito de la formación profesional. Desde este planteamiento, las experiencias propuestas son fundamentalmente aquellas que se corresponden o al menos se relacionan con las que el profesional encuentra en su ejercicio profesional. Convirtiéndose, de esta forma, el aprendizaje basado en la experiencia en una pieza fundamental en la adquisición y el desarrollo de competencias y, por lo tanto, en el proceso de profesionalización.

²² Marhuenda, F. (2001): Ni tanto ni tan calvo. Razones y mitos en torno al valor de la experiencia práctica en el aprendizaje profesional. En F. Marhuenda, M.J. Cros y E. Giménez (Eds.), *Aprender de las prácticas: Didáctica de la Formación en los centros de trabajo* (p. 123-169). València: Universitat de València.

²³ Dewey, Dewey, J. (2004): *Experiencia y Educación*. Biblioteca Nueva, Madrid.

²⁴ Kolb, D.A. (1984): *Experiential learning. Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.

²⁵ Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones* (L. Montero i J. M. Vez Jeremías, Trads.). Madrid: Paidós.

El proceso principal de aprendizaje es la reflexión sobre la práctica. Dicho de otro modo, el núcleo del aprendizaje experiencial lo constituye la reflexión sobre la propia experiencia (práctica reflexiva)²⁶. De tal forma, que las tareas en contextos reales son un foco apropiado de aprendizaje siempre que no se olvide la reflexión apoyada en la teoría y contemplar las vivencias subjetivas del alumno.

En resumen, lo que Kolb y Schön aportan a la idea de que aprendemos a partir de la experiencia, es la necesidad de reflexionar sobre la práctica. El simple hacer sin reflexión, no implica aprendizaje. Es decir, es preciso tomar conciencia no sólo de lo que se ha hecho sino también del cómo y porqué se ha actuado de esa manera. Así entendida la experiencia se convierte en una inagotable fuente de aprendizaje y en un camino hacia la profesionalización²⁷.

Otro autor, Epstein²⁸, en esta misma línea, propone una práctica profesional reflexiva, atenta y presente (*mindful practice*) para favorecer la capacidad de sorprenderse como base para la mejora continua de la competencia.

Si bien, la famosa expresión de “aprender haciendo” se aplica a la mayoría de los profesionales, en el caso de los médicos adquiere aún un mayor protagonismo con expresiones como: “a operar se aprende operando”²⁹. Y es que, en el caso de la profesión medicina, este aprendizaje experiencial resulta no sólo insustituible sino también indispensable. No se pueden formar médicos por correspondencia, ni aprender medicina exclusivamente a partir de lecturas y memorización. La exposición de los estudiantes a los acontecimientos significativos del ejercicio de la profesión es imprescindible. Esto es particularmente importante para adquirir habilidades complejas, como pueden ser la competencia clínica y la quirúrgica, pues a pesar de los avances pedagógicos, del uso de simuladores y maniqués, de pacientes estandarizados, de los laboratorios de habilidades clínicas, de la cirugía en animales y otros, no se ha logrado sustituir el tratar con los enfermos reales de todos los días, de experimentar las vivencias subjetivas que ello conlleva, de sufrir y gozar con los pacientes y sus familias³⁰.

²⁶ Schön, D. (1998): *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Paidós. Barcelona.

²⁷ Oriol, A. (1997): *Reflexions epistemològiques inacabades sobre el coneixement i la competència professional* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.iesalut.es/pensaments/>

²⁸ Epstein R.M. (1999): Mindful practice. *JAMA*;282: 833 - 839

²⁹ Nolla, M. (2002): Aprendizaje y contextos reales. *Educación Médica*; 5(4): 161-162.

³⁰ Lifshitz, A. (2006): Aprender de la experiencia: la teoría experiencial del aprendizaje. En *Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina*.

Gran parte del aprendizaje de los médicos se produce a partir de la experiencia, aunque la sola exposición a los acontecimientos de la práctica cotidiana no lo garantiza. La idea no es sólo propiciar las oportunidades para tener experiencias sino tener la capacidad de sacarles provecho.

1.8 Aprendizaje social (Social Learning)

Gran parte del aprendizaje humano, ocurre de manera vicaria, es decir, sin ejecución abierta del que aprende. Se trata de un aprendizaje semioculto y un tanto inconsciente al que todos estamos sujetos. Un aprendizaje por observación, copia, aceptación y modificación que alguna forma modula muchas de nuestras conductas y actitudes hacia la vida. Es el aprendizaje social.³¹

Por ello, todos conocemos de hijos que hablan igual que sus padres, que tienen las mismas expresiones, que mueven sus manos en forma parecida y que se comportan en forma similar. Vieron a sus padres hacerlo, encontraron en ello aceptación y reproducen esas maneras en ellos mismos, claro está, con sus variantes.

El aprendizaje social (que también recibe los nombres de aprendizaje vicario, aprendizaje observacional, imitación, modelado, o aprendizaje cognitivo social) es la forma en que los individuos adquieren conocimientos a través de la socialización e interacción con el medio, donde el sujeto modifica su conducta por observación y modelamiento. Por tanto, así entendido el aprendizaje se basa en una situación social en la que, al menos, participan dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada, y el sujeto, que realiza la observación de dicha conducta y cuya observación determina el aprendizaje. Un ejemplo de este aprendizaje sería gran parte del aprendizaje del lenguaje.

El máximo exponente de este enfoque de aprendizaje es Albert Bandura, quien postula una teoría general o modelo del aprendizaje por observación que se ha extendido gradualmente. Concretamente el que él mismo llamó modelo de reciprocidad triádica³², según el cual, el comportamiento se explica por la interacción recíproca entre determinantes cognoscitivos, comportamentales y ambientales, es decir, subraya la importancia de los procesos simbólicos (especialmente el lenguaje),

³¹ Shuval, J.T. y Adler, I. (1980): The role of models in professional socialization. *Social Science Medicine*, 14A, 5-14

³² Bandura, A. (1984): *Teoría del aprendizaje social*. Escasa-Calpe, Madrid.

vicarios (es decir, en los que entra la experiencia de otro y no la propia), autorregulatorios y de autorreflexión.

Por tanto, para él, nuestra conducta es el producto de tres grandes fuerzas que interactúan casi en iguales circunstancias:

- Las personales, en donde se incluyen el conocimiento que tenemos de las cosas, las emociones y el temperamento.
- Los factores ambientales, que engloban ; las conductas y consejos de la gente a nuestro a nuestro alrededor, los factores institucionales, profesionales o físicos que estimulan o impiden ciertas acciones y;
- Los conocimientos previamente aprendidos³³.

La teoría cognoscitiva social de Bandura ofrece amplias posibilidades de aplicación en las áreas de aprendizaje, la motivación y la autorregulación, y ha sido probada en diversos contextos y aplicada a las habilidades cognoscitivas, sociales, motoras, para la salud, educativa, y autorreguladoras, puesto que la gente aprende mediante la observación de modelos.

Este aprendizaje observacional sucede constantemente en el modelo de educación que se practica en medicina y más en concreto, en la formación especializada. El residente durante su período formativo aprenderá por modelado de su tutor, del resto de médicos del equipo y de otros residentes. Aprenderá una serie de valores, conductas y actitudes que determinarán su vida profesional. En este sentido, el aprendizaje observacional es una práctica constante y cíclica por la que, en cierto modo, "somos lo que nos enseñaron ser".

Existen distintas modalidades o procedimientos educativos, pero todos ellos tienen en común, independientemente del modo de que se trate, el formar un profesional de múltiples capacidades, entre las que sobresalen: la capacidad clínica y en destrezas; el desarrollo profesional continuo y una socialización positiva al medio que lo rodea y su desarrollo como educador potencial.

³³ Bandura, A. (1987): *Pensamiento y acción social, fundamentos sociales*. Ediciones Martínez Roca. Barcelona.

Si se observan detenidamente estos tres objetivos se apreciará que para lograr estas metas el currículo de los actuales planes de estudio rara vez contempla este tipo de formación integral. Sin embargo, a lo largo de los años se han producido una gran cantidad de médicos, que sin expresamente formados en desarrollo profesional, socialización, liderazgo o educación, si han cumplido a satisfacción los objetivos que se esperaba de ellos. Sin duda, muchas de las funciones enunciadas son parte del currículo oculto de la formación de los médicos y que se adoptan y aprenden de forma observacional.

No cabe duda de que para ser un médico eficiente, hay que tener conocimientos abundantes; habilidades clínicas y de diagnóstico; destrezas en procedimientos; actualización continua, etc. Pero también, para conseguir lo anterior, se requiere tener una organización intelectual y del tiempo empleado, liderazgo en el grupo y habilidades de comunicación hacia los pacientes, los familiares y hacia el resto del personal de salud. Todo esto, se aprende y se reproduce por aprendizaje social del médico, observando cómo lo hacen otros y adoptándolo y reproduciéndolo como parte de su comportamiento profesional y social³⁴.

Esta misma idea es expresada por la Dra. María Nolla en los siguientes términos; *“no se debe olvidar que muchos aspectos esenciales de la competencia profesional del médico se adquieren fundamentalmente en contextos reales: los valores de la profesión, las actitudes ante las enfermedades, los pacientes, la familia, los colegas, el trabajo en equipo, formar parte de una organización, etc. se trata de un proceso de aprendizaje, muchas veces inconsciente, que se da por presentación de modelos”*³⁵.

En cuanto a quien ostenta el papel modulador de la conducta de médico especialista en formación señalar que no existe un único responsable y que todos los involucrados en el proceso de enseñanza del residente son, de alguna forma, responsables de ello (tutor, otros médicos del equipo, enfermeras, médicos hospitalarios, trabajador social, etc.). De una u otra forma existe en cada uno de estos profesionales un modelo a ser imitado o rechazado por quienes dependen educativamente de ellos. Por ello es muy importante entender este proceso y procurar crear, en todos los actores del equipo médico, modelos a seguir que permitan

³⁴ Wright, S. M., Kern, P.E., et al. (1998): Attributes of excellent attending-physician role models. *New England Journal of Medicine*, 339, 1986.

³⁵ Nolla, M. (2002): Aprendizaje y contextos reales. *Educación Médica*; 5(4): 161-162.

constantemente mejorar los procesos educativos y profesionales en la actividad cotidiana del servicio asistencial-educativo.

Pero, sin duda, quien tendrá la mayor responsabilidad en modular el papel de este aprendizaje serán los responsables docentes a los que se encuentre adscrito el residente (su tutor/a, el responsable de docencia o jefe de estudios del centro sanitario y el Coordinador de su Unidad Docente).

Por ello, debe cuidarse mucho el papel modulador de estos profesionales que constituyen verdaderos ejemplos a seguir mejorando las condiciones en las que los médicos desarrollan su labor docente, mediante auténticos procesos de acreditación docente y con medidas reales de dignificación y reconocimiento de su trabajo (medidas como controlar la presión asistencial mediante reducciones de cupo, proporcionar incentivos económicos, recursos materiales de apoyo y tiempo para la docencia, etc.). De esta forma se evitará que se deteriore la enseñanza o se pierda definitivamente de hospitales, centros, servicios de especialidad o algún grupo médico, de gran importancia científica y con cualidades potenciales para la formación de recursos humanos en salud.

Han sido muchos los autores³⁶ que se han ocupado de acentuar la importancia del *Rol modeling* en la educación y en el desarrollo profesional de los médicos. Es decir, de subrayar el papel fundamental que el médico juega en el aprendizaje de una serie de conductas que, por observación, modularán el desarrollo profesional de los futuros médicos especialistas. Y para ello, proponen algunas recomendaciones que se deben tener presentes:

- Ser consciente en todo momento del papel que el médico/tutor juega como un ejemplo a seguir entre quienes le observan y asimilan sus actitudes y

³⁶ Friedland, J. A. (2002): Social learning theory and the development of clinical performance. In Edwards J. C. et al. *Resident teaching skills*. Spring Series on Medical Education.

Ambrozy, D. M., Irby D. M. Bowen J. L., et al. (1997): Role models' perceptions of themselves and their influence on students' specialty choices. *Acad. Med.* 72, 1119-1121.

Wright, S., Wong, A., Newill, C. (1997): The impact of role models on medical students. *J. Gen. Intern. Med.* 12, 53-56.

Wright, S. (1996): Examining what residents look for in their role models. *Acad. Med.* 71, 290-292.

Neumayer, L., Konishi, G., L'Archeveque, D., et al. (1993): Female surgeons in the 1990s': academic role models. *Arch. Surg.* 128, 669-672.

Reuler, J.B., Nardone, D. A., (1994): Role modeling in medical education. *West J. Med.* 160, 335-337.

conductas. De ellas, dependerán el desarrollo profesional, social, profesional y educacional del especialista en formación.

- El residente se encuentra en proceso de maduración profesional y social. Es bastante influenciable y aprenderá actitudes negativas particularmente si es reforzado en ellas.
- Estar atento a las desviaciones conductuales de los médicos a su cargo y amonestar cuando las observe. En la medida de sus posibilidades, sirva de ejemplo.
- Asumir una actitud positiva hacia la medicina y la enseñanza. Recordar que está siendo observado y asimilado.
- Procurar un trato correcto al personal de salud, llevando una relación amistosa o respetuosa (según sea el caso) hacia sus compañeros de trabajo y autoridades. Sus actitudes hacia ellos podrán ser reproducidas en un futuro por sus residentes a cargo.
- Procurar la promoción y defensa de una posición ética e independiente en sus juicios. Hará mejores médicos entre quienes lo observan.
- Ser respetuoso y amable hacia los pacientes, enseñar los derechos de los pacientes en la práctica cotidiana. Corregir inmediatamente desviaciones que en este sentido ocurran entre los residentes a su cargo.
- Mantener disciplina laboral y liderazgo en su ámbito de acción. El orden es necesario para una buena enseñanza de la medicina y práctica profesional.
- Crear entre los residentes el deseo de un desarrollo profesional y educativo de excelencia. Generar orgullo institucional.

2. EL MODELO DE APRENDIZAJE CENTRADO EN EL ALUMNO

Las distintas teorías sobre el aprendizaje existentes (conductismo, cognitivismo, constructivismo y psicología sociocultural, entre otras) se podrían situar a lo largo de un continuum en el que en un extremo encontraríamos concepciones más cercanas a un paradigma centrado exclusivamente en la figura del profesor y en la enseñanza y en el extremo opuesto situaríamos aquellas otras más próximas a un paradigma centrado exclusivamente en el aprendizaje y en el alumno.

En el *Glosario de términos de Educación Médica*³⁷ elaborado por Andrzej Wojtczak en el 2000 se recoge la definición de cada uno de estos enfoques en los siguientes términos:

Enseñanza centrada en el profesor (Teacher-Centered Education): Es la estrategia educativa en la que el profesor indica lo que debe ser aprendido y cómo debe hacerlo. El profesor es la figura central o clave y se hace hincapié en las clases magistrales y en el laboratorio formal. Los estudiantes tienen un control escaso de lo que aprenden, del orden con el que aprenden y de los métodos que deben utilizar. En este enfoque, el aprendizaje es más pasivo que activo. Es lo contrario de la enseñanza centrada en el estudiante (Wojtczak, 2003, p. 30).

Enseñanza centrada en el alumno (Learner-Centered Education): Es la estrategia educativa en la que se pone el énfasis en las necesidades del alumno. Los estudiantes son los responsables de identificar sus déficits de conocimiento, de participar activamente en subsanarlos y de realizar el seguimiento de estas modificaciones. Los profesores deben facilitar este proceso más que aportar información. Este enfoque aumenta la motivación de los estudiantes para el aprendizaje y les prepara para el aprendizaje autónomo y para la educación continua. La enseñanza centrada en el estudiante es lo contrario de la enseñanza centrada en el profesor (Wojtczak, 2003, p. 30).

Trasladando esta diferenciación al contexto de la residencia formativa encontramos los dos estilos de aprendizaje bien marcados. Por un lado, el estilo centrado en el tutor/a, según el cual, este último espera que el residente dependa mucho de él y de su actuación. Y es el mismo tutor/a el que se responsabiliza de: identificar los objetivos del residente; planificar su aprendizaje; garantizar que aprenda el contenido y evaluar su aprendizaje. Por el contrario, en el estilo centrado en el residente, el tutor/a espera que el residente sea bastante autónomo y lo estimula y ayuda para que se responsabilice de identificar sus necesidades, objetivos y de planificar y evaluar su propio proceso de aprendizaje³⁸.

³⁷ Wojtczak, A. (2003): Glosario de Términos de Educación Médica. *Educación Médica*; 6: (supl. 2): 28-29. Traducción del Dr. Jorge Palés, Presidente de la SEDEM y de la Dra. Maria Nolla, Jefe de Estudios de la Fundación Dr. Robert. "Medical Teacher, 2002, vol.24 (1,2,3) part 1, 2 and 3 (www.tandf.co.uk/journals)", con autorización de Medical Teacher y IIME.

³⁸ Dr. L. Randol Barker. Johns Hopkins University. Barcelona, marzo 1996 (Conferencia).

En la base de la mayoría de las recomendaciones de educación médica y en sintonía con el paradigma constructivista -en el que ya hemos justificado que se sustenta todo el entramado del sistema MIR- se apuesta por la promoción de los enfoques centrados en el alumno y orientados a la resolución de problemas. Esta idea es refrendada por Peters del siguiente modo: “*en el paradigma constructivista, el estudiante se sitúa como centro del proceso de aprendizaje, construyendo o reconstruyendo su conocimiento, o redes de conocimiento, de forma activa, de manera que tenga algún significado a nivel personal*”³⁹.

Este modelo de aprendizaje centrado en el alumno/residente se orienta en gran medida hacia el descubrimiento de lo que aprende el sujeto, considerando de manera preponderante la autonomía del alumno como factor del aprendizaje. En otras palabras, un enfoque en donde el alumno se sitúa como centro del proceso de aprendizaje, *construyendo* significados de forma contextualizada y en interacción. El docente deja de ser un mero transmisor de conocimientos para pasar a ejercer una función de facilitador y guía del aprendizaje.

Desde este modelo, el profesor o tutor adquiere una posición horizontal y se convierte en un facilitador del conocimiento. Por su parte, el alumno adopta un papel activo y rompe con el modelo paternalista y la posición vertical basada en la diferenciación de conocimientos entre profesor y alumno. La horizontalidad dota de un carácter de igualdad entre el profesor o facilitador y el alumno o participante. Se trata, pues, de una relación colaborativa y centrada en el que aprende, que de forma progresiva va adquirir más responsabilidad⁴⁰.

Y es que, como afirma Coles y otros, “*aprender es algo que sólo puede hacer quien aprende*”⁴¹. Así, el protagonismo del aprendizaje es de quién aprende y el papel del docente se convierte más en un facilitador del aprendizaje que de un transmisor de conocimientos⁴².

³⁹ Peters, M. (2000): Does Constructivist Epistemology Have a Place in Nurse Education? *Journal of Nursing Education*; 39(4): 166-172.

⁴⁰ Ricarte, J. I. y Martínez, J. M. (2007): Métodos de enseñanza y aprendizaje en el residente. En: Cabero, L. (Coord.): *Manual para tutores de MIR*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.

⁴¹ Coles, C., Brian, J., Lesley, R. (1998): *Medical education in the millenium*. Oxford University Press.

⁴² Kaufman, D.M. (2003): ABC of learning and teaching in medicine. Applying educational theory in practice. *British Medical Journal*; 326: 213-216

Además, este tipo de estrategias metodológicas que potencian la implicación del alumno en su propio aprendizaje son muy importantes porque refuerzan su responsabilidad, autoestima, interés y motivación.

En este sentido, un enfoque educativo centrado en el aprendizaje se caracteriza por incorporar un conjunto de supuestos, objetivos, estrategias y recursos orientados a lograr aprendizajes significativos de los contenidos curriculares y a aprender a aprender, promoviendo la actividad autónoma del alumno.

El profesor Beltrán entiende el *aprender a aprender*, como uno de los propósitos esenciales de los enfoques educativos centrados en el aprendizaje. Y lo define como “*el procedimiento personal más adecuado para adquirir un conocimiento*”⁴³. Se relaciona con las capacidades necesarias para desarrollar las posibilidades de aprendizaje de un individuo a través del uso adecuado de métodos de pensamiento y de análisis de la realidad.

En síntesis, actualmente todo el mundo rechaza la idea de que el individuo es solamente un reproductor de los saberes culturales y científicos y que el aprendizaje se reduce a la acumulación de información, pero aún no se ha logrado desplazar el enfoque tradicional centrado en la enseñanza para dar lugar a uno centrado en el aprendizaje del sujeto.

Todos estos principios propios del modelo de aprendizaje centrado en el alumno se concretan en dos perspectivas que son: el aprendizaje autodirigido, y el basado en la resolución de problemas.

2.1 Aprendizaje autónomo o autodirigido (Self- Directed Learning)

Se trata de la forma de educación que deja a iniciativa del alumno la identificación de sus propias necesidades de aprendizaje, de modo que es el alumno quien tiene la responsabilidad de su aprendizaje⁴⁴. Incluye los conceptos de aprendizaje individualizado o de individualización del aprendizaje, y de aprender a aprender⁴⁵.

⁴³ Beltrán, J. (1989): *Aprender a aprender: Desarrollo de estrategias cognitivas*. Cincel. Madrid.

⁴⁴ Wojtczak, A. (2003): Glosario de Términos de Educación Médica. *Educación Médica*; 6: (supl. 2): 28-29.

⁴⁵ Turabián, J.L., Pérez, B. (2004) Autoaprendizaje: piensa por ti mismo. Un modelo de escuela en medicina de familia. *Tribuna Docente*; 5(3): 31-49.

Por su parte, Davies lo define del siguiente modo: “*el aprendizaje autodirigido no es sinónimo de aprendizaje desestructurado, desorganizado o laissez-faire, sino que implica que los que aprenden deben ser capaces de tomar responsabilidad para su propio aprendizaje, su dirección y su relevancia para sus vidas, necesidades e intereses cotidianos*”⁴⁶.

Se trata de un método de aprendizaje tan importante que algunos estudios realizados para conocer de qué manera los médicos aprenden y cambian su actuación profesional ponen de manifiesto que, a lo largo de su vida, las actividades de aprendizaje autónomo representan el 90%, mientras que la formación mediante enseñanza reglada sólo representa un 10%⁴⁷.

2.2 Aprendizaje basado en problemas (Problem Based Learning)

La aparición de los problemas en el mismo contexto práctico hace que el conocimiento se recuerde e integre mucho mejor que si se adquiere por la exposición de un profesor o en otro contexto distinto. Se aprende más al usar los conocimientos y ponerlos en práctica que al recibirlos. Este planteamiento corresponde a lo que se denomina *aprendizaje basado en problemas*, que incentiva el desarrollo de una habilidad a partir de problemas o situaciones de salud similares a las que tendrán que enfrentarse en la realidad. Este tipo de enseñanza basada en problemas se ha propuesto como una de las estrategias para superar las limitaciones de la enseñanza tradicional y favorecer el aprendizaje efectivo.

Por “problemas” entendemos como una descripción de fenómenos observables que no tienen una explicación aparente inmediata. En el caso de la educación médica los problemas más frecuentes son pacientes con un cuadro clínico determinado. El ciclo que se sigue el AbP es el inverso al de la educación tradicional:

- Comienza con la presentación de un problema determinado y la solicitud a los educandos/residentes de una primera explicación y solución en términos de conceptos, principios, procesos y mecanismos aplicando los conocimientos, habilidades y experiencia que ya se poseen.

⁴⁶ Davies, P. (2000): Approaches to evidence-based teaching. *Medical Teacher*; 22(1):14-21

⁴⁷ Martenson, D. (1998): El aprendizaje en las facultades de medicina: una perspectiva sobre la situación actual. *Educación Médica*;1:7-12

- Cuando afrontan esta situación se intenta que reflexionen sobre qué otros conocimientos y habilidades se requieren para resolverlo y
- Por último, se les invita a buscar fuentes de información y recursos para cubrir estas necesidades.

El AbP facilita que los estudiantes desarrollen la capacidad de aplicar sus conocimientos a la práctica, ayuda a la participación del estudiante en el aprendizaje y también facilita el desarrollo de las habilidades para el trabajo en equipo. El papel que desempeña el tutor/a consiste en ofrecer apoyo al aprendizaje y en ayudar a los estudiantes a alcanzar los objetivos establecidos. Y los estudiantes deben comprometerse en aprender autónomamente; reduciéndose las clases magistrales al mínimo⁴⁸.

El concepto de AbP se originó en la McMaster University de Canadá, luego en la Universidad de Maastrich en Holanda y en la actualidad ha sido adoptado de manera general en muchas facultades de medicina de numerosos países. En cada una de estas instituciones se han realizado adaptaciones del modelo básico. Este sistema de aprendizaje requiere una inversión fuerte en recursos (libros, enseñanza integrada, aulas para reuniones), así como la preparación específica de los tutores⁴⁹.

3. EL APRENDIZAJE DE ADULTOS

Tanto la formación de pregrado y de postgrado como la formación continuada en Medicina se pueden encuadrar en la formación de adultos, aunque tiene unos factores distintos, tanto por sus participantes como por su contexto asistencial propio.

En el contexto de la formación médica de postgrado, es preciso no olvidar que el residente es un adulto con una “formación previa” y, a veces, incluso con una experiencia profesional anterior. Por tanto, aunque se trata de un sujeto en formación cuenta con una historia personal propia (educativa y/o profesional) que va a condicionar todo el proceso. Todo ello nos obliga a profundizar en algunos aspectos básicos de la formación de adultos como su conceptualización y sus ámbitos de

⁴⁸ Wojtczak, A. (2003): Glosario de Términos de Educación Médica. *Educación Médica*; 6: (supl. 2): 28-29.

⁴⁹ Dolmans, D.; De Grave, W.; et al (2005): Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Medical Education*; 39: 732-741.

actuación a la hora de diseñar y desarrollar cualquier estrategia educativa en este sentido.

Por mucho tiempo se pensó que el aprendizaje era un asunto exclusivo de los individuos en crecimiento y desarrollo y por tanto, propio de las etapas más infantiles y juveniles. Posteriormente se demostró que el aprendizaje no tenía edad y que mientras no existiese un deterioro neurológico no tenían porque existir limitaciones educativas relacionadas con la edad.

Más aún, hoy en día se acepta que la edad adulta es un periodo de rápido crecimiento cognoscitivo y no uno de estabilidad o declinación como se pensaba, y se ha visto que el adulto tiene la potencialidad de desarrollar vías de pensamiento más avanzadas con mayor capacidad dialéctica. Además, el adulto suele otorgar mayor valor al aprendizaje obtenido⁵⁰.

Lo que no parece razonable hoy en día es utilizar en los adultos ciertos procedimientos de la enseñanza infantil. Pues, existen diferencias en las formas de lograr el aprendizaje según la edad que obligan a individualizar la educación del adulto y distinguirla de la del niño.

Por tanto, se admite que el adulto aprende de manera distinta de cómo lo hace el niño y el adolescente, sobre todo si éstos se mueven en un contexto escolar o afín. En primer lugar, el aprendizaje de los adultos no puede verse limitado por currículos o planificaciones; los adultos tienen muchas más condiciones que los niños para decidir por sí mismos acerca de su aprendizaje. Esto particulariza el aprendizaje de los adultos como diferente del de los niños en términos del autocontrol, la autodirección, la relación con la vida cotidiana, la integración de lo teórico con lo práctico y las formas de incentivarlo.

Precisamente para describir las diferencias entre el aprendizaje de los niños (pedagogía) y el de los adultos en 1984 fue acuñado el término *andragogía* por Malcolm Knowles⁵¹ como el “arte y la ciencia de ayudar a los adultos a aprender”. Y lo fundamentaba del siguiente modo:

⁵⁰ León, A. (1986): *Psicopedagogía de los adultos*. Ed Siglo XXI. Madrid.

⁵¹ Knowles, M.S (1980): *The Modern Practice of Adult Education: from Pedagogy to Andrology*. Cambridge Books. New York.

- Los adultos son independientes y autodirigidos.
- Han acumulado experiencia, que es una rica fuente de aprendizaje.
- Valoran particularmente el aprendizaje que se integra de manera natural con las demandas de su vida diaria.
- Están más interesados en enfoques centrados en problemas y de aplicación inmediata, que en enfoques centrados en temas o abstracciones.
- Sus motivaciones para aprender son más internas que externas.

A continuación vamos a profundizar más en estos cinco supuestos de los que parte la andragogía:

Autoconcepto

A diferencia del niño, el adulto se considera responsable e independiente, está acostumbrado a tomar sus propias decisiones sobre los acontecimientos que le afectan y espera ser tratado con respeto y comprendido. La mayoría de ellos desean poder ejercitar su autonomía desempeñando un papel substancial en definir lo que aprenden y en la determinación de cuándo y de cómo ocurre el aprendizaje. Algunos adultos, por otra parte, pueden carecer de confianza en su capacidad de aprender debido a experiencias negativas en la educación formal o en el mercado de trabajo.

Implicaciones para la formación: La participación de los adultos en el proceso de aprendizaje se sitúa en la identificación de necesidades, en la ejecución de las actividades que aprenden y en la determinación de si se han resuelto las metas propuestas.

Experiencia acumulada

Los adultos han acumulado una amplia gama de la experiencia que puede contribuir sensiblemente al proceso de aprendizaje. Y tanto el docente como otros discentes pueden aprender de estas experiencias.

Implicaciones para la formación: Debido a esta experiencia previa dependen menos del profesor y aprenden más rápido al relacionar los conocimientos nuevos con las

experiencias. El docente se centra en las actividades que animan la comunicación entre él y el alumno para que aflore su experiencia previa creando un clima y un ambiente físico que promuevan el intercambio de información.

Preparados para el aprendizaje

Los adultos están dispuestos a aprender cuando las tareas de aprendizaje les permiten solucionar los problemas que les afectan. Todos los adultos no están igualmente preparados para aprender en el mismo momento y su disposición responde a diversas causas (ascenso ocupacional, logro personal, satisfacción,...)

Implicación para la formación: El docente es responsable de asegurarse de que las metas y el contenido formativo sean compatibles con las necesidades y expectativas del discente así como con sus niveles de habilidad y de experiencia.

Perspectiva temporal

En general lo que es importante para el adulto es lo que le permite una aplicación inmediata. En este sentido, prefiere aprender a resolver problemas concretos y cotidianos y a adquirir habilidades propias de la actividad profesional más que a aumentar sus conocimientos con información nueva. Busca la utilidad y aplicación del nuevo aprendizaje y desempeña diversos roles y responsabilidades a un mismo tiempo.

Implicación para la formación: El aprendizaje se adapta a los requisitos específicos. El docente se asegura de que sus objetivos sean compatibles con las necesidades y expectativas del alumno.

Knowles, propone también el concepto de “*contrato de desarrollo personal*” (learning contract)⁵², estrategia voluntaria que permite a los adultos establecer su propio plan de formación y a la organización optimizar los recursos con los que cuenta. El docente guía al alumno, ayudándole a diagnosticar sus necesidades de formación, estableciendo con él sus objetivos, eligiendo conjuntamente los medios más adecuados y determinando las estrategias de evaluación más importantes.

⁵² Knowles, M.S (1980): *The Modern Practice of Adult Education: from Pedagogy to Andrology*. Cambridge Books. New York.

En este sentido propone una serie de recomendaciones a los educadores de adultos, tales como crear un clima cooperativo de aprendizaje, instrumentar los mecanismos para una planificación mutua, es decir, entre profesores y alumnos; hacer un diagnóstico de las necesidades e intereses de los aprendices adultos; establecer objetivos educativos basados en esas necesidades e intereses; diseñar actividades secuenciales para alcanzar los aprendizajes deseados; ejecutar este diseño seleccionando materiales, métodos y recursos; y evaluar la calidad de las experiencias de aprendizaje al mismo tiempo que se rediagnostican necesidades para un futuro aprendizaje.

Por otra parte, la definición más aceptada actualmente de educación de adultos proviene de la XIX Conferencia General de la UNESCO celebrada en Nairobi en 1976, según la cual:

“La expresión “educación de adultos” designa a la totalidad de los procesos organizados de educación, sea cual sea el contenido, el nivel o el método, sean formales o no formales, ya sea que prolonguen o reemplacen la educación inicial dispensada en las escuelas y universidades, y en forma de aprendizaje profesional, gracias a las cuales las personas consideradas como adultos por la sociedad a la que pertenecen, desarrollan sus aptitudes, enriquecen sus conocimientos, mejoran sus competencias técnicas o profesionales o les dan una nueva orientación, y hacen evolucionar sus actitudes o su comportamiento en la doble perspectiva de un enriquecimiento integral del hombre y una participación en un desarrollo socioeconómico y cultural equilibrado e independiente”⁵³

Una década después aparecería en nuestro país *el Libro Blanco de la Educación de Adultos (1986)* en el que se fijan las cuatro áreas esenciales para una educación integral y permanente de adultos:

- Formación general o base
- Formación para la participación social
- Formación para el desarrollo personal
- Formación orientada al trabajo

De estas cuatro áreas, es la última referida a las necesidades que se le plantean al adulto en el mundo laboral (inserción, reciclaje, actualización y especialización) en la que podemos encuadrar la formación médica especializada (MIR). No obstante, profundizaremos más en este sentido en el capítulo que aborda el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del desempeño profesional.

⁵³ Recomendación relativa al desarrollo de la educación de adultos aprobada por la Conferencia General en de la UNESCO su decimonovena reunión Nairobi, 26 de noviembre de 1976.

Coincido con los autores Calvo y Collada⁵⁴ cuando afirman que la principal característica de la educación de adultos reside en que la motivación para el estudio y la formación nacen de uno mismo y no dependen tanto de factores externos. En este sentido, y aplicado a nuestro contexto, el residente estará más motivado -sobre todo, al llegar a su tercer año y cuarto año de residencia y podrá “modular” su rotación en el centro de salud a tenor de sus características y necesidades formativas, aunque dentro de unos cauces de obligado cumplimiento que orientarán su formación. Además, lo estudiado tiene interés para el adulto/residente y aplicación inmediata en el trabajo habitual.

Éstas y otras características aplicables a este tipo de enseñanza son recogidas en el año 1990 por Spencer y Jordan⁵⁵:

- Percibido como relevante y útil desde un punto de vista práctico.
- Basado sobre experiencias previas.
- Es participativo y supone involucrarse activamente.
- Se focaliza en la resolución de problemas.
- Está diseñado para que el discente asuma responsabilidades.
- Puede ser inmediatamente aplicado en la práctica.
- Implica ciclos de acción y reflexión.
- Se basa en la confianza y respeto mutuos.

A éstas podemos unir dos más tomadas de Loaysaa y Quirós⁵⁶: “*los adultos prefieren relaciones docentes democráticas y los programas no formales y necesitan una verdadera individualización de la enseñanza*”.

En este mismo sentido, Brookfield hace su aportación particular⁵⁷ y señala los siguientes principios básicos de la enseñanza del adulto que son recogidos en una publicación de la semFYC del año 98⁵⁸:

⁵⁴ Calvo, E. y Collada, G. (2004): Cómo tener residentes y estudiantes y no morir en el intento. *Revista de la SMMFYC*. 6 (3): 17-20.

⁵⁵ Spencer, J.A, Jordan, R.K. (1990): Learner centred approaches in medical education. *British Medical Journal*; 318:1280-1283.

⁵⁶ Loayssa, J.R. y Quirós, C. (1998) *El tutor en la educación médica. Papel y Tareas*. SemFYC.Barcelona.

⁵⁷ Brookfield, S.D. (1991) *Understanding and Facilitating Adult Learning: A Comprehensive Analysis of Principles and Effective Practices*. Buckingham. Open University Press.

⁵⁸ Molina, D. (Coord.) (1998): *La docencia en la práctica clínica*. Serie “El médico como docente”. SemFYC. Barcelona.

1. *La participación en el aprendizaje es voluntaria*, unido a la posibilidad de aplicación práctica del aprendizaje fomentan la motivación e implicación del adulto.
2. *El respeto mutuo* a las características y singularidades del alumno es imprescindible y exige la adaptabilidad por parte del docente.
3. *La colaboración y retroalimentación* del alumno con el docente en la definición de los objetivos y métodos docentes en base a sus necesidades y características personales y profesionales.
4. *La continua alternancia entre acción y reflexión crítica*, que sitúan el aprendizaje centrado en el alumno.
5. *El autoaprendizaje*: según el cual el alumno trabaja conforme a sus disposiciones individuales y que implica definir claramente el rol del docente como facilitador y el discente como aprendiz.

Algunos requisitos⁵⁹ aplicables a la formación de residentes y que debe reunir toda actividad formativa que pretenda cumplir con los principios de la teoría de la educación de adultos son:

- El alumno/residente deber ser el centro del proceso educativo y a él se subordinan el resto de los elementos: contenido, métodos, profesores y organización. Por tanto, las necesidades e intereses de los aprendices son los puntos de arranque apropiados.
- El docente/tutor no debe ser considerado la autoridad indiscutible e infalible, porque esto no será bien aceptado. Por otra parte, debe adoptar una posición de colega y compañero. Su papel es el de participar en un proceso de investigación, análisis y toma de decisiones con el aprendiz, en vez de limitarse a transmitir conocimientos.
- Los objetivos, contenidos y organización del aprendizaje deben ser flexibles, negociados previamente y contando con las aportaciones de los alumnos/residentes.

⁵⁹ Ramírez, M. (1976) *El adulto. Sus características. Su formación*. Marsiega, Madrid.

- Las estructuras adecuadas para organizar la tutorización deben ser situaciones relacionadas con el trabajo y la vida, no temas teóricos.
- La tutorización ha de involucrar una participación activa en una serie planificada de experiencias, el análisis de esas experiencias y su aplicación a las situaciones del trabajo.
- La evaluación debe implicar la evidencia que es recogida por el propio alumno/residente.

Se trata, por tanto, de toda una serie de características del aprendizaje de los adultos que va a tener importantes consecuencias en la práctica de la tutorización, en nuestro caso tutor-residente.

Vamos a acabar este apartado con algunas propuestas nuevas sobre la formación de adultos son⁶⁰:

- *Fines de la formación*: desarrollar personas competentes y capaces de resolver toda clase de dificultades y eso sólo es posible si se adquieren los conocimientos en el contexto real de trabajo donde han de aplicarse.
- *Naturaleza de la formación*: la formación es un proceso personal de adquisición de conocimientos, habilidades, modificación de comportamientos,.. que debe hacerse con la ayuda de un facilitador. La decisión de qué aprender y cómo hacerlo se negocia entre ambas partes (Tutor- Residente).
- *Entorno de la formación*: requiere que se disponga de un ambiente propicio, clima de confianza, seguridad, comunicación sincera, y ayuda recíproca.
- *Desarrollo profesional*: los continuos cambios sociales y tecnológicos hacen obsoletos los conocimientos adquiridos, por lo que es necesario que la organización desarrolle un esfuerzo continuo de actualización de conocimientos.
- *Naturaleza de la formación del adulto*: La andragogía atribuye a los adultos un papel más activo en su propia formación.

⁶⁰ *Andragogía: la nueva pedagogía*: V&B Psicólogos-Consultores, Nº 4, 2002, Almería.

BLOQUE I: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 6. ANÁLISIS PEDAGÓGICO DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

1. La formación en el contexto laboral
 1. Antecedentes de la formación profesional
 2. El aprendizaje profesionalizador
 3. El sistema MIR como formación en el lugar de trabajo

2. Caracterización de la formación especializada de Medicina de Familia
 1. Tipo de formación
 2. Organización docente
 3. Estructura docente
 4. Metodología docente

3. Elementos fundamentales del proceso formativo de postgrado

4. Etapas del proceso formativo

5. La organización sanitaria como escenario de aprendizaje

6. Tipos de aprendizaje organizacional: formal e informal

7. La relación de tutorización

1. LA FORMACIÓN EN EL CONTEXTO LABORAL

“Escucho y olvido, veo y recuerdo, hago y entiendo”

Proverbio de Lao Tse (Tao Te King)

Las relaciones entre el sistema formativo y el sistema productivo, entre educación y trabajo son muy estrechas y complejas. Desde esta perspectiva, la educación ofrece la base para una adecuada profesionalización, cuyas competencias y habilidades básicas se adquieren bien sea a través de la formación profesional, las enseñanzas técnicas de grado medio, los estudios profesionales universitarios y las especializaciones de postgrado. Sin embargo, la etapa decisiva de toda profesionalización es el desempeño de un puesto de trabajo, de ahí que se reconozca cada vez más que la iniciación profesional constituye, en buena parte, una modalidad formativa.

El proceso de formación en el trabajo incluye la capacidad de adquirir y producir conocimiento a partir de la actividad profesional diaria. Esta capacidad implica la participación de la profesión médica en actividades de investigación sobre su práctica clínica y de evaluación de la calidad asistencial.

La profesión médica es una de las pocas que contempla claramente una formación amplia y sistematizada en el propio contexto laboral una vez finalizada la etapa universitaria, aspecto que favorece la continuidad del proceso de profesionalización y fortalece los lazos entre formación y trabajo. Todo esto se ha conseguido con la formación postgrado o de especialidad, centrada tanto en el desarrollo de habilidades procedimentales y terapéuticas, como también en la adquisición de la competencia profesional a través de la experiencia práctica. La enseñanza y el aprendizaje son fruto de ese encuentro especial que se produce entre un profesional que actúa como tutor/a y un titulado que hace las veces de profesional, de trabajador en formación. Es claramente en este período, desarrollado “bajo vigilancia”, cuando toma consistencia la competencia profesional que después se ha de seguir manteniendo y actualizando.

Dicho de otro modo, el sistema de formación de especialistas MIR tiene como objeto capacitar en las diferentes áreas médicas mediante un proceso de práctica profesional estructurada y supervisada, con el fin de conseguir de forma progresiva los

conocimientos, habilidades y responsabilidades necesarios para el ejercicio de la especialidad¹. Una formación desarrollada en los propios servicios de salud y regulada mediante un contrato de trabajo.

Todas estas circunstancias imprimen un marcado carácter profesionalizador al proceso de formación de los futuros médicos especialistas. Por ello, dedicaremos la primera parte de este capítulo a profundizar en la conceptualización y principales características de la formación desarrollada en el contexto laboral y su contribución a la adquisición y desarrollo de competencias. Y lo haremos contestando a las siguientes preguntas: ¿puede considerarse el trabajo como una actividad educativa? ¿Puede usarse la experiencia laboral de manera educativa, con intereses formativos? ¿Puede considerarse la actividad laboral como un principio organizador del curriculum?

1.1 Antecedentes de la formación profesional

La realización de “prácticas” laborales o la utilización de la experiencia en el trabajo es algo que se ha venido haciendo desde muy antiguo, no como una simple estrategia formativa, sino fundamentalmente como un modo de vida, en el que producción y aprendizaje del oficio tenían lugar en el mismo contexto y eran, además, actividades inseparables y, por lo tanto, perfectamente integradas. Basta pensar en la figura del aprendiz desde los gremios medievales y hasta la primera revolución industrial, así como en la permanencia de los mismos en algunos países industrializados.

Por tanto, antes de la industrialización, educación y trabajo estaban ubicados en un mismo contexto y coincidían contexto de producción y reproducción en las condiciones de trabajo. No había necesidad de una pedagogía específica que se encargara de la formulación y realización de la enseñanza, ya que ésta derivaba directamente de la misma actividad productiva.

Sin embargo, la Revolución Industrial y la escolarización de masas contribuyeron a la separación entre contexto de producción y contexto de reproducción. Esta división tuvo consecuencias evidentes sobre la educación: el aprendizaje ya no tenía lugar en el mismo puesto de trabajo, sino en un contexto *ad-hoc*, que requería de una

¹ Cabero, L. (2007): ¿Cuál es el modelo de especialista que debemos formar? La demanda social frente a la oferta social. En Cabero, L. (Coord.): *Manual para tutores de MIR*. Madrid: Editorial Panamérica: p. 35-48.

organización específica para la formación. En términos de Lundgren², esa organización sufre un doble proceso: por una parte, se lleva a cabo la "formulación" de aquello que debe ser enseñado, y que tiene como referencia el propio "contexto de producción" y por el otro, se requiere la configuración de un "contexto de reproducción" en el que se da, de hecho, la "realización" de la enseñanza. Esta separación entre ambos contextos hace necesario el "texto" que medie entre ambos, para llevar a cabo el traspaso de uno a otro contexto. Y ese texto es el currículum, tal y como lo define Lundgren.

Una vez alcanzada la universalización de la escolaridad básica, es decir, la extensión a toda la población de la escolaridad obligatoria, los sistemas educativos entran en una dinámica en la que tienden a prolongar y a extender la salida de los estudiantes del mismo. Este hecho tiene una doble consecuencia: por un lado, se produce una prolongación de las transiciones (de la juventud a la vida adulta, del sistema educativo al sistema productivo, de la dependencia a la autonomía,...) y por el otro, se reduce notablemente la duración de la vida activa.

En este contexto se produce una fractura importante entre el currículum académico y el currículum profesionalizador. El primero, con el acento puesto en conocimientos de tipo fundamental o básico, con una fuerte orientación hacia el dominio de las teorías, explicaciones, datos, grandes principios y definiciones conceptuales; con el énfasis en la deontología y ética profesionales y a desarrollar a lo largo de la vida profesional. Y el segundo, orientado más hacia conocimientos de tipo práctico o aplicados, concediéndole mayor importancia a los contenidos referidos a habilidades y destrezas, a modos de proceder y hábitos de trabajo que a las explicaciones en que semejantes modos de proceder se asienten; centra su atención en la cultura del trabajo configurada a comienzos de la industrialización; las metas se sitúan en la maestría, en el desempeño del oficio o el mejor desempeño en la ejecución de las tareas propias del puesto de trabajo que en una profesionalidad ampliada. Así entendido, trabajo equivale más a ocupación que a profesión³.

Por su parte, el profesor Michael Eraut profundiza también en esta diferenciación entre el saber académico y el profesional. Para él, el conocimiento profesional sólo se puede aprender en el propio contexto, y de hecho el conocimiento académico sufre

² Lundgren, U. (1992) *Teoría del currículum y escolarización*. Madrid, Morata.

³ Marhuenda, F. "Rediscovering Apprenticeships in Europe. An Educational Perspective". En: Congreso: *Learning for the future: Employment and self-dependence in an enterprise society*. Elsinore, Dinamarca, 23 - 25 Octubre, 1996.

una gran transformación cuando el profesional actúa en dicho contexto y trata de adaptarlo con el objetivo de que le sea útil para solucionar los problemas que se le presentan. En sus propias palabras lo expresa del siguiente modo: "El conocimiento profesional no se puede caracterizar de manera que sea independiente de la forma que se adquiere y la forma en que se utiliza" (Eraut, M. 1994)⁴.

Después de haber observado la actividad profesional tanto en maestros como en personal sanitario, el propio Eraut aporta un modelo de explicación de cómo hacer la transición desde el posicionamiento académico hacia la integración en el mundo profesional⁵. Para ello, aunque se sirve como ejemplo principal del caso de los residentes de especialidades médicas, añade que su planteamiento es totalmente aplicable a cualquier estudiante universitario que de pronto se convierte en profesional y debe ejercer como tal a partir del bagaje (académico) adquirido en la Universidad⁶.

Por tanto, se aprecia una confianza cada vez mayor en el aprendizaje basado en el desempeño del trabajo y la demanda de prácticas en el mundo laboral con el fin de complementar, reforzar, e incluso corregir y aumentar el valor de la formación. El viejo principio del "aprender haciendo" encuentra hoy en día un amplio apoyo académico y profesional. Al contrario, no sólo parece darse por bueno, sino que incluso se tiene por mejor que la formación recibida en los centros de enseñanza tradicionales: no sólo conviene "hacer prácticas", sino que cuantas más se hagan mejor. De manera que el interés por las mismas avanza en todas las direcciones, desde su lugar originario en programas de formación profesional hasta programas académicos paralelos; y desde ahí hasta los niveles superiores del sistema educativo (véase el ejemplo de las universidades, no ya en sus cursos básicos sino también en los cursos para post-graduados).

Por ello se explica también la reciente expansión de la oferta de formación profesional en distintas modalidades: reglada y no reglada, ocupacional y continua, inicial y permanente, de actualización o reciclado, etc.

⁴ Eraut, M. (1994): *Developing professional knowledge and competence*. The Falmer Press, London.

⁵ Eraut, M. (2004): Conocimiento profesional en la práctica. En *La profesión médica. Retos del milenio*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.

⁶ Roma, J. (2006): La reflexión como eje central del desarrollo profesional. *Educación Médica*; 10(1): 30-36. 33. 35.

Actualmente se apuesta por una integración entre el mundo del trabajo y el mundo de la escuela, y los nuevos programas curriculares así lo contemplan. Esa integración no es otra que la confluencia antropológica del *homo sapiens* y el *homo faber*, pensar y hacer, conocer y actuar, etc. Y en esa reintegración de teoría y práctica, de formación general y especializada desempeña un papel esencial el trabajo como el eje vertebrador de la experiencia humana. En ese sentido apunta la reciente literatura anglosajona que está aportando términos tales como *working knowledge*, *knowledge worker*, *learning society* o *learning organization*.

Por otro lado, en el ámbito del estudio y de la aplicación práctica de los principios de la educación en el lugar de trabajo merece una mención especial la figura y obra de Georg Kerschensteiner (1869-1932). Notable pedagogo alemán, considerado por muchos el padre de la Pedagogía Profesional y conocido especialmente como creador de la “escuela del trabajo”. Toda su vida y obra se caracterizan por su constante interés en llevar a la práctica sus creencias teóricas. Como pensador, fue un pestalozziano auténtico, y fue precisamente la obra de este último la que más le influyó en la conformación de sus ideas pedagógicas.

En el transcurso de su carrera Kerschensteiner pasó por todos los niveles de la actividad docente: primero maestro de la escuela elemental, posteriormente profesor de “Gymnasium” (escuela secundaria) y por último profesor universitario. Pero además participó en la vida política entre 1895 y 1909 como director de las escuelas públicas de Munich, época en la que adquirió renombre mundial. Durante esta etapa desarrolló la *Fortbildungsschule* (literalmente: escuela de perfeccionamiento) convirtiéndola en una escuela de formación profesional por derecho propio, y alentó los trabajos prácticos en las escuelas, de conformidad con su idea de la *Arbeitsschule* (escuela del trabajo).

Su propuesta educativa estuvo, en todo momento, orientada a la formación de ciudadanos útiles para la sociedad. Por ello, consideraba que la escuela debía ayudar al educando a escoger una ocupación y acostumbrarlo a mirar cualquier oficio como un aporte a la comunidad. En este sentido, su proyecto pedagógico defendía el aprendizaje a través de la experiencia y ésta, a su vez conseguida mediante la labor profesional específica.

Como ya hemos comentado, la principal realización de Kerschensteiner fue la creación de la escuela de formación profesional, un cruce entre el aprendizaje y la educación formal. Kerschensteiner propugnaba la enseñanza de las actividades prácticas en el propio lugar de trabajo, paralelamente a su consolidación teórica en el entorno escolar, prefiriendo este sistema al de las “*écoles professionnelles d’apprentissage*” que existían en Francia y en otros países donde la formación profesional tenía lugar exclusivamente en la escuela. Por tanto, la búsqueda de la relación adecuada entre el conocimiento general y la enseñanza profesional es un elemento central de esta concepción⁷.

Sin embargo, aunque es cierto que Kerschensteiner fue un firme defensor de fomentar desde la escuela el trabajo manual, siempre recalcó que esto debía hacerse pero con unos mínimos criterios pedagógicos que asegurasen su capacidad formadora. Es decir, para él el trabajo manual sin un esfuerzo intelectual es una mera actividad mecánica nada interesante desde el punto de vista educativo. Así pues, la característica esencial del trabajo manual en el sentido pedagógico es su planificación y su ejecución independiente de conformidad con la naturaleza de la tarea.

De su obra escrita destacan cuatro libros que reflejan bastante fielmente su pensamiento. En una de sus primeras obras, *El concepto de educación cívica (Der Begriff der staatsbürgerlichen Erziehung, 1907)* expuso abiertamente su concepción del papel de la educación según la cual las escuelas debían verse a sí mismas como elementos productivos de la sociedad. Cinco años después, en 1912, publicó *El concepto de la escuela del trabajo (Der Begriff der Arbeitsschule)* en el que examinaba las actividades que se precisan para la organización interna de las escuelas y las reformas metodológicas y didácticas necesarias para que esta organización se lleva de un modo adecuado. En 1921 publicaba *El alma del educador y el problema de la formación del personal docente (Die Seele des Erziehers und das Problem der Lehrerbildung, 19)* en el que examinaba diversas cuestiones fundamentales de la organización interna y externa de la escuela y de la educación de los adolescentes. Sin embargo, dónde Kerschensteiner sistematizó su pensamiento de un modo más completo fue en su libro *Teoría de la formación (Theorie der Bildung, 1926)*. Esta importante obra es fruto de un profundo estudio de las obras y las ideas principales de

⁷ Röhrs, H. (1993): George Kerschensteiner (1952-1932). *Prospects: the quarterly review of comparative education* (Paris, UNESCO: International Bureau of Education), vol. XXIII, no. 3/4, p. 807-22.

la teoría y la filosofía de la educación, y en particular las de Pestalozzi, los neokantianos, Spranger y Dewey.

En resumen, la orientación de sus inquietudes pedagógicas a la formación profesional, la estrecha unión que fijó entre la teoría y la práctica educativas, así como su bello y profundo análisis de lo que debe ser un educador, han tenido importantes repercusiones en la pedagogía de la primera mitad del siglo XX⁸. Su mayor contribución al pensamiento educativo puede resumirse en su enorme esfuerzo por asentar lo más firmemente posible la teoría educativa en la práctica pedagógica real.

1.2 El aprendizaje profesionalizador

El aprendizaje profesionalizador es definido como: *un proceso cognitivo-afectivo del ser humano o de un colectivo, mediante el cual se produce la apropiación y sistematización de la experiencia profesional y de la cultura tecnológica, propiciando que el trabajador en formación transforme la realidad productiva de las empresas u organizaciones mediante su accionar en el proceso pedagógico profesional, desarrollando sus competencias laborales, inmerso en los procesos de actividad y comunicación, facilitando el cambio en función del beneficio, el desarrollo humano y el progreso social⁹.*

En este tipo de aprendizaje profesionalizador el contenido del aprendizaje coincide con los resultados directos del mismo, o sea, el trabajador en formación aprende las competencias laborales y profesionales necesarias para desempeñarse con éxito en la actividad laboral, pero lo hace inmerso en ese contexto laboral significativo para él, asimilando, apropiándose y sistematizando la cultura organizacional de las empresas y las experiencias laborales acumuladas en éstas, pero no cualquier experiencia, sino solo aquella que resulta significativa para él, en dependencia de sus necesidades, motivaciones e intereses.

Estas competencias profesionales se van formando en el propio proceso pedagógico profesional, es decir, en el propio proceso de aprender la profesión. Así entendido, el aprendizaje es un proceso por cuanto en él, el trabajador en formación

⁸ Kerschensteiner, M. (1954): *Georg Kerschensteiner: der Lebensweg eines Schulreformers (La carrera de un reformador de la escuela)*. Munich/Düsseldorf.

⁹ Ortiz, A. L. (2002): *La Pedagogía Profesional: objeto de estudio, principios y relaciones*. <http://www.monografias.com>.

se transforma y transita de un momento inicial a otro final cualitativamente superior, cumpliendo distintas etapas de formación y desarrollo de sus conocimientos, habilidades y valores: las competencias profesionales.

No basta con que el trabajador en formación cambie y se transforme, es necesario que ese cambio implique un nuevo nivel de desarrollo de sus competencias profesionales que le permita una interacción más efectiva con la realidad productiva de las empresas y un desempeño profesional competente y con éxito. El aprendizaje profesionalizador favorece la formación de un trabajador altamente calificado, competente y competitivo, que tenga un alto desarrollo de sus competencias profesionales y de su capacidad de satisfacer demandas económico-productivas y ofrecer, por tanto, su aporte eficiente a la empresa y a la sociedad.

En ese contexto, el aprendizaje en torno al trabajo tiene una gradación que va paralela a la categoría asignada al puesto de trabajo ocupado por el aprendiz o trabajador en formación. Su meta es la maestría, esto es, un conocimiento experto del trabajo, no sólo de las tareas que conlleva sino también de los roles, así como del producto final del mismo. Ese dominio sobre el trabajo tiene reflejo en la acreditación o habilitación profesional directamente, más que en la titulación académica otorgada¹⁰.

En este sentido, el aprendizaje es intrínseco a la ejecución, al desempeño, se trata de hacer y ser consciente de lo que se hace en lugar de explicitar lo que se debe hacer; del mismo modo la evaluación es también implícita a la ejecución, gracias a que resulta obvia tanto para el tutor como para el aprendiz. La figura del tutor ocupa un lugar destacado, auténtico referente o modelo para el aprendiz, modelo global no sólo en tanto que trabajador sino en tanto que persona, en su mismo estilo de vida, que es una vida cuyo eje se sitúa en lo profesional. Su tarea no es la dictar, sino la de mostrar-se, exponer-se, corregir y supervisar. Y el uso de la narración es también esencial, ya que es ella la que permite el compartir las experiencias, así como poder revisar las mismas, enjuiciarlas, utilizarlas como recurso para el aprendizaje, de modo que contribuya a la construcción de la identidad teniendo como referencia el contexto del trabajo. Al mismo tiempo, el tutor se convierte en portador de los valores profesionales y de la cultura profesional en la que se produce el aprendizaje.

¹⁰ Marhuenda, F. (1998): El valor educativo de la experiencia laboral en la formación profesional. En: *Investigación educativa y calidad de la enseñanza*. Río Gallegos, Argentina: UNPA.

Como consecuencia de esta concepción profesional del aprendizaje, se definen una serie de requisitos que deben guiar la actuación docente para que el proceso de enseñanza-aprendizaje sea efectivo. En este sentido, el aprendizaje profesional debe ser *significativo, transformador, activo, productivo e integral*. A continuación, vamos a profundizar brevemente cada uno de estos requisitos:

Significativo:

Es significativo porque lo que va a aprender el trabajador en formación adquiere para él un significado y un sentido personal, en función de su profesión, por lo que se convierte en algo importante y necesario para lograr sus metas y propósitos profesionales.

Transformador:

Lo de transformador se entiende como aquello que permite al trabajador en formación actuar sobre la realidad de las empresas u organizaciones y transformarla, modificarla, para apropiarse así de la cultura inmersa en ellas y sistematizar sus conocimientos y habilidades profesionales.

Activo:

Se basa en la búsqueda activa del conocimiento profesional por parte del trabajador en formación, teniendo en cuenta las acciones didácticas a realizar por éste para que tenga verdaderamente una posición activa y protagonista en las diferentes etapas del aprendizaje: desde la orientación, durante la ejecución y en el control de la actividad.

Productivo:

Es productivo porque exige que el trabajador en formación sea capaz de aplicar los conocimientos profesionales en situaciones de aprendizaje nuevas para él, es decir, solucionar problemas profesionales cuya situación le es desconocida y, por consiguiente, debe concebir el modo de su solución y construir los procedimientos necesarios para lograrlo.

Integral:

Se promueve el desarrollo integral de la personalidad del trabajador en formación, no sólo se apropia de conocimientos y de habilidades profesionales, sino que se forman en él sentimientos, motivaciones, valores, convicciones e ideales, garantizando la unidad y equilibrio entre lo cognitivo, lo afectivo-motivacional y lo valorativo en el desarrollo y el crecimiento profesional y personal del futuro trabajador.

Además de lo anterior, se desarrolla la capacidad de *aprender a aprender*, a ser autónomo, y en vez de transmitirle conocimientos, se dota al trabajador en formación de estrategias de aprendizaje continuo, para que aprenda a lo largo de toda su vida laboral.

1.3 El sistema MIR como formación en el lugar de trabajo

El desarrollo de actividades profesionales asociadas al ejercicio de la medicina, exige el desempeño de competencias ciertamente complejas, que el estudiante comienza a adquirir por medio de la formación teórica pero que no alcanza en un grado aceptable sino a través del ejercicio de la práctica profesional¹¹. Para facilitar el que los titulados completen su formación de modo que estén en condiciones de iniciar su carrera profesional con ciertas perspectivas de éxito, en la misma existe el período de formación médica especializada. En él, un médico residente aprende de la práctica que desempeña un médico experimentado y acreditado para la docencia (tutor) que, a su vez, está de alguna forma influido por la organización sanitaria y la población del lugar donde trabaja.

Dicho de otra forma, la formación de especialistas mediante el sistema de residencia se refiere al conjunto de actuaciones que un titulado (en este caso, en Medicina) realiza en un contexto natural (Centro de Salud y Hospital) relacionado con el ejercicio de una profesión. Aunque el contacto con la profesión puede desarrollarse de diversas formas, este tipo de formación está diseñada no tanto como una “práctica profesional” en sentido estricto, sino como una iniciación profesional y una auténtica oportunidad de aprendizaje aplicado y real¹².

¹¹ Peyton, J.W.R. (1998): *Teaching and Learning in Medical Practice*. Rickmansworth, Herts (England): Manticore. Europe Ltd.

¹² Llamas, J. y Romero, B. E. (2008): Herramientas docentes para el tutor de Medicina de Familia. *Avances en Desarrollo Profesional Continuo en Medicina (DPM)*; 1(1): 24-40.

La misión de esta formación es lograr aprendizajes profesionales en un contexto laboral sujeto a cierto control; así, los requerimientos que llegan al titulado (residente) pueden haber sido “filtrados”, el proceso que sigue para responder a tales requerimientos está supervisado y las decisiones o productos obtenidos no son de su completa responsabilidad. Se precisa, por tanto, de una figura que oriente, supervise y apoye -el tutor- el ejercicio profesional del titulado y, al final, obtenga un desempeño acorde con las competencias definidas en el perfil de la profesión. Por tanto, dos son las principales características definitorias de este tipo de formación laboral: una, que se desarrolla en el mismo lugar dónde se realiza la actividad profesional y dos, que sigue, como ya se ha comentado en el capítulo anterior, los principios del aprendizaje de adultos.

Este especial sistema formativo, aunque comparte algunos aspectos con las modalidades de formación ocupacional y de formación profesional reglada, tiene unas peculiaridades únicas. Comparte su carácter reglado y ocupacional, en tanto que se trata de una formación orientada a una cualificación laboral, pero orientada también -al igual que la formación profesional- a una formación académica que desemboca en un título profesional y de capacitación para poder acceder a una de las especialidades médicas existentes en nuestro país.

Por otro lado, esta formación MIR constituye también un entrenamiento en el lugar de trabajo para *la adquisición de la competencia profesional*¹³. Tiene como objetivo lograr que los titulados accedan a unos modos de hacer cercanos al ejercicio profesional, considerando que el acercamiento a la práctica profesional va a permitirles aprendizajes que incluyen las competencias en acción que exige su profesión.

El primer objetivo del *Libro Blanco sobre la Educación y la Formación*¹⁴ publicado por la Comisión Europea en 1995, que trataba de “fomentar la adquisición de nuevos conocimientos”¹⁵, ponía ya de manifiesto el reconocimiento de las competencias como acción prioritaria y ofrecía varias modalidades de formación vinculadas al trabajo, a la participación socio-cultural, y a la formación general. Y se comienza a dar el paso de la capacitación a la competencia profesional, en una terminología que se utilizará constantemente.

¹³ Velasco, J.A., Iglesias, J.M., González, T. et al (1990): Formación en ciencias de la salud. En *La sanidad española a debate*. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. F.A.D.S.P. Madrid.

¹⁴ El día 29 de noviembre de 1995 la Comisión Europea adopta el Libro Blanco sobre Educación y Formación.

¹⁵ Conclusiones del Consejo de 24 de julio de 1995 relativas a la importancia y a los retos de la formación profesional. DO.N.º C 207de 12.8.1995, p. 7.

Por este motivo, en los últimos años, el término de “competencia” ha ido adquiriendo cada vez más presencia en los entornos profesionales, laborales y académicos al estar asociado a los nuevos modelos educativos y de organización del trabajo que persiguen disminuir al máximo la distancia real entre estos entornos.

Diversos autores se han ocupado a lo largo del tiempo de definir dicho concepto. En nuestro caso, hemos optado por la definición de Bunk¹⁶ de 1994 que, a nuestro parecer, recoge todas las acepciones del término y según la cual: *“la competencia es un conjunto de conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para ejercer una profesión, resolver los problemas de forma autónoma y creativa, y estar capacitado para colaborar en el entorno laboral y en la organización del trabajo”*. En palabras de Echeverría: *la competencia discrimina el saber necesario para afrontar determinadas situaciones y el ser capaz de enfrentarse a las mismas*. El mismo autor nos recuerda que el uso generalizado de este término tiene su origen en demandas que se hacen desde el ámbito laboral y con él se pretende describir los resultados del proceso de aprendizaje, es decir, las competencias adquiridas de los conocimientos y las habilidades propiciadas desde la formación. (Echeverría, B., 2001)¹⁷. Según su opinión, el desempeño profesional pasa por el desarrollo de cuatro tipos de competencias:

- Competencia técnica (“Saber”): implica el dominio como experto de los conocimientos y destrezas necesarios para el desempeño de su trabajo (nuevos conocimientos, profundización en los ya adquiridos).
- Competencia metodológica (“Saber hacer”): implica la capacidad de aplicación del procedimiento adecuado a las tareas encomendadas (manejo de útiles, herramientas, situaciones, trato a pacientes, aplicación de procedimientos).
- Competencia participativa (“Saber estar”): implica saber colaborar con otras personas de forma comunicativa y constructiva, y muestra un comportamiento orientado al grupo y así como un entendimiento interpersonal (trabajar con otros, dirigir y coordinar equipos, cumplir rutinas de trabajo).

¹⁶ Bunk, G.P. (1994): La transmisión de competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista Europea de Formación Profesional*; (1): 8-14.

¹⁷ Echeverría, B. (2001): Configuración actual de la profesionalidad. *Letras de Deusto*; 31: 35-55.

- Competencia personal (“Saber ser”): implica comportarse uno mismo conforme a sus propias convicciones y asumir responsabilidades desde un determinado sistema de valores (ejercicio responsable, respeto al código deontológico).

El conjunto de todas ellas constituye lo que se ha dado en llamar la “*competencia de acción profesional*”¹⁸, siendo el resultado de lo que el profesional *sabe*, de lo que *es capaz de hacer* y de lo que *es*.

2. CARACTERIZACIÓN DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA DE MFyC

El modelo y la estrategia formativa actualmente vigentes en España para la formación de especialistas médicos vía MIR se basan en la tutorización por tutores (o adjuntos docentes responsables hospitalarios). Inicialmente, todo tutor y su centro de salud u hospital deben cumplir con unos mínimos docentes para poder ser acreditados. A continuación vamos a analizar dicho modelo formativo atendiendo al siguiente esquema:

- Tipo de formación
- Organización docente
- Estructura docente
- Metodología docente

2.1 Tipo de formación

Se trata de una *formación especializada* que comparte elementos de formación ocupacional y formación profesional. Es reglada, orientada a una cualificación laboral y a una formación académica. Culmina con la obtención de un certificado que se traduce en una titulación oficial: el título profesional de especialista en MFyC. Tiene también la consideración de *formación de postgrado*, por ser posterior a la formación pregraduada que constituye la licenciatura universitaria en Medicina y Cirugía.

Es una *formación en servicio*, que afecta a la prestación de la asistencia, lo que hace que la supervisión y la tutela sea un derecho de los residentes y una

¹⁸ Echeverría, B. (2002): *Gestión de la Competencia de Acción Profesional*. Universidad de Barcelona. Barcelona.

responsabilidad irrenunciable de todos los profesionales, de los tutores, de las Unidades Docentes y de la Administración. El “aprender haciendo” constituye la mejor estrategia pedagógica y un estímulo para la auto-formación.

Cuenta con un Programa Oficial de la Especialidad que describe el curriculum del residente de MFyC, y cómo se debe realizar para llegar a conseguir su título. Por lo tanto, es una *docencia curricular* basada en un perfil profesional fijado previamente, y que detalla los conocimientos, habilidades y actitudes deseables para poder conseguir ese perfil¹⁹.

Por otro lado, en dicho programa docente se establece como criterio que cada residente debe estar adscrito a un tutor/a durante los cuatro años que dura la residencia. Hablamos, por tanto, de una *docencia tutorizada* y *continuada* al mismo tiempo, al existir el compromiso de que esta relación de tutorización se prolongue y sea efectiva a lo largo de todo el período formativo del residente. Este carácter continuo hará que exista un incremento progresivo de la responsabilidad otorgada por parte del tutor al residente.

Esta relación de un residente por cada tutor/a hace que nos encontremos ante una *formación individualizada*, aunque abierta en todo momento a la colaboración, la cooperación y al multiprofesionalismo (con otros tutores, colaboradores docentes, resto del equipo, etc.).

Además, esta docencia, e incluso la relación que se establece entre el residente y el tutor, debe ser *personalizada*, a fin de adaptarse a las necesidades específicas de cada alumno con el objetivo final de conseguir los mejores resultados posibles. Para facilitar el aprendizaje del residente en entornos reales de trabajo, al tutor, que lo conoce bien, le resulta muy útil adaptar el currículo formal de Medicina de Familia a los contextos y a la idiosincrasia de cada residente.

Por último, esta formación debe ser también *evaluada* por los mecanismos descritos en el programa de la especialidad: certifica a los residentes, acredita a los centros de salud docentes y reacredita a los tutores. Y, como hemos señalado más arriba, se están produciendo, en los últimos años, grandes esfuerzos por desarrollar una evaluación continuada de carácter formativo a lo largo de toda la residencia MIR.

¹⁹ Llamas, J. y Romero, B. E. (2008): Herramientas docentes para el tutor de Medicina de Familia. *Avances en Desarrollo Profesional Continuo en Medicina (DPM)*; 1(1): 24-40.

En síntesis, y a modo de esquema, la formación del MIR es:

- Especializada: obtención del título de especialista.
- En servicio: afecta a la prestación de la asistencia.
- Postgraduada: posterior a la estudios de pregrado.
- Curricular: adaptada a un curriculum (el Programa Oficial de la Especialidad).
- Competencial: basada en el perfil profesional del médico de familia.
- Tutorizada: cada residente está adscrito a un tutor.
- Continuada: durante todo el período de residencia (4 años).
- Individualizada: un tutor por cada residente.
- Personalizada: adaptada las necesidades de cada residente.
- Evaluada: certificativa y formativa.

2.2 Organización docente

Toda la organización docente descansa en una instrumento clave que es el Programa Formativo de la Especialidad²⁰, cuya última versión ha sido aprobada en 2005. Este documento nos viene a decir qué es lo que tiene que aprender el residente desde el punto de vista de conocimientos, habilidades y actitudes para llegar ser un Médico de Familia (perfil profesional) y las distintas rotaciones por donde ha de pasar para conseguirlo (el Hospital, los Centros de Salud y los Servicios de Urgencias).

Existen además otra serie de instrumentos o herramientas docentes surgidas con el propósito de ayudar al desarrollo del programa docente como es el caso del Libro del Especialista en Formación²¹, recientemente aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad y que será puesto en marcha próximamente.

²⁰ Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid 2005. Publicado en BOE nº 105 de 3 mayo de 2005 (Orden SCO/1198/2005 de 3 marzo).

²¹ Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de práctica reflexiva para la puesta en marcha del libro del residente de MFyC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura. Madrid 2007.

2.3 Estructura docente

Para que se implante y desarrolle dicho programa se precisa una estructura docente que está formada por la Comisión Nacional de la Especialidad de MF, las Unidades Docentes de MFyC y los hospitales y centros de salud docentes. También se precisan un gran número de docentes, debidamente acreditados, que son los tutores de medicina de familia, actualmente más de 4.000 y que tienen en sus manos la responsabilidad de formar las nuevas promociones de residentes, tarea que vienen desarrollando año tras año desde su creación en 1986 con gran voluntarismo y muy poco reconocida pública y oficialmente²².

Una vez que existe una base legal y docente sólida: el programa de la especialidad, una estructura docente, y los docentes necesarios, es preciso caminar hacia su correcta puesta en marcha, tratando de conseguir que se implante de una manera completa y un uniforme y que se desarrolle adecuadamente a través de su aplicación práctica, en el trabajo diario y conjunto del tutor y el residente²³.

2.4 Metodología docente

Los métodos y técnicas que recomienda el programa docente son fundamentalmente el aprendizaje autodirigido, el aprendizaje de campo, el trabajo en pequeños grupos, los talleres y las clases. Como ya se ha hecho referencia en capítulos anteriores a la mayor parte de ellos nos centraremos aquí únicamente en el aprendizaje de campo por ser el modo usual en que se forma un MIR en España.

El aprendizaje de campo (learning in context) consiste en colocar al residente en una situación real en la que su autoaprendizaje pueda tener lugar. Está especialmente indicado para la adquisición y la comprensión de la complejidad de las funciones y de la toma de decisiones como profesional. Se basa, por tanto, en la realización de las tareas y actividades docentes concretas por parte del residente durante su rotación y bajo la supervisión del tutor. Por tanto, el desempeño de actividades asistenciales conjuntamente con un incremento progresivo de responsabilidad del residente es la manera más óptima de adquirir las competencias necesarias.

²² Saura, J. y cols. (2006): *Manual de herramientas docentes para el tutor*. Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria y Laboratorios GSK. Murcia.

²³ Saura, J. Saturno, P. J. y Romero, B. E. (2007): Propuesta de un "mapa" de métodos y "técnicas" docentes para ayudar a los tutores a "viajar por el programa docente". *Atención Primaria*; 39 (9): 497-505.

3. ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL PROCESO FORMATIVO

La organización sanitaria tiene una triple función: asistencial, docente e investigadora. Estos tres elementos funcionan como subsistemas dentro del más general y, por lo tanto, las actuaciones, decisiones y normativas que afecten a uno de ellos repercuten claramente en los otros.

El subsistema docente forma parte del sistema sanitario, y como su nombre indica, tiene como objeto la formación de sus profesionales. Puede ser para la obtención de la licenciatura, la formación posterior de especialistas -objeto de este trabajo- o la formación continuada de los profesionales que ya están ejerciendo en el sistema como especialistas.

Según Carles Miquel Collell, como en cualquier sistema, existen:

- Los recursos o conjunto de elementos que intervienen en la formación y que tienen que ver con la estructura, como los humanos, profesionales sanitarios en función docente en este caso, elementos estructurales, consultas, quirófanos, biblioteca, etc.
- El proceso docente en sí, compuesto por multitud de pequeños procesos que interactúan de forma concatenada.
- El resultado final, que en nuestro caso es el de profesionales formados y que han conseguido su autonomía profesional. Dicho resultado dependerá de que estructura y proceso sean adecuados, pero además y sobre todo del esfuerzo del propio residente en su formación²⁴.

Otra clasificación distingue seis elementos en todo proceso formativo pueden distinguirse: el alumno, el profesor, los objetivos, el contenido, los métodos de enseñanza y el entorno social, cultural y económico en el que se desarrolla.

²⁴ Miquell, C. (2007): Estructura asistencial y estructura docente. El marco legal. Composición y funciones de la Comisión de Docencia. Centros acreditados para la formación de residentes. Acreditación y reacreditación. En Cabero, L. (Coord.): *Manual para tutores de MIR*. Madrid: Editorial Panamérica: p. 35-48.

Los alumnos y profesores constituyen los elementos personales del proceso, siendo un aspecto crucial, el interés/motivación y la dedicación de docentes y alumnos en las actividades formativas. Los objetivos sirven de guía en el proceso, y son formulados al inicio de la programación docente. El contenido, por su parte, constituye la sustancia, el conocimiento que es necesario transmitir de profesor a alumno, y que debe ser asimilado por éste. Constituyen las técnicas de enseñanza, los medios y métodos a través de los cuales realizaremos la labor docente. Por último, el entorno condiciona en gran medida el proceso.

Ahora vamos a trasladar este esquema al contexto de la formación MIR, y más concretamente, a la formación posgrado de MFyC partiendo desde su propio Programa Formativo.

Elementos personales: residente y tutor/a (y otros colaboradores docentes).

El residente es un médico con un doble papel, es trabajador del sistema de salud y sujeto en formación, pero adulto con una formación previa.

El tutor/a es un médico con una función y actividad docente. Un profesional que enseña a otros médicos residentes, inmerso en un escenario en el que la práctica clínica combina la atención a los pacientes y la docencia.

Elementos finalistas: objetivos formativos de aprendizaje.

El objetivo general sería el de preparar y capacitar al residente para su futuro profesional como médico especialista, en este caso como médico de familia. Y, en este sentido, que sea autónomo, adaptable y capaz de tomar decisiones profesionales. Mientras que los objetivos específicos que se derivan de la propia especialidad y que incluye el Programa Formativo de MFyC estarían referidos a:

- Competencia clínica.
- Identidad profesional.
- Atención integral (biopsicosocial)
- Trabajo en equipo.
- Adaptación a las expectativas del paciente.
- Reconocimiento de síntomas precoces de enfermedad.

Elementos sustanciales: contenidos formativos.

Los contenidos sirven para reflejar las competencias curriculares básicas que se vayan a afrontar en el desarrollo de la formación; competencias que están vinculadas con los diferentes bloques de contenidos que los currículos oficiales determinan.

En el caso del Programa de la Especialidad de MFyC, los contenidos formativos son agrupados en cinco áreas docentes de competencias: de competencias esenciales, relacionadas con la atención al individuo, con la familia, con la comunidad, con la formación e investigación.

En todas ellas se especifican los objetivos y las actividades a realizar agrupadas según el nivel de prioridad y responsabilidad, incluyendo además, conocimientos, habilidades y actitudes. Así mismo, se determina la metodología docente, el lugar de aprendizaje (centro de salud, estancia en un servicio de la unidad docente, rotación externa), el tiempo de aprendizaje la evaluación aconsejada y las lecturas recomendadas.

Elementos procesuales: técnicas y métodos.

De nuevo, según el Programa Formativo, la metodología docente utilizada en Medicina de Familia la constituyen: la tutorización individual de cada residente, la colaboración entre tutores y residentes, el autoaprendizaje, el aprendizaje de campo, las clases, los talleres, todo ello en el contexto de la práctica clínica extraordinariamente complejo y multiprofesional.

Elementos contextuales: entorno de aprendizaje.

Es preciso distinguir entre el macrocontexto (Sistema Social, Sistema Sanitario) y el microcontexto (Unidad Docente, Centro de Salud, Hospital, Servicios...). Por citar algún aspecto del contexto que podría influir en el proceso formativo podríamos señalar las propias características del Equipo de Atención Primaria (escasa o abundante experiencia docente, excesiva o nula presión asistencial, número de consultas a demanda y programadas, insuficiente o amplia labor investigadora,...). Este asunto será tratado con mayor profundidad en un apartado posterior titulado "La organización sanitaria como escenario de aprendizaje".

4. ETAPAS DEL PROCESO FORMATIVO

Todo proceso de enseñanza-aprendizaje se desarrolla en varias etapas, y comporta un proceso de comunicación entre el docente que enseña, que transmite unos conocimientos y a quien se enseña, el alumno o también denominado discente.

1. *Planteamiento:*

En esta etapa se formulan los objetivos educativos y los planes de trabajo adaptados a los objetivos previstos. La formulación de un plan implica la toma de decisiones anticipada y la reflexión con anterioridad a la puesta en práctica. Y es que, cualquier proceso precisa de unas pautas o directrices generales, o si se prefiere, de unas guías de acción que sirvan para orientar las actuaciones con el fin de que se desarrollen de manera coordinada y congruente.

En síntesis, una herramienta pedagógica que planifica y sistematiza la actividad educativa; lo que implica la determinación de qué se pretende enseñar, cómo hacerlo, cuándo hacerlo y cómo y con qué procedimientos evaluarlo. Como precisamente el objeto de esta investigación está centrado en el análisis del plan personal de formación del residente de medicina de familia en los centros de salud docentes de la Región de Murcia profundizaremos en este tema en el capítulo 8.

2. *Ejecución:*

Posteriormente al planteamiento, el tutor/a pone en práctica los recursos y métodos didácticos, desarrollándose el proceso de enseñanza. Consiste en concretar el programa formativo (de carácter estatal) por las distintas rotaciones (Hospital, Centro de Salud y Servicios de Urgencias) entre el tutor/a, el residente y/o el resto de colaboradores docentes. En palabras de Saura y colaboradores:

“Partiendo de esta sólida base, que es el programa docente, es preciso ponerlo en marcha, tratando de conseguir que se implante y se desarrolle en su aplicación práctica, dentro del trabajo diario y conjuntamente por el tutor y el residente. Pero, para ello, el tutor debe conocer una serie de métodos y estrategias que le permitan desarrollar su labor formativa, ya que si un tutor no ha aprendido cómo debe realizar una tarea o actividad docente, difícilmente la va poder llevar a cabo con el residente. Actualmente esta necesidad es más evidente ante la puesta en marcha de este nuevo programa docente, que según algunas opiniones por su extensión y complejidad es más exigente para los tutores que el anterior”²⁵

²⁵ Saura, J. y Saturno, P.J. (2005): Modelos y estrategias formativas que pueden utilizar los tutores para formar residentes. Tribuna docente (en prensa).

3. *Evaluación:*

La evaluación es una parte inherente del proceso de aprendizaje necesaria tanto para el que enseña como para el que aprende. Es la etapa en la que se verifican los resultados obtenidos con la ejecución. Es decir, ayuda a comprobar el grado de adquisición de los conocimientos y habilidades, la consolidación de las competencias, el grado de cumplimiento de los objetivos del programa, así como detectar las posibles áreas de mejora. Constituyendo, en este sentido, un potente instrumento de mejora de la calidad de los programas de formación tanto a nivel del proceso como del resultado.

Cuando hablamos de evaluación también podemos hacerlo refiriéndonos a la valoración del proceso de formación y/o a las estructuras implicadas en dicho proceso. Según el momento de aplicación, vamos a hablar de tres modalidades distintas de evaluación: inicial, continuada y final.

Dichos sistemas de evaluación se pueden clasificar básicamente en dos tipos: los certificativos o sumativos y los formativos o continuados. Ambos son pilares fundamentales sobre los que se debe asentar una docencia de calidad, dado que sin ellos no podemos saber el resultado de las actuaciones formativas ni por tanto modificarlas.

La evaluación sumativa permite valorar la suficiencia de lo aprendido en relación con un estándar mínimo previamente definido. Se realiza al final de un aprendizaje y va especialmente dirigida a medir el nivel de formación alcanzado y a asegurar la competencia y la capacitación profesional. Es conveniente que no sea el propio tutor/a el que la realice, ya que podría perder la confianza de su residente.

La evaluación formativa, es continuada, es decir tiene lugar durante todo el proceso de aprendizaje para mejorarlo, por lo que permite modificar la enseñanza en función del resultado obtenido al identificar problemas en el aprendizaje y promover una reflexión sobre ellos.²⁶ Por lo tanto, ha de ser mucho más frecuente que la evaluación sumativa.

²⁶ Tutosaus, J.D. (2003): Sistemas de evaluación de los residentes: Rol del tutor en los mismos. *Educación Médica*; 6 (3): 8-10.

En nuestro contexto apenas existe tradición de evaluación formativa; se emplea más una evaluación sumativa basada en los conocimientos, que no mide la capacitación para la práctica, tiene un carácter punitivo y no busca feedback constructivo ni facilita la formación continuada.

En este sentido el profesor Fernández Sierra aporta la siguiente reflexión: “en el caso de los MIR *es inútil plantear una evaluación individualizada pues ni siquiera podemos hablar de calificaciones como sucede en el sistema educativo. Es necesario extender la evaluación a todo el currículum y sus elementos, es decir, realizar una evaluación global, buscando estrategias y metodologías adecuadas para la evaluación externa y la autoevaluación de los diversos estamentos que tienen responsabilidad en el diseño y ejecución del currículum de los MIR de MFyC*”²⁷.

Por otra parte, el *Advisory Committee on Medical Training (ACMT)* que regula en Europa la formación médica emitió un informe en 1996 que explicitaba una recomendación firme para que los residentes cuenten con un sistema de evaluación continuo: “*es improbable que todas las habilidades y los conocimientos requeridos para un especialista puedan ser calificados solamente mediante un examen (evaluación sumativa), por lo que es preferible que la valoración de la capacidad del residente se haga de manera continuada durante todo su período formativo (evaluación formativa)*”²⁸.

Sin embargo, la realidad es que, quitando algunas experiencias aisladas²⁹, en la formación postgrado de MFyC sigue predominando la evaluación puramente certificativa/sumativa de los MIR, siendo necesario mejorar la evaluación formativa, replantear la necesidad de la evaluación final y mejorar los sistemas de acreditación y reacreditación de servicios y centros de salud.

No obstante, en los últimos años se está llevando a cabo una gran producción científica³⁰ y se están desarrollando numerosas experiencias³¹ ³²para intentar

²⁷ Fernández, J. (1995): El currículum de los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Reflexiones desde la pedagogía. *Medifam*; 5(6): 345-50.

²⁸ Coles, C. (1996): Approaching professional development. *The journal of Continuing Education in the Health Professions*; 16:152-158

²⁹ Santos, M. A. y Prados, D. (1996): *Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento*. Serie “El médico como docente”. SemFYC. Barcelona.

³⁰ Torán, P., Arnau, J. y Figueras, J. (2006): El portafolio como instrumento de valoración del residente. *Atención Primaria*; 37: 371-373.

introducir el Portafolio Docente como instrumento de evaluación formativa, longitudinal y global en la residencia de MFyC y sustituto del Libro del Especialista en Formación (LEF). Su objetivo principal es generar círculos de mejora en la detección y resolución de problemas de aprendizaje, en los que tutor/a y residente aportaran pruebas de la consecución del aprendizaje sobre la base de objetivos predefinidos y vinculados a competencias concretas.

Consiste en la autoobservación de la propia práctica formativa como residente, la autoevaluación de la misma (reflexión crítica), la identificación de las deficiencias competenciales específicas de cada residente (flexibilidad), el establecimiento creativo de estrategias de autoaprendizaje para mejorar los déficits y la recogida de evidencia (registro material) de todo el proceso precedente.

5. LA ORGANIZACIÓN SANITARIA COMO ESCENARIO DE APRENDIZAJE

Una organización sanitaria es, según la definición empleada por la OMS en 1946, parte integrante de una organización médica y social con la misión de proporcionar a la población una asistencia médica y sanitaria completa, tanto curativa como preventiva; sus servicios llegan hasta el ámbito familiar y es también un centro de formación del personal sanitario y de investigación. Por tanto, tiene una función: asistencial y preventiva, docente e investigadora³³.

Estos tres elementos funcionan como subsistemas dentro del más general y, por lo tanto, las actuaciones, decisiones y normativas que afecten a uno de ellos repercuten claramente en los otros. El subsistema docente de una organización sanitaria forma parte del sistema sanitario, y como su nombre indica, tiene como objeto la formación de sus profesionales.

Por otro lado, parece aceptada por todos la idea de que el lugar en dónde se produce el aprendizaje lo va a determinar y condicionar de un modo importante. O lo

³¹ Arnau, J., Torán, P., Cots, J.M., Forés, et al. (2005): Valoración de una prueba piloto para introducir el portafolio como elemento de evaluación formativa en residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Educación Médica*; 8(3): 158.

³² Ruiz, R. (2007): Estudio piloto para la incorporación del portafolio del libro del especialista en medicina de familia en formación; *Atención Primaria*; 39 (9): 479-483.

³³ Miquell, C. (2007): Estructura asistencial y estructura docente. El marco legal. Composición y funciones de la Comisión de Docencia. Centros acreditados para la formación de residentes. Acreditación y reacreditación. En Cabero, L. (Coord.): *Manual para tutores de MIR*. Madrid: Editorial Panamérica: p. 35-48.

que es lo mismo, aunque el aprendizaje sea algo emprendido y desarrollado por individuos, las condiciones de la organización en la que se produce pueden promover o inhibir el proceso³⁴. Según esta máxima, la organización y todo lo que tiene que ver con ella (cultura, valores, fines, estructura, agentes, trabajo en equipo...) tiene un componente formativo inherente que es preciso no desatender.

Así entendida, la formación se convierte en una estrategia de gestión del conocimiento de la organización y en un importante elemento de diferenciación del profesional y de los profesionales. La formación aparece como un elemento de ventaja competitiva a lo largo del ciclo vital de un profesional. Una actitud orientada al aprendizaje tanto mediante formación estandarizada como en el trabajo tiende a aumentar el valor del profesional.

Para referirse precisamente a esta capacidad o potencialidad de las organizaciones o empresas de favorecer el aprendizaje se ha acuñado en el ámbito anglosajón la expresión "*learnig organization*" (*organización basada en el aprendizaje*)³⁵. Pero, además de éste, han aparecido otra serie de términos con connotaciones muy parecidas como son: *cultura docente*, *organización mentora*, *medio ambiente educativo* y *clima organizacional positivo*.

La "cultura docente" de una determinada organización se basa en una serie de elementos como son: la apertura crítica; una carga de trabajo de volumen y variedad adecuada; una supervisión de calidad; los recursos necesarios y accesibles; el reconocimiento y la valoración de sus profesionales; una buena disposición para evaluar frecuentemente sus competencias básicas; la capacidad de comprometer a sus miembros en la reflexión y en el proceso de comunicación; unas relaciones positivas entre "clientes" y profesionales; la interrelación con el entorno y un conocimiento mucho más profundo de sus necesidades.

Muy relacionado con el anterior aparece también el término de "organización mentora". Este concepto define a la organización que guía de forma personalizada a sus profesionales por un proceso de aprendizaje dirigido y basado en el trabajo hacia el desarrollo de competencias específicas y a la asunción de un conjunto de valores institucionales. El objetivo final es incrementar el capital intelectual de la organización

³⁴ Davies, H. Nutley, S. (2000): Developing learning organisations in the new NHS. *British Medical Journal* (BMJ); 320: 998-1001.

³⁵ Thurbin, P.J. (1994): *Implementing the learning organization: the 17 – day programme*. FT Pitman. London.

de forma que el mismo sea superior a la suma del capital humano de todos sus profesionales³⁶.

En el caso de la organización sanitaria, el contexto en que se produce el aprendizaje, hospitales y centros de salud con presencia de pacientes, también es determinante en la formación, generándose multitud de situaciones en que la comunicación tutor-residente y/o de éstos con los pacientes delimita y condiciona el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En este sentido, lo ideal será que el proceso formativo del residente se desarrolle en un servicio o unidad que constituya una auténtica comunidad u organización motivada para el aprendizaje en la que todos sus miembros hayan alcanzado un nivel importante de compromiso y de excelencia en su dedicación a la formación postgraduada.

En una unidad en la que se ha logrado esta especial motivación sus miembros comparten las siguientes características: a) se consideran involucrados activamente tanto en la docencia como en el aprendizaje; b) aceptan que la actividad de los tutores sea una prioridad dentro del trabajo global del servicio; c) están convencidos de que la docencia de los residentes debe integrarse con la asistencia y la investigación, y d) tienen conciencia de sus limitaciones personales y, siempre desde una actitud abierta a la autocrítica, procuran corregirlas mediante la formación continuada³⁷.

Y es que, cuando en un determinado servicio se cultivan y crecen entre sus miembros estas actitudes positivas hacia la docencia MIR se crea en él una especie de clima estimulante para el proceso formativo de los residentes. A su vez, este ambiente educativo hace que se alcance un determinado estilo, un modo de vivir sus responsabilidades profesionales, en definitiva, una cultura propia del aprendizaje (training culture)³⁸.

Los miembros de esta unidad/servicio asumen, como parte de esta cultura, que la formación de los residentes –estructurada, intencional y controlada- es algo inherente a sus otras dos responsabilidades –asistencia e investigación- y no una función

³⁶ Jovell, A. (2001): *El futuro de la Profesión Médica: Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI*. Informe realizado a petición de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Fundació Biblioteca Josep Laporte.

³⁷ Turabián, J. L. (1999): La tutorización en la formación en medicina de familia; *Jano*; nº 1284: 56-7.

³⁸ Hargreaves, D. H. (1996): A training culture in surgery. *BMJ*; 313: 1.635-1639.

marginal que, siempre que fuera posible, convendría eludir, para evitar interferencias con las otras dos funciones, que para otros, extraños a esta cultura, serían más relevantes.

En estos mismos términos se expresa el Doctor Martínez Hernández: *“En mi opinión asistencia, docencia e investigación son los tres productos hospitalarios que deben obtenerse simultáneamente. La carencia de cualquiera de ellos repercute o repercutirá en los otros dos de forma negativa. Si uno quiere tener una asistencia de calidad y perdurable en el tiempo debe apostar de forma decidida por desarrollar la docencia y la investigación en cualquier hospital, aunque dependiendo del nivel del mismo se podrá llegar a unos niveles o a otros. Si la asistencia no se retroalimenta con la docencia y la investigación con el paso del tiempo se estanca o se deja llevar por otro tipo de intereses carentes de la crítica y autocrítica necesaria”*³⁹.

Se parte, por tanto, de la base de que si bien la contribución del “especialista en formación” al trabajo asistencial es la clave de su progreso docente, se hace del todo imprescindible el proporcionar cierta capacidad de independencia a la estructura docente para que no quede supeditada a la labor asistencial. Y es que, si bien uno de los mayores éxitos de la docencia MIR es su integración en el trabajo diario de los distintos servicios asistenciales se hace necesario dotarla de una estructura estable, reconocida y aceptada por todos sus miembros.

Algunas recomendaciones recogidas en este sentido son:^{40 41}

- Dotar a los centros de salud docentes de una organización específica para la docencia con tiempo docente, bien delimitado y libre de otras actividades.
- Limitar el número de horas de actividad asistencial que cumplen los médicos internos residentes.
- Aumentar el tiempo real de permanencia del residente en el centro de salud y su continuidad.

³⁹ Martínez, J. (2001): Funciones y estructura de una unidad docente hospitalaria desde el punto de vista de la gerencia. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid*: “Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid. 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario “Ramón y Cajal”. Agencia Laín Entralgo.

⁴⁰ Saura, J. (2005): Cómo organizar la consulta docente para formar residentes: algunos principios básicos. *Atención Primaria*; 35 (6): 318-324.

⁴¹ Usandizaga, R. (2001): La formación MIR. *Actualidad Obstétrico-Ginecológica*; 13 (5): 173-175.

- Potenciar una supervisión de calidad de la docencia ofrecida por los hospitales y centros acreditados.
- Crear un sistema de evaluación que sea llevado a cabo al finalizar el periodo de especialización por una institución ajena al centro formador.
- Proporcionar a los centros de salud y a las consultas docentes unas mínimas condiciones estructurales (incluyendo la infraestructura) para poder desarrollar adecuadamente sus objetivos y tareas específicas.

Se hace por tanto imprescindible partir de una valoración real de la adecuación entre las necesidades asistenciales y la capacidad formativa de cada centro, porque sólo así se podría conseguir un entorno asistencial preocupado por la docencia y no supeditado a él. Análisis que deberá convertirse en un requisito indispensable para la obtención de la acreditación docente como centro o unidad.

Todos los elementos vistos hasta ahora pueden considerarse elementos necesarios o facilitadores de la formación en general del personal médico de los hospitales y centros de salud y en particular de los residentes. Siendo necesarios, sin embargo, pueden no ser suficientes si no se completa con la creación en la organización de un adecuado ambiente docente.

Este clima docente⁴² debe ser cultivado tanto por tutores -como miembros del servicio más específicamente implicados en la planificación, seguimiento y evaluación de los residentes- como por el resto de componentes del equipo que participan comunitariamente en la formación posgraduada. Siendo también fundamental que sea también una de las prioridades a desarrollar o facilitar por las direcciones de las instituciones sanitarias implicadas.

A partir de esta inmersión no forzada en la cultura docente, todos los miembros de la organización llegarán a la convicción de que la actividad docente resulta claramente rentable para la calidad global del servicio, y que la frecuentemente invocada tensión entre las demandas del servicio, -en asistencia y en investigación- y las demandas en formación de los residentes pueden confluír y potenciarse mutuamente, si se

⁴² Fontcuberta, J., et al (2005): Validación de un cuestionario para la medición del clima de la organización docente en centros de salud docentes. *Educación Médica*; 8 (3): 67-77.

organizan las tres de forma integrada, alcanzándose resultados positivos en todos los campos⁴³.

Queda claro por tanto, que enseñar no significa simplemente dar clases, explicar o hacer demostraciones prácticas de una habilidad o un procedimiento. Significa también crear las condiciones para el aprendizaje, coordinando los recursos, ayudando a los estudiantes a reflexionar sobre sus metas de aprendizaje y conectarlas con los recursos y oportunidades disponibles, individualizando la experiencia de aprendizaje mediante el uso de seguimientos individuales de aprendizaje.

6. TIPOS DE APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL: FORMAL E INFORMAL

En el aprendizaje organizacional podemos distinguir entre aprendizaje formal e informal.

- *Aprendizaje formal ("formal learning")*: aprendizaje ofrecido normalmente por un centro de educación o formación, con carácter estructurado (según objetivos didácticos, duración o soporte) y que concluye con una certificación. El aprendizaje formal es intencional desde la perspectiva del alumno.
- *Aprendizaje informal ("informal learning")*: aprendizaje que se obtiene en las actividades de la vida cotidiana relacionadas con el trabajo, la familia o el ocio. No está estructurado (en objetivos didácticos, duración ni soporte) y normalmente no conduce a una certificación. El aprendizaje informal puede ser intencional pero, en la mayoría de los casos, no lo es (es fortuito o aleatorio).

En este sentido, podemos hablar de tres tipos de aprendizaje distintos en la organización sanitaria como contexto de la formación posgrado de MFyC.

Aprendizaje informal en el servicio:

Constituye el aprendizaje más importante del residente. Es el que se da en la práctica del día a día bajo la supervisión del tutor o colaborador docente. Es

⁴³ Turabián, J. L. (1999): La tutorización en la formación en medicina de familia; *Jano*; nº 1284: 56-7.

generalmente invisible, se aprende haciendo en cada momento o situación. Pertencería en términos pedagógicos al "*curriculum oculto*" de las instituciones sanitarias. Su gestión es conflictiva y compleja porque sus resultados dependen del contexto.

En este sentido, el proceso no está preparado y es único e irrepetible para cada residente. En esta modalidad, la garantía docente se centra, fundamentalmente, en que el aprendizaje sucede en la práctica pero en un escenario supervisado y, por tanto, de bajo riesgo con incremento progresivo de la responsabilidad del residente. La efectividad real de este aprendizaje en el trabajo radica en la práctica repetida y en los procesos de reflexión, acción e integración teórico-práctica consecuentes, siempre bajo la supervisión y "feedback" del tutor o colaborador docente.

Aprendizaje formal en el servicio:

Este otro tipo de aprendizaje ocurre también en el propio servicio docente-asistencial del hospital o del centro de salud, pero de forma estructurada e intencionada. Se utiliza una metodología docente determinada (presentación de casos, revisión de historias clínicas, sesiones bibliográficas de artículos,...). Ello exige el estudio del tema que se trate y sobre todo, la relación y el debate con otros residentes tutorizados por un médico de familia o colaborador docente experto del tema.

Aprendizaje formal en el aula:

Es siempre complementario de los anteriores y constituye el programa teórico-práctico de la Especialidad de MFyC, unido al resto de actividades formativas (talleres, seminarios, cursos) que cada hospital y/o centro de salud puede organizar sobre temas clínicos o profesionales.

El programa ha sufrido numerosas adaptaciones, con el fin de mejorar su efectividad e idoneidad al sistema sanitario y al futuro ejercicio profesional del Médico de Familia. Un fin en sí mismo, de dicha programación, es la utilidad y la aplicabilidad durante la residencia, intentando integrarlo en la programación y secuencia de las rotaciones docente-asistenciales.

7. LA RELACIÓN DE TUTORIZACIÓN

La relación residente-tutor constituye el eje fundamental sobre el que gira todo el proceso formativo, en la medida en que el sistema de residencia implica una formación teórica y práctica, programada y tutelada, con una participación personal y progresiva. No se trata de la típica relación de maestro y discípulo, ni tampoco de amistad o compañerismo. Hablamos más bien de una relación interpersonal, individualizada y adaptada a las necesidades y expectativas de cada residente.

Los tutores no sólo deben caracterizarse por sus conocimientos sobre la materia sino también por su accesibilidad y cercanía en cualquier fase del período formativo ya que tienen un importante papel como facilitadores y canalizadores del proceso de aprendizaje.

La importancia de la figura del tutor determina que el residente tenga un mismo tutor principal con el que mantendrá un contacto continuado y estructurado, durante todo su período formativo, sin perjuicio de la existencia de tutores auxiliares o del tutor hospitalario según el lugar donde se realice la formación en cada momento.

A lo largo de este trabajo se ha tratado el perfil que debe tener un residente de Medicina de Familia para llegar a ser un buen profesional, pero apenas se ha profundizado en el que debe tener un tutor. En este sentido y de forma genérica, el perfil del tutor abarca tres espacios: profesional, personal y docente.

En relación al carácter profesional, el tutor debe tener conocimientos propios de la materia que va a enseñar y debe estar actualizado. Además, debe ser competente en la realización de una serie de habilidades (exploración, entrevista clínica, técnicas de cirugía menor,...) y de actividades preventivas, de diagnóstico y tratamiento, de gestión de los recursos disponibles (farmacéuticos, pruebas complementarias, derivación a la atención especializada, administración del tiempo, etc.).

En cuanto a la vertiente docente es fundamental la formación en metodología docente, un buen conocimiento del funcionamiento del Centro que le permitan establecer relaciones humanas y profesionales que faciliten la coordinación y colaboración docente con otros servicios y el cumplimiento del programa docente. También es importante la permanencia del tutor en el Centro asegurando que se completa todo el ciclo formativo del residente.

Por último, en relación a la dimensión personal del tutor existen una serie de cualidades humanas, en relación a su capacidad de comunicación y de conexión con los residentes. Cualidades que aluden a que sea una persona dialogante, empática, receptiva, asertiva y con capacidad para trabajar en grupo y que van a ser cruciales para su posterior comunicación y relación con los pacientes. En este mismo sentido, es importante también, el apoyo personal que tiene que prestar al residente durante su período de formación. Un apoyo de escucha y comprensión continua a sus valores, opiniones y miedos.

Todas estas características deben ser definidas por la propia Unidad Docente, y tenidas en cuenta en cualquier proceso de acreditación y reacreditación de tutores.

Algunos autores⁴⁴ aluden al *modelo pentagonal* para referirse a los elementos que constituyen la función del tutor, y en este sentido, hablan del tutor como planificador, como docente, como evaluador, como facilitador y como modelo.

En otra clasificación muy parecida, otros autores^{45 46} señalan como funciones o roles que debe desarrollar el tutor las siguientes:

- Como proveedor de información
- Como modelo para el residente
- Como facilitador del aprendizaje
- Como aprendiz del residente
- Como planificador
- Como gestor de recursos
- Como generador de recursos docentes
- Como evaluador

El tutor como proveedor de información:

Tradicionalmente el residente espera que se le enseñe y cree que la responsabilidad del tutor es transmitirle información, conocimientos y comprensión de un tema determinado. Este nos lleva al tradicional papel del profesor como proveedor

⁴⁴ Gual, A. y Nolla, M. (2007): "El Desarrollo Docente Continuo (DDC) del tutor de formación médica especializada: el modelo pentagonal". En: *Manual para tutores de MIR*. Editorial Panamericana. Madrid: p. 257-267.

⁴⁵ Harden, R. M. and Crosby, J.R. (2000): The Good Teacher is more than a Lecturer: The Twelve Roles of the Teacher. AMEE Medical Education Guide nº 20. *Medical Teacher*, 22(4): 334-347.

⁴⁶ Pales, J. y Gual, A. (2004): Recursos educativos en Ciencias de la Salud. *Educación Médica*; 7 (1): 4-9.

de información en el contexto de una clase magistral. El profesor es visto como un experto en conocimientos en su campo y que transmite este conocimiento a través de la palabra.

El tutor como modelo para el residente:

La importancia del tutor como modelo profesional y docente está bien documentada. Los residentes en muchos casos aprenden por observación e imitación del tutor y lo hacen sobre todo no de lo que él dice sino de lo que hace y como lo hace. El modelo que da el tutor es el mejor sistema de transmitir valores, actitudes y patrones de razonamiento y de conducta de los residentes.

El tutor como facilitador de aprendizaje:

El tutor debe potenciar la autonomía del residente, es decir, partiendo del conocimiento, de las expectativas, aptitudes, carencias, cualidades del residente, tiene que ayudarlo a aprender. El tutor acompaña al residente, le hace tener confianza en sus capacidades, le muestra sus errores y le ayuda a resolver sus problemas. Pero además, desde esta perspectiva, el tutor se convierte a su vez en *aprendiz*, pues siempre aprende tanto en conocimientos como en metodología de docencia y madurez tanto personal como profesional⁴⁷.

El tutor como planificador:

El tutor debe implicarse en los procesos de diseño y desarrollo del Plan Individual del Residente como concreción del Programa Formativo de la Especialidad. Es decir, que es su responsabilidad planificar el curriculum para los MIR que le corresponden. Y para ello debe empezar conociendo en profundidad los objetivos definidos por la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente (en nuestro caso, la especialidad de MFyC), convertirlos en objetivos de aprendizaje y estructurarlos de tal modo que facilite lo más posible el aprendizaje de los residentes. Por tanto, el tutor debe formarse en los procesos de planificación que le permitirán estructurar convenientemente el proceso de aprendizaje de los residentes, su curriculum, en el

⁴⁷ Garrido, A. (2005) Tutoría y supervisión de la formación de especialistas sanitarios: perfil, funciones, acreditación y reconocimiento. Perspectiva del Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. En *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid: "Situación actual y perspectivas de futuro en la formación de especialistas en la Comunidad de Madrid*. 13 Diciembre 2001. Hospital Universitario "Ramón y Cajal". Agencia Laín Entralgo.

bien entendido sentido de que un curriculum no lo constituyen solamente los contenidos, sino que, entre otros aspectos relevantes, están las estrategias, el entorno, las metodologías y la evaluación.

El tutor como generador de recursos docentes:

El papel del tutor como generador de materiales docentes y de nuevos ambientes de aprendizaje ofrece grandes posibilidades en este tipo de estrategia formativa centrada en todo momento en el residente. Por otra parte, es importante que los tutores sean capaces no sólo de generar nuevos recursos, sino también de adaptar los existentes a sus necesidades

El tutor como evaluador:

El tutor como evaluador del residente, del programa y de sí mismo. Como evaluador del residente supervisa su trabajo y lo valora identificando los aspectos que hay que mejorar y reconociendo e incentivando las áreas en las que destaque. Hacer también un seguimiento y una evaluación de la eficacia del programa y del curriculum seguido. Por último, la autoevaluación del tutor debe ser considerada también como una parte integral de sus obligaciones docentes, reconociendo así su responsabilidad para evaluar su propio rendimiento.

Por otro lado, si la formación de especialistas en MFyC se encuentra muy condicionada por la relación tutor-residente que se establezca, una gran importancia adquieren en este sentido las expectativas de uno y otro.

En este sentido, se han realizado diversas encuestas⁴⁸ y trabajos⁴⁹ con el propósito de conocer la opinión de los residentes de MFyC sobre los estilos de relación docente entre tutores y residentes, que arrojan los siguientes resultados y expresiones más generalizadas:

⁴⁸ López, A., Baeza, J.M. y Lebrato, R.M. (2000) ¿Qué esperan de sus tutores los residentes de medicina de familia? Una aproximación cualitativa. *Atención Primaria*; 26 (6): 362-367.

⁴⁹ Fernández, J., Garijo, Y. y Sánchez, F.J. (2005) Análisis preliminar de expectativas sentidas al inicio del proceso formativo de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia. Una aproximación con grupos de discusión. *Comunicación: II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud*. Madrid.

- Confianza del tutor en el trabajo del residente (responsabilidad conferida para toma de decisiones de forma progresiva): *“Yo quiero sentir la confianza de mi tutor”; “que tenga confianza en mí... me permitiría tomar decisiones con libertad”.*
- Intercambio de opiniones entre ambos en condiciones de igualdad. *“El tutor no debe ir de jefe; en este caso, la relación..., imposible”; “no deben actuar como si fuesen los que saben todas las cosas”.*
- Disposición y presencia del tutor para colaborar y solucionar los problemas que se le puedan presentar al residente durante su período formativo: *“Me preocupa que lo necesite y que no esté”; “no es preciso que lo vea, pero he de sentir que estará ahí cuando lo necesite”.*
- Intervenir en la planificación de su formación: *“Sería importante tener reuniones periódicas para planificar temas concretos”; “la relación con él debe facilitar que podamos compartir los temas que desconozcamos”.*
- Participar en las decisiones clínicas y organizativas de la consulta del tutor. *“Necesito sentir que compartimos los enfermos”; “es muy importante para mí poder compartir la consulta con él como si fuera mía”.*
- Que refuerce sus debilidades y que estimule sus fortalezas a nivel personal y clínico: *“Siempre hay cosas que uno desconoce, pero ese no es el problema, más importante es la organización de la consulta”; “ha de ser sincero, si me equivoco... me lo tiene que decir”.*

Por otro lado, se han llevado a cabo también distintos trabajos^{50 51} con el propósito de conocer las cualidades más valoradas en un residente por los tutores de MFyC:

- En relación al carácter personal y humano del residente: se destacan dos asuntos, su interés y motivación por el trabajo y su actitud y sistema de valores

⁵⁰ Sesma, R., Saura, J. y Fernández, J. (2002) Cualidades más valoradas en un residente por los tutores de una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. *Medifam*; 12 (5):326-332.

⁵¹ Fernández, J., Garijo, Y. y Sánchez, F.J. (2005) Análisis preliminar de expectativas sentidas al inicio del proceso formativo de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia. Una aproximación con grupos de discusión. *Comunicación: II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud*. Madrid.

(sinceridad, respeto, diálogo, confianza, ...): *“que le guste lo que hace, la medicina de familia”; “que tenga cualidades humanas”*

- En relación a la cualificación clínica: *“que tenga los conocimientos clínicos suficientes”, “que sea capaz de estudiar para resolver los casos que se planteen en la consulta”.*
- En relación a la capacitación docente: *“que tenga interés por aprender”; “que le guste la lectura científica”.*
- En la relación tutor-residente: *“que haya empatía”, “que el residente sea capaz de preguntar sus dudas”.*

A pesar de que estemos en el terreno de lo opinable, las cualidades y expectativas manifestadas por unos y otros parecen muy razonables y fácilmente armonizables. El trabajo sobre las expectativas permite, de un lado, medir el conjunto de necesidades, deseos y realidades a obtener a lo largo de un periodo de tiempo por los agentes implicados en la formación y de otro lado, conocer los pro y los contra de una relación que aunque parezca corta en el tiempo es en el fondo muy profunda y de esperar satisfactoria para el poliédrico mundo de la docencia de la residencia⁵².

El mentoring como estrategia orientadora y formativa

Aunque siempre se habla de relación de tutorización para referirse a la establecida entre tutor y residente en el contexto de la formación MIR, existen muchos elementos en esta relación propios de lo que se ha dado en llamar *mentoring*. El mentoring es una estrategia de aprendizaje para el desarrollo personal y profesional que consiste básicamente en que una persona experimentada de una institución u organización, asesora y tutoriza a otra que acaba de incorporarse a la misma.

Por lo tanto y aplicado al contexto organizacional, el mentoring puede ser entendido como: *“un proceso de feed-back continuo de ayuda y orientación entre el mentor (profesional/estudiante más experimentado que atesora los conocimientos y habilidades necesarias para ayudar), y un profesional/estudiante novel, con la finalidad*

⁵² Instrumento: *Cómo valorar las expectativas entre residente y tutor durante el proceso de formación en la residencia de MFyC*. Serie: Recursos Docentes. Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

*de paliar las necesidades de estos y optimizar su desarrollo y potencial de aprendizaje*⁵³.

Entre los objetivos del mentoring se encuentran:

- Servir de alternativa real y cercana a las necesidades de las personas implicadas.
- El desarrollo práctico de procesos eficaces de aprendizaje (énfasis en las potencialidades), para la adquisición de competencias que pueden ser transferidas a los distintos ámbitos del desarrollo personal: sociopersonal, profesional y académico.
- Servir de sustento y apoyo en los periodos de transición (de unos estudios a otros, de la adolescencia a la edad adulta, en la incorporación al mundo del trabajo...).
- Desarrollar una mayor implicación, compromiso y colaboración entre los miembros de una institución, asociación o organización, y con ella misma.

Si nos centramos en este último ámbito de aplicación, el mentoring puede resultar un recurso vital para la incorporación del alumnado a la vida laboral, como así lo atestiguan estudios e investigaciones a nivel internacional, y que podemos sintetizar en:

- Poniendo en contacto al futuro titulado con la realidad laboral, a través de otros profesionales que antes fueron también titulados, con todo lo que ello conlleva.
- Desarrollando competencias clave, que, tradicionalmente no forma la universidad, y que son de vital importancia para el desempeño profesional, que el mentor conoce perfectamente y puede ayudar a ello al mentorizado a través por ejemplo de prácticas.

⁵³ Ruiz de Miguel, C., Oliveros, L., García, M., et al (2004): Innovación en la Orientación Universitaria. Una experiencia: red de estudiantes mentores en la Universidad Complutense (REMUC). Revista de educación; N° 6-7 pags. 331-356.

El mentoring parte de una serie de premisas y principios para su óptimo desarrollo, que, dependiendo del contexto y nivel donde tiene lugar, serán mayores o menores. Aún así, algunos de estas premisas son: compromiso, voluntario, reflejar la cultura y valores de la institución donde se desarrolle y proceso estructurado.

Todo ello, con el propósito de lograr proporcionar a los futuros titulados, competencias clave para la consecución, adaptación y promoción en el empleo, a través del autoconocimiento y ayuda para su autoexploración y toma de decisiones relativa a la carrera, además de lograr así que el trabajo esté en relación con nuestro proyecto vital.

En cuanto al proceso del mentoring entre mentor y mentorizado, éste se desarrolla a partir de una previsión de tareas, más o menos evidente. Dicha planificación comienza a partir de la reflexión que el mentor y su mentorizado o mentorizados hacen sobre la experiencia de éste último y alcanza su cenit cuando el compañero o compañeros logran hilvanar un plan de acción alcanzando sus metas.

Y es que, como decía Lester Thurow⁵⁴ la manera mejor y más barata de formar para un empleo es colocar a alguien en el puesto de trabajo bajo la supervisión de un trabajador experto, ya que sólo así aprendería todo lo necesario pero también sólo lo imprescindible para ese trabajo.

⁵⁴ Thurow, L.C. (1976) "La competencia por los puestos de trabajo: la lista de contratación de mano de obra", en *Generating Inequality*, London, MacMillan, cap. 4; en OCDE (1989) *Estudios de Economía Laboral*. Madrid, Ministerio de Trabajo.

BLOQUE I: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 7. LA PLANIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN MIR

Introducción

1. Proceso de enseñanza-aprendizaje
2. Normativa reguladora en materia de planificación
3. Conceptualización del curriculum
4. Las teorías del curriculum
 1. Teoría Racional-Tecnológica
 2. Teoría Interpretativa-Simbólica
 3. Teoría Crítica
 4. Paradigma emergente
5. Los elementos del curriculum
 1. Necesidades y expectativas formativas
 2. Objetivos/resultados de aprendizaje
 3. Estrategia educativa
 4. Organización del contenido
 5. Metodología docente
 6. Evaluación
 7. Comunicación del curriculum
 8. Ambiente educativo
 9. Gestión del propio curriculum

6. Niveles de concreción curricular

1. Diseño Curricular Básico: el Programa Oficial de la Especialidad
2. Diseño Curricular de la Unidad Docente: el Programa de Formación de la UD
3. Diseño Curricular del Programa de Formación Individual del Residente

7. Las funciones y utilidades de la planificación

8. Experiencias docentes en materia de planificación

“Si no sabes donde vas, lo más probable es que acabes en cualquier otra parte”

Proverbio chino

INTRODUCCIÓN

El objetivo fundamental de este capítulo es analizar todos los procesos implicados en el diseño y desarrollo de la planificación de la formación médica especializada. En este sentido, profundizaremos tanto en la conceptualización y principales teorías del curriculum como en sus principales elementos y niveles de concreción. Aunque se abordarán las distintas adecuaciones del programa formativo que van desde el ámbito más general hasta el más concreto y específico, nuestro interés se centrará precisamente en éste último: en el diseño y la puesta en práctica del programa de formación individual del residente con su tutor en el centro.

Dicho de otro modo, el tutor aunque dispone de un instrumento clave que es el Programa Oficial de la Especialidad -en nuestro caso, el de Medicina Familiar y Comunitaria- al tratarse de un programa de carácter tan general, difícilmente podrá aplicarlo sin más, de modo que deberá realizar una adaptación del mismo para adecuarlo a las características de su centro y del residente o residentes a su cargo.

Y es que para que los programas formativos de las especialidades médicas se implementen adecuadamente además de ser necesaria una compleja estructura docente, se precisa de la voluntad y preparación de los tutores de los especialistas en formación que son los que soportan la principal responsabilidad del desarrollo de los mismos. Sin embargo, la mayor parte de las veces el tutor acepta dicha responsabilidad sin tener quizás una formación docente y sin saber exactamente cuales son sus funciones y con qué medios cuenta en este sentido. Por ello, es bastante habitual que al iniciar la labor de tutoría se le planteen cuestiones como: ¿cómo llevar a cabo la implantación del programa formativo en el centro?, ¿cómo realizar la programación de la actividad de los residentes?, ¿cómo supervisar el cumplimiento del programa? ...¹

¹ Vicent, M. D. (2007): “Diseño del Programa de Formación Individual: del Programa Oficial de la Especialidad al Desarrollo Curricular del Residente”. En: *Manual para tutores de MIR*. Editorial Panamericana. Madrid: p. 73-91.

1. PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Conocer la naturaleza y los mecanismos que controlan y regulan el aprendizaje y, por tanto, la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes es de gran importancia para orientar los procesos de enseñanza y resulta de gran utilidad en el diseño y desarrollo de los programas formativos. Por ello, en el capítulo 5 de este trabajo hemos hecho referencia a esa gran variedad de teorías sobre el aprendizaje que comparten una visión constructivista y que se encuentran centradas en el sujeto que aprende.

Entre las distintas definiciones de enseñanza se han seleccionado las siguientes: *“actividad instructivo-formativa que posibilita al aprendiz las situaciones, elementos curriculares y procesos creativos más adecuados a su estilo de aprendizaje”²* y *“sistema de comunicación intencional que se produce en un marco institucional en el que se generan estrategias encaminadas a provocar el aprendizaje”³*. Por tanto, se entiende la enseñanza como una acción intencionada, contextualizada y compleja.

Estas mismas características son perfectamente aplicables al caso de la formación MIR que representa un auténtico sistema de docencia institucionalizado e intencionado mediante una práctica profesional programada y supervisada hasta alcanzar el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad.

El proceso educativo, dada su naturaleza social y consustancial a la naturaleza humana, se pregunta y reflexiona: ¿a quién educar?, ¿para qué educar?, ¿cómo educar?, ¿dónde?, ¿qué?,... Cada una de estas preguntas ha generado diferentes corpus teóricos en la pedagogía: currículum; didáctica; estrategias de enseñanza; aprendizaje; institucionalidad de la escuela,... desde diferentes paradigmas según sus momentos socio-históricos. Así, el concepto de educación se sustenta en tres grandes pilares, o mejor dicho, enfrenta tres grandes desafíos y/o problemáticas: el problema filosófico-antropológico, es decir, la necesidad de definir qué concepción se explicará al ser humano, su realidad socio-personal como sujeto de lenguajes que construye junto con otros/as la cultura y a su vez le otorga “significado” por la misma. El segundo problema se relaciona con los fines de la educación, es decir, su dimensión

² Medina, A. (1995): “Teoría de la enseñanza para la educación social”. En: *Didáctica general: modelos y estrategias para la intervención social*. Madrid: Universitas. p. 84.

³ Pérez, A. (1998): *Curriculum y enseñanza: análisis de componentes*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga. Málaga.

teleológica, axiológica del componente educativo y por último, la problemática de los medios relacionado con los conceptos de didáctica, currículum y evaluación⁴. Perspectiva ésta última en la que se sitúa este trabajo.

En la formación, como en cualquier otra actividad organizada que pretenda unos objetivos, es preciso planificar. Lo contrario deja tanto al educador como al educando a la deriva en el inmenso océano de la improvisación, que quizás sea más apropiada para otras facetas creativas y lúdicas del ser humano y no tanto para las que exigen organización y sistematización como es el caso de los procesos de enseñanza-aprendizaje. Es decir, las instituciones educativas con el fin de alcanzar unos objetivos particularmente concretados deben intencionalmente diseñar, ejecutar y promover los procesos de enseñanza y aprendizaje a través de su planificación y dirección.

Por otro lado, en los últimos años la política educativa en España ha impulsado diseños curriculares abiertos, flexibles, orientadores, enmarcados en una percepción constructivista del aprendizaje. El objetivo fundamental es el desarrollo de habilidades que deben ser practicadas en la vida real. Los entornos de aprendizaje deben ser auténticos. Se impulsa a aprender a aprender y a la construcción de aprendizajes significativos. Además se promueve la participación responsable de los discentes en el desarrollo curricular a partir de un marco prescriptivo mínimo, la autorregulación del aprendizaje (interés e identificación personal con los contenidos...) y el aprendizaje colaborativo (discusiones en grupo sobre las interpretaciones individuales, aprendizaje de los errores...). La Formación de Especialistas en Ciencias de la Salud en España es un ejemplo paradigmático de este enfoque, al constituir un sistema idóneo para este tipo de enseñanza⁵.

⁴ Redon, S. (2007): Significados de la transversalidad en el currículum: Un estudio de caso. *Revista Iberoamericana de Educación*; nº 43/2.

⁵ Vicent, M. D. (2007): "Diseño del Programa de Formación Individual: del Programa Oficial de la Especialidad al Desarrollo Curricular del Residente". En: *Manual para tutores de MIR*. Editorial Panamericana. Madrid: p. 73-91.

2. NORMATIVA REGULADORA

Para avanzar en la reflexión sobre el diseño de programas de Formación de Especialistas en Ciencias de la Salud, conviene recordar el sistema establecido para tal fin. La formación de especialistas en España es una formación reglada y de carácter oficial cuyo objeto es *“dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma”* (LOPS, art. 15.2)⁶; dicha formación se realiza mediante residencia, *siguiendo programas formativos nacionales con contenidos tanto teóricos como prácticos* (LOPS, art. 20). Si bien la normativa establece que la formación de especialistas debe realizarse basándose en unos programas oficiales para todo el Estado, éstos necesitan un posterior proceso de planificación, programación y evaluación, que debe realizarse en los centros y Unidades Docentes acreditadas para la docencia. Esta circunstancia también aparece contemplada en la normativa reguladora de la formación sanitaria especializada de nuestro país.

En este sentido, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) indica que la actividad profesional de los residentes debe ser *planificada* por los órganos de dirección, conjuntamente con las Comisiones de Docencia, de modo que se integre en la actividad normal de los centros (LOPS, art. 20.3.c); asimismo señala que los residentes deberán desarrollar, de forma *programada y tutelada las actividades previstas en el programa* y asumiendo de forma progresiva, según avancen en su formación, las actividades y responsabilidad propia del ejercicio autónomo de la especialidad (LOPS, art. 203.d).

Por otra parte, en la Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia⁷ también hay referencias explícitas al tema de la planificación de la formación de los residentes. Así, en el apartado 2.c del capítulo segundo puede leerse como una de las funciones que tiene asignadas la Comisión de Docencia es: *el establecimiento de los planes individuales para cada Especialista en formación, de acuerdo con los programas aprobados por el Ministerio de Educación y Ciencia para cada especialidad*. En el apartado 3.a del capítulo séptimo de esta misma disposición se señala que corresponde al tutor *la propuesta a la Comisión de Docencia o a la*

⁶ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (BOE nº 280 de 22-11-2003).

⁷ Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas.

Comisión Asesora, según proceda, de los planes individuales de formación para cada uno de los especialistas en formación a su cargo.

Por último, también el recién aprobado real decreto 183/2008⁸ alude al tema de la planificación, así en su artículo 8 del capítulo tercero refiriéndose al concepto de los órganos docentes de carácter colegiado señala lo siguiente: *corresponde a las Comisiones de Docencia facilitar la integración de las actividades formativas y de los residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro, planificando su actividad profesional en el centro conjuntamente con los órganos de dirección de este.* Asimismo, en el artículo 11 del capítulo cuarto, destaca entre las principales funciones del tutor la de *planificar todo el proceso de formación del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate.*

3. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CURRÍCULUM

El pensamiento sobre el currículum se nutre de la tradición anglosajona, mientras que hablar de didáctica y de programas ha sido más propio de la tradición francesa, alemana y española. No obstante, la revisión de la bibliografía⁹ en el ámbito de la educación médica pone de manifiesto que el estudio de los programas de formación que aparece en la tradición francesa está siendo sustituido por el estudio del currículum propio de la bibliografía anglosajona.

Sin embargo es necesario destacar, que como muchos conceptos en educación, son polisémicos y sus significados dependen de su contexto cultural. Gimeno Sacristán¹⁰, aludiendo a sus orígenes, hará una distinción entre ambos conceptos (currículum y didáctica) para referirse a temáticas comunes y problemáticas semejantes.

El origen más remoto del concepto currículum etimológicamente lo encontramos en el griego, “currere”, *andar ligero, marchar en pos de un destino*, posteriormente

⁸ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las Especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del Sistema de Formación Sanitaria Especializada. Ministerio de Sanidad y Consumo. (BOE nº 45 de 21-02-2008).

⁹ Snyder, S. (2001): A program to teach curriculum development to junior faculty. *Fam Med.*; 33(5): 382-7.

Workbook for Educational Program Planning. Excellence in Teaching Series, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine. Chapel Hill, NC, 2003.

Kern, D. E.; Thomas, P. A.; Howard, D. M.; Bass, E. B. (1998): *Curriculum Development for Medical Education: A Six-step Approach*. Baltimore: Johns Hopkins Press.

¹⁰ Gimeno, J. (1995): “Aproximación al concepto de currículum”. En: *El Currículum: una reflexión sobre la práctica*. Morata, Madrid.

encontramos la acepción latina de *carrera, camino*, que es la acepción más utilizada en la actualidad. Se trata de un concepto dinámico al incorporar la idea de continuidad y de secuencia. En términos operativos, el currículo significa *lo que se debe hacer para lograr algo, el recorrido que se hace para llegar a una meta prevista*. Supone definir las metas a donde se piensa llegar y las rutas de aprendizaje necesarias para llegar a la meta, por lo cual es importante tener claro el recorrido y el destino del camino que se haya iniciado. Si no se tiene claro el punto de llegada y los pasos necesarios para llegar, no se puede ganar la confianza ni el entusiasmo para emprender un camino. Tener clara la meta y el mapa de la travesía es un derecho de todo aquel que quiere emprender un proceso de formación y aprendizaje.

El concepto de currículo, en educación, ha variado a través del tiempo, acompañado, principalmente, a las transformaciones sociales, científicas tecnológicas y a las reformulaciones de los objetivos de la educación. Tal como actualmente se entiende, fue utilizado por primera vez por Franklin Bobbit en 1918 en su primer libro denominado *The curriculum* y, años más tarde, en *How to make the curriculum* (1924). En palabras del propio Gimeno Sacristán: *la escolaridad es un recorrido para los alumnos y el curriculum es su relleno, su contenido, la guía de su progreso por la escolaridad...*¹¹

Existe cierta polisemia en relación con el término currículo o curriculum. Entre diversas definiciones hemos seleccionado aquella que concibe el currículo como *“planificación, previsión anticipada..., opción racional que adelanta y clarifica la riqueza de las decisiones que han de caracterizar el proceso de enseñanza-aprendizaje... implica desde el diseño de las metas educativas, hasta la totalidad de los acontecimientos escolares y extraescolares a los que se ve sometido un sujeto inmerso en el sistema”*¹². De dicha definición se desprende que para analizar el diseño del programa de formación individual del residente es más adecuado realizar una aproximación desde las teorías del currículo o curriculum anglosajón.

Algunos autores consideran que, aplicado al currículo o programa docente, el diseño *“es la pauta o estructura organizativa de un curriculum, determinado por decisiones tomadas en dos niveles diferentes de desarrollo: un nivel general que implica elecciones de valor básicas y un nivel específico que concierne a la*

¹¹ Gimeno, J. y Pérez, A. I. (1996): *Comprender y transformar la enseñanza*. Ed. Morata, Madrid.

¹² Rodríguez, J.L. (1985): *Curriculum, acto didáctico y teoría de texto*. Madrid: Anaya.

*planificación y aplicación de los elementos curriculares*¹³. Por ello, proponen la diferenciación entre el *diseño*, que es el nivel más general, y el *desarrollo* del programa, que es un nivel específico. En esta concepción, el diseño hace referencia principalmente a cuestiones de estructura, mientras que el desarrollo se refiere sobre todo al proceso dinámico de aplicación del programa al contexto en el que se lleva a cabo.

Por tanto, el currículo incluye tanto el proyecto educativo como su puesta en práctica y esta diferencia entre las dos fases son las que constituyen el diseño de currículo y el desarrollo del currículo respectivamente. El diseño curricular es un proceso en el que las concepciones sobre el sujeto, el proceso de aprendizaje, el contexto, el rol del profesor y la evaluación van a pasar de implícitas a explícitas. El desarrollo del currículo como realización hace referencia a todo el conjunto de instituciones y profesionales que puedan estar implicados en la puesta en marcha del currículo.

Según este enfoque, y teniendo en cuenta la legislación actual en España, el diseño del programa de especialidad correspondería a la Comisión Nacional de Recursos Humanos (CNRR-HH) y el desarrollo al tutor/a de residentes, cuya función sería exclusivamente la de aplicar el programa. En definitiva, el desarrollo del programa supone un proceso de construcción curricular en la práctica. El papel del tutor/a será creativo, ya que deberá investigar, diagnosticar, comprender y decidir sobre el programa de formación que debe realizar el residente.

4. LAS TEORÍAS DEL CURRÍCULUM

La teoría curricular es el marco normativo y regulado que proporciona la fundamentación racional sobre las decisiones a tomar en el aula. Coll afirma que toda teoría del curriculum debe responder a las siguientes preguntas: ¿Qué, porqué y para qué enseñar? (dimensión explicativa); ¿Quién y dónde enseñar? (dimensión contextual); ¿Cómo y cuando enseñar? (dimensión metodológica) y ¿Qué, quién cómo y cuándo evaluar? (dimensión evaluadora).¹⁴ La respuesta adecuada constituye el diseño curricular. Elaborar una teoría del curriculum exige diseñar un modelo que no

¹³ Klein, M.: "Curriculum: diseño curricular". En: Husen T, Postlethwaite N (ed.). *Enciclopedia Internacional de la Educación*. Vol. II, Madrid; Vicens-Vives MEC; p. 1127-34.

¹⁴ Coll, C. (1987): *Psicología y Currículum*. Barcelona. Laia.

sólo anticipe la interpretación de la realidad, sino que, además la reduzca a ámbitos razonables de explicación y comprensión. Los modelos proporcionan reglas y normas para deliberar acerca de las actividades e interacciones y también para determinar criterios de intervención.

Por su parte, para el profesor Ruiz la construcción del currículum debe dar respuesta a las preguntas siguientes: ¿Qué tipo de conocimiento hemos de construir? (cuestión epistemológica); ¿Quién controla la selección y distribución del conocimiento? (cuestión política); ¿Qué relación tiene el conocimiento y su creación con los diversos grupos de poder? (cuestión económica); ¿Qué conocimiento es más estimado por la sociedad? (cuestión ideológica); ¿Cómo posibilitar el acceso al conocimiento básico, estimado y valioso? (cuestión técnica); ¿Qué valoración y juicio tiene para los implicados y la sociedad el currículum propuesto? (cuestión ética); ¿Desde qué experiencias enfocamos el currículum actual? (cuestión socio-histórica) y ¿Qué implicación y respeto tenemos por los alumnos al enseñarlos este currículum? (cuestión estética)¹⁵.

Varias son las corrientes, concepciones o teorías del currículum¹⁶, que no se dan desligadas del resto de los fenómenos de la enseñanza, sino que constituyen paradigmas o visiones globales no sólo del currículum sino también de la enseñanza.

En cuanto a las tendencias teóricas sobre el currículum que predominan en los últimos años podemos señalar las siguientes¹⁷:

- *Estructura organizada de conocimientos* que concibe el currículum en su función de transmisión docente.
- *Sistema tecnológico de producción*: el currículum se diseña basándose en los objetivos pretendidos. Persigue la calidad de la enseñanza con el control del producto, de los resultados obtenidos.

¹⁵ Ruiz, J. M. (1996): *Teoría del currículum: Diseño, desarrollo e innovación curricular*. Madrid, Universitas. (2004, Tercera edición).

¹⁶ En esta breve conceptualización del currículum y su recorrido histórico, se han utilizado los referentes teóricos y bibliográficos de: Apple (1996; 1997); Bernstein (1990; 1994); Carr (1993); Escudero (1999); Gimeno Sacristán (1994; 1998; 2000; 2001); Grundy (1994); Kemmis (1988); Pérez Gómez (1994; 1998; 2003); Soto (2002;2003); Stenhouse (1991) y Zabalza (1987).

¹⁷ Gimeno, J. y Pérez, A. (1983): *La enseñanza: su teoría y práctica*. Madrid: Akal.

- *Plan de instrucción*: el curriculum constituye una guía para la práctica docente e incluye una relación de objetivos, contenidos, actividades y estrategias de evaluación.
- *Conjunto de experiencias de aprendizaje*: como las oportunidades de aprendizaje bajo la tutela del tutor/a y otros responsables docentes.
- *El currículo como solución de problemas*: proyecto global, integrado y flexible, abierto a la crítica y a la revisión desde la práctica que se basa en la utilización de problemas como base para la adquisición de competencias.

En otra clasificación las diferentes corrientes o tendencias son agrupadas en torno a la forma de teorizar el diseño del curriculum:

- Teorías que hacen una opción normativa para la enseñanza
- Teorías que plantean un proceso técnico científicamente fundamentado.
- Teorías que plantean sólo la explicación-investigación del currículo.
- Teorías que expresan una visión crítica del currículo.
- Teorías basadas en el lenguaje práctico como forma de tratar el currículo.
- Teorías basadas en la práctica del currículo como un proceso de investigación

Sin embargo la clasificación más aceptada es la siguiente:

- *Corriente técnica*: es el curriculum racional; trata de concretar el desarrollo del curriculum en cuatro dimensiones: objetivos, experiencias, organización y evaluación.
- *Corriente práctica*: es de corte humanista; trata de centrarse en los problemas prácticos del curriculum y de reflexionar sobre ellos. Establece la deliberación como método de solución de problemas.
- *Corriente crítica*: su interés es emancipador y transformador.

A continuación, profundizaremos en esta última clasificación que establece tres corrientes teóricas distintas del currículo: la teoría racional-tecnológica, la teoría interpretativa-simbólica y la teoría crítica.

4.1 Teoría Racional-Tecnológica

Concibe la realidad educativa como externa a los sujetos que la realizan y, por tanto objetivable, cuantificable mediante métodos estadísticos-experimentales, y verificable. La teoría pedagógica tiene que ser universal, ajena a contextos y sujetos concretos. Los profesores son los expertos eficaces de la educación y son neutros; no está condicionada o afectada por las ideologías, intereses políticos o económicos.

Desde esta visión racional, para analizar e interpretar el currículum la clave se encuentra en la formulación de 4 preguntas: ¿Qué persigue la institución formativa?; ¿Qué experiencias educativas hay que seleccionar para conseguir los objetivos?; ¿Cómo organizar estas experiencias educativas? y ¿Cómo podemos organizar estos propósitos? Desde este planteamiento, la enseñanza es concebida como una actividad regulable técnicamente bajo parámetros de control y racionalización científica y consistente en programa, realizar y evaluar.

La concepción del currículum se basa en un proceso técnico para conseguir en el alumno unos resultados preestablecidos, lo que exige una definición del posible producto a obtener (objetivos) y de las acciones para conseguirlos. Esta ansia de regular técnicamente el proceso de enseñanza-aprendizaje conduce a dividir y categorizar los objetivos en niveles de mayor a menor complejidad. Por tanto, todo el currículum se vertebra en torno a los objetivos y los demás elementos se subordinan a ellos. La evaluación determina en qué medida se alcanzan los objetivos. La prueba objetiva se convierte en la técnica más utilizada. Sobrevaloración de los resultados. Y el profesor es un técnico, ejecutor de programas curriculares ajenos, realizados por expertos.

Los principales representantes de este modelo técnico de construcción del currículum son Tyler, Gagné, Bloom, Mager y Popham. En ellos se advierte la intención de definir claramente los objetivos de manera tal que la enseñanza se transforme en un entrenamiento que permita ejercitar dichas conductas y sus resultados puedan ser verificados y medidos. Entonces, el aprendizaje se puede explicar independientemente del contexto, de los sujetos y de los contenidos, lo importante es una adecuada planificación y ejecución que asegure los logros. Este marcado tecnicismo acabó retrasando problemáticas centrales de la teoría curricular como los contenidos o los principios de selección, haciendo de los aspectos instrumentales (formulación y evaluación de objetivos) la única dimensión desarrollada.

4.2 Teoría Interpretativa-Simbólica

Mientras los modelos del curriculum racional se instalaban como corrientes dominantes en el pensamiento pedagógico, comenzaron a aparecer otras perspectivas, diferentes enfoques que aspiraban a encontrar otra mirada que pudiese echar luz sobre la problemática curricular.

Estos enfoques parten de la base de que no existe ningún conocimiento científico que esté libre de interés y, por lo tanto, cualquier teoría se construye a partir de los contextos sociales e históricos en que se realiza la práctica educativa y está implicada en unos valores. Así, la sociedad y la educación son unas construcciones que van surgiendo y cambiando a partir de los significados y símbolos con los que sus miembros las interpretan y las teorías están construidas desde la práctica.

Los principios que sustentan la teoría práctica del curriculum son: los medios y los fines son igualmente problemáticos; los valores han de tomarse en cuenta, pero no pueden determinar la acción porque entran en competencia valores relevantes; se requiere una acción reflexiva, pero no siguiendo reglas y principios o procedimientos establecidos y la responsabilidad de la decisión recae en el actor.

Las prácticas educativas son prácticas sociales y personales, en las que impera una incertidumbre, pluralidad valorativa y la mediación interpretativa de los participantes, desde un contexto personal y cultural. La forma de conocimiento es situacional y de comprensión de significados. Busca el entendimiento intersubjetivo de los participantes en un proceso de decisión moral y contextual. El profesor tiene un papel más que de instrumento que gestiona, de agente activo que formula innovaciones.

La tradición interpretativa apuesta por la etnografía escolar, pudiéndose recoger o interpretar los significados que los agentes dan a la construcción cultural. La virtualidad consiste en que, aún no siendo generalizables, el investigador puede introducirse en el contexto natural que observa y refleja la realidad cotidiana, implicándose de modo participativo en el proceso. Así, si queremos saber qué está sucediendo en las acciones educativas, los informes etnográficos lo pueden reflejar mejor que las evaluaciones cuantitativas, por mucho aparato estadístico de que disponga.

Los elementos críticos que van a determinar el desarrollo curricular según este paradigma, son: clima institucional, estructuras organizativas, relaciones entre los agentes, procesos locales, estilo de dirección, etc.

Desde este planteamiento, la enseñanza es concebida como una actividad cambiante, compleja, no medible técnicamente, no fragmentable ni sólo transmisora, sino reelaboradora y colaborativa. Una actividad moral, pues promueve valores morales e ideales sociales y basada en juicios prácticos de los profesores.

La concepción del curriculum se basa en una praxis sustentada en la reflexión, inseparable de la práctica, con profundas implicaciones socio-políticas y culturales, cuyas contribuciones se alcanzan mediante un proceso investigador y deliberativo. Se vertebra en torno a los procesos de enseñanza-aprendizaje y es flexible y abierto. Los objetivos son un elemento más de mismo, enlazados dinámicamente con el resto, pero sin enfatizarlos. Por su parte, los contenidos se presentan como problemas a resolver, esquemas a integrar, elementos para la construcción reflexiva del conocimiento y de estructuras significativas. Y las actividades son amplias, contextualizadas, apoyadas en las concepciones previas de los alumnos, reflexivas, constructivas y significativas. El objetivo de la evaluación no es tanto el resultado como el proceso. No sólo es medir, sino investigar: qué obstáculos han surgido, por qué, cómo superarlos, etc. Es cualitativa, continua, formativa y deliberativa.

Los principales representantes de esta línea teórica del curriculum son Schwab¹⁸, con su modelo de curriculum centrado en la práctica, y Stenhouse¹⁹, que propone un modelo de investigación y desarrollo del currículum centrado en la figura del profesor. Para él el proceso educativo ha de ser investigado por el propio profesor durante la práctica del mismo - investigación en la acción -, de modo que se tengan en cuenta todas las variables que influyen en este proceso. Cree que la clave del éxito de la educación se encuentra en la elaboración del currículum, que es la pauta ordenadora de la práctica de la enseñanza, asentada en la realidad, mediante la cual el profesor aumenta la comprensión de su labor y puede perfeccionarla.

¹⁸ Schwab, J. (1983): "Un enfoque práctico como lenguaje para el curriculum", En: *La enseñanza, su teoría y su práctica*. Akal, Madrid, pp. 197-208.

¹⁹ Stenhouse, L. (1998): *Investigación y Desarrollo del Currículum*. Morata, Madrid.

4.3 Teoría Crítica

Trata de superar tanto la visión racional-tecnológica que entiende la educación como una realidad objetiva en sí misma y de su análisis mediante relaciones cuantitativas y formales, como el excesivo valor a los significados personales. La educación es la búsqueda de esa emancipación mediante el análisis crítico y dialéctico de la realidad. Para la perspectiva crítica, el curriculum es una construcción social y como tal, subsidiario del contexto histórico, los intereses políticos, las jerarquías y la estratificación social y los instrumentos de control y presión ejercidos por distintos grupos.

Desde esta perspectiva teórica la enseñanza es concebida como una actividad crítica, encaminada al análisis de la realidad para la emancipación personal y colectiva. Una práctica social mediatizada por el medio sociocultural e histórico en el que se realiza. Y una actividad moral y política y una praxis emancipativa y concienciadora. Según la cual, la educación no sólo debe describir el mundo, sino que ha de intentar cambiarlo.

En cuanto a la concepción del curriculum, desde este planteamiento el establecimiento de los objetivos se realiza mediante procesos de diálogo y discusión entre los profesores. Los contenidos deben ser socialmente significativos y las actividades son constructivas y de aprendizajes compartidos, muy abiertos al entorno. La evaluación es entendida como valoración consensuada, negociada, buscando evidencias de la contribución de las actividades a la mejora del contexto. Y el profesor es un intelectual transformativo, crítico y reflexivo, un agente de cambio social.

En su análisis de la teoría crítica, Kemmis y Carr²⁰, señalan que la teoría crítica trata el tema de la relación de la sociedad y la educación y las cuestiones específicas de cómo la escolarización sirve a los intereses del estado y de cómo la escolarización y el currículum determinan ciertos valores sociales y cómo el estado representa ciertos valores e intereses de la sociedad contemporánea. Ofrece formas de elaboración cooperativa mediante las que profesores y otros relacionados con la escuela puedan presentar visiones críticas de la educación que se opongan a los presupuestos y actividades educativas del estado no sólo a través de la teoría sino también de la práctica y su interés se centra en el estado moderno.

²⁰ Carr, W. y Kemmis, S. (1988): *Teoría crítica de la enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.

La teoría crítica implica una forma de razonamiento diferente de la práctica y la técnica: el razonamiento dialéctico, se rige por un tipo de interés emancipador (Habermas²¹) y adopta una forma diversa de las otras teorías: la crítica ideológica.

Entre los adeptos de los que se ha dado en llamar la teoría sociocrítica podemos mencionar los nombres de H. Giroux²², M.W. Apple²³, S. Grundy²⁴, S. Kemmis, W. Carr, M. Young, Gimeno Sacristán²⁵, Pérez Gómez, J. Torres²⁶ entre otros. Esta corriente se sustenta en la filosofía de la Escuela de Frankfurt, la cual les aporta puntos importantes de referencia para el estudio de las relaciones entre teoría y sociedad. En sus investigaciones describen y sacan a la luz las interconexiones que se producen en el sistema educativo y cómo las demás esferas de la sociedad, interactúan e influyen en la política y los procesos educativos. La finalidad de un currículum crítico es intentar que los estudiantes se cuestionen los conocimientos, las actitudes y comportamientos que consideran naturales, obvios.

4.4 Paradigma emergente o ecológico

Cada vez con más insistencia, empieza a abrirse paso la idea de una colaboración entre las tres perspectivas: es el paradigma emergente o ecológico, como vía para evitar el dogmatismo y la unilateralidad, ya que ninguna de las tres visiones anteriores da cuenta con suficiencia por sí misma de todos los elementos curriculares.

En el ámbito de la educación medica se aprecia también una aproximación ecléctica que utiliza varios de los principios y enfoques teóricos señalados dentro del mismo programa, según se refiera al objetivo que se pretende conseguir, la tarea o el estilo de aprendizaje del residente²⁷. A pesar de las diferencias existentes entre los diferentes enfoques teóricos a la hora de entender el currículum, existe un cierto consenso en relación con los elementos o componentes que, en general, deben recoger los programas formativos²⁸.

²¹ Habermas, J. (1987): *Teoría y praxis*. Madrid: TécnoS.

²² Giroux, H. (1990): Los profesores como intelectuales: hacia una pedagogía crítica del aprendizaje, Paidós, Barcelona.

²³ Apple, M. (1997): *Teoría crítica y educación*. Miño y Dávila, Buenos Aires.

²⁴ Grundy, S. (1991): *Producto o praxis del currículum*. Morata. Madrid.

²⁵ Sacristán, J. G. y Pérez, A. I. (1996): *Comprender y transformar la enseñanza*. Ed. Morata, Madrid.

²⁶ Torres, J. (1994): "La planificación del currículum integrado", En: *Globalización e interdisciplinariedad: el currículum integrado*, Morata, Madrid, pp.185-263. .

²⁷ Vicent, M. D. (2007): "Diseño del Programa de Formación Individual: del Programa Oficial de la Especialidad al Desarrollo Curricular del Residente". En: *Manual para tutores de MIR*. Editorial Panamericana. Madrid: p. 73-91.

²⁸ Rodríguez, J. L. (1994): "Los componentes del currículum". En: *Didáctica General*. Alcoy: Marfil; p. 155-96.

5. LOS ELEMENTOS DEL CURRÍCULUM

Un currículum o un programa de formación, sea cual sea la etapa del continuum de la educación médica en la que se inscriba, no es simplemente el contenido del mismo o el listado de las materias y asignaturas que lo componen, o sus cargas lectivas y su ordenación por períodos lectivos ni la simple norma que pueda aparecer en un documento oficial.

Actualmente, el concepto de currículum incluye otros muchos aspectos²⁹ que han de tenerse en cuenta en su planificación. Así, habrá de considerarse las estrategias educativas a utilizar, los contenidos, los objetivos del programa y los resultados del aprendizaje, las experiencias educativas, el entorno educativo, la evaluación, los estilos y ritmos de aprendizaje y la programación de tareas. Por tanto, la primera tarea a la hora de diseñar currículum es identificar los componentes fundamentales que éste debe incluir.

Por tanto, el currículum será el resultado de estructurar dichos elementos de forma que faciliten lo más posible el aprendizaje. No obstante, debido a la complejidad del proceso y la existencia de múltiples variables no existe una estrategia única que pueda utilizarse en las distintas situaciones. Cada institución o profesor/tutor tendrá que identificar aquellas estrategias que sean más efectivas en su entorno, teniendo en cuenta las necesidades del educando, los recursos y la administración educativa y sanitaria³⁰.

5.1 Identificar las necesidades formativas y las expectativas

Antes de planificar un currículum o programa formativo, se han de identificar claramente las necesidades formativas de aquellos a los que está dirigido el programa. Por tanto, si lo que se pretende es asegurar un buen comienzo de la rotación, es esencial conocer al residente, la especialidad, el perfil profesional y el modelo de formación. De esta forma se determinarán los fines y necesidades sociales para guiar la planificación docente a un nivel general, así como la capacidad, los intereses, las necesidades y la motivación de los estudiantes/residentes a un nivel más específico.

²⁹ Harden, R. M. (1986): Ten questions to ask when planning a course or currículum. *Medical Education*, 20: 356-365.

³⁰ García, M., Alfonso, M. T. et al (1995): *Planificación educativa en ciencias de la salud*. Barcelona: Masson.

Existen diferentes maneras de evaluar estas necesidades de forma personalizada. Así por ejemplo se podría considerar la opinión consensuada de expertos, la opinión de determinados agentes implicados en la profesión como los pacientes, los profesionales, etc., los errores clínicos detectados o la revisión de incidentes críticos en la práctica profesional³¹.

Además de conocer las necesidades formativas del residente es muy importante también averiguar y aclarar con qué expectativas viene a la rotación, es decir, que espera aprender durante su período de especialización. Con ello, se ahorrará tiempo y energía a la hora de corregir errores, se facilitará la adaptación de los objetivos de la rotación a las necesidades particulares del residente y se contará con una base para dar feedback y evaluar a los residentes.

También es importante que el tutor desde el principio exponga cuales son sus expectativas personales con respecto a su residente, es decir que le comunique lo que espera de él tanto en términos formativos como de actitud o relación. Bien sea motivado por su experiencia, por sus intereses, por las posibilidades docentes de su centro o por las particularidades de su cupo (clínicas o de otra índole), y que sobrepasan los objetivos de la Unidad Docente. Por otro lado, el tutor debe explicar también de qué forma piensa dar feedback sobre el aprendizaje del residente: durante la revisión de pacientes, tras la presentación de casos, al final del día o de la semana. Se debe dejar bien claro si habrá evaluaciones intermedias y con qué frecuencia.

No siempre la primera fase de la planificación docente es necesariamente la determinación de las necesidades formativas del residente. A veces, el proceso sigue un orden diferente motivado por razones de oportunidad (disponibilidad de un docente o un recurso, un caso, u otra circunstancia).

5.2 Establecer los objetivos o resultados de aprendizaje

Inmediatamente después de identificar las necesidades y expectativas formativas lo siguiente a delimitar son las metas que pretendemos alcanzar (objetivos de enseñanza) y lo que se pretende que el participante/residente aprenda, adquiera y/o desarrolle durante el transcurso de la actividad formativa (objetivos de aprendizaje).

³¹ Dunn, W. R, Hamilton, D. D, Harden, R. M. Techniques of identifying competencies needed by doctors. *Medical Teacher*; 7(1): 15- 25, 1985.

Este paso se puede dar inmediatamente después de determinar las expectativas en el primer día de la rotación o se puede optar por esperar unos días para tener una idea más aproximada de las habilidades del residente. De esta forma, el residente también podrá pensar un poco más sobre sus objetivos y adaptarlos mejor a las posibilidades del centro. En cualquier caso, lo importante es que se dedique un tiempo a establecer los objetivos de la rotación conjuntamente con el residente. El hecho de redactar los objetivos ayudará, tanto al residente como al tutor, a cumplirlos adecuadamente. Algunos tutores prefieren llegar a un acuerdo verbal sobre los objetivos, en vez de realizar un contrato formal escrito.

Su definición (correcta o incorrecta, más o menos acertada) va a repercutir de manera directa y decisiva en la validez del mismo, ya que de ellos depende posteriormente la selección de los contenidos, la elección de la metodología y técnicas a emplear y la selección de los recursos y medios a usar. También influirá en la evaluación porque como veremos más adelante, los objetivos serán el referente del proceso de evaluación. Por tanto, debemos prestar la máxima atención a la formulación de los objetivos pues constituyen el eje central de los demás componentes. Además deben mantenerse actualizados en todo momento y ser conocidos por los alumnos/residentes y asumidos como propios.

Al haber identificado y formulado de forma conjunta los objetivos de la rotación se ha dibujado el plano que guiará el destino del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente. A lo largo de la rotación, será necesario acudir a este mapa repetidamente para asegurarse de que se va en la dirección correcta. De lo contrario, si no se hace revisión de lo conseguido ni se ofrece feedback, el esfuerzo realizado para identificar los objetivos habrá servido de bien poco.

Aunque todo el tiempo estamos hablando de objetivos de aprendizaje desde hace ya algún tiempo se tiende a hablar más de competencias principalmente porque éstas se corresponden más con la realidad de la práctica profesional³². Sin embargo, a pesar de que el término “competencia” es un concepto clave hoy día en el ámbito del diseño curricular en medicina, no parece que exista acuerdo sobre lo que este significa y abarca.

³² Pales, J. (2006): Planificar un currículum o un programa formativo. *Educación Médica*; 9 (2): 59-65.

Para evitar esta confusión, en los últimos años ha irrumpido con fuerza en la literatura anglosajona^{33 34} el término “learning outcomes”, que se puede traducir en castellano como resultados del aprendizaje. De hecho, cuando definimos competencias, en realidad lo que estamos haciendo es definir los resultados esperables del aprendizaje en forma de dichas competencias.

Actualmente la educación médica pone énfasis en la definición y el uso de los resultados del aprendizaje como herramienta más adecuada para la planificación curricular. Se está produciendo un movimiento hacia el concepto de *educación basada en los resultados del aprendizaje* (“outcome-based medical education”). La educación basada en los resultados finales establece que el producto a lograr define el proceso de fabricación y no a la inversa. O lo que es lo mismo, lo importante es lo que se consiga, no cómo se consiga. Es decir, que si un residente en MFyC adquiere las competencias que tiene que adquirir, no importa tanto el modo en que lo haya conseguido. Por ello, como han señalado algunos autores³⁵ al diseñar un curriculum o programa formativo desde el enfoque del modelo *outcome-based*, se está desarrollando un mapa, el mapa curricular.

Independientemente de quién haya definido los resultados que se deben conseguir, la operativización de resultados y objetivos pedagógicos a alcanzar es un proceso que normalmente comprende: una declaración sobre la conducta esperada, el grado de independencia requerido y la complejidad de las situaciones en las que se espera que el alumno/residente demuestre dicha conducta.

5.3 Decidir la estrategia educativa

Una segunda etapa clave en la planificación de un programa educativo es considerar las estrategias curriculares que vamos a adoptar. Un buen instrumento para considerar dichas estrategias es el modelo SPICES³⁶ planteado por Harden y colaboradores en 1984 en el ámbito de la educación médica. Este modelo representa

³³ McNeir, G. (1993): Outcome-based education, tool for restructuring. Oregon School Study Council Bulletin, *Eugene*, 36(8).

³⁴ Harden, R. M., Crosby, J. R., Davis, M. H. (1999): An introduction to outcome-based education. Part 1, AMEE nº 14. Outcome-based Education, 7-16.

³⁵ Harden, R. M. (2001): Curriculum Mapping: A Tool for Transparent and Authentic Teaching and Learning. AMEE Guide nº 21.

³⁶ Harden, R. M., Sowden, S., Dunn, W. R. (1984): Educational strategies in curriculum development: The SPICES Model. *Medical Education*; 18: 284-297.

cada estrategia como un continuum y es útil muy en la planificación del currículum. Los aspectos que este modelo contempla son:

- *La enseñanza centrada en el estudiante*, dando predominio a las actividades de aprendizaje de carácter más activo y a la autoevaluación.
- *El aprendizaje basado en problemas* es una estrategia de aprendizaje basado en el principio de usar problemas como punto de partida para la adquisición e integración de nuevos conocimientos.
- *La integración curricular*³⁷, tanto horizontal como vertical, hoy día es común y ampliamente recomendada.
- *La enseñanza centrada en la comunidad* utilizando ésta como un contexto para el aprendizaje de los estudiantes.
- *Los programas flexibles* ajustados a las diferentes necesidades de los estudiantes.
- *La enseñanza sistematizada* y no basada en el aprendizaje oportunista.

5.4 Establecer y organizar el contenido

En función de los resultados del aprendizaje fijados hay que proceder a establecer el contenido del currículum o programa formativo, y simultáneamente con el establecimiento de las estrategias educativas proceder a organizarlo.

Esta organización será diferente en función de que se haya optado por un tipo currículum u otro. Así, si se opta por un currículum tradicional basado en asignaturas o disciplinas el estudiante deberá primero adquirir las ciencias básicas de la medicina y posteriormente iniciar el estudio de las ciencias clínicas. Y, si por el contrario, se elige un currículum basado en problemas o tareas el estudiante comenzará desde el principio a estar en contacto con las ciencias clínicas y a ellas aplicará los conocimientos propios de las ciencias básicas, empezando así a pensar como médico desde el primer día que ingresa en la facultad o en el centro.

³⁷ Escanero, J. F. (2007): Integración curricular. Educación Médica; 10(4): 217-224.

En cuanto a la secuencia en la que el contenido debe cubrirse se debe diferenciar entre aquellos contenidos que son esenciales, que todos los estudiantes han de estudiar y que requieren ser controlados con un grado de competencia elevado (curriculum nuclear, *core curriculum*) de los contenidos optativos que proporcionan al estudiante la posibilidad de especializarse en una o varias áreas de investigación o trabajo.

En el caso de la formación MIR en MFyC, el residente durante su período formativo no puede aprender y capacitarse en todas las áreas del programa de la especialidad. Debe centrarse en aquellas áreas básicas que van a constituir su perfil profesional como médico de familia y adquirir las habilidades que le permitan “aprender a aprender” y a conseguir la motivación suficiente para continuar su aprendizaje y completar su formación una vez acabada la residencia. Aunque el Programa Nacional de la Especialidad no defina el *curriculum nuclear* específicamente, cabe formular una aproximación a éste atendiendo a la delimitación de lo que define como *competencias esenciales* y como *Niveles de prioridad I* (que constituyen los conocimientos, habilidades y actitudes cuya ausencia en un residente cuestiona su aptitud).

En este sentido, lo que se ha dado en llamar *curriculum en espiral* ofrece también una interesante y útil aproximación a la organización del contenido. Consiste en exponer al alumno/residente a experiencias docentes enriquecedoras pero siempre teniendo en cuenta que los contenidos y el grado de exigencia de los mismos estén acordes con su experiencia previa. Es decir, que la adquisición de dicha experiencia se produce “en el momento oportuno” (*timing*). Por ello, no es lo mismo dar un curso de urgencias, justo a la llegada de los residentes que hacerlo cuando ya han transcurrido 5 meses desde su incorporación, o no seleccionar oportunamente los contenidos de un curso sobre entrevista clínica o atención familiar dirigido a residentes de primer año.

Por otro lado, se ha de diferenciar el “curriculum declarado” (explícito) que es el que consta en los documentos oficiales, del curriculum realmente enseñando que es lo que ocurre en la práctica, y del curriculum aprendido que es lo que realmente aprende el estudiante. Por lo tanto, existen muchos factores que inciden de modo informal en el aprendizaje de los residentes y en el programa que finalmente desarrollan.

Por su parte, el proceso de desarrollo del “currículum declarado o manifiesto” se concretiza por la explicitación de todos aquellos factores, características, rasgos, cualidades, necesidades que afectan al proceso de enseñanza–aprendizaje y que tienen que ver tanto con el profesor/tutor, como los alumnos/residentes, la institución concreta, y el contexto espacio–temporal donde se realiza. Este proceso de explicitación sirve de guía tanto para la práctica pedagógica diaria como también de marco referencial sobre el cual esta práctica ha de estar sustentada.

Otro concepto a tener en cuenta es el “currículum oculto, latente o invisible”³⁸ que corresponde al aprendizaje informal en el que los estudiantes se ven involucrados. En este sentido, es importante estudiar la repercusión que sobre la educación tienen todos aquellos aspectos que no se hacen explícitos y las consecuencias posibles no previstas, y que sin embargo tienen gran incidencia significativa sobre la praxis, tanto a nivel de profesores/tutores, como de grupo de alumnos/residentes, como de la interrelación entre ambos, bien desde los procesos de enseñanza aprendizaje, bien desde los aspectos organizativos del propio centro³⁹. Por lo que sería recomendable una perspectiva educativa abierta que permita canalizar los imprevistos de la forma más enriquecedora posible.

Y es que, a pesar de todas las adaptaciones que realizan los tutores para acercar el Programa Oficial de la Especialidad al contexto y a las necesidades específicas de los residentes, no todo es programable cuando la formación se desarrolla en entornos reales, donde se dan muchas situaciones inesperadas que hay que afrontar. Aún más, una buena parte de la casuística no es programable porque depende de la demanda y el tutor tendrá que facilitar la participación del residente a medida que se produzcan dichas experiencias. Por tanto, la incertidumbre y lo inesperado, también debe formar parte del aprendizaje

5.5 Decidir las metodologías docentes

Se trata de los métodos y procedimientos que deben escogerse para el logro de los objetivos y la implicación de los alumnos/residentes en aprendizajes significativos. No existe una metodología docente única y lo correcto es utilizar la más apropiada en función de los objetivos que deseemos alcanzar y de la idoneidad del momento.

³⁸ Coulehan, J. (2005): Today’s Professionalism: Engaging the Mind but Not the Heart. *Academic Medicine*; 80:892-898.

³⁹ Cela, J. y Palau, J. (1997): Lo previsible y lo imprevisible. *Cuadernos de Pedagogía*; nº 254: 64-67.

Los métodos y técnicas que recomienda el Programa Oficial de la Especialidad son fundamentalmente el aprendizaje autodirigido, el aprendizaje de campo tutorizado, el trabajo en pequeños grupos y las clases.

Las clases deben quedar reservadas para la transmisión de información compleja o la creación de un marco referencial al inicio de un curso o actividad. El ejemplo más claro es la clase magistral clásica. Por ello, cuanto más participativa, horizontal y orientada a la práctica sea una clase, más va a permitir la interacción alumno-profesor y más recomendable va a ser su utilización.

El trabajo en pequeños grupos facilita la interacción entre estudiantes/residentes, hace posible el aprendizaje cooperativo y es el método que mejor se presta a la exitosa estrategia del aprendizaje basado en problemas.

La tutorización constituye el modo más frecuente en que se forma el residente. Consiste en colocarlo en una situación real de la práctica clínica para que actúe y tome decisiones como profesional aunque siempre bajo la supervisión de su tutor/a.

El aprendizaje autónomo por su parte permite al residente asumir la responsabilidad de su propio aprendizaje.

Por último, deben ser también considerados aquellos métodos que se basan en el uso de las nuevas tecnologías como la enseñanza asistida por ordenador o el uso de simulaciones y que han adquirido en los últimos tiempos un gran desarrollo y utilización.

5.6 Plantear la evaluación

La evaluación es un componente fundamental de un programa formativo porque tiene un gran impacto sobre el aprendizaje y sin duda acaba por condicionarlo totalmente⁴⁰.

En el Thesaurus de ERIC (Centro de Información de Recursos sobre Educación patrocinado por el Instituto de Ciencias de la Educación del Departamento de

⁴⁰ Santos, M. A. (1993): *La evaluación, un proceso de diálogo, comprensión y mejora*. Archidona: Aljibe.

Educación de los Estados Unidos) se dan diversas definiciones sobre lo que es evaluación:

- *Evaluación (Evaluation)*: Según ERIC es valorar o juzgar a personas, organizaciones, o cosas en lo referente a objetivos, a estándares, o a criterios indicados.
- *Evaluación Educativa (Educational assessment)*: Determinación e interpretación del logro de objetivos educativos (en toda la nación, o localmente) para su uso en la planificación educativa, el desarrollo, la política de formación, y la asignación de recursos educativos.
- *Evaluación Alternativa (Alternative assessment)*: Valoración del conocimiento o habilidades a través de medios distintos de los tradicionalmente empleados: tests objetivos y especialmente tests estandarizados de respuestas múltiples.
- *Evaluación formativa (Formative assessment)*: Evaluación que es usada para modificar o mejorar productos, programas o actividades, y que está basada en el feedback obtenido durante su planificación y desarrollo.

Aunque, al menos en teoría, se podrían evaluar todos los campos de actividad humana, interesa aquí la evaluación de los aprendizajes de los MIR y nos referiremos a ella exclusivamente. En este sentido destacar la función de guía y orientación que cumple la evaluación para los residentes. De hecho estos últimos estudian en función de cómo se les va a evaluar.

Al planificar una evaluación será muy útil plantear y contestar las siguientes cuestiones: ¿Qué se va a evaluar?: Haber definido previamente los resultados finales del aprendizaje ayuda a identificar aquellos que hay que evaluar. ¿Cómo se va a evaluar? Existen múltiples métodos de evaluación y cada uno de ellos es más adecuado para evaluar un determinado tipo de competencia⁴¹. ¿Qué finalidad tiene la evaluación, sumativa (pasar la rotación, especializarse), o formativa (dar feed-back o motivar al residente)? ¿Cuándo se debe evaluar? ¿Quién va a evaluar? (el tutor/a, otros tutores, la Unidad Docente, etc.)?

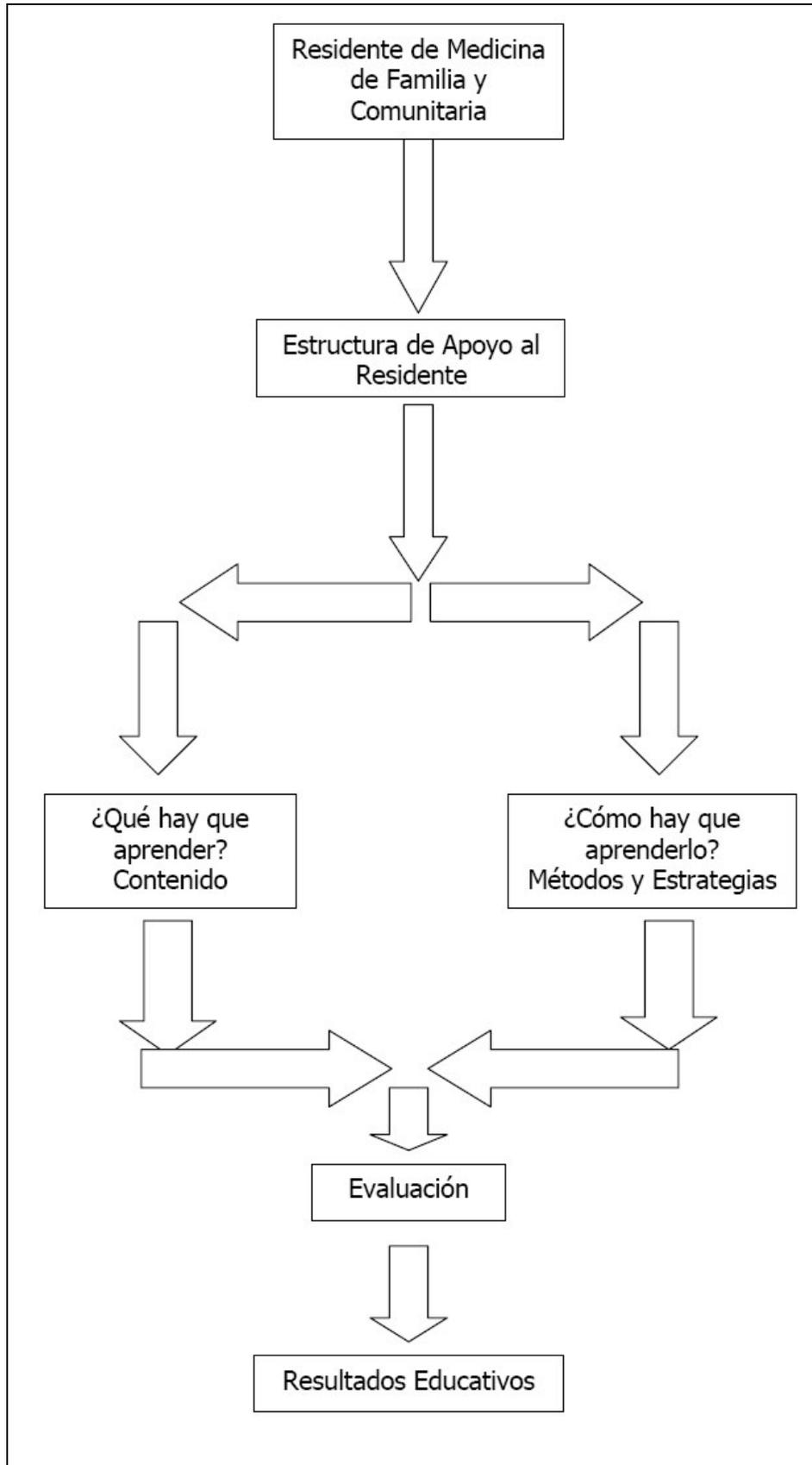
⁴¹ Shumway, J. M., Harden, R. M. (2003): The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. AMEE MEDICAL Education Guide nº 25.

Relacionadas con el tema de la evaluación, un buen tutor/a de médicos residentes (como cualquier formador) tendrá tres preocupaciones fundamentales:

1. Conocer si los MIR poseen conocimientos previos (también habilidades, destrezas...) de los objetivos a alcanzar en una actividad formativa concreta. Es decir, conocer la situación personal en que se encuentran los residentes al iniciar una etapa formativa. A ello da respuesta lo que algunos llaman la evaluación diagnóstica (o sencillamente, evaluación previa al aprendizaje).
2. Saber si el residente está aprendiendo adecuadamente y si él está siendo capaz de ayudarle (evaluación formativa, educativa).
3. Ser capaz de decidir de manera justa si un residente que ha concluido su período formativo está capacitado o no para ejercer como especialista – si es apto en la acepción de la RAE⁴²- (evaluación sumativa, certificativa o de acreditación).

La evaluación se justifica fundamentalmente porque cuando se detecta que los objetivos no se están alcanzando de forma adecuada, casi de manera automática surge una revisión de los planes, de las actividades que se están realizando, de la actitud del tutor/a, de la actitud de los residentes o incluso de la idoneidad de los objetivos que se pretenden.

⁴² RAE: Real Academia Española.



5.7 Informar sobre el curriculum

En este caso me voy a servir de las palabras del doctor Pales que son muy clarificadoras en este sentido: *“un problema común en la educación médica es la falta de comunicación entre profesores/tutores y estudiantes/residentes y muchas veces en ello radica el fracaso de un programa formativo. Los tutores tienen la responsabilidad de asegurar que los residentes tengan claros los resultados que de ellos se espera, que conozcan los diferentes recursos y oportunidades de aprendizaje y como acceder a ellos, que sean capaces de adaptar sus experiencias de aprendizaje a sus necesidades y de que sean conscientes de que han alcanzado el nivel adecuado en las diferentes competencias”*⁴³.

5.8 Promover un ambiente educativo apropiado

Para el correcto desarrollo de un programa formativo es esencial crear un entorno educativo apropiado. Se considera que es uno de los principales factores de motivación, y algunos teóricos han aducido que lograrlo es lo más importante que puede hacer un educador. Aquí abordaremos este tema brevemente, porque ya ha sido tratado con mayor profundidad en un apartado anterior: “La organización sanitaria como escenario de aprendizaje” (Cap. 6).

El término ambiente educativo describe el clima educativo general y comprende una amplia serie de factores como: la cultura subyacente (cuánto se valora y apoya el aprendizaje), las relaciones entre tutor-residente, la naturaleza de las tareas, los métodos de evaluación y los factores físicos.

Un entorno propicio para el aprendizaje es aquél que da apoyo y seguridad, fomenta la colaboración y la cooperación, valora las aportaciones de los individuos y está basado en el respeto mutuo. Así, por ejemplo, se hace difícil que un residente sea consciente de la importancia del trabajo en equipo si en el hospital o centro de salud donde trabaja existe un alto grado de individualismo profesional. Para conseguir un entorno favorable al aprendizaje, el tutor debería usar descripciones no juicios, orientarse hacia los problemas, ser espontáneo, empático, tratar de igualarse, tener una mente abierta, evitar en lo posible la evaluación, el control, la indiferencia, la superioridad y el dogmatismo.

⁴³ Pales, J. (2006): Planificar un currículum o un programa formativo. *Educación Médica*; 9 (2): 59-65.

5.9 Gestionar el curriculum

Otro aspecto fundamental en todo el proceso de planificación curricular es el referido a la gestión del programa educativo o del curriculum. Todo curriculum debe estar sometido a continua evaluación y revisión, y más en el ámbito de la práctica médica que se están produciendo constantemente cambios.

Para que todo este proceso se desarrolle correctamente es necesario recurrir a dos propuestas indicadas en los Estándares de Calidad para la formación médica básica de la WFME⁴⁴:

- Que exista en el seno de las Facultades de Medicina un comité curricular o de programa independiente que incluya profesores, estudiantes y otros agentes. Este comité ha de tener toda la responsabilidad y sobre todo, toda la autoridad para programar e implementar el curriculum por encima de intereses departamentales o individuales.
- La profesionalización de todo el proceso de diseño y gestión curricular mediante la participación de expertos en Educación Médica que asesoren a los diferentes comités curriculares. Si bien en un primer momento, este asesoramiento experto puede y debe obtenerse de una institución nacional o internacional externa, lo óptimo sería que todas las Facultades de Medicina crearan a medio plazo, unidades o departamentos de Educación Médica para trabajar de forma independiente y autónoma.

Después de este repaso por cada una de las etapas e elementos implicados en un proceso de planificación curricular se muestra una tabla que sintetiza muy bien todo el contenido de este apartado.

⁴⁴ WFME. Estándares globales en Educación Médica de la WFME. Educación Médica, 7 (suplemento 2), 2004.

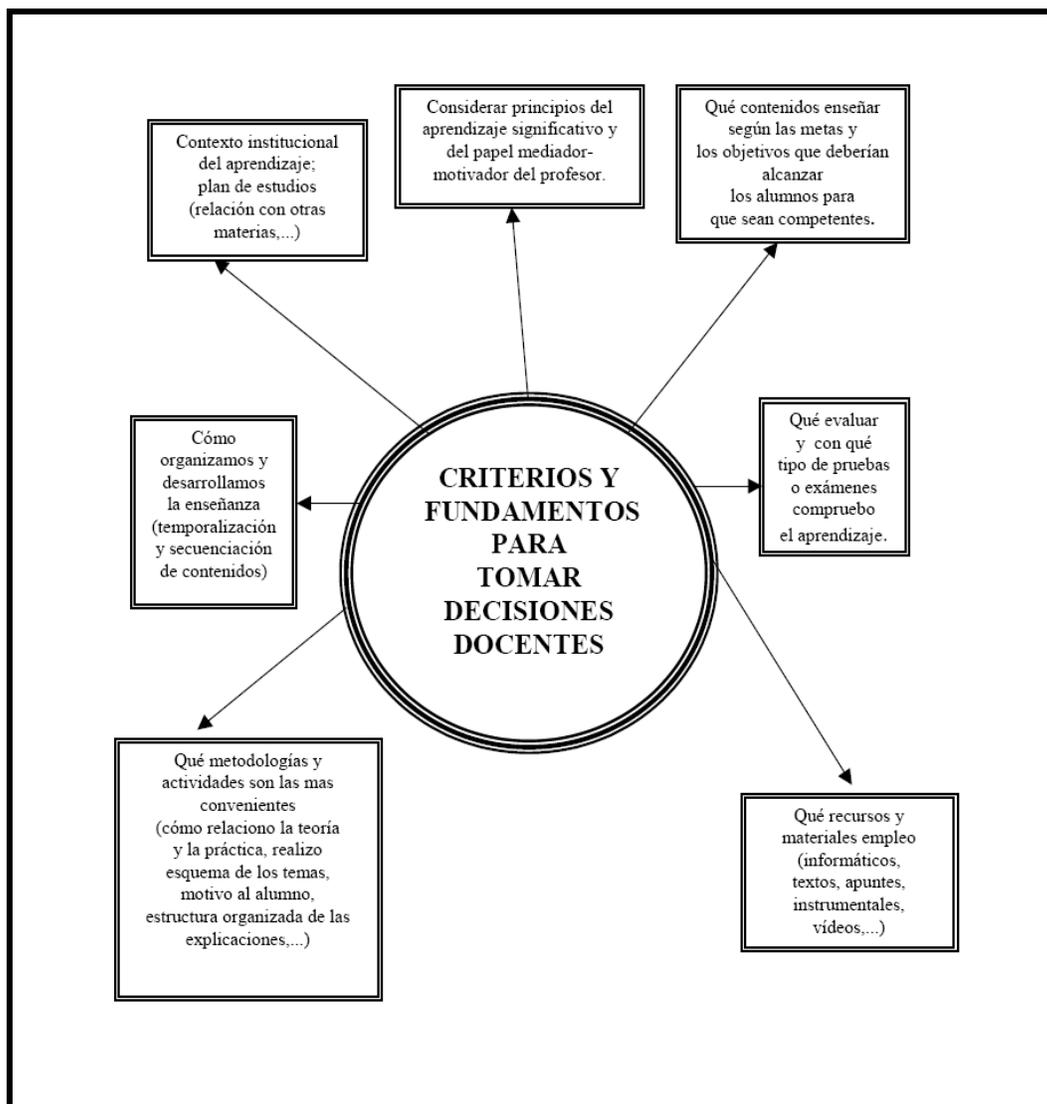


Figura: Criterios y fundamentos para tomar decisiones docentes a la hora de planificar

Fuente: Elaboración propia

6. NIVELES DE CONCRECIÓN CURRICULAR

De la revisión del sistema MIR realizada en el capítulo 3 de este trabajo se desprende claramente que en la formación de especialistas existen diferentes niveles organizativos que intervienen en el diseño y desarrollo de los programas de especialidad y, por tanto, se requiere una contextualización y adaptaciones sucesivas en distintos grados de complejidad y concreción de los programas, que van de lo nacional a lo local, de lo general a lo específico y de lo grupal a lo individual. Por tanto, el objetivo fundamental de este apartado es analizar este proceso de adecuaciones sucesivas del Programa Oficial de la Especialidad (contextual e individual) y realizar algunas propuestas sobre cómo llevarlas a cabo en unidades docentes de centros de salud acreditados con el fin de definir el programa de formación individual del residente.

La existencia de distintos niveles de concreción curricular garantizará una concepción abierta y flexible del currículum, una mayor descentralización en la toma de decisiones educativas y una mayor autonomía pedagógica de los centros docentes y de los profesores/tutores en el establecimiento del currículum.

En el contexto escolar se elaboran una serie de documentos de programación didáctica, con distintos niveles de concreción y que se conocen como: el currículum prescriptivo del Diseño Curricular Base (DCB), los Proyectos Curriculares de Centro (PCC) y las Programaciones de Aula (PGA). La existencia de dichos niveles no supone ninguna novedad, pues siempre han existido currículum oficiales (programas), a partir de los cuales los profesores han elaborado una programación más específica para su grupo de alumnos.

Hechas las transposiciones oportunas encontramos en la estructura y organización de la formación especializada de MFyC estos mismos tres niveles de concreción curricular: el Programa Oficial de la Especialidad (que constituiría el DCB), el Programa de Formación de la Unidad Docente (PCC) y el Plan de Formación Individual del Residente (PGA).

En este contexto, los centros y los equipos educativos son los espacios de profesionalización docente, siendo posible construir desde la experiencia educativa de éstos el Proyecto Curricular partiendo del análisis de las normas administrativas y de

las reflexiones de los docentes/tutores sobre sus actuaciones en el aula/consulta con el objetivo de mejorar su teoría y práctica educativa.

Para apreciar cómo se pasa del currículum establecido a su concreción en el proyecto curricular de centro y a las programaciones individuales, es necesario analizar cada nivel de concreción por separado.

6.1 Diseño Curricular Básico: el Programa Oficial de la Especialidad

Constituye el primer nivel de concreción de la propuesta curricular, y debe llegar a los centros como un instrumento pedagógico que señala las intenciones educativas y orienta sobre el plan de acción que habría que seguir en los siguientes niveles de concreción y en el desarrollo del currículo.

Tiene carácter normativo, su elaboración es competencia de las Administraciones educativas y tiene como finalidad determinar las experiencias educativas que se han de garantizar a todos los alumnos/residentes de un determinado nivel educativo sin distinción. En él se reflejan las intenciones educativas del sistema, como ya se ha señalado, así como los principios psicopedagógicos que lo fundamentan.

Sus principales características son:

- Es un documento abierto y flexible porque deja gran parte de las decisiones curriculares en manos de los profesores/tutores al incluir únicamente objetivos generales (en términos de capacidades/competencias), grandes bloques de contenidos y orientaciones sobre la metodología y la evaluación.
- Es orientador porque no se considera como un producto acabado sino que serán los profesores/tutores quienes se encarguen de concretarlo para la realidad educativa en que trabajan.
- Es prescriptivo, destinado no sólo a orientar a los profesores/tutores y centros sino también a prescribir determinados objetivos, contenidos o experiencias educativas que han de asegurarse a todos los alumnos/residentes en el transcurso de su período formativo/residencia.

Los elementos que componen el D.C.B. son: los objetivos generales de las diferentes etapas, las áreas curriculares, los objetivos generales de cada área, los bloques de contenidos, las orientaciones metodológicas y las orientaciones para la evaluación.

El Programa Oficial de la Especialidad constituye un Diseño Curricular Básico para cada especialidad reconocida. Éste debe realizarse con una orientación general para todos los residentes que deseen realizar esa especialidad, ya que el Gobierno tiene la responsabilidad de establecer las enseñanzas comunes con objeto de garantizar una formación común y la validez de los títulos a los que da derecho (LOPS, art. 18). Así cada uno de estos Programas debe especificar claramente los objetivos y competencias mínimas con objeto de facilitar las adaptaciones curriculares grupales e individuales que deben realizar los tutores.

La LOPS, en su artículo 21, establece la estructura para la elaboración y la aprobación de dichos programas formativos por parte de las distintas especialidades y algunas características de los mismos. Así, hace hincapié en que deben establecer los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales que deben alcanzarse para aspirar a los títulos. En el punto 2 del mismo artículo describe el proceso de elaboración y aprobación de los programas; éstos son elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) correspondiente (en nuestro caso la de MFyC) y, una vez ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud e informados por la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (CNRRHH) y del Ministerio de Educación y Ciencia, serán aprobados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y, posteriormente, publicados en el Boletín Oficial del Estado (BOE). La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece que corresponde a la CNRRHH del Sistema Nacional de Salud el diseño de los programas de formación de especialistas en Ciencias de la Salud, si bien será la CNE correspondiente la que los elabore⁴⁵.

En la revisión y comparación de los programas recientemente aprobados se observa una falta de unidad en su estructura, aunque tienen en su mayoría diseños generales, abiertos y flexibles. Una excepción la constituye el Programa de la Especialidad de MFyC que representa según la opinión de varios expertos un ejemplo a seguir en cuanto al enfoque teórico aplicado a su diseño y a los componentes y el

⁴⁵ Vicent, M. D. (2007): "Diseño del Programa de Formación Individual: del Programa Oficial de la Especialidad al Desarrollo Curricular del Residente". En: *Manual para tutores de MIR*. Editorial Panamericana. Madrid: p. 73-91.

grado de flexibilidad que propone definiendo perfectamente los conceptos, competencias, habilidades y actitudes básicos del trabajo del médico de familia.

6.2 Diseño Curricular de la Unidad Docente: el Programa de Formación de la UD

En un contexto escolar lo primero que corresponde saber de este segundo nivel de concreción es la diferencia entre el Proyecto Educativo de Centro (P.E.C) y el Proyecto Curricular de Centro (P.C.C.) El primero define la identidad del Centro, es un instrumento para la planificación a medio plazo cuyo objetivo es dotar de coherencia y personalidad propia a los Centros e incluye, tanto el P.C.C. como las Finalidades Educativas y el Reglamento de Organización y Funcionamiento (R.O.F.).

El P.C.C. (que en nuestro caso correspondería al Programa de Formación de la Unidad Docente) constituye el instrumento pedagógico-didáctico que articula a medio y largo plazo el conjunto de actuaciones del equipo docente de un Centro educativo y tiene como finalidad alcanzar las capacidades previstas en los objetivos de cada una de las etapas, en coherencia con las Finalidades Educativas del mismo.

Es competencia del equipo docente, y encuentra su máxima justificación en la necesidad de garantizar una actuación coherente, coordinada y progresiva de los equipos docentes/tutores para que favorezca el desarrollo integral de los alumnos/residentes.

En síntesis, es el conjunto de decisiones articuladas que permiten concretar el Diseño Curricular Básico en proyectos de intervención didáctica adecuadas a un contexto específico. En este sentido, el Diseño Curricular de la Unidad Docente o Programa Formativo de la Unidad Docente será una adaptación del Programa Oficial de la Especialidad (Diseño Curricular Básico) al contexto de la UD en la que se desarrolla la formación.

Esta adaptación debe ser realizada por el tutor o tutores de la UD, así como por los órganos de dirección, contando con la colaboración de los residentes y de otros profesionales que participan en la formación. El Programa de la UD se plasma en una guía dirigida al conjunto de los tutores y residentes y constituye un modelo de gran utilidad para potenciar la reflexión sobre la práctica.

Según la doctora Vicent⁴⁶, los principales componentes que debe recoger el programa de la UD son:

- Características de la UD: estructurales, asistenciales, de organización, recursos humanos y recursos didácticos.
- Adaptación de los objetivos generales al contexto del centro/UD en función de las competencias que hay que alcanzar por cada año de residencia.
- Plan de rotaciones y guía para cada una de ellas (distribución de objetivos, actividades, evaluación formativa, documentos o bibliografía de apoyo).
- Organización de actividades específicas, como sesiones clínicas, seminarios, etc.
- Orientaciones sobre metodología didáctica.
- Orientaciones para temas de formación transversales (metodología de investigación, bioética, etc.)
- Organización de la tutoría y supervisión de la docencia.
- Criterios de asignación o elección del tutor/a.
- Criterios y procedimientos para realizar adaptaciones del programa de formación para residentes con necesidades educativas especiales.
- Criterios para la evaluación del proceso de enseñanza y la práctica docente de los tutores.
- Programación de actividades complementarias.

La elaboración de este programa docente constituye un instrumento valioso para sistematizar la formación, ya que permite una planificación de los contenidos y las actividades, de modo que se asegure una continuidad entre lo que está prescrito en el Programa Oficial de la Especialidad y las acciones que se realicen en los centros, además de facilitar la posterior realización del programa de formación individual.

⁴⁶ Vicent, M. D. (2007): "Diseño del Programa de Formación Individual: del Programa Oficial de la Especialidad al Desarrollo Curricular del Residente". En: *Manual para tutores de MIR*. Editorial Panamericana. Madrid: p. 73-91.

6.3 Diseño del Programa de Formación Individual del Residente (PFIR)

En el contexto escolar las Programaciones de Aula constituyen el tercer nivel de concreción curricular. Se trata del conjunto de estrategias y actividades de enseñanza-aprendizaje que cada profesor realiza con su grupo de alumnos. Estos aspectos han de ser recogidos en forma de unidades didácticas ordenadas y secuenciadas para las áreas de cada ciclo y/o nivel educativo. Dichas programaciones deben estar de acuerdo con el Diseño Curricular Básico y en consonancia con lo recogido en el Proyecto Curricular de Centro, para ello es necesario planificar y distribuir los contenidos y temporalizar las actividades de aprendizaje y evaluación correspondientes.

Este último nivel de concreción persigue, por tanto, la acomodación y ajuste de la oferta educativa común a las posibilidades y necesidades de cada uno de los alumnos. Desde este punto de vista, los niveles de concreción curricular son niveles de adaptación curricular. Se requiere del profesor la responsabilidad y la libertad de decisión acerca los cambios y adaptaciones que permitirán adecuar el curriculum a las necesidades reales. Y es que son los que mejor conocen a los alumnos quienes deben realizar las adecuaciones pertinentes en el ejercicio de su autonomía y contribuyendo así a su desarrollo profesional.

En el ámbito de la formación médica especializada existe también este nivel de concreción curricular. Así, tras realizar la adaptación del Programa Oficial de la Especialidad al contexto de la Unidad Docente, será necesaria la adaptación a las necesidades de cada residente para definir su programa de formación individual. Y es que, cada residente es diferente, con diferente experiencia previa, conocimientos y habilidades. Por lo que es triste que las ventajas de esta variedad se pierdan al usar un conjunto predeterminado de estándares fijos en la formación. Además una de las principales funciones del tutor es responsabilizarse de la ejecución del programa docente de la especialidad en los centros de salud con su residente. Para lo cual, deberá adecuar el cronograma del período formativo a las necesidades y características personales de cada residente mediante la elaboración de un Plan Individual de Formación.

Y es que, la incorporación del residente en la actividad del centro, sin el Programa Docente de la UD y sin un Plan de Formación Individual, deja el aprendizaje del residente expuesto a las circunstancias azarosas del contexto, lo que se ha

denominado “aprendizaje oportunista”, de modo que la presión asistencial, sus preferencias o sus temores, entre otras circunstancias, pueden hacer que finalice el periodo de residencia sin que su programa se haya completado en determinadas áreas o que no haya desarrollado alguna de las competencias básicas⁴⁷.

Por una simple cuestión de coherencia y de lógica, todo Plan Individual de Formación que se pretenda elaborar o desarrollar debe sustentarse en una enseñanza centrada en el residente. Una formación, en definitiva, en la que el tutor preste especial atención a los conocimientos, habilidades, actitudes y creencias que el residente “trae consigo” al incorporarse a la residencia. En este sentido, la planificación de un currículum centrado en el alumno/residente implica:

- Transferir un mayor control sobre el proceso de aprendizaje al residente.
- Una planificación del currículo modular y flexible que afecta a los contextos de aprendizaje y a los contenidos del mismo en función de las necesidades individuales del residente y de su grado de motivación.
- Y un cambio drástico del papel del tutor, que pasa de ser el profesor depositario del conocimiento y guardián del currículo al facilitador de las capacidades del residente para cumplir unos objetivos. Este proceso facilitador se fundamenta en gran parte en la confianza y en el desarrollo de relaciones entre ambos.

Lo que va a suponer cambiar el enfoque que enfatiza la elección entre un programa de actividades y contenidos preestablecidos por otro que incluya:

- Un reconocimiento de esa capacidad y libertad de aprendizaje que tiene el residente en el currículo, explicitándose y ayudándole a organizarse metas y ritmo.
- Una formación específica en habilidades para aprender a valorar sus necesidades, planificar su aprendizaje, organizarse el tiempo, localizar y usar los recursos apropiados y evaluar los resultados.

⁴⁷ Vicent, M. D. (2007): “Diseño del Programa de Formación Individual: del Programa Oficial de la Especialidad al Desarrollo Curricular del Residente”. En: *Manual para tutores de MIR*. Editorial Panamericana. Madrid: p. 73-91.

- Y una identificación de las diferentes herramientas que el residente puede usar en su aprendizaje.

De esta forma, el Programa de Formación Individual (PFIR) tendrá una doble vertiente: por un lado, recogerá el plan o prescripción sobre lo que sería deseable enseñar (Programa Oficial de la Especialidad y Programa Docente de la Unidad) y, por otro, lo que de hecho se puede enseñar teniendo en cuenta al residente y el contexto en el que se desarrolla la formación.

En otras palabras, los tutores a la hora de planificar deben pensar cuidadosamente cuáles son los conceptos básicos involucrados en su trabajo diario. Y para ello deben prestar atención a dos puntos de vista: el que marca el programa de la especialidad, y el que podría planificarse para resolver las necesidades de aprendizaje de cada residente individual, de forma personalizada. Así, la relación tutor-residente, permite al primero un desarrollo individualizado del programa formativo, de forma que el especialista en formación pueda crecer a partir de sus puntos fuertes, y corregir sus debilidades.

Por ello, en ocasiones se habla de dos modelos generales de planificación: la racionalista y la pragmática o estratégica. La *racionalista* sucede cuando se trazan unos objetivos y un camino para llegar a ellos y no existe desviación del mismo en ningún caso. Es decir, supone el plan ideal: ¿qué y cómo debe aprender el residente y cómo debe ser evaluado según el Programa Nacional de la Especialidad y el Mapa de competencias? Y la *pragmática o estratégica* se produce cuando se considera que los caminos para llegar a los objetivos marcados pueden ir variando según las necesidades. En este sentido, se piensa no en objetivos ideales sino en aquellos que es factible cumplir según las circunstancias propias de cada momento. Es decir, que es el plan posible o realizable pero teniendo en cuenta el contexto en que se desenvuelve el programa formativo.

En el diseño específico del Programa de Formación Individual, partiendo del Programa de UD, será necesaria una nueva adaptación en la que se proponen los siguientes elementos componentes.⁴⁸

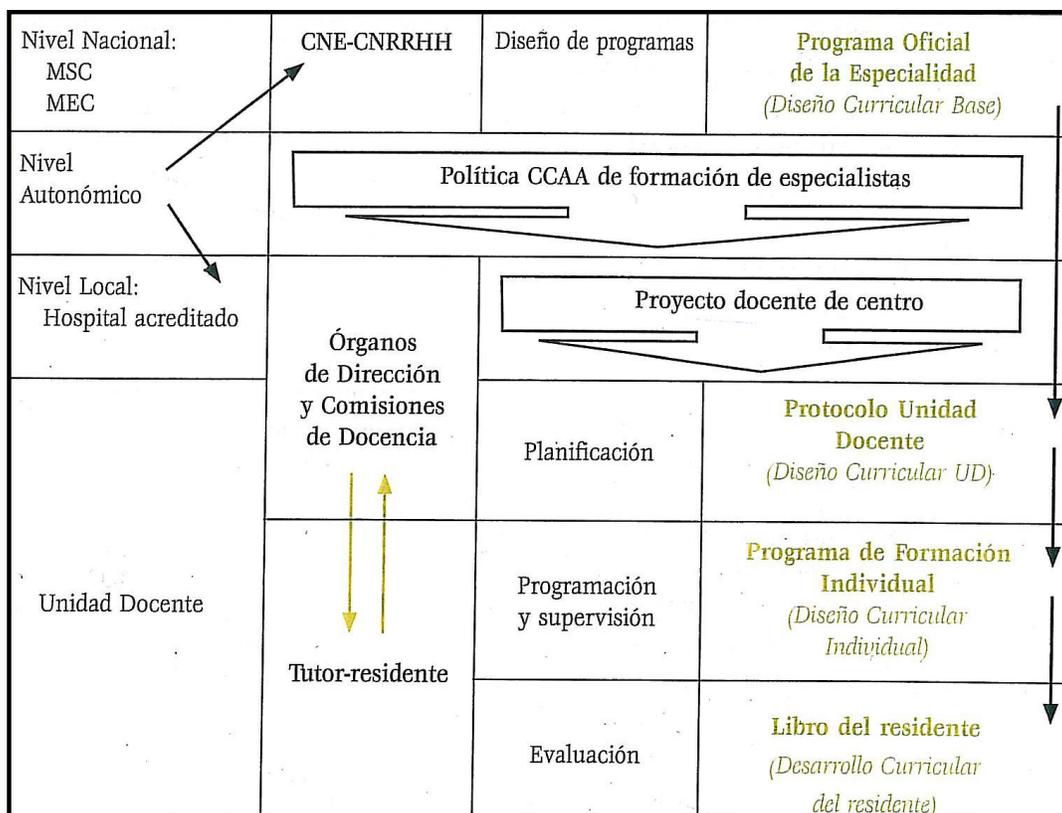
⁴⁸ Vicent, M. D. (2007): "Diseño del Programa de Formación Individual: del Programa Oficial de la Especialidad al Desarrollo Curricular del Residente". En: *Manual para tutores de MIR*. Editorial Panamericana. Madrid: p. 73-91.

- Información del Programa Docente de la Unidad a los residentes.
- Evaluación diagnóstica de las necesidades, los intereses y la motivación de los residentes.
- Reflexión y negociación sobre metas y objetivos con los residentes.
- Programación (cronograma) de las rotaciones internas y externas, guardias.
- Actividades y tareas específicas que hay que realizar en cada rotación.
- Preparación de sesiones clínicas generales y de servicio, sesiones bibliográficas.
- Participación en actividades de formación transversal (comunicación y relación medico-paciente, bioética...).
- Selección y programación de actividades de formación en investigación: preparación de proyectos o protocolos de investigación, comunicaciones a congresos, publicaciones.
- Organización de la supervisión a demanda mediante el establecimiento de tiempos de consulta.
- Supervisión programada mediante el desarrollo de un proceso de feedback estructurado con el residente con el establecimiento de reuniones periódicas con objetivos de supervisión.
- Formas y tipos de evaluación (diagnóstica, formativa y sumativa) relacionados con las distintas actividades⁴⁹.

Lo cierto y verdad, es que el diseñar y desarrollar un curriculum o plan de formación es una tarea de considerable trabajo, por lo que no es de extrañar que la mayoría de los tutores prefieran centrar la energía del aprendizaje sobre los problemas que surgen en el día a día, más que en definir su propio plan de formación o incluso poner en práctica el propuesto en el Programa Oficial de la Especialidad.

⁴⁹ Prados, J. D. y Santos, M. A. (2000): La evaluación de los MIR como un proceso de aprendizaje. *Medicina de Familia (And)*; 1 (1): 78-83.

Esta dificultad a la hora de determinar el currículum del residente en MFyC es señalada por el profesor Fernández Sierra en los siguientes términos “si en cualquier ámbito resulta difícil establecer el currículum más adecuado para la formación de futuros profesionales, dentro del campo sanitario, la especialidad de MFyC sea posiblemente la más problemática de definir, por diversas causas: su poca historia en nuestro país, la variedad de funciones que estos profesionales han de desempeñar, la relativa indefinición de algunas de estas funciones, la complejidad de su trabajo y del medio social en el que lo han de desarrollar, etc.”⁵⁰



Fuente⁵¹: Niveles organizativos y adaptaciones curriculares de los Programas de Formación de Especialistas en Ciencias de la Salud

⁵⁰ Fernández, J. (1995): El currículum de los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Reflexiones desde la pedagogía. *Medifam*; 5 (6): 345-350.

⁵¹ Vicent, M. D. (2007): "Diseño del Programa de Formación Individual: del Programa Oficial de la Especialidad al Desarrollo Curricular del Residente". En: *Manual para tutores de MIR*. Editorial Panamericana. Madrid: p. 82.

7. LAS FUNCIONES Y UTILIDADES DE LA PLANIFICACIÓN

Recordemos que las intenciones y plan de actuación que se establecen en el curriculum se plasman en último término en una determinada práctica pedagógica. Por ello, podemos decir que el curriculum tiene dos funciones bien diferenciadas: por un lado, la de hacer explícitas las intenciones del sistema formativo y por otro, la de servir de guía para la práctica pedagógica. Esta doble función se refleja en la información que nos proporcionan los elementos que componen el curriculum y que ya hemos comentado anteriormente.

El curriculum incluye tanto el proyecto como su puesta en práctica. Sólo cuando se lleva a cabo el ciclo completo se respeta la naturaleza dinámica del curriculum impidiendo que se convierta en una serie de principios fosilizados incapaces de generar ningún tipo de innovación educativa. Las funciones del curriculum destacan claramente por su carácter dinámico. Su diseño puede orientar la práctica pero nunca debe determinarla ni cerrarla, ya que aunque tiene que ofrecer principios válidos para cualquier situación concreta, no puede simultáneamente tener en cuenta lo que de específico tiene cada realidad educativa.

Además de la doble función de toda planificación mencionada anteriormente destacan otras que van a determinar su utilidad y conveniencia y que son:

- Evitar la improvisación y la rutina, logrando una secuencia lógica y clara del proceso de enseñanza aprendizaje.
- Dosificar, graduar, organizar y secuenciar los aprendizajes.
- Adaptar los objetivos a las características de las personas que se van a formar.
- Unificar criterios a favor de una mayor coherencia funcional, procurando la confluencia de intereses diversos.
- Reducir magnitudes de incertidumbre, actuaciones contradictorias y esfuerzos estériles.
- Coordinar la participación y la implicación de todos los miembros implicados en la relación educativa.

- Racionalizar el uso del tiempo.
- Racionalizar las tareas docentes y las de los docentes, potenciando las capacidades de unos y otros y favoreciendo su conocimiento personal y profesional.
- Clarificar los objetivos que el docente o la institución se plantea y las medidas que dispone para conseguirlos.
- Generar motivación e incentivación para el trabajo del docente.
- Desarrollar una evaluación formativa interna de carácter periódico.

Por tanto, además del diseño del programa de formación individual, corresponde al tutor gestionar todos los componentes del programa y evaluar sobre la práctica el desarrollo del mismo, tomando las decisiones que correspondan y modificándolo cuando sea necesario, siempre de forma compartida y negociada con los propios residentes. Las imposiciones y las normas rígidas sólo llevan a la indiferencia y al desinterés, provocando el distanciamiento. Adquiere un valor añadido el hecho de establecer una estructura de comunicación entre el tutor y el residente que facilite el proceso formativo, y que ha de quedar consolidada desde la primera fase de relación. Esta estructura ha de modificarse y evolucionar conforme el residente va encontrando su espacio en el centro docente, y redefiniéndose en el curso del aprendizaje.

Sin embargo, en ocasiones la planificación formativa es considerada como un caprichoso trámite que solo sirve para generar en los docentes sensaciones totalmente alejadas del pragmatismo y próximas a los formalismos absurdos que tanto se parecen al desaprovechamiento de los recursos humanos. Así entendida, no parece traducirse en un aporte significativo a la hora de proyectar cómo y qué habrá de enseñarse, y mucho menos aún, una organización optimizadora y facilitadora del trabajo que se realizará durante el período formativo.

No obstante, el objetivo esencial de la planificación es justamente el de ser una herramienta útil y no una mera molestia acorde a las exigencias administrativas y/o directivas de turno. De ahí que a veces parezca necesario volver a recordar que planificar significa revisar los logros anteriores, seleccionar información, estimar tiempos, calcular recursos, en síntesis, trazar un plan útil.

Desde el cuestionable modelo por objetivos hasta las flexibles concepciones humanistas no debería nunca descuidarse la necesidad central que da razón de ser a la planificación: servir a la práctica de la enseñanza en el aula, esto es, ser una herramienta a favor del docente.

Queda, por tanto, a responsables y a docentes hacer de la planificación un aporte a la práctica de la enseñanza y no un problema en sí mismo. Porque la realidad de lo que sucede en la práctica diaria sabemos bien que se encuentra dentro de la cotidianidad del día a día y no necesariamente en las artificiales columnas reglamentarias. Así pues, creemos que recuperar el sentido de la planificación no solo profesionaliza el rol docente sino probablemente contribuye a mejorar la calidad misma de la enseñanza.

Por tanto, el Plan de Formación Individual del Residente será un buen instrumento para la aplicación del programa de especialización al facilitar el trabajo del tutor y del residente, que de esa forma sabe lo que se espera de él, las tareas que debe realizar y constituye una referencia clara para la evaluación.

8. EXPERIENCIAS DOCENTES EN MATERIA DE PLANIFICACIÓN

A continuación se exponen algunas experiencias docentes desarrolladas en los últimos años en el seno de distintas Unidades Docentes, Instituciones o Centros de Salud referidas al tema de la planificación de la formación de los residentes. Aunque varía la estrategia de intervención pedagógica o el instrumento que se usa en cada caso (praxis de la negociación, contrato, etc.) el resto del programa de formación individual, mantiene el mismo esquema básico: la definición de la competencia final y de los objetivos, la asignación de las tareas y evaluación y, en todos ellos, será necesario contar con la opinión de los residentes.

- Taller *“La elaboración de una guía docente”* impartido por los doctores Elena Muñoz Seco y Francesc Borrel Carrió en el marco de las III Jornadas sobre actualización docente en Medicina de Familia celebradas el 9 y 10 de octubre de 2003 en Barcelona y organizadas por el Foro Tribuna Docente (v. anexo 1: La elaboración de una guía docente).

- Taller “*¿Cómo realizar un plan de aprendizaje del 3º año con mi residente?*” impartido por el Dr. Pedro Alcántara Nicolás del Centro de Salud de Molina de Segura dentro de las II Jornadas de Tutores de Medicina de Familia de la Región de Murcia celebradas el 31 de octubre de 2003 y organizadas por la SMUMFYC (v. anexo 2: *¿Cómo realizar un plan de aprendizaje del tercer año con mi residente?*).
- La redacción y utilización del “*Contrato de residentes o plan de formación para los residentes de MFyC*” como experiencia docente desarrollada por los tutores del Centro de Salud de San Fernando de Henares II (Madrid) a partir del año 2003 (v. anexo 3: *Contrato de residentes*).
- El curso: “*Planificación docente en Educación Médica*” impartido por el profesor Joan Prat como módulo integrante del Máster en Educación Médica y con una duración de 84 horas lectivas (v. anexo 4: *La planificación docente en Educación Médica*).
- El curso “*La planificación de la formación desde una organización: el diseño, la gestión y la evaluación*” impartido por la profesora Maica Gil i González dentro del programa de formación de formadores desarrollado desde el Instituto de Estudios de la Salud de Barcelona con una duración de 20 horas (v. anexo 5: *La planificación de la formación desde una organización*).
- El taller “*¿Cómo elaborar un proyecto docente?*” impartido por las doctoras Victoria Gosalbes soler y Carmen Fernández Casalderrey dentro del aula docente del XXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria celebrado del 7 al 10 de noviembre de 2007 en Valladolid (v. anexo 6: *¿Cómo elaborar un proyecto docente?*).
- Mesa de debate y grupo de trabajo: “*La planificación de la formación sanitaria especializada*” moderada por Vicente Garrigues dentro IV Encuentro de Tutores organizado por la Agencia Laín Entralgo, la Asociación de Redes de Comisiones de docencia y asesoras , el Instituto de Estudios de la Salud y la Sociedad Española de Educación Médica y celebrado los días 18, 19 y 20 de septiembre de 2006 (v. anexo 7: *La planificación de la FSE*).

La estrategia de la negociación del currículum

En varias estas experiencias pueden encontrarse elementos referidos al tema de la participación de los residentes en su propio proceso de aprendizaje, desde su inicio con la *negociación del currículum* hasta el final con su autoevaluación. En este sentido, se apuesta por un modelo negociador⁵², consistente en planificar el currículum con la colaboración del residente, en un proceso en el que el tutor va trasvasando paulatinamente competencias. Esta negociación con el residente implica que éste es responsable de su propio aprendizaje. Al permitirse que éste asuma el control de su actividad, se implicará voluntariamente en el quehacer educativo, pues será una iniciativa que surge desde dentro de cada persona, respondiendo por tanto a sus intereses y necesidades. De esta forma el residente se convierte en un participante que colabora activamente en el desarrollo óptimo del programa formativo: tiene cierta capacidad de decisión sobre determinados aspectos del programa, comenzando por la consideración de sus propias necesidades, intereses y compromiso con su propio proceso de aprendizaje, así como la participación en la estructuración del programa que finalmente se llevará a cabo y su responsabilidad en las actividades que se realicen. Ahora bien, para llegar a una auténtica negociación es preciso que tutor y residente se pongan al mismo nivel de comunicación rompiendo las barreras jerárquicas para que puedan escucharse y dialogar en condiciones de igualdad. Por otro lado, deben también tratarse desde el principio las limitaciones del contexto y las cuestiones que no son negociables para un desarrollo adecuado del programa.

La práctica de la negociación para la toma de decisiones que permitirá definir el Programa de Formación Individual de los residentes requiere que los tutores actúen como facilitadores, lo que supone que la responsabilidad de los tutores es mayor y necesitan formación específica. Con el fin de facilitar las entrevistas de negociación, el tutor debe ayudar a los residentes a que dispongan de la información necesaria, dirigir los debates que se puedan producir, recoger las propuestas, discutir sus ventajas y desventajas y plantear alternativas claras. Así pues, el tutor facilitará un catálogo de tareas concretas (obligatorias y opcionales) que habrá que desarrollar durante la rotación y después pactará la selección de las mismas y su cronograma con el residente. Posteriormente se supervisará el cumplimiento del programa, dejando al residente la iniciativa de consultar cuando lo necesite; en caso de no cumplirse el cronograma el tutor deberá ejercer las acciones necesarias. En la praxis de la

⁵² Martínez, J. B. (1994): Participación y negociación en el aula: aprender a decidir, en *Kikirikí*, nº 31/32, p. 69-76.

negociación los residentes aprenden a aprender; por eso es imprescindible que estos debatan sobre lo que han realizado, cómo lo han hecho y por qué lo han hecho así. De este modo tutores y residentes pueden contribuir a la construcción de nuevas prácticas que permitan ir mejorando el programa.

La estrategia del contrato de formación

Además de la negociación la fórmula del *contrato de formación* también puede ser de gran utilidad en estos casos. Los contratos docentes que explicitan, formalizan y clarifican las situaciones didácticas se han convertido en una herramienta muy útil para fijar los objetivos que se pretenden, para identificar las competencias básicas a conseguir, para implicar a los residentes en el programa, para elaborar fichas de tareas, para resolver conflictos, para planificar un proyecto y para atender a aquellos con problemas de adaptación o con dificultades de aprendizaje.

Según Przesmycki⁵³ el contrato didáctico es un medio para despertar la motivación, facilitar la socialización, la comprensión, la comunicación, la autoestima, la relación tutor-residente y la resolución de conflictos. En general una vez formulado el objetivo que se pretende lograr (cognitivo, resolución de un conflicto...) hay que negociar el contrato (recursos disponibles, plazos, supervisión y ayudas por parte de los tutores y otros colaboradores docentes, forma de evaluación...). Posteriormente se formaliza el contrato elaborando un documento escrito donde se refleje el compromiso voluntario y recíproco entre el residente y su tutor y se expliciten las obligaciones de los dos. El contrato debe ser firmado, ya que se parte de la idea de que la firma constituye un acto simbólico muy positivo para las dos partes que sirve de garantía de su autenticidad, le da legitimidad y potencia la relación de elaboración.

La Tutorización Activa Continua (TAC)

Se trata de una estrategia de interacción docente y valoración formativa desarrollada, desde hace ya algunos años, por las Unidades Docentes de MFyC de Cataluña⁵⁴ y que intenta mejorar la calidad de la docencia impartida y potenciar el papel activo del tutor y del residente en la construcción y seguimiento de la formación a lo largo de todos los años del programa.

⁵³ Przesmycki, H. (2000): *La pedagogía de contrato. El contrato didáctico en la educación*. Barcelona: Grao.

⁵⁴ Benítez, M., Casajuana, J., Sant, E. et al: (2005) Tutorización activa continua: una metodología para intentar ser tutor durante los 3 años de la especialidad. *Atención Primaria*; 36(4).

Una metodología evaluativa del proceso formativo que se ha convertido en toda una estrategia de tutorización, ya que plantea un nuevo modelo más en consonancia con los principios del aprendizaje adulto y centrada en el que aprende (planificar objetivos conjuntamente, partir del propio residente y su singularidad, comentar con él su progreso, motivarlo, reflexionar conjuntamente, facilitar el autoaprendizaje...)

Consiste en el desarrollo de entrevistas semiestructuradas donde se valoran los progresos, las deficiencias y los problemas organizativos. Apuesta por encuentros más periódicos de R1 y R2 y por especificar los espacios que hace falta destinar a R3 a esta tutorización activa (comentario sistemático en la consulta diaria, reuniones periódicas semanales y o/quincenales para discutir temas no asistenciales –aspectos éticos, aspiraciones del residente...- preparación de sesiones conjuntamente, etc.). De estas entrevistas puede surgir el reconocimiento de tener que modificar la planificación o el desarrollo de las actividades que el residente ha de realizar.

El portafolio docente

Recientemente se está introduciendo la utilización del portafolio docente como un instrumento para la programación individual de la formación. Algunos autores han considerado conveniente incorporar esta estrategia en la planificación curricular, en el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje, así como en el proceso de reflexión y evaluación del programa docente realizado. Por tanto, el portafolio docente constituye una guía para la formación y la evaluación formativa del residente.

Aunque existen varios usos del portafolio y estilos diferentes⁵⁵, en el ámbito de la formación de especialistas se considera como una recopilación de información y documentación, en la que se pueden encontrar evidencias de la realización de las tareas sugeridas que reflejan que el proceso de aprendizaje ha sido realizado y que se han alcanzado los objetivos docentes.

El modelo recientemente propuesto por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC)⁵⁶ es semiestructurado, de modo que consta de una guía o relación de competencias a modo de check-list que acompaña al Libro del Residente. Éste es un instrumento para la formación y la supervisión de la

⁵⁵ Tomkinson, B. Towards a taxonomy of teaching portfolios. <http://www.lgu.ac.uk/deh~berations/portfolios>.

⁵⁶ Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Libro del especialista en formación en Medicina Familiar y Comunitaria: Guía de Portafolio. Madrid, 2006.

adquisición de las competencias y el cumplimiento de los objetivos del programa formativo. Su instrumento básico de implementación, de utilidad tanto para el residente como para el tutor. Por tanto, reflejará el programa formativo realmente realizado por el especialista en formación, es decir, el Desarrollo Curricular del Residente. Entre sus objetivos se encuentra uno referido expresamente a nuestro objeto de estudio:

- Promover hábitos de planificación de la propia formación en función del planteamiento de objetivos concretos de aprendizaje, ligados a las necesidades de formación específicas del residente.

Usemos la estrategia de intervención pedagógica o el instrumento que usemos (praxis de la negociación, contrato, portafolio, TAC...) para llevar a cabo el programa de formación individual, el esquema básico común será la definición de la competencia final y de los objetivos, la asignación de las tareas y evaluación y, en todos ellos, será necesario contar con la opinión de los residentes.

BLOQUE II: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 8. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

1. Contexto de surgimiento
2. Justificación y delimitación del problema de investigación
 1. Delimitación del área temática
 2. Definición del objeto de estudio
 3. Planteamiento del problema de investigación
3. Objetivos del trabajo
4. Proceso seguido
5. Enfoque metodológico
 1. Lo cuantitativo y lo cualitativo de los estudios descriptivos
 2. La triangulación como estrategia metodológica del estudio
6. Diseño de investigación
7. Búsqueda bibliográfica
8. Instrumentos de recogida de información
9. Panel de expertos
10. Cuestionario
11. El tratamiento de los datos obtenidos en el cuestionario

1. CONTEXTO DE SURGIMIENTO

“Hasta el viaje más largo comienza por el primer paso”

Proverbio chino

Todo comienzo es consecuencia de una serie de acontecimientos y de circunstancias que lo van a marcar y a condicionar desde ese mismo momento. Por este motivo, considero indispensable realizar un breve relato de los principales antecedentes que, de algún modo, explican y justifican la realización de este trabajo de investigación. No hacerlo, sería obviar una parte importante de todo el proceso seguido y, sobre todo, sería injusto al no hacer mención a los verdaderos artífices de la idea originaria del mismo y que constituyen gran parte del soporte que ha sido necesario para llevarlo a su término.

En torno al año 1997 se constituye, en el seno de la Unidad Docente de MFyC de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, el grupo de investigación “Aprendiendo Juntos”, liderado por el coordinador de la misma, el Dr. Francisco Molina Durán y compuesto por un grupo de médicos tutores, de residentes, de enfermeras y de profesionales expertos en formación¹. Desde ese mismo momento se pone en marcha una línea de investigación en docencia con la finalidad de “analizar y mejorar los procesos formativos que ocurren durante la residencia de MFyC en los centros de salud”.

Esta primera *colaboración médico-pedagógica* inaugura una etapa de cambio interno y externo de la propia Unidad Docente que tiene como principales resultados la realización de importantes estudios, trabajos y publicaciones en esta misma línea durante un extenso período de tiempo (1998-2004).

Las primeras indagaciones se sitúan en torno al primer año de formación de los residentes y encuentran su máximo exponente en la culminación de la tesis doctoral² por parte del hasta entonces Coordinador de la Unidad Docente, el Dr. Francisco Molina Durán.

¹ Procedentes de la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia y más en concreto de los Departamentos de Teoría e Historia de la Educación y de Didáctica y Organización Escolar.

² Molina, F. *Análisis del proceso de aprendizaje de los residentes de primer año de Medicina de Familia en el Centro de Salud*. Salvador Martínez y Nuria Illán (dir.). Tesis doctoral. Universidad de Murcia. 1999.

Las principales conclusiones de este trabajo apuntan en una doble dirección. Por un lado, se demuestra que efectivamente la formación que el residente de MFyC recibe en el centro de salud se manifiesta como la más significativa para la configuración de su perfil profesional. Y por otro, se evidencia también que las deficiencias y necesidades formativas más acuciantes trascienden hasta el tercer año de la residencia.

Como consecuencia de dichas observaciones, el grupo traslada el foco de atención del primer al tercer año de formación consolidando la línea de investigación y ampliando los horizontes de la misma.

Fruto de toda esta experiencia docente avala la obtención en julio de 2004 de un proyecto de investigación³ al amparo del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I), financiado por el Instituto de Salud Carlos III y el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS). La finalidad del mismo era analizar como una serie de variables (como las expectativas, los valores, las relaciones, el clima de la organización docente y la planificación formativa) influyen en el proceso de tutorización de los residentes de MFyC en la etapa inicial del tercer año de formación en el centro de salud y por ende en su desempeño futuro como Médicos de Familia.

Un proyecto diseñado desde un enfoque de corte integrador-mixto (cualitativo-cuantitativo) y multicéntrico. Y es precisamente en esta última característica donde ha residido una de sus principales virtualidades, al lograr que se impliquen en él las tres Unidades Docentes de MFyC existentes en la Región (Murcia, Cartagena y Lorca). Consiguiendo, de este modo, la participación de toda la red docente y una amplísima representatividad de los resultados obtenidos.

Pues bien, de todas las dimensiones o variables que se ocupa dicho proyecto, este trabajo de tesis se centra de manera muy concreta en la *planificación docente tutor-residente*. En este sentido, pretende constituir una aportación pedagógica acerca de aquellos elementos, claves y prácticas más comunes que orientan el plan individual de la formación del residente durante su proceso de formación y especialización.

³ PI 030596 (2004-2007): "Análisis del proceso de enseñanza-aprendizaje en el tercer año de formación de los residentes de MFyC en los Centros de Salud". Instituto de Salud Carlos III - Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS). Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

A un nivel más personal comentar que aunque en estos inicios hubo momentos complejos, cargados de dudas y de incertidumbres, pronto éstos se convertirían en importantes logros y fortalezas, que nos proporcionarían la seguridad necesaria para seguir avanzado. El reto consistía en realizar una profunda inmersión en este contexto clínico-formativo para conocer de primera mano todos los aspectos básicos (personas, centros, equipos,...), que tanto desde el punto de vista organizativo como desde el docente-asistencial, inciden en el proceso de aprendizaje de los especialistas en formación en MFyC, con el propósito de centrar al máximo el objeto de estudio.

2. JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Como es sabido, ninguna investigación medianamente seria puede desarrollarse sin que, previamente, se haya hecho un esfuerzo intelectual para definir sus límites, objetivos, propósitos y características. Sería absurdo emprender tareas que a veces son tan complejas y dilatadas sin realizar antes un planteamiento que nos permitiera definir adecuadamente el ámbito de nuestro estudio, los conocimientos específicos que se desean adquirir y las formas en que los mismos pudieran obtenerse y validarse.

De ahí, que gran parte de las tareas preliminares se dedicaran a intentar definir el área temática sobre la que se pensaba trabajar, a plantearnos el problema de investigación y a formular una serie de objetivos que guiaran todo el proceso de trabajo.

2.1 Delimitación del área temática

Un área temática hace referencia a un ámbito de estudio que existe por sí mismo, como producto del conocimiento ya acumulado. Se trata, por tanto, de un campo de trabajo previamente establecido y sobre el cual puede realizarse una indagación científica.

En el caso que nos ocupa, nuestra parcela del conocimiento se asienta entre dos disciplinas con una tradición y trayectoria claramente diferenciadas: la medicina y la pedagogía. De la fusión de ambas se deriva la *educación médica (medical education)* como disciplina.

Una de sus definiciones más aceptada es la dada por el Dr. Andrzej Wojtczak, Director del Instituto Internacional de Educación Médica⁴, en su *Glosario de términos de educación médica*:

La educación médica es el proceso de enseñanza, aprendizaje y formación de los estudiantes, con una integración progresiva de conocimientos, experiencias, habilidades, actitudes, responsabilidad y valores de manera que finalmente puedan ejercer la medicina. Clásicamente se divide en enseñanza pregraduada, postgraduada y formación continua aunque se insiste cada vez más en que la educación médica es un continuum⁵. (Wojtczak, 2003, p. 28)

No obstante, esta área resulta, aún así, demasiado amplia y precisa de una mayor concreción que nos sitúa en el ámbito de la *formación médica especializada o de postgrado (graduate medical education)*. Cuya definición también la recogemos del profesor Wojtczak:

La educación médica postgraduada comprende el período más o menos continuo de aprendizaje tras la etapa de formación básica (universitaria), que permite adquirir las competencias necesarias para el ejercicio en la especialidad médica elegida⁶. En Estados Unidos, este término se refiere específicamente a la formación residencial después de la licenciatura en Medicina para la especialización. En otros muchos países se denominan estudios de especialidad o educación profesional posgraduada⁶. (Wojtczak, 2003, p. 28-29).

2.2 Definición del objeto de estudio

Tras haber descrito el contexto en el que surge y se inscribe esta investigación, se justifica y delimita el problema de estudio a una especialidad concreta -la Medicina Familiar y Comunitaria-, a un contexto específico -la Región de Murcia- y a un momento formativo preciso -la etapa inicial tanto del primer como del tercer año del período de estancia formativa del residente en el centro de salud.

Llegados a este punto se define el objeto de estudio como:

Las prácticas en torno al diseño y la puesta en marcha de los procesos de formación de los residentes de MFyC al inicio de su rotación de primer (R1) y tercer año (R3) por los centros de salud docentes de la Región de Murcia.

⁴ Institute International for Medical Education (IIME). Nueva York, USA. <http://www.iime.org/>

⁵ Wojtczak, A. (2003): Glosario de Términos de Educación Médica. *Educación Médica*; 6: (supl. 2): 28.

⁶ Wojtczak, A. (2003): Glosario de Términos de Educación Médica. *Educación Médica*; 6: (supl. 2): 28-29.

2.3 Planteamiento del problema de investigación

Por su parte, la definición de un problema concreto a investigar supone la formulación de una serie de interrogantes y la enunciación de aquello que no conocemos y que procuramos saber mediante el trabajo de indagación a efectuar. Una tarea que normalmente se realiza de manera simultánea a la propia delimitación del área temática, en un proceso mediante el cual se van trazando poco a poco todas las características básicas de la investigación.

En nuestro caso concreto, como hemos señalado anteriormente, nos vamos a ocupar de describir cómo se planifican *los procesos de enseñanza-aprendizaje que se desarrollan en el marco de la formación MIR de MFyC* puesto que, sobre el mismo, no existe todavía un conocimiento establecido al respecto.

Este problema de investigación lleva implícito una serie de cuestiones que hacen referencia a:

- ¿Qué estamos entendiendo por diseño y puesta en marcha de procesos formativos? ¿Entendemos lo mismo por planificación?
- ¿Qué momentos de la formación de los residentes son claves para diseñar?
- ¿Cómo se diseñan y ponen en marcha los procesos de formación en MFyC?
- ¿Planifican los tutores la formación de sus residentes?
- Si planifican ¿cuándo dicen que lo hacen?
- ¿Cómo planifican los distintos momentos de interacción con sus residentes?
- ¿Qué tipo de estrategias y de contenidos están presentes en la planificación?
- ¿Qué finalidad o utilidad tiene el diseñar el proceso de enseñanza-aprendizaje del residente?
- ¿Existen diferencias entre lo explicitado en el programa formativo de la especialidad y lo que ocurre cotidianamente en la práctica?
- ¿Están formados los tutores para planificar su docencia desde un punto de vista pedagógico?
- ¿Qué mejoras podemos introducir en el diseño y la puesta en marcha de este proceso de formación?

Estas cuestiones, planteadas al inicio de nuestro proceso de investigación, fueron objeto de una sucesiva redefinición en el transcurso de la misma. Dicha redefinición implicó, en unos casos, la depuración de nuestros focos iniciales y, en otros, la inclusión de nuevos ámbitos de estudio como consecuencia de la producción científica consultada y de la propia reflexión del grupo de investigación. Por tanto, los objetivos que se plantean a continuación son consecuencia directa de la revisión continua a la que se ha visto sometida este estudio, propia del paradigma cualitativo-cuantitativo en el que nos situamos.

3. OBJETIVOS DEL TRABAJO

En cuanto a los objetivos formulados deberán de guardar, necesariamente, una estrecha relación con el problema planteado: ellos expresarán los resultados que se desean obtener al final de la investigación y entonces traducirán, en forma afirmativa, lo que expresaban las preguntas anteriores.

Así como en el planteamiento de un problema puede haber un interrogante central y otros secundarios, subordinados a éste, así también podremos hablar de un objetivo principal y varios otros derivados del mismo. Al primero suele llamársele objetivo general, y a los que de él dependen objetivos específicos. Es importante siempre que exista una correspondencia entre ambos planos, de modo que la diferencia entre lo general y lo específico señale una distinción en el nivel de abstracción y concretización en que estamos trabajando y no elementos totalmente diferentes.

General:

- Conocer y valorar cómo se desarrolla y se hace efectivo el plan individual de formación del residente de MFyC en los centros de salud docentes de la Región de Murcia.

Específicos:

- Describir y analizar los principales componentes pedagógicos presentes en el sistema de formación MIR de especialistas en Medicina de Familia.

- Describir cómo son las prácticas en el diseño y la puesta en marcha de los procesos formativos de los residentes de MFyC de primer y tercer año al inicio de su rotación por el centro de salud.
- Optimizar el diseño y el desarrollo del plan de formación individual del residente de MFyC desde una perspectiva pedagógica.

4. PROCESO METODOLÓGICO

Una vez realizado el planteamiento inicial del problema y la revisión teórica y conceptual que debe servir como referencia, es el momento de proponer el diseño y desarrollo del trabajo de campo, con la intención de ofrecer algunas reflexiones sobre *la programación de la actividad de los residentes de MFyC dentro del modelo formativo MIR* e, incluso, algunas sugerencias para su mejora, desde una orientación pedagógica.

A tal efecto, en este capítulo se presenta el proceso metodológico que de manera abreviada consta de las siguientes partes:

1	Enfoque metodológico
2	Diseño de investigación
3	Búsqueda bibliográfica
4	Selección y construcción de instrumentos
5	Determinación de las variables del estudio
6	Descripción de los participantes
7	Descripción del emplazamiento
8	Análisis de los datos obtenidos
9	Informe de resultados

En primer lugar, se enmarca teóricamente la metodología empleada hasta llegar a la presentación de la triangulación de informantes y de instrumentos –metodología cuantitativa y cualitativa- como estrategia clave de esta investigación. Posteriormente se detalla todo el proceso de exploración bibliográfica realizado sobre el objeto de

estudio con el propósito de obtener un marco teórico esencial desde el cual poder fundamentar, con rigor científico, el trabajo realizado. A continuación se describe el proceso de selección y construcción de los instrumentos para la recogida de datos, es decir, el panel de expertos y el cuestionario. Seguidamente se describen las variables que se estudian en el trabajo de campo con los indicadores correspondientes y los criterios a seguir en función del que se quiere verificar. Se definen las cuatro poblaciones de referencia y para finalizar, se propone la secuencia temporal de todo este proceso de recogida de datos y la descripción del tratamiento de los datos y del informe de resultados.

5. ENFOQUE METODOLÓGICO

La presente investigación se enmarca dentro de los estudios de corte descriptivo que como señalan algunos de los autores consultados (Gall, Gall, y Borg, 2006⁷; Gascón, Hashimoto y Machado, 2005⁸; McMillan, 2005⁹; Goodyear, Banks, Hodgson, McConnell, 2004¹⁰; Bisquerra, 2004¹¹; Wiersma y Jurs 2004¹²; Cohen y Manion, 2002¹³; Arnal, Del Rincón y Latorre, 2001¹⁴; Tejada, 1997¹⁵; Colas, y Buendía, 1992¹⁶ y Van Dalen y Meyer, 1983¹⁷), son útiles en el conocimiento y exploración de determinados ámbitos sociales y en particular en la investigación educativa; también destacan que son estudios básicamente exploratorios que pretenden describir, analizar e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos y las variables que les caracterizan de manera tal como se dan en el presente. Por tanto, un tipo de estudios que apuntan a estudiar un fenómeno en su estado actual y en su forma natural y que sirven para saber cómo es y cómo se manifiesta un determinado fenómeno y sus componentes.

⁷ Gall, M., Gall, J. y Borg, W. (2006): *Educational Research. An introduction*. Pearson International Edition.

⁸ Gascón, A., Hashimoto, E. y Machado, E. (2005): *Investigar en educación. Fundamentos, aplicación y nuevas perspectivas*. Madrid: Ed. Dilex.

⁹ McMillan, J. (2005): *Investigación Educativa*. Pearson Educación.

¹⁰ Goodyear, P.; Banks, S.; Hodgson, V.; McConnell, D. (2004): *Advances in Research on Networked Learning*. Kluwer Academic Publishers.

¹¹ Bisquerra, R. (2004): *Metodología de la Investigación Educativa*. Madrid: Editorial La Muralla.

¹² Wiersma, W. Jurs, S. (2004): *Research Methods in Education*. Allyn & Bacon.

¹³ Cohen, L. y Manion, L. (2002): *Métodos de investigación educativa*. Ed. La Muralla.

¹⁴ Arnal, J., Del Rincón, D. y Latorre, A. (2001): *Investigación Educativa: fundamentos y metodología*. Barcelona: Labor.

¹⁵ Tejada, J. (1997): *El proceso de investigación científica*. Barcelona: Fundació "La Caixa".

¹⁶ Colas, M.P. y Buendía, L. (1992): *Investigación educativa*. Sevilla. Alfar.

¹⁷ Van Dalen, D. B. y Meyer, W. J. (1983): *Manual de técnica de la investigación educacional*. Buenos Aires. Paidós.

Los autores citados anteriormente coinciden también en señalar que en los estudios descriptivos, está permitido combinar información cualitativa y cuantitativa con la finalidad de observar y describir un fenómeno. No obstante, también se observa bastante diversidad a la hora de seleccionar y clasificar el conjunto de métodos que se han considerado de carácter descriptivo, para lo cual es necesario tomar como referente una de las clasificaciones para justificar las características de este estudio.

Siguiendo la clasificación de Bisquerra (2004) podemos afirmar que esta investigación cuenta con elementos diversos de este tipo de estudios: de los transversales, puesto que la recogida de datos sobre el objeto de estudio se hace en un breve espacio de tiempo con poblaciones diferentes -tutores y residentes-; de los de encuesta, porque se parte de un cuestionario como herramienta básica de recogida de datos y por último, de los denominados de investigación evaluativa, porque se trata de alguna manera de evaluar un programa formativo.

5.1 Lo cuantitativo y lo cualitativo en los estudios descriptivos

Como ya se ha adelantado, este trabajo parte de un enfoque metodológico integrador que combina datos cualitativos y cuantitativos y, por lo tanto, es preciso abordar la controversia que genera esta temática.

Como es sabido, cada una de estas metodologías (cuantitativa y cualitativa) tiene sus partidarios y usuarios, que normalmente son detractores a su vez de los otros métodos. Las discusiones no sólo se centran en la superioridad o no de unas técnicas sobre otras, sino también y más en concreto en la presunta radical incompatibilidad de ambas metodologías.

Toda esta polémica guarda relación con el desarrollo histórico de las ciencias sociales y la llegada de la modernidad. En este sentido, mientras la investigación cuantitativa es sinónimo de rigor y de procedimientos fiables que definen el método científico, la investigación cualitativa está vinculada en sus orígenes al estudio de la sociedad pero no para revelar hipótesis explicativas de validez universal; sino comprometida con las interpretaciones del mundo social según sus propios agentes¹⁸.

¹⁸ Pita, S. y Pértega, S. (2002): Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria*, 9: 76-78.

Como consecuencia de esta fractura, a veces el debate entra de lleno en el terreno de las mitificaciones: la investigación cualitativa es no científica, subjetiva, de generalidad limitada y blanda, y la investigación cuantitativa es superficial, extrañada de la realidad, sometida a un empirismo estéril y dura.

No obstante, algunos autores (Calero, 2000¹⁹; Tejada, 1997; Creswell, 1994²⁰; Bisquerra, 1989²¹; Cook y Reichardt, 1986²²; Álvarez, 1986²³; Ianni y Orr, 1986²⁴) desatacan la posibilidad de combinar en un mismo estudio ambas perspectivas, pero eso sí, diferenciado claramente dos niveles: el epistemológico y el metodológico. Algunos autores, de entre los que destacan Deandaluze²⁵, hablan de *pluralismo metodológico integrador* para referirse a esta condición.

A nivel epistemológico, no hay duda que estas dos metodologías están asociadas a dos paradigmas –positivista e interpretativo- es decir, a dos maneras de entender la realidad y la investigación, en cierta forma incompatibles. Una posición neutra o participante del investigador, la relación con el objeto de estudio, los criterios de validez y fiabilidad, la posibilidad o no de generalizar resultados, los datos objetivos o subjetivos, etc., hacen realmente irreconciliables los dos planteamientos metodológicos.

A nivel metodológico, parece que el paradigma de referencia no es lo único que determina la elección metodológica, sino que influyen también otros factores como la situación y el tema de estudio. En este sentido, autores como Cook y Reichardt (1986) demuestran que no existe conexión lógica entre paradigma y tipo metodológico, y que tampoco existe consistencia interna entre los elementos postulados para cada paradigma. En otras palabras, las dos suposiciones implicadas: vinculación paradigma-método y elección forzada entre paradigmas son falsas. Al igual que es errónea la atribución de las características supuestamente definitorias y excluyentes

¹⁹ Calero, J.L. (2000): Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales. *Rev. Cubana Endocrinol*; 11 (3): 192-198.

²⁰ Creswell, J. W. (1994). *Research design: qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, Cal.: Sage.

²¹ Bisquerra, R. (1989): *Métodos de investigación educativa*. Guía práctica. Barcelona: Ceac.

²² Cook, T.D. y Reichardt, CH. S. (1986): *Métodos cualitativos y cuantitativos de investigación evaluativa*. Madrid: Morata.

²³ Álvarez, J. M. (1986): Investigación Cualitativa/Investigación Cuantitativa: ¿Una falsa disyuntiva? En Cook, T. D., Reichardt, Ch. S. (1982): *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata: 9 - 23.

²⁴ Ianni, F. A. y Orr, M. T. (1982): Hacia un Acercamiento entre las Metodologías Cuantitativas y Cualitativas. En Cook, T. D. y Reichardt, Ch. S. (1982): *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata: 131-146.

²⁵ Deandaluze, I. (Ed.). (1988): *Aspectos metodológicos de la investigación educativa*. Madrid: Narcea.

de ambos paradigmas. Por ejemplo, con respecto a lo subjetivo frente a lo objetivo, relacionados respectivamente con metodología cuantitativa y cualitativa, cuando utilizándose herramientas supuestamente muy objetivas –por ejemplo, el cuestionario– se midan dimensiones tan subjetivas como las creencias, los sentimientos o las percepciones. Con esta y otras observaciones llegan a concluir que:

[...] Los atributos de un paradigma no se encuentran inherentemente atados ni a los métodos cualitativos ni a los cuantitativos. Se puede asociar los dos tipos de métodos tanto con los atributos del paradigma cualitativo como con los del cuantitativo. Esto significa que a la hora de escoger un método, no tenga importancia la posición paradigmática; ni tampoco equivale a negar que ciertos métodos se encuentren por el común unidos a paradigmas específicos. Lo principal es que los paradigmas no constituyen el determinante único en la elección de los métodos. (Cook y Reichardt, 1986, p.37)

Por tanto, coincidimos también con Cabrero y Richart²⁶ cuando afirman que el empleo combinado de técnicas cuantitativas y cualitativas en una investigación o en un programa de investigación o cualquier aproximación multimétodo no es sólo posible, sino además conveniente, ya que puede contribuir a corregir y controlar los sesgos propios de cada método (Cabrero y Richart, 1996: 216).

Una vez aceptadas las anteriores premisas, los beneficios potenciales que aporta el uso combinado de técnicas cuantitativas y cualitativas guardan relación con la estrategia metodológica de la triangulación. Siguiendo a Polit y Hungler (2000)²⁷ una síntesis de estos beneficios incluiría: complementariedad (mutua aportación), ampliación de la comprensión teórica (el uso de varias fuentes refleja y revela diferentes aspectos de la realidad), y aumento de la validez de los resultados (la integración de datos cualitativos y cuantitativos permite evaluar de manera más rigurosa, la viabilidad de posibles interpretaciones alternas y la medida en qué el contexto influyó en los resultados).

5.2 La triangulación como estrategia metodológica del estudio

El progreso de las ciencias sociales a lo largo de la historia ha puesto de manifiesto que ningún método de investigación es superior a otro (Denzin, 1970)²⁸. Al mismo

²⁶ Cabrero, L. y Richart, M. (1996): El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería clínica*; 6: 212-217.

²⁷ Polit, D. F. y Hungler, B. P. (2000): *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.

²⁸ Denzin, N. K. (1970): *Sociological Methods: a Source Book*. Chicago: Aldine Publishing Company.

tiempo, el análisis de una realidad cada vez más poliédrica ha revelado la necesidad de combinar distintas técnicas de indagación para lograr hallazgos complementarios y desarrollar el conocimiento relativo a un determinado objeto de estudio. A este proceso de combinación se le denomina triangulación.

Dicho de otro modo, la utilización de un único método o enfoque de investigación puede dar lugar a sesgos metodológicos, sesgos en los datos o en los investigadores. Este tipo de sesgos ponen de manifiesto que los resultados obtenidos mediante un único método de investigación "están bajo sospecha" a no ser que sean "triangulados" con otros métodos en una interpretación plausible²⁹ (Paul, 1996).

Concepto, fundamento y antecedentes

La triangulación es un término originariamente usado en los campos de la navegación marítima y la estrategia militar por tomar múltiples puntos de referencia para localizar una posición desconocida.

En la literatura de métodos de investigación social existe una larga tradición que preconiza el uso de técnicas de triangulación o validación convergente de los resultados obtenidos durante el trabajo de campo³⁰ (Jick, 1979). En este sentido, Campbell y Fiske³¹ son conocidos como los primeros que aplicaron en 1959 la triangulación en la investigación.

En cuanto a las definiciones acuñadas al término de triangulación metodológica destacar las siguientes:

Kimchi y otras³², asumen la definición de Denzin, dada en 1970, sobre la triangulación en investigación como la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular.

²⁹ Paul, J. (1996): Between Method Triangulation. *The International Journal of Organizational Analysis*; 4(2): 135-153.

³⁰ Jick, T. D. (1979): Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*; 24: 602-611.

³¹ Campbell, D. T. y Fiske, D. W. (1959): Convergent and discriminant validation by multitrait-multimethod matrix *Psychological Bulletin*; 81: 81-105

³² Kimchi, J., Polivka, B., Stevenson, J.S. (1991): Triangulation: Operational Definitions. *Methodology Corner. Rev. Nursing Research*; 40(6).

Para Cowman³³, la triangulación se define como la combinación de múltiples métodos en un estudio del mismo objeto o evento para abordar mejor el fenómeno que se investiga.

Por su parte, Morse³⁴ define la triangulación metodológica como el uso de al menos dos métodos, usualmente cualitativo y cuantitativo para direccionar el mismo problema de investigación. En este sentido, es preciso señalar que el prefijo "tri" de triangulación no hace referencia literalmente a la utilización de tres tipos de medida (Oppermann, 2000), sino a la pluralidad de enfoques e instrumentos de investigación³⁵.

Por tanto, todos los autores coinciden en lo fundamental: que la triangulación es el uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objeto y que cuanto mayor sea la variedad de las metodologías, datos e investigadores empleados en el análisis de un problema específico, mayor será la fiabilidad de los resultados finales.

Tipos de triangulación

Denzin (1978)³⁶ es sin lugar a dudas uno de los autores que mayor atención ha prestado al fenómeno de la triangulación. De acuerdo con el mismo, la triangulación puede ser de datos, de investigadores, de teorías, de métodos o múltiple.

1. Triangulación de datos: implica el uso de varias fuentes de datos desde tres perspectivas diferentes.
 - Triangulación en el tiempo: consiste en la recogida de datos sobre un mismo fenómeno en diferentes momentos.
 - Triangulación en el espacio: intenta superar las limitaciones de los estudios realizados dentro de una cultura o subcultura. Implica la recogida de datos sobre el mismo fenómeno en varios lugares.

³³ Cowman, S. (1993): Triangulation: a means of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*; 18:788-792.

³⁴ Morse, J.M. (1991): Approaches to Qualitative-Quantitative Metodological Triangulation. *Methodology Corner. Rev. Nursing Research*; 40(1).

³⁵ Oppermann, M. (2000): Triangulation - A Methodological discussion. *International Journal of Tourism Research*; 2 (2): 141-146.

³⁶ Denzin, N.K. (1978): *The Research Act: A theoretical introduction to sociological methods*. New York: Mc Graw Hill.

- Triangulación de personas: consiste en la recogida de datos de diferentes poblaciones o de diferentes niveles -agregado, interactivo y colectivo- con objeto de validar los datos a través de múltiples perspectivas del fenómeno.
2. Triangulación de investigadores: uso de más de un observador o participante para aumentar la validez de los datos observados.
 3. Triangulación de teorías: uso de distintas perspectivas teóricas para analizar un mismo grupo de datos.
 4. Triangulación metodológica: uso de varios métodos por contrastar resultados y examinar coincidencias y divergencias. Se trata de la modalidad de validación más frecuentemente empleada.



Figura 1: Tipos de triangulación según Denzin (1978)

El diseño de nuestra investigación responde a lo que se denomina triangulación múltiple. Esta tiene lugar cuando se emplean más de un tipo de triangulación en el análisis de un mismo evento aportando un sentido más comprensivo y satisfactorio del fenómeno.

Por un lado, se hace una triangulación de datos al trabajar con dos poblaciones - tutores y residentes- que viven la realidad objeto de estudio desde ópticas y roles diferentes. Además el hecho de que el programa sea evaluado por los propios protagonistas y en especial los tutores, facilita la implicación y compromiso de éstos en posibles propuestas de mejora.

Por otro lado, también hay una triangulación metodológica en el sentido que se combina información recogida a partir de dos instrumentos diferentes, panel o consulta a expertos y cuestionario, con un tratamiento más cualitativo el primero y cuantitativo el segundo, que puede ayudar a captar mejor la complejidad que supone un programa formativo de estas dimensiones.

Ningún método por sí suele ser capaz de poner a la luz toda la riqueza subyacente y por lo tanto, la complementariedad de fortalezas y debilidades de cada metodología minimiza el posible error existente en ellas. Con todo, esta triangulación se efectuará de forma diacrónica -cualitativa primero y cuantitativa después- siguiendo el esquema propuesto por Smith³⁷, decidido defensor de la triangulación cuantitativa/cualitativa.

6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio exploratorio-descriptivo de carácter cualitativo-cuantitativo, orientado a la comprensión de los elementos básicos que configuran el programa de formación individual tutor-residente en la especialidad de medicina de familia, con la finalidad última de ayudar a mejorar la preparación profesional de los médicos de familia del mañana.

³⁷ Smith, R. (1985): *Handbook of Social Science Methods*. New York: Praeger.

7. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Es sabido que el pensamiento científico se desarrolla mediante una labor continuada, en la que los nuevos conocimientos tienen como punto de partida el saber ya acumulado en una disciplina. En tal sentido puede considerarse a todo autor como un continuador de quienes le han precedido, aunque sea simplemente porque ellos hayan afirmado proposiciones erróneas que sirven como punto de partida para ejercer la crítica con la que se va construyendo un nuevo saber.

Por este motivo, ningún investigador serio se lanza a buscar nuevos conocimientos sobre los hechos sin tener una sólida información respecto a la labor ya realizada en su campo de trabajo. Por eso resulta indispensable hacer explícitas tales conexiones, porque así se tiene un fundamento para elaborar nuevas ideas y porque de ese modo también se respeta y se toma en cuenta expresamente el aporte de quienes ya han trabajado sobre el tema.

Por tanto, realizar una revisión teórica y bibliográfica sobre el tema objeto de estudio es una actividad necesaria e indispensable en cualquier investigación, pues no permitirá conocer, de primera mano, cual es el estado actual del tema en lo que respecta a lo que ya se sabe y a lo que queda por estudiar.

7.1 Estrategia de búsqueda bibliográfica y otras fuentes de documentación:

En nuestra exploración se consultaron los principales fondos bibliográficos (bases de datos, libros, revistas científicas de impacto, tesis doctorales, etc.) relacionados con nuestro doble objeto de estudio: por un lado, y un nivel más general, con las principales teorías y modelos pedagógicos presentes en la formación especializada de Medicina de Familia, y por el otro, y de un modo más específico, con el proceso de planificación formativa que se establece entre tutor y residente en MFyC.

Y todo ello, siguiendo el siguiente esquema.

- Focos de interés
- Fuentes de información consultadas
- Índices de revistas científicas
- Trabajos desarrollados

Nuestra revisión estuvo centrada en los siguientes *focos de atención*:

- El contexto de la formación médica postgraduada en Atención Primaria.
- La tutorización en la formación médica.
- La relación tutor-residente y el feedback del proceso docente entre ambos.
- La evaluación en la educación de especialidades médicas en postgrado, especialmente en Medicina de Familia.
- Los métodos cualitativos en la investigación de los procesos docentes en medicina, fundamentalmente, en Atención Primaria.
- La planificación de la formación sanitaria especializada.
- El diseño y desarrollo del plan individual del residente en la especialidad de MFyC.

Una búsqueda de información y de publicaciones científicas centrada básicamente en dos tipos de fuentes documentales:

- Fuentes primarias especializadas: fondos bibliográficos
- Fuentes secundarias: bancos de datos informatizados

En las Bases de Datos se hizo la búsqueda de manera que a partir de la aproximación con palabras clave y descriptores específicos se siguió un proceso de selección de los abstracts que ha permitido contar con aquellos trabajos que más afinidad presentan con el tema objeto de estudio. A continuación, haciendo un proceso de acotamiento progresivo se seleccionaron los de mayor interés y relevancia.

En la búsqueda realizada sobre fuentes primarias especializadas (libros y revistas específicas de educación médica) ha posibilitado llevar a cabo otra parte del trabajo de documentación más acotado y por tanto más específico, que consistió en revisar los principales fondos bibliográficos en el tema para tratar de hacer un mapping de los tipos de aportaciones hechas hasta ahora en este campo de estudio.

7.2 Búsqueda documental en las fuentes primarias especializadas:

La primera vía de búsqueda bibliográfica consistió en la revisión de las principales revistas en el ámbito de la educación médica tanto nacionales como extranjeras:

- ABC of learning and teaching in medicine
- Academic Medicine
- Atención Primaria
- British Journal of General Practitioner
- Dimensión Humana
- Educación Médica
- Family Practice Resident Journal
- Jano
- Medical Education
- Medical Teacher
- Medifam
- Pédagogie médicale
- Tribuna Docente

El procedimiento consistió en la revisión de los índices de estas revistas de los cinco últimos años (2002-2007) y en la selección de aquellos artículos directamente relacionados con nuestro objeto de estudio para su lectura completa.

7.3 Búsqueda documental en Bases de Datos

Dado que el objeto de estudio es eminentemente interdisciplinar se va a hacer una consula particularmente amplia para tratar de contar con todas las aportaciones hechas al tema tanto desde el campo de la medicina como desde el ámbito de la educación.

Es por ello que de entre una amplia cantidad de bases de datos con referencias de publicaciones relacionadas con nuestro estudio se han revisado las siguientes:

- MEDLINE (National Library of Medicine): Base de datos de investigación médica que, si bien incluye, principalmente, investigación de carácter biomedico también incluye publicaciones de carácter más psicosocial vinculadas a la medicina o a la educación médica.
- ERIC (Education Resources Information Center): En este caso, la especialización es en el campo de la educación; y por tanto, los descriptores han de acotar en la dirección de la formación de adultos, formación profesional, etc.
- TIMELIT (The international database of medical education): Es la base de datos que hace referencia a publicaciones del ámbito de la educación médica y por tanto, posiblemente la que mejor sirva a nuestros intereses por su nivel de concreción con nuestro objeto de estudio. Con los descriptores adecuados se puede acceder a un campo relativamente limitado de estudios próximos al nuestro.
- CINDOC (Centro de información y Documentación Científica): Dada la amplitud y generalidad de esta base de datos de nuestro ámbito nacional es necesaria una acotación consciente y metódica para optimizar los resultados de su uso.
- TESEO (Base de datos de Tesis Doctorales):

Los *descriptores* utilizados han sido los siguientes:

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

- Evaluation, measure o assessment o qualitative assessment / Evaluación, evaluación formativa.
- Curriculum planning / Curriculum, plan de formación.
- El proceso de planificación en el proceso formativo de la residencia de MFyC entre tutores y residentes.

Claro está que al tratarse de bases de datos de disciplinas diferentes, la aproximación a través de la combinación de descriptores ha variado en cada caso; así, en el caso de la medicina, los descriptores van a permitir buscar aquellos estudios que hacen referencia a la educación, la residencia y la formación de los profesionales; en cambio, en el caso de ERIC, van a resultar de interés los descriptores relacionados con la formación de adultos, la planificación y la evaluación formativa. Por su parte, con TIMELIT las entradas más eficaces van a ser con la formación postgrado, la residencia en Atención Primaria y el curriculum de Medicina de Familia.

Se ha realizado la primera entrada a las cinco bases de datos con dos combinaciones –en cada caso- de descriptores aproximativos. A partir de este momento, se emplearon nuevos descriptores más específicos obtenidos a partir de las referencias consideradas más relacionadas con la búsqueda acotando, así, la información.

7.4 Búsqueda documental de otros trabajos

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

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

8. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Tal y como se ha comentado en la presentación metodológica, para la recogida de datos nos hemos servido de dos instrumentos diferentes:

- Un **panel de expertos** consistente en la selección de un grupo de personas - con una amplia responsabilidad y acreditada experiencia en docencia en la práctica clínica- a las que se les preguntó su opinión sobre cuestiones referidas al objeto de esta investigación mediante un cuestionario abierto. Esta técnica nos proporcionó información de carácter cualitativo, indispensable para el constructo teórico del cuestionario.
- Un **cuestionario** anónimo con cuatro versiones, una dirigida a residentes de primer año (R1), otra a residentes de tercer año (R3), otra a los tutores de esos mismos R1 y una cuarta y última para los tutores de los R3. Con este instrumento información principalmente de carácter cuantitativo.

9. EL PANEL DE EXPERTOS

Definición

Técnica metodológica basada en la interrogación a un grupo de expertos de forma individual sobre un tema concreto con la ayuda de un cuestionario, a fin de poner de manifiesto convergencias de opiniones y deducir eventuales consensos. La encuesta se lleva a cabo de una manera anónima (actualmente es habitual realizarla haciendo uso del correo electrónico o mediante cuestionarios web establecidos al efecto) para evitar los efectos de "líderes". La calidad de los resultados depende del cuidado que se ponga en la elaboración del cuestionario y en la elección de los expertos consultados.

Este tipo de métodos de expertos que utilizan como fuente de información a un grupo de personas a las que se supone un conocimiento elevado de la materia que se va a tratar presentan tanto ventajas como inconvenientes. Entre las ventajas podemos señalar las siguientes:

- La información disponible está siempre más contrastada que aquella de la que dispone el participante mejor preparado, es decir, que la del experto más versado en el tema.
- El número de factores que es considerado por un grupo es mayor que el que podría ser tenido en cuenta por una sola persona. Cada experto podrá aportar a la discusión general la idea que tiene sobre el tema debatido desde su área de conocimiento.

Sin embargo, estos métodos también presentan inconvenientes, como son:

- La desinformación que presenta el grupo como mínimo tan grande como la que presenta cada individuo aislado. Se supone que la falta de información de unos participantes es solventada con la que aportan otros, aunque no se puede asegurar que esto suceda.
- En estos grupos hay veces que el argumento que triunfa es el más citado, en lugar de ser el más válido.
- Puede existir un sesgo común a todos los participantes en función de su procedencia o su cultura, lo que daría lugar a la no aparición en el debate de aspectos influyentes en la evolución. Este problema se suele evitar con una correcta elección de los participantes.

Fases

De manera resumida los pasos que se llevarán a cabo para garantizar la calidad de los resultados deberían ser los siguientes:

Fase 1: Definición de los objetivos:

En esta primera fase se plantea la formulación del problema y un objetivo general que estaría compuesto por el objetivo del estudio, el marco espacial de referencia y el horizonte temporal para el estudio.

Fase 2: Selección de los expertos:

Esta fase presenta dos dimensiones:

- **Dimensión cualitativa:** Se seleccionan en función del alto grado de conocimientos que poseen sobre el tema de estudio, ya sea por que se han dedicado a la investigación y estudio de aspectos relacionados con dicho tema, o bien porque en su experiencia profesional, el tema ha constituido parte importante de su trabajo.
- **Dimensión cuantitativa:** Elección del tamaño de la muestra en función de los recursos, medios y tiempo disponible.

Una vez definidos los criterios anteriores es el momento de proceder a la formación del panel. Se inicia la fase de captación que conducirá a la configuración de un panel estable. En el contacto con los expertos conviene informarles de los objetivos del estudio, los criterios de selección, el calendario y el tiempo máximo de duración, los resultados esperados, los usos de la información y si existe o no alguna recompensa prevista (monetaria, referenciar su autoría en un informe final, ...)

Fase 3: Elaboración de los cuestionarios:

Los cuestionarios se elaborarán de manera que faciliten, en la medida en que una investigación de estas características lo permite, la respuesta por parte de los consultados. En este sentido, la confección de las preguntas y formas de seleccionar y representar la información son aspectos determinantes, entre otros, de los resultados del ejercicio, razón por la cual requieren de un estudio y discusión más detallados.

Las preguntas deben ser cuidadosamente elaboradas y cumplir ciertos requisitos como: la precisión y la claridad de los conceptos vertidos, la extensión y las presentación, el tipo preguntas diseñadas (cerradas, o abiertas), etc.

Fase 4: Desarrollo práctico y explotación de resultados

El cuestionario es enviado a cierto número de expertos (hay que tener en cuenta las no-respuestas y abandonos). Naturalmente el cuestionario va acompañado por una

nota de presentación que precisa las finalidades, el espíritu del método, así como las condiciones prácticas del desarrollo de la encuesta (plazo de respuesta, garantía de anonimato y agradecimientos por la colaboración).

Teóricamente, ya habría terminado el método, quedando tan sólo la elaboración de un informe final en el que se indicarían las conclusiones a partir del análisis de las respuestas de los expertos y los comentarios realizados por los panelistas.

Una vez explicado detenidamente el concepto, las características y las principales fases de esta técnica de recogida de información es el momento de pasar a describir como nosotros lo hemos llevado a cabo en nuestro estudio.

PANEL DE EXPERTOS SOBRE EL MODELO TEÓRICO DEL PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE MFyC

Lo primero que realizamos es la constitución de dos grupos de trabajo: uno que se ocuparía de toda la dirección del estudio, en relación a esta fase de la investigación, y el otro que conformaría el equipo técnico y asesor.

Equipo directivo:

Composición:

- Iñigo Anza Aguirrezabala (Coordinador de la Unidad Docente de Lorca)
- Francisco Molina Durán (Coordinador de la Unidad Docente de Murcia)
- Francisco J. Sánchez Marín (Becario FIS, Pedagogo)
- Eduardo Romero Sánchez (Becario FPI Universidad de Murcia, Pedagogo)

Funciones:

- Definición de los objetivos del panel (Fase 1)
- Selección del grupo de expertos (Fase 2)
- Revisión de las conclusiones del panel (Fase 4)

Equipo técnico-asesor:

Composición:

- Iñigo Anza Aguirrezabala (Coordinador de la Unidad Docente de Lorca)
- María García García (Tutora de Atención Primaria)
- Vicente Carreño Carlos (Enfermero de Atención Primaria)
- Encarnación Pérez Heredia (Residente de primer año de MFyC)
- Eduardo Romero Sánchez (Becario FPI Universidad de Murcia, Pedagogo)

Funciones:

- Diseño del cuestionario del panel (Fase 3)
- Envío de los cuestionarios (Fase 4)
- Explotación de resultados (Fase 5)

Fases

1ª Fase: Definición de los objetivos del panel de expertos:

- Explorar los principales componentes pedagógicos presentes en el modelo de formación MIR de especialistas en Medicina de Familia.
- Obtener información sobre el modelo teórico de programación didáctica que subyace en la formación especializada de MFyC para el constructo teórico del cuestionario definitivo de tutores y residentes.

2ª Fase: Selección de los expertos del panel:

- Definición del perfil de selección de información de la muestra a nivel nacional (v. anexo 8: Perfil de selección de la muestra).
- Toma de contacto con los expertos seleccionados para obtener su colaboración (v. anexo 9: Protocolo de información a la muestra).

- Información a los expertos de la ficha técnica del estudio (los objetivos, el calendario y el tiempo máximo de duración, los resultados esperados y los usos de la información).

A continuación, se expone el listado de expertos que finalmente participaron en el panel junto a una breve descripción de su cargo, ocupación o responsabilidad para poder justificar su elección. Cada uno de ellos aparece con una numeración y codificación específicas que garantizan el anonimato y confidencialidad de su persona y de la información aportada.

C1MD: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de la Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

C2PT: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de la Unidad Docente de MFyC de Málaga.

C3RG: Profesora de Teoría de la Educación de la Universidad del País Vasco. Vicepresidenta de la Sociedad de Euskadi de Educación Médica (SEMDE).

C4MR: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Familia. Técnica de Salud de la Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

C5SLL: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor del AP Centro de Salud Universitario "Barrio del Carmen" y responsable del *Manual de Herramientas para el Tutor*.

C6VG: Socióloga. Jefa de Área de Formación Especializada. Agencia Pedro Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

C7CV: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesora asociada de la Facultad de Medicina de Valladolid. Presidenta de la Comisión Nacional de MFyC y Coordinadora del nuevo programa de la especialidad.

C8PF: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de Atención Primaria del Centro de Salud “La Estación” (Talavera de la Reina). Responsable del *Curso de tutorización a distancia de la semFYC*.

CPA: Catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Presidente de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM).

Como puede observarse, en este grupo de expertos seleccionado a nivel nacional existe una amplia representación tanto de profesionales del ámbito médico como del pedagógico que cuentan en su quehacer profesional con importantes responsabilidades en relación a la docencia MIR de MFyC desde diferentes instancias (Comisión Nacional de la Especialidad, Sociedades Científicas, Universidades, Unidades Docentes, Agencias de Formación Sanitaria de ámbito regional, Centros de Salud, etc.) Todos ellos son profesionales clave del proceso formativo objeto de estudio. Sus experiencias, conocimientos y su visión amplia de la docencia en la práctica clínica han hecho de este trabajo un elemento de referencia en la formación de tutores.

3ª Fase: Diseño del cuestionario del panel:

- Cuestionario abierto con dos cuestiones sobre: (v. anexo 10: Cuestionario para el panel).
1. ¿Qué modelo teórico de programación didáctica subyace en la formación postgrado de la especialidad de MFyC, concretamente la que se establece al inicio del tercer año de residencia (antiguo programa de la especialidad) y/o al inicio del primer año de residencia (nuevo programa de la especialidad)? Intente identificarlo y explicar de qué manera se expresa en la realidad.
 2. Fundamentar un modelo de programación didáctica coherente con las finalidades y objetivos de la docencia MIR de MFyC y con el nuevo Programa de la Especialidad.

4ª Fase: Desarrollo práctico del panel de expertos:

- Envío a los expertos de un correo electrónico (v. anexo 11: Comunicación vía mail con los expertos) con el cuestionario a responder junto a una carta de presentación del estudio que precisa las finalidades, así como las condiciones prácticas del desarrollo de la encuesta: plazo de respuesta, garantía de anonimato y agradecimientos por la colaboración (v. anexo 12: Carta de presentación del cuestionario).

5ª: Fase: Explotación de los resultados:

- Cuantificación de las respuestas obtenidas (no-respuestas y abandonos): 9 cuestionarios recibidos de los 15 enviados (v. anexo 13: Respuesta de los expertos).
- Análisis de contenido de las respuestas obtenidas (v. anexo 14: Análisis de contenido).
- Presentación de la matriz de vaciado de información con las categorías y subcategorías señaladas y con el comentario de los expertos a ese respecto.
- Devolución a los expertos de los resultados obtenidos (v. anexo 15: Feed-back a la muestra).

Cronograma del proceso

AÑO 2005

	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
F. Definición									
F. Selección									
F. Diseño									
F. Desarrollo									
F. Explotación									

AÑO 2006

	Ene.	Feb.	Mar.
F. Definición			
F. Selección			
F. Diseño			
F. Desarrollo			
F. Explotación			

1. PRIMERA PREGUNTA: MODELO TEÓRICO DE PROGRAMACIÓN DIDÁCTICA

UNIDAD	CATEGORIAS	SUBCATEGORÍAS	CITAS TEXTUALES
1	Paradigma Ecológico-Contextual		<ul style="list-style-type: none"> - <i>Existen elementos de la teoría de aprendizaje social profesional. CIMD</i> - <i>En todo caso la ideología o paradigma teórico creo es el constructivismo (con las variantes que se quieran) mediante el aprendizaje significativo CIMD</i> - <i>El modelo teórico de programación didáctica del programa de formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en mi opinión, se fundamenta principalmente en las teorías cognoscitivas y constructivistas del aprendizaje, ... C6VG</i> - <i>En los años 60 se produjo una auténtica revolución cognoscitiva. El aprendizaje se enfocó de manera creciente en el aprendizaje humano de contenido significativo y su base teórica cambió de modelos conductuales de transmisión, a modelos cognoscitivos y, posteriormente, a modelos constructivistas (que tienen sus raíces en la Teoría de la Percepción de la Gestalt en Dewey y Piaget). C6VG</i>
2	Teoría del aprendizaje: Constructivismo	2.1 Aprendizaje Social 2.2 Aprendizaje significativo 2.3 Aprendizaje contextualizado	<ul style="list-style-type: none"> - <i>David Ausubel, (...) defiende el “aprendizaje significativo” frente a memorístico puesto que el aprendizaje significativo permite la transferencia de lo aprendido, es decir que permite la generalización de modo que lo aprendido puede ser usado en contextos nuevos. C6VG</i> - <i>Jerome Bruner pone el énfasis en la exploración activa y la solución de casos concretos y reales (...) por medio del “descubrimiento guiado”. Bruner también señala el papel positivo que pueden desempeñar los errores cometidos en el proceso de aprendizaje. C6VG</i> - <i>También enfatizan el aprendizaje contextualizado y las tareas auténticas y aplicaciones a la vida real sobre todo los constructivistas sociales (...), además de la transferencia de la responsabilidad en el estudiante.... C6VG</i> - <i>Según (...) el contexto asistencial en que se desarrolla el aprendizaje) el modelo se ve modulado. C2PT</i> - <i>La otra herramienta sería el aprendizaje en el contexto, mientras desarrollan su actividad asistencial diaria que en muchos casos es otra forma de aprendizaje autónomo; se aprende mientras se va haciendo. C9PA</i>

<p style="text-align: center;">2</p>	<p style="text-align: center;">Aprendizaje de adultos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Creo que en la realidad se construye como un modelo basado en el aprendizaje de adultos en la práctica entre tutor y residente (....). C1MD</i> - <i>(...) Para identificación de lagunas formativas en MIR –adultos- (...) C2PT</i> - <i>Dentro del gran capítulo de la formación de adultos, el modelo de formación de los especialistas de Medicina familiar y Comunitaria,... C5SLL</i> - <i>El modelo teórico de programación didáctica del programa de formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en mi opinión, se fundamenta (...) en las teorías de aprendizaje del adulto. C6VC</i> - <i>En relación con el aprendizaje de adultos destaca la obra de M. Knowles, que utiliza la expresión “Andragogía” para describir las diferencias entre el aprendizaje de los niños (Pedagogía) y el de los adultos. Básicamente, describe que estas diferencias estriban en: autoconcepto, experiencia, disponibilidad y perspectiva temporal. Knowles propone el concepto de “contrato de desarrollo personal” estrategia voluntaria que permite a los adultos establecer su propio plan de formación y a la organización optimizar los recursos.C6VC</i> - <i>Algunos elementos y estrategias definitorias del enfoque teórico de la formación de adultos son: C6VC</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>El fin fundamental de la Formación es desarrollar a personas competentes y eso solo es posible si se adquieren los conocimientos en el contexto real de trabajo donde han de aplicarse.</i> - <i>Naturaleza de la Formación: la formación es un proceso personal de adquisición de conocimientos, habilidades, modificación de comportamientos,.. que debe hacerse con la ayuda de un facilitador. La decisión de qué aprender y cómo hacerlo se negocia entre ambas partes.</i> - <i>La naturaleza de la formación del adulto: la andragogía atribuye a los adultos un papel más activo en su propia formación.</i> - <i>El entorno de la formación requiere que se disponga de un ambiente propicio, clima de confianza, ...</i> - <i>Desarrollo profesional: los continuos cambios sociales y tecnológicos hacen obsoletos los conocimientos adquiridos, por lo que es necesario que la organización colabore para crear una motivación para el aprendizaje continuo a lo largo de la vida.</i>
---	--	--

<p style="text-align: center;">3</p>	<p style="text-align: center;">Formación ocupacional-profesional-especializada</p>	<p>3.1. Aprendizaje mediante la práctica profesional programada y supervisada / Entrenamiento en el lugar de trabajo.</p> <p>3.2. Adquisición competencias profesionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Modelo basado en el aprendizaje (...) en la práctica entre tutor y residente IMD</i> - <i>(...) competencias y desempeño profesional del médico de familia. IMD</i> - <i>Los descriptores en los que se encuadra dicho modelo podrían ser: 2PT</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Aprendizaje mediante la práctica profesional programada y supervisada</i> - <i>Entrenamiento profesional en el lugar de trabajo</i> - <i>Adquisición de competencias profesionales</i> - <i>Según (...) el contexto asistencial en que se desarrolla el aprendizaje el modelo se ve modulado. C2PT. (bis)</i> - <i>Es una formación que potencia el entrenamiento profesional en el lugar de trabajo. C3RG</i> - <i>Este entrenamiento va dirigido a la adquisición de competencias. C3RG</i> - <i>Yo considero que el modelo teórico que subyace (...) es el aprendizaje mediante la práctica profesional programada y supervisada que utiliza diferentes métodos docentes y con un papel muy importante del tutor. C4MR</i> - <i>(...) el modelo de formación de los especialistas de Medicina familiar y Comunitaria, yo creo que corresponde a una estrategia de aprendizaje basada en la práctica profesional programada y supervisada, por medio del entrenamiento en el lugar de trabajo, a fin de adquirir las competencias profesionales (dentro del perfil profesional del médico de familia), que son necesarias para atender a las demandas de la atención a la salud de la población en Atención primaria. C5SLL</i> - <i>Los dos primeros 1-Aprendizaje mediante la práctica profesional programada y supervisada y 2- Entrenamiento profesional en el lugar de trabajo, nos dan idea del núcleo del sistema de aprendizaje (sistema de residencia,...) y de su enfoque teórico. C6VG</i> - <i>El 3º- adquisición de competencias profesionales y 4º- Perfil profesional del médico de familia, hacen referencia a la finalidad de la docencia, del programa formativo. C6VG</i> - <i>La otra herramienta sería el aprendizaje en el contexto, mientras desarrollan su actividad asistencial diaria que en muchos casos es otra forma de aprendizaje autónomo; se aprende mientras se va haciendo. C9PA (bis)</i>
---	---	---	---

<p style="text-align: center;">1</p>	<p style="text-align: center;">Métodos docentes</p>	<p>1.1 Estrategia de la tutoría 1.2 Aprendizaje cooperativo 1.3 Autoaprendizaje 1.4 Evaluación formativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Creo que en la realidad se construye como un modelo basado en el aprendizaje (...) entre tutor y residente con la estrategia docente de la tutoría. C1MD</i> - <i>Hay elementos de aprendizaje cooperativo entre residentes ... C1MD</i> - <i>(...) éste (el residente) autoaprende fijándose en un modelo que es el tutor centrándose la docencia en la relación residente- tutor. C1MD</i> - <i>Creo que no existe realmente aprendizaje multiprofesional aunque desde un modelo teórico si debiera existir por las competencias y desempeño profesional del médico de familia. C1MD</i> - <i>Se podría definir como un modelo que engloba todos los descriptores sugeridos más abajo: 2PT</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Autoaprendizaje</i> - <i>Aprendizaje de campo</i> - <i>Aprendizaje colaborativo</i> - <i>Relación residente-tutor</i> - <i>Evaluación formativa</i> - <i>Creo que se trata de un aprendizaje compartido (colaborativo) tutor/residente... C2PT</i> - <i>Según (...) la relación tutor/residente que se establezca (...) el modelo se ve modulado. C2PT</i> - <i>(...) Creo que lo oportuno es un aprendizaje colaborativo, supervisado (tutelado) que emplee métodos de enseñanza/aprendizaje centrados en el MIR y con transmisión de los valores y competencias fundamentales para un MF. Potenciar escenarios de aprendizaje colegiado y de evaluación democrática. C2PT</i> - <i>El autoaprendizaje es una realidad que se da en los procesos de formación, aunque no siempre está debidamente orientado desde las unidades docentes o desde los tutores. C3RG</i> - <i>En este modelo de programación (...) tiene un gran peso (...) la relación tutor/residente en la que se ponen en común cuestiones relevantes para su profundización. C3RG</i>
---	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - <i>La evaluación no es formativa, al menos no está pautada como tal. Por lo que es una evaluación final que normalmente consiste en rellenar un formulario y en la corrección de los trabajos asignados. C3RG</i> - <i>El resto de conceptos corresponden a métodos o técnicas docentes, es decir a instrumentos o herramientas que podemos utilizar para llevar a cabo dicho modelo: autoaprendizaje, aprendizaje de campo, aprendizaje colaborativo, relación residente-tutor y evaluación formativa. C5SLL.</i> - <i>El 5º- Autoaprendizaje y 6º- Aprendizaje de campo, se refieren especialmente a la metodología docente recomendada. Cabe preguntarse si sería más adecuado denominar al 5º como “aprendizaje autodirigido”. C6VG</i> - <i>El 7º- Aprendizaje colaborativo y 8º- Relación residente-tutor, orientan respecto al rol del docente-tutor (eje fundamental para el desarrollo del programa de formación) y sobre el estilo de tutoría (...) y acorde con el enfoque teórico y con la metodología docente recomendada (“El proceso de aprendizaje se basa en un modelo colaborativo centrado en el que aprende”). C6VG</i> - <i>Finalmente el 9º- evaluación formativa, nos informa sobre el método de evaluación necesario. C6VG</i> - <i>Así por ejemplo el aprendizaje autónomo es uno de las herramientas fundamentales mediante bibliografía, recursos en Internet, etc. C9PA</i> - <i>El trabajo en grupo, fundamentalmente en la celebración de sesiones clínicas, o sesiones bibliográficas es otra herramienta fundamental y quizás la más estructurada. C9PA</i> - <i>Finalmente no hay que olvidar la educación informal a base de conversaciones con colegas respetados (tutores u otros), diálogos, discusiones, etc. C9PA</i> - <i>Es evidente que fuera del centro de trabajo los residentes también adquieren formación mediante la participación en diferentes actividades docentes como pueden ser los talleres específicos, cursos, simposio o congresos. C9PA.</i>
--	--	--	---

<p style="text-align: center;">2</p>	<p style="text-align: center;">Caracterizada por:</p>	<p>2.1 Improvisación 2.2 Orientación empírica 2.3 Transmisión información 2.4 Directrices marcadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Creo que el modelo teórico de programación didáctica no es explícito o suficientemente explícito en el día a día entre residente y tutor. C1MD</i> - <i>No creo que en la realidad ningún tutor o centro o unidad de forma deliberada, consciente y real se dirijan hacia las competencias que tiene que aprender el médico de familia, sino más bien en la adaptación del residente al modelo de práctica que realiza el tutor en ese centro...C1MD</i> - <i>(...) y que probablemente ellos (tutores) se han adaptado a las demandas del servicio de salud correspondiente. C1MD</i> - <i>Creo que se trata de un aprendizaje (...), complementado con las directrices marcadas desde la Unidad Docente de MFyC, teniendo en cuenta entre otras: Programa de la especialidad y Legislación vigente; Recomendaciones y mandatos del Servicio de Salud autonómico; Comisión de Docencia del Hospital; Análisis de necesidades detectadas en talleres de tutores y en la relación tutor/MIR; C2PT</i> - <i>Un modelo caracterizado claramente por “haz lo que puedas”. Con esto quiero decir que el modelo ha estado en manos de la improvisación y en la voluntad individual (tanto de residentes como de tutores y tutoras).C3RG</i> - <i>La idea que ha estado presente es que la mera observación de lo que se ve en el contexto profesional, así como la asistencia a pacientes nos está profesionalizando y especializándonos en nuestra profesión. No se ha tenido en cuenta que el medio laboral aunque es el medio ideal para profesionalizar también puede tener un gran poder desprofesionalizador. C3RG</i> - <i>En este modelo de programación basado en la improvisación tiene un gran peso la observación abierta y la transmisión de información C3RG</i> - <i>En este modelo el proceso de enseñanza-aprendizaje no está claramente estructurado, en cuanto a las estrategias adecuadas ni los contextos. C3RG</i> - <i>Mira como hago, pregunta y aprende. Haz lo que puedas y cuando tengas dudas preguntas. Considero que los tutores no se plantean un modelo práctico ni teórico de programación didáctica, C4MR.</i> - <i>Al no poseer la formación pedagógica necesaria, en la mayoría de los casos, la formación del residente de MFyC se basa en actividades que no presuponen demasiada estructuración. C9PA.</i>
---	--	--	---

2. SEGUNDA PREGUNTA: MODELO TEÓRICO DE PROGRAMACIÓN DIDÁCTICA COHERENTE CON LA DOCENCIA MIR Y CON EL NUEVO PROGRAMA FORMATIVO

UNIDAD	CATEGORIAS	SUBCATEGORÍAS	CITAS TEXTUALES
1	Fundamentación	1.1 Adquisición Competencias 1.2. Teorías del Aprendizaje 1.3. Paradigma positivista	<ul style="list-style-type: none"> - <i>El programa oficial habla claramente de aprendizaje orientado en competencias y cuyo eje es la práctica del residente tutelado por un profesional experimentado (tutor). CIMD</i> - <i>El nuevo programa de la especialidad pone más el énfasis en el (...) desarrollo competencial específico. C3RG.</i> - <i>(...) el objetivo del programa es la adquisición de competencias por parte del residente., ...C6VG</i> - <i>Encontramos suficientes “evidencias” sobre las bases de las teorías constructivistas y del aprendizaje de adultos, en todo el programa, aunque mi impresión es que son poco conocidas por los tutores y seguramente ello influye en la dificultad existente para darles “el sentido y el valor” necesarios para desarrollar el programa adecuadamente. C6VG.</i> - <i>El nuevo programa se fundamenta en el aprendizaje de competencias de un perfil profesional determinado. Se fundamenta en las premisas que, según Eisenberg y Greco, presentan evidencias en el aprendizaje que son la educación interactiva, el feed-back, un programa formativo riguroso, participación y motivación. C7CV</i> - <i>Percibo, entonces, en el programa de MF una orientación hacia un marco teórico general Racional-Tecnológico de la educación (...) Este marco se ha plasmado, consecuentemente, en una concepción también racionalista de la teoría curricular que subyace en el actual programa .C8PF</i>

			<ul style="list-style-type: none"> - <i>El modelo de programación didáctica ideal a adoptar pasa fundamentalmente por identificar claramente las diferentes competencias que se espera que el residente adquiera. C9PA</i>
2	Metodología	<ul style="list-style-type: none"> 2.1 Aprendizaje de campo 2.2 Autoaprendizaje 2.3 Trabajo en grupo 2.4 Talleres 2.5 Clases 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>El nuevo programa de la especialidad pone más el énfasis en el autoaprendizaje(...) C3RG</i> - <i>En el nuevo programa de la especialidad de MFyC aparece un apartado que hace referencia a la metodología docente a utilizar (autoaprendizaje, aprendizaje de campo, clases, trabajo grupal y talleres), (...) C4MR</i> - <i>En el apartado en el que se comentan las características del programa de MFyC se resaltan las siguientes: (...), evaluación formativa, (...) C6VG.</i> - <i>Las metodologías sobre las que se sustenta son básicamente dos: el autoaprendizaje dirigido y el aprendizaje de campo que se completa con los cursos (para el aprendizaje de conocimientos nuevos) los talleres (para el aprendizaje de habilidades y los grupos de trabajo (para el trabajo de las actitudes).C7CV.</i> - <i>El portafolio es un instrumento de formación y evaluación formativa. C7CV.</i> - <i>La evaluación determina en qué medida se alcanzan los objetivos. La prueba objetiva se convierte en el deseo de los promotores del programa. C8PF</i> - <i>(...) considero que el apartado de metodología docente del programa formativo de MFyC, publicado en la Guía de formación de la Comisión Nacional de la Especialidad recoge de forma clara y bastante completa estos métodos y para que tipo de área competencial son adecuados (...) C9PA.</i> - <i>1. Aprendizaje en el contexto clínico programado y supervisado (...), 2. Trabajo en grupo (...), 3. talleres (...), 4. Aprendizaje autónomo y 5. Clases. C9PA.</i>

3	Estructura	<ul style="list-style-type: none"> - <i>La programación didáctica ha de contar con los objetivos, contenidos, estrategias de enseñanza-aprendizaje y la evaluación formativa necesaria para cada una de las etapas y de los contextos en los que va a trabajar el residente. C3RG</i> - <i>En este proceso formativo se requiere que la formación esté claramente pautada y definida. Esto hará que el residente se comprometa claramente con su formación. C3RG</i> - <i>El programa da más importancia al cumplimiento de los objetivos docentes que a la metodología a utilizar, quizás esto pone de manifiesto el desconocimiento de médicas y médicos de familia en materia docente. C4MR.</i> - <i>(...) en el programa docente, están esbozadas cuales deben ser las tareas o actividades a través de las que se van a conseguir los conocimientos, habilidades y actitudes deseables para un MF. Así los objetivos docentes de la rotación por AP, (...) dan lugar a un catálogo de actividades, cada una de las cuales ha de alcanzar un estándar mínimo de cumplimiento. C5SLL.</i> - <i>Conocimiento personal del residente, expectativas, fortalezas y debilidades, establecimiento de objetivos específicos, elaboración del Plan de Formación Individualizado, desarrollo de actividades, evaluación continuada, identificación de problemas, establecimiento de medidas correctoras e informe final. C5SLL.</i> - <i>En cada área competencial del programa se establecen niveles de prioridad y de responsabilidad (transferencia de responsabilidad) que pueden servir de guía al tutor y al residente. C6VG.</i> - <i>Aunque desde las UDD se establece el marco global de la programación didáctica del programa, tutor y residente deben individualizar el aprendizaje y su seguimiento debe ser estructurado, planificado y supervisado, mediante las sesiones de tutorización, que se convierten en piezas clave. C7CV</i> - <i>La estructura implícita en el programa es que la formación en MF es una actividad regulable técnicamente y que consiste en Programar-Realizar-Evaluar. (...) Los conocimientos que en él se proponen están parcelados en campos especializados y parcialmente transmitidos. C8PF</i>
---	------------	--

4	Características		<ul style="list-style-type: none"> - <i>El Programa Oficial de la Especialidad (...) es una docencia curricular,(...) una actividad tutorizada (...), es decir, continuada, (...) una docencia individualizada, (...) personalizada y (...) evaluada. C5SLL.</i> - <i>(...) pluripontencialidad, ampliación de espacios docentes, (...) formación flexible, individualizada y personalizada mediante la adaptación a las necesidades del residente. C6VG.</i> - <i>(...) la importancia del tutor, (...), en la medida en que la formación por el sistema de residencia implica una formación teórico-práctica, programada y tutelada con una participación personal y progresiva del especialista en formación en las actividades y responsabilidades de la especialidad. C6VG</i> - <i>Tiene como características la flexibilidad, la pluripotencialidad, la personalización y la adquisición progresiva de responsabilidades. Pivota en el eje tutor residente y... C7CV.</i>
5	Roles y funciones del tutor y el residente	<p>5.1 Tutor como orientador, facilitador</p> <p>5.2 Tutor como técnico, transmisor</p> <p>5.3. Residente como protagonista</p> <p>5.4 Residente pasivo/receptor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>La formación es cuestión tanto de los tutores como de los residentes. Los tutores tendrán un papel de orientadores, facilitadores en la construcción del conocimiento científico, procedimental y actitudinal. Los residentes son los verdaderos protagonistas y responsables de la formación. C3RG</i> - <i>Considero que los tutores desconocen bastante el programa de la especialidad, el antiguo y el nuevo, y no prestan mucha atención a instrumentos como el “libro amarillo” (en extinción).C4MR.</i> - <i>El tutor es facilitador y canalizador del proceso de aprendizaje. El tutor debe adaptar el programa formativo de la especialidad a las necesidades formativas y las características personales de cada residente, teniendo en cuenta los entornos docentes, para la elaboración del plan individual de formación. C6VG.</i> - <i>En la programación didáctica el tutor ejerce un rol: organizador (gestión de tiempos y recursos de aprendizaje del residente y suyos); social (crea un entorno favorable de aprendizaje que anima, motiva) e intelectual (facilitador del aprendizaje más que dispensador de conocimientos). C7CV</i> - <i>El tutor de residentes de medicina de familia se ve como un técnico, ejecutor de programas curriculares ajenos (consumidores de programas de otros), realizados por los expertos. Centrado en sí mismo (en el propio programa), no en los alumnos. Los alumnos se conciben como materia prima que ha de ser moldeado hasta lograr un producto previamente definido. C8PF</i>

CONTENIDOS NO INCLUIDOS EN LA TABLA PERO DE UN ENORME VALOR

C2PT:

En mi opinión el modelo fundamental debería basarse en un Aprendizaje Basado en Resolución de Problemas en la etapa inicial (...) complementado fundamentalmente con estrategias de formación en escenarios de bajo riesgo y con aportaciones metodológicas de los tutores y otros responsables del programa que permitan básicamente: C2PT

- *Disminuir la incertidumbre (y asumir la que sea razonable) para la toma de decisiones clínicas y el razonamiento clínico*
- *Disminuir la Variabilidad de causa común*
- *Implicando al paciente (ACP)*
- *Promover herramientas de autoformación eficientes*
- *Evaluación formativa continua*
- *Reflexión de los principios éticos pertinentes en cada situación y contexto legal pertinente*
- *Análisis y evaluación continua de la metodología comunicativa empleada en la relación médico paciente*
- *Mejorar la gestión clínica de los MIR*

C8PF

Percibo, entonces, en el programa de MF una orientación hacia un marco teórico general Racional-Tecnológico de la educación. En resumen este marco concibe la realidad educativa como externa a los sujetos que la realizan, y, por tanto, objetivable, cuantificable mediante métodos estadístico-experimentales, y verificable. Su teoría pedagógica sería así, universal, ajena a contextos y sujetos concretos, predictiva de las conductas, prescriptiva para los profesores, que se conciben como expertos eficaces de la educación, desinteresada y neutra, en cuanto que por ser objetiva no está afectada ni condicionada por las ideologías, los intereses políticos o económicos. Este marco se ha plasmado, consecuentemente, en una concepción también racionalista de la teoría curricular que subyace en el actual programa.

En la carta de presentación del proyecto que suscita estos comentarios se explica que “una de las principales funciones del tutor de Medicina de Familia es responsabilizarse de la ejecución del programa docente de la especialidad en los centros de salud con su residente. Para lo cual, deberá adecuar el cronograma del período formativo a las necesidades y características personales de cada residente mediante la elaboración de un Plan Individual de Formación. Este “contacto de aprendizaje” o Plan Individual de Formación como tal debería ser un documento consensuado que contenga unos mínimos para el tutor y el residente, y que ambos se comprometan a respetar y realizar. Una programación temporalizada y estructurada en base a las competencias profesionales (asistenciales, docentes e investigadoras) que se pretenden adquirir por el residente durante su período de especialización”.

Como se puede observar en la apreciación que hago del marco teórico que subyace en el actual programa de MF, no es fácil compatibilizar este marco con uno más deliberativo para la realización de esa mini-programación tutor-residente. Esta programación, en la medida en que lo permitan los determinantes del programa general, debería incluir, a mi juicio, características de estos otros modelos de diseño, desarrollo y evaluación curricular:

- *Educación no solo transmisora sino de reelaboración colaborativa y compartida del conocimiento.*
- *Alta valoración de los “juicios prácticos” de los tutores.*
- *Visión constructivista del aprendizaje donde el alumno aprende cuando se modifica y enriquecen sus esquemas de conocimientos previos insertándoles en los nuevos que se le presentan si le son significativos.*
- *No importa sólo el desarrollo del resultado del aprendizaje, sino cómo se adquiere el conocimiento.*
- *Interés práctico, apoyado en el consenso y deliberación como proceso de compartir, construir y desarrollar significados de cada currículo. En el aprendizaje se construye conocimiento mediante la interacción social. Es un conocimiento compartido. Debe ser una opción basada en la interacción comunicativa entre los agentes curriculares: negociación. Por tanto, se optaría por procedimientos de participación democráticos en el diseño y desarrollo curricular.*
- *Esta razón práctica o filosofía de la práctica lleva a cabo las acciones de acuerdo con un juicio prudente del tutor y no en función de reglas preestablecidas.*
- *Se vertebra en torno a los procesos mismos de enseñanza-aprendizaje.*
- *Es flexible y abierto.*
- *Los objetivos son un elemento más del currículo, enlazados dinámicamente con el resto pero sin enfatizarlos.*
- *Las actividades son amplias, contextualizadas, apoyadas en las concepciones previas de los alumnos, reflexivas, constructivas y significativas.*
- *El objetivo de la evaluación no es tanto el resultado como el proceso. No sólo es medir, sino investigar: qué obstáculos han surgido, por qué, cómo superarlos, etc.,. Es cualitativa, continua, formativa y deliberativa.*
- *El tutor es un investigador en la acción que reflexiona, elabora y diseña su propia práctica. Es un mediador del currículo, esto es, entre la cultura de la población general, la cultura de los residentes y la cultura de los médicos de familia expertos teóricos elaboradores del programa de MF. El tutor puede ser visto como un intelectual reflexivo (creador de teoría desde la práctica).*

10. EL CUESTIONARIO

La investigación a través de la encuesta

El diseño encuesta, ya sea en la modalidad de entrevista o de cuestionario, es exclusivo de las ciencias sociales y parte de la premisa que si, queremos conocer algo sobre el comportamiento de las personas, lo mejor, lo más directo y simple, es preguntárselo directamente a ellas. Se trata por tanto de requerir información a un grupo socialmente significativo de personas acerca de los problemas en estudio para luego, mediante un análisis de tipo cuantitativo, sacar las conclusiones que se correspondan con los datos recogidos.

Los objetivos que se pretenden con la utilización de técnicas de encuesta pueden sintetizarse en los siguientes:

- Describir situaciones generales, ofrecer panorámicas y visiones de conjunto.
- Identificar patrones o perfiles que pudieran ser un referente a la hora de establecer comparaciones futuras.
- Analizar y estudiar las relaciones entre variables.
- Extrapolar los resultados y las conclusiones a las que se llegue a poblaciones más amplias.

El método de encuestas ha alcanzado gran popularidad entre los investigadores sociales, lo que ha llevado a que muchas personas confundan encuestas con investigación social como si fuera una misma cosa. Sin embargo, en realidad la encuesta es sólo uno de los métodos posibles de estudio de la realidad social y que presenta, como todos los métodos, sus aspectos positivos y negativos.

Las principales ventajas que han ayudado a difundir el diseño encuesta son las siguientes:

Su conocimiento de la realidad es primario, no mediado, y por lo tanto menos engañoso. Al acudir directamente a la gente (a los actores sociales) para conocer su situación, conducta u opinión, nos precavemos contra una multiplicidad de distorsiones

y nos ponemos a salvo de interpretaciones que pueden estar altamente teñidas de subjetividad.

Como es posible agrupar los datos en forma de cuadros estadísticos se hace más accesible la medición de las variables en estudio. De esta forma se puede cuantificar una serie de variables operando con ellas con mayor precisión, permitiendo el uso de correlaciones y de otros recursos matemáticos; se supera así una de las dificultades básicas de la investigación social que es su limitada rigurosidad y la alta posibilidad de errores por un tratamiento poco exacto de los fenómenos.

La encuesta es un método de trabajo relativamente económico y rápido. Si se cuenta con un equipo de entrevistadores y codificadores convenientemente entrenado, resulta fácil llegar rápidamente a una multitud de personas y obtener una gran cantidad de datos en poco tiempo. Su costo, para los casos simples, es sensiblemente bajo.

En los últimos años después del relativo abuso precedente, la mayoría de los investigadores ha comprendido que este diseño resulta del valor para determinado tipo de problemas pero que, en otros casos, aparecen una serie de inconvenientes serios que le restan validez como diseño.

En cuanto a las desventajas más frecuentes que se le han reconocido destacan las siguientes:

La encuesta recoge la visión que la gente tiene de sí misma; no puede dudarse de que ésta es siempre una imagen singular y muy subjetiva y que, para algunos temas, puede ser deliberadamente falsa e imprecisa. No es lo mismo lo que las personas hacen, sienten o creen, que lo que ellas mismas dicen que hacen, creen o sienten. Existen algunos recursos para reducir la magnitud de este serio problema, entre los que se cuentan: omitir algunas preguntas que sabemos la mayoría no desea o no puede contestar con veracidad, buscar formas indirectas de contrastación, prestar cuidadosa atención a la presentación personal del encuestador, etc. A pesar de estas técnicas de trabajo es imposible eliminar por completo el fenómeno antes señalado, por lo que el investigador tendrá que tomar en cuenta, al momento de hacer el análisis, las limitaciones que el mismo acarrea.

La encuesta no relata los hechos sociales desde el punto de vista de sus actores; puede, en este sentido, llegar a una cierta profundidad y sistematicidad, pero resulta poco apta para reconocer las relaciones sociales ya sean interpersonales o institucionales.

El diseño encuesta es básicamente estático. Tiende, de por sí, a proporcionar una especie de imagen instantánea de un determinado problema, pero no nos indica sus tendencias a la variación y menos aún sus posibles cambios estructurales. Esta característica reduce notablemente su eficacia predictiva, salvo para fenómenos de bastante simplicidad.

El tratamiento de la información es estadístico, lo que supone agrupar a todas las respuestas dándole a cada una igual peso relativo. Ello puede resultar muy democrático y útil en ciertos casos, pero casi nunca se corresponde con la realidad de los hechos sociales, donde el liderazgo y la asimetría de las posiciones sociales son por lo general la norma.

De los comentarios expuestos puede inferirse cual es el campo de mayor utilidad de este diseño. Las encuestas resultan apropiadas casi siempre para estudios de tipo descriptivo, aunque no tanto para los explicativos. Son inadecuadas para profundizar ciertos aspectos psicológicos o psico-sociales profundos pero muy eficaces para problemas menos delicados. Resultan poco valiosas para determinar tipos de liderazgo y en general todos los problemas que se refieren más a las relaciones y estructuras sociales que a las conductas más simples o a los comportamientos, actitudes y opiniones masivas, donde sí adquieren mayor eficacia.

La lógica de la verificación mediante encuestas se basa naturalmente en la correlación estadística que presentan las distribuciones de frecuencias (o los porcentajes) de dos o más variables sobre las cuales se supone que existen relaciones de determinación. De este modo se puede inferir si existe o no una asociación entre los valores de las mismas, con lo cual queda establecida una cierta relación. Determinar, más allá de esto, el tipo de relación que se ha detectado y el grado de influencia que ejerce una sobre otra requiere de otras nuevas pruebas que no siempre es posible realizar por medio de este diseño.

Por tanto, este tipo de investigación a través de encuesta se encuentra a medio camino entre la investigación experimental y aquella de carácter observacional, situándose cada una de ellas en el extremo opuesto a la otra.

Así, mientras a la investigación experimental se le atribuyen una serie de características (los contextos de aplicación son artificiales, se tiende hacia el máximo control de las variables, se somete a los sujetos de estudio a algún tipo de tratamiento, programa o intervención), a la investigación observacional se le atribuyen las contrarias (contextos son naturales, el carácter ideográfico, se persigue captar la realidad desde el punto de vista de los sujetos, los controles son mínimos, existe el mismo rol e implicación por parte del investigador-observador).

Constituyen, por tanto, dos formas muy distintas de acercarse a la realidad. Pues bien, en medio de ambas podríamos situar a la investigación por encuesta, ya que comparte elementos comunes a ambas. Por ejemplo, aunque existe un cierto respeto a las condiciones naturales, se recurre al control, normalmente estadístico, como la selección de la muestra que se realiza, o el índice de fiabilidad y validez de las preguntas que componen la encuesta.

Fases que se siguen en el proceso de investigación por encuesta de cualquier estudio:

1. *Definición de los objetivos de la investigación:* Se trata de determinar el objetivo general que se pretende conseguir y luego desglosarlo en específicos. El planteamiento de unos objetivos u otros va a depender de si quiere analizar diferencias significativas o relaciones entre variables. En algunos casos es posible también que incluso se pueda plantear alguna hipótesis. Una vez que se ha clarificado cuáles son los objetivos de la investigación es preciso determinar las variables que se quieren medir.
2. *Determinación de las variables objeto de estudio:* Se trata de definir los grandes dominios de información o dimensiones que luego se van a operativizar en ítems concretos. Si los objetivos y variables no se encuentran bien definidas, las preguntas serán ambiguas, darán posibilidad de respuesta múltiple, y los resultados que se obtengan no serán útiles.

3. *Planificación de la encuesta:* Puede realizarse a través de dos técnicas, bien a través de encuesta o bien a través de cuestionario. En cualquiera de los dos casos, el primer paso en esta fase de planificación sería la redacción de las preguntas.
 - 3.1. Redacción de las preguntas: Esta redacción va a depender tanto de la función que se quiera que cumplan como del modo de respuesta que se va a proporcionar al sujeto. Es decir, si van a ser respuestas abiertas, respuestas cerradas, si van a haber categorías de respuestas, etc. Todo este tipo de cuestiones deben definirse muy bien en función de lo que se pretenda medir. Si en vez de un cuestionario, fuese una entrevista hablaríamos del guión de la entrevista.
 - 3.2. Selección de la población o de la muestra: Se trata de definir el grupo de personas a las que se van a dirigir las preguntas. En este sentido, si se quiere buscar representatividad, es decir, extrapolar los resultados de un grupo más o menos reducido de personas al total de la población, es preciso hacer una buena selección de la muestra que sea representativa. Hay varios tipos de muestreo: al azar, estratificado y por conglomerados.
 - 3.3. Contacto con la muestra: En el caso del cuestionario, mediante una carta de presentación y en una entrevista sería a través de la comunicación al entrevistado de cuáles son los objetivos de la investigación.
4. *Ejecución de la encuesta:* Consiste en el envío de los cuestionarios a la población y la cumplimentación por parte de los encuestados o la realización en sí misma de la entrevista. En esta etapa es importante aplicar también algunos datos de control, ya sea de control estadístico o bien algunas preguntas testigo dentro del mismo cuestionario que aseguren el nivel de sinceridad de las respuestas dadas.
5. *Análisis de los datos y de emisión del informe:* Procesamiento y análisis de la información recogida en la entrevista o cuestionario y la redacción de un informe con los principales datos recogidos y conclusiones aportadas que luego entrará a formar parte del diseño general de investigación.

Variables objeto de estudio

En este tipo de investigaciones, no tiene mucho sentido hablar de variables dependientes e independientes. En su caso hablaríamos de:

- *Variables de identificación personal:* Serían, por ejemplo, aquellas de carácter demográfico tales como la edad, el sexo, la zona de trabajo, etc. Ésta puede ser una información que de alguna manera module las respuestas.
- *Variables relacionadas con el objeto de estudio, con la temática concreta que se aborda en la encuesta/investigación:* Grandes dimensiones o constructos que luego se van a traducir en cuestiones concretas del cuestionario. Por tanto, se obtiene una información que puede ser de carácter cualitativo o cuantitativo en función de cómo esté formulada la pregunta y de las alternativas de respuesta que se van a exigir: si son respuestas abiertas o cerradas, de elección múltiple, dicotómicas, etc.

Tipos de análisis:

- *Análisis descriptivos:* desde lo que serían las distribuciones de frecuencias hasta lo que serían las medidas de posición o medidas de variabilidad, que ofrecen una información global del conjunto de las opiniones recabadas.
- *Estudios correlacionales:* existencia de relaciones o de asociaciones entre variables. En probabilidad y estadística, la correlación indica la fuerza y la dirección de una relación lineal entre dos variables aleatorias. Se considera que dos variables cuantitativas están correlacionadas cuando los valores de una de ellas varían sistemáticamente con respecto a los valores homónimos de la otra: si tenemos dos variables (A y B) existe correlación si al aumentar los valores de A lo hacen también los de B y viceversa. Por ejemplo, la correlación entre la edad y la puntuación obtenida en un determinado ítem.

Metodología del cuestionario

Definición:

Como ya se ha comentado en repetidas ocasiones, dentro de este estudio, el cuestionario fue uno de los instrumentos principales empleados para la recogida de información. Se define como: *“la operacionalización de un determinado problema objeto de investigación. El problema principal consiste, pues, en la traducción del problema de la investigación, una vez formulado teóricamente, al lenguaje del cuestionario pensado para un determinado círculo de entrevistadores”* (Mayntz, Holm, y Hübert, 1975, p.138)¹.

Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. El contenido de las preguntas de un cuestionario puede ser tan variado como los aspectos que mida. Y básicamente, podemos hablar de dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas.

Las preguntas cerradas contienen categorías o alternativas de respuestas que han sido delimitadas. Es decir, se presentan a los sujetos las posibilidades de respuestas y ellos deben circunscribirse a ellas. Pueden ser dicotómicas (dos alternativas de respuestas) o politómicas (incluir varias alternativas de respuestas).

En las preguntas cerradas las categorías de respuestas son definidas a priori por el investigador y se le presentan al encuestado, quien debe elegir la opción que describa más y mejor su opinión. Las escalas de actitudes en forma de pregunta caerían dentro de la categoría de preguntas cerradas.

Ahora bien, hay preguntas cerradas, donde el encuestado puede seleccionar más de una opción o categoría de respuesta. Algunos encuestados pudieran marcar una, dos o más opciones de respuesta. Las categorías no son mutuamente excluyentes. En otras ocasiones, el encuestado tiene que jerarquizar opciones. O bien debe asignar un puntaje a una o diversas cuestiones. En otras se anota una cifra.

¹ Mayntz, R., Holm, k. y Hübert, P. (1975): *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Alianza Universidad.

En cambio, las preguntas abiertas no delimitan de antemano las alternativas de respuesta. Por lo cual el número de categorías de respuesta es muy elevado; en teoría, es infinito.

Tamaño del cuestionario

No existe una regla al respecto; pero, si es muy corto se pierde información y si resulta largo puede resultar tedioso. En este último caso, las personas pueden negarse a responder, o al menos, lo responderán en forma incompleta. El tamaño depende del número de variables y dimensiones a medir, el interés de los encuestados y la manera como es administrado. Cuestionarios que duran más de 35 minutos pueden resultar tediosos a menos que los respondientes estén muy motivados para contestar. Una recomendación que ayuda a evitar un cuestionario más largo de lo requerido es: "No hacer preguntas innecesarias o injustificadas".

Modos de aplicación

Los cuestionarios pueden ser aplicados de diversas maneras:

Autoadministrado: El cuestionario es proporcionado directamente a los encuestados, quienes lo contestan. No hay intermediarios y las respuestas las marcan ellos. Obviamente, este modo de aplicación del cuestionario es inadecuado para personas que no leen con fluidez ni tienen desarrollada la capacidad de comprensión lectora.

Por entrevista personal: Un entrevistador aplica el cuestionario a los encuestados. El entrevistador va haciéndole las preguntas al sujeto y va anotando las respuestas. Las instrucciones son para el entrevistador. Normalmente se tienen varios entrevistadores, quienes deberán estar capacitados en la técnica de la entrevista, conocer a fondo el cuestionario, y no sesgar o influir en las respuestas dadas por los entrevistados.

Por entrevista telefónica: Esta situación es similar a la anterior, sólo que la entrevista no es "cara a cara" sino a través del teléfono. El entrevistador le hace las preguntas al encuestado por este medio de comunicación.

Autoadministrado y enviado por correo (postal o electrónico). Los cuestionarios no se entregan directamente a los encuestados ("en propia mano") sino que se les envían

por correo u otro medio, no existiendo intermediario posible. Una vez recibidos los encuestados contestan directamente marcando u anotando sus respuestas en el cuestionario. El principal problema que plantea esta forma de aplicación es que si los sujetos tienen alguna duda no se les puede aclarar en el momento.

Ventajas e Inconvenientes

De entrada la elección de un cuestionario como primer instrumento de recogida de datos sobre el plan de formación tutor-residente, autoadministrado, a devolver por correo implica asumir una serie de ventajas y limitaciones como cualquier otro instrumento de recogida de datos.

A partir de una síntesis de las principales aportaciones de numerosos expertos (Argimon y Jiménez 2000²; Polit y Hungler, 2000³; Rojas, Fernández y Pérez, 1998⁴; Bowling, 1997⁵; Tejada, 1997⁶; Pourtois y Desmet, 1992⁷; Visauta, 1989⁸), se puede apuntar que un cuestionario autoadministrado disfruta de las siguientes ventajas: recoge información estandarizada y por lo tanto facilita el tratamiento de datos y la interpretación de resultados; es económico, permite obtener datos de un gran número de personas de difícil acceso; facilita la confidencialidad de los datos -siempre y cuando sea anónimo-; se evita la relación investigador/participante con el posible sesgo que ésta pueda comportar; permite obtener información que de otras maneras no se conseguiría, es directo, poco ambiguo y versátil.

Del mismo modo, estos autores también remarcan como inconvenientes o limitaciones la poca flexibilidad, los riesgos en la distribución como la ausencia de seguridad sobre quien responde el cuestionario y si lo hace sólo, el que no se puedan clarificar las posibles dudas, la superficialidad de la información obtenida, y la más importante, la baja tasa de respuesta.

² Argimon, J. M. y Jiménez, J. (2000): *Métodos de investigación. Clínica y epidemiológica*. Madrid: Harcourt.

³ Polit, D.F. y Hungler, B.P. (2000): *Investigación científica en ciencias de la salud México*: McGraw-Hill Interamericana.

⁴ Rojas, A. J., Fernández, J. S. y Pérez, C. (1998): *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Madrid: Síntesis

⁵ Bowling, A. (1997): *Research methods in health*. Buckingham, Britain: Open University Press.

⁶ Tejada, J. (1997): *El proceso de investigación científica*. Barcelona: Fundació "La Caixa".

⁷ Pourtois, J. P. y Desmet, H. (1992): *Epistemología e instrumentación en ciencias humanas*. Barcelona: Herder.

⁸ Visauta, B. (1989). *Técnicas de investigación social*. Barcelona: PPU.

Incluso conociendo estos inconvenientes, se decide escoger el cuestionario como primera herramienta de recogida de datos para lograr los objetivos de nuestro estudio, porque se trata de una población bastante amplia (n=230) y difícilmente accesible con otros procedimientos. Con todo, en esta decisión también ha influido el hecho que alguna de las principales limitaciones que impone este instrumento como la baja tasa de respuesta o la superficialidad del estudio hayan podido ser atenuadas gracias a varias medidas.

Por un lado, la tasa de respuesta que la mayoría de autores destacan como principal problema del cuestionario por correo, se ha intentado paliar al contar en el proceso de recogida de datos con la colaboración de las tres Unidades Docentes de la Región, sin las cuales este estudio no hubiera sido posible por un profesional externo al ámbito médico. Haber tenido la posibilidad de dar a conocer el proyecto a los máximos responsables de la formación de postgrado en la especialidad de MFyC ha favorecido su implicación en el sentido de facilitar datos, animar la respuesta de los participantes, etc.

Aún así, resulta curiosa la diversidad de interpretaciones que se hacen a una “baja tasa de respuesta”. El porcentaje de respuesta que según diferentes autores se puede conseguir con un cuestionario por correo se despliega en un amplio abanico. Desde los más pesimistas que hablan de un 10-20% (Rojas et. al., 1998)⁹, hasta los más optimistas que consideran que se puede conseguir un 75% de respuesta tras tres recordatorios (Cohen y Manion, 2000)¹⁰, pasando por otras posiciones intermedias, que sitúan este entre el 30-60% (Bisquerra, 1989¹¹; del Rincón et. al., 1995¹²; Polit, 2000)¹³.

Y por otro lado, la superficialidad que implica este tipo de instrumento, quedará compensada con el panel de expertos cuya finalidad es la de ilustrar, interpretar y matizar los resultados obtenidos en el cuestionario.

⁹ Rojas, A. J., Fernández, J. S. y Pérez, C. (1998): *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Madrid: Síntesis.

¹⁰ Cohen, L y Manion, L (2000): *Research Methods in Education*. London: Routledge.

¹¹ Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa*. Guía práctica. Barcelona: Ceac.

¹² del Rincón, D., Arnal, J., Latorre, A. y Sans, A. (1995): *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.

¹³ Polit, D. F. y Hungler, B. P. (2000): *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana

CUESTIONARIO SOBRE EL PLAN DE FORMACIÓN INDIVIDUAL DEL RESIDENTE

1ª Fase: Definición de los objetivos del cuestionario

Objetivos Generales:

1. Conocer cómo son el tipo de relaciones y/o contactos mantenidos entre el tutor/a y el residente de primer (R1) y tercer año (R3) durante los momentos previos al inicio de la rotación en el centro de salud.
2. Conocer cómo es la planificación formativa entre los residentes de primer (R1) y tercer año (R3) y sus respectivos tutores en los centros de salud docentes de la Región de Murcia.

Objetivos Específicos:

- 1.1 Explorar y valorar el tipo de relaciones y/o contactos mantenidos entre el tutor y el residente de primer año (R1) durante el período que comprende aproximadamente desde que el residente llega por primera vez al centro de salud hasta que le es asignado un tutor de referencia.
- 1.2 Explorar y valorar el tipo de relaciones y/o contactos mantenidos entre el tutor y el residente durante el período que comprende aproximadamente desde que el R1 sale del centro de salud después de completar el primer mes de formación hasta que vuelve de nuevo al centro como R3.
- 2.1 Describir de qué manera se planifica la formación entre el tutor y el R1 al inicio de su rotación en el centro de salud. (Un inicio que vamos a situar aproximadamente desde el mismo momento en que se produce la adscripción/asignación tutor-residente hasta completar ambos el primer mes de formación en el centro).
- 2.2 Describir de qué manera se planifica la formación entre el tutor y el R3 al inicio de su rotación en el centro de salud. (Un inicio que vamos a situar aproximadamente desde el que el residente llega al centro como R3 hasta completar con su tutor el primer mes de formación).

2ª Fase: Determinación de las variables objeto de estudio

Se identifican cuatro conjuntos de variables que van a guiar la construcción del cuestionario y que son los siguientes:

- El primer grupo, se relaciona con información de *carácter demográfico y académico* sobre los participantes que responden al cuestionario. Se trataría, por tanto, de variables de identificación personal como: el sexo, la edad, la elección de la MFyC como primera opción, la Unidad Docente de pertenencia, el número de residentes tutorizados, el año de inicio como tutor, la fecha de acreditación del centro, el tiempo transcurrido entre la toma de posesión en la UD y la incorporación al centro y el tiempo transcurrido entre la incorporación al centro y la asignación del tutor.
- El segundo grupo agrupa aquellas variables referidas al *tipo de relaciones y/o contactos mantenidos entre el tutor y el residente de primer (R1) y tercer año (R3) durante los momentos previos a iniciar la rotación en el centro de salud*. Unas variables incluidas por la importancia, que según la literatura y los expertos consultados, pueden tener para el tema de la programación de la actividad de los residentes objeto de esta investigación.
- El tercer grupo integra todas aquellas variables que hacen alusión a los *elementos o aspectos que definen la programación/planificación didáctica- de la formación MIR o el plan individual de formación del residente*. Éstas han sido las variables más difíciles de identificar debido a la complejidad y a la diversidad de los planteamientos teóricos alrededor del concepto de programación didáctica y de las peculiaridades del contexto de la formación MIR especializada. En este caso, se ha decidido tomar como referencia tanto las opiniones recabadas en el panel de expertos acerca del modelo teórico de programación didáctica que subyace en la formación postgrado de la especialidad de MFyC como los resultados de una búsqueda bibliográfica centrada en las áreas de educación médica y de metodología didáctica del tema en cuestión. De este modo, se han definido y establecido las dimensiones y variables objeto de estudio. Ésta resulta una opción válida, ya que no existe ninguna investigación y evidencia a este respecto y encaja dentro de lo establecido en el programa de formación de la especialidad.

- Por último, el cuarto grupo de variables se refiere a aspectos de *valoración de la satisfacción del proceso formativo y de implicación en el mismo*. Se trata de una valoración final que recoge las percepciones sobre el programa, el docente, el aprendizaje realizado, los recursos, etc.

A continuación se presentan una serie de tablas que se han elaborado y que recogen de forma explícita estas variables, los indicadores que se establecen para cada una de ellas y una pequeña descripción de lo que se pretende verificar.

Aunque la mayoría de variables son compartidas por las cuatro poblaciones (R1, T1, R3 y T3), sólo se especifican entre paréntesis aquellas propias de alguno o algunos de los colectivos.

En los cuadros que siguen a continuación, se han incluido únicamente aquellas variables que después se recogen en la versión final del instrumento -tras la validación por expertos y la prueba piloto- para facilitar la lectura y la comprensión.

VARIABLE	INDICADOR	CUESTIONES A VERIFICAR
DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL		
GÉNERO	M / F	La representatividad de la población en cuanto al género
EDAD		La representatividad de la población en cuanto a la edad
PETICIÓN DE MFyC (R1 / R3)	Sí / No	La MFyC es la primera opción de los residentes
AÑO DE INICIO COMO TUTOR (T1 / T3)		Los años de experiencia de tutorización
Nº DE RESIDENTES	Nº	La experiencia docente del tutor
UNIDAD DOCENTE	M / C / L	Distribución de la población por las Unidades Docentes y por las Zonas Básicas de Salud
FECHA ACREDITACIÓN DEL CENTRO		La experiencia del Centro en materia de docencia de residentes
TOMA DE POSESIÓN-CENTRO DE SALUD (R1-T1)	Nº de días	El tiempo transcurrido entre la toma de posesión en la UD y la incorporación al Centro
LLEGA AL CENTRO-ASIGNA TUTOR (R1-T1)	Nº de días	El tiempo transcurrido entre la incorporación al Centro y la asignación del tutor

VARIABLE	INDICADOR	CUESTIONES A VERIFICAR
RELACIONES PREVIAS ENTRE TUTOR Y RESIDENTE		
<p>VALORACIÓN DE LA PRIMERA ACOGIDA (R1 Y T1)</p> <p>A. Bienvenida B. Presentaciones C. Explicaciones Centro D. Explicaciones Zona E. Orientación Inicial F. Contacto con el tutor</p>	<p>Grado de valoración (Muy buena / Buena, Regular / Mala)</p>	<p>Cómo fue la primera acogida y orientación del residente en el Centro de Salud en lo que respecta a éstos aspectos.</p>
<p>REUNIONES-ENTREVISTAS DE SEGUIMIENTO R1 Y R3 (R3 Y T3)</p>	<p>Si / No</p>	<p>Si el tutor mantuvo alguna reunión de seguimiento con su residente durante sus rotaciones de R1 y R2 estando fuera del Centro.</p>
<p>NÚMERO DE REUNIONES REALIZADAS (R3 Y T3)</p>	<p>Nº</p>	<p>El número aproximado de reuniones-entrevistas realizadas.</p>
<p>PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES (R3 Y T3)</p>	<p>Mensual / Trimestral Anual / Otra</p>	<p>La periodicidad aproximada en que se produjeron estas reuniones.</p>
<p>CARÁTER DE LAS REUNIONES (R3 Y T3)</p>	<p>Formal / Informal / Ambas</p>	<p>El carácter y la forma en que se produjeron estas reuniones-entrevistas de tutorización.</p>
<p>TEMAS TRATADOS EN LAS REUNIONES (R3 Y T3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión rotaciones • Progreso • Dificultades 	<p>Indicar el que o los que correspondan (pudiendo señalar más de uno)</p>	<p>Los temas que se abordaron en dichas reuniones-entrevistas de tutorización.</p>
<p>DOCUMENTACIÓN DE LAS REUNIONES (R3 Y T3)</p>	<p>Si / No</p>	<p>Si resultó algún tipo de documento con el contenido de estas reuniones-entrevistas.</p>

APOYO EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES (R3 Y T3)	Si / No	Si durante las rotaciones de R1 y R2, el tutor/a del Centro le prestó su apoyo y ayuda al residente en los momentos difíciles.
FORMA EN QUE SE PRODUJO ESTE APOYO (R3 Y T3)	Iniciativa del tutor/a / Petición del residente / Indistintamente	Cómo surgió esta ayuda.
VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE CONTACTO CONTINUADO T-R (R3 Y T3)	Si / No	Se considera necesario y positivo para la formación el mantener un contacto continuado entre T-R durante toda la residencia.

VARIABLE	INDICADOR	CUESTIONES A VERIFICAR
PLAN DE FORMACIÓN TUTOR Y RESIDENTE		
SE CONSIDERÓ A. Experiencia previa B. Áreas más flojas C. Expectativas format. D. Deseos de aprendiz.	Grado de valoración (Muy buena, buena, regular o mala)	Se pregunto al residente al inicio por algunas cuestiones importantes.
COMUNICACIÓN DE LOS OBJETIVOS FORMATIVOS	Si / No	Se clarificaron desde el principio los objetivos formativos que el residente tenía que cumplir durante la rotación.
TIPO DE COMUNICACIÓN	Verbal / Por escrito/ Ambas	Cómo quedó constancia de ello.
CANTIDAD DE LA COMUNICACIÓN	Suficiente / Escasa	En términos de cantidad cómo fue esta comunicación para llegar a definir lo que el residente debía aprender.
CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN	Muy buena / Buena / Regular / Mala	En términos de calidad cómo fue esta comunicación para llegar a definir lo que el residente debía aprender.

<p>PLAN DE FORMACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesidades • Expectativas • Criterio del tutor • Programa de MFyC 	<p>Dar un valor a cada elemento de forma que el total sume 100%</p>	<p>La importancia que han tenido algunos aspectos en el diseño del plan de formación del residente.</p>
<p>RITMO DE APRENDIZAJE</p>	<p>Nunca / A veces / Frecuentemente / Siempre</p>	<p>Se considera el ritmo de aprendizaje del residente en la selección y secuenciación de los contenidos.</p>
<p>RECURSOS FORMATIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activ. específicas • Casos clínicos • Experiencias diarias 	<p>Indicar el que o los que correspondan (pudiendo señalar más de uno)</p>	<p>Los recursos formativos utilizados prioritariamente por el tutor/a en el proceso de aprendizaje del residente.</p>
<p>MÉTODOS DOCENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoaprendizaje • Aprendiz. de campo • Aprendiz. colaborat. • Sesiones formativas • Cursos y talleres 	<p>Nunca / A veces / Con frecuencia / Casi Siempre</p>	<p>La frecuencia de utilización de los siguientes métodos formativos en el proceso de enseñanza-aprendizaje del residente.</p>
<p>REUNIONES DE SEGUIMIENTO</p>	<p>Si / No</p>	<p>Si hubo reuniones T-R para valorar el seguimiento y corregir debilidades.</p>
<p>NÚMERO DE REUNIONES</p>	<p>Nº</p>	<p>El número aproximado de reuniones-entrevistas realizadas.</p>
<p>CARÁCTER DE LAS REUNIONES</p>	<p>Formal / Informal / Ambas</p>	<p>El carácter y la forma en que se produjeron estas reuniones-entrevistas.</p>
<p>FRECUENCIA DE REUNIONES INFORMALES</p>	<p>Sistemáticamente / Frecuentemente / Esporádicamente</p>	<p>La periodicidad aproximada en que se produjeron las reuniones informales.</p>
<p>TEMAS TRATADOS EN LAS REUNIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos docentes • Organización • Dificultades • Progreso 	<p>Indicar el que o los que correspondan (pudiendo señalar más de uno)</p>	<p>Los temas que se abordaron en dichas reuniones-entrevistas de seguimiento.</p>

DOCUMENTACIÓN RESULTANTE DE LAS REUNIONES	Si / No	Si resultó algún tipo de documento con el contenido de estas reuniones-entrevistas.
CALENDARIO DE REUNIONES	Si / No	Se estableció algún calendario o cronograma de reuniones-entrevistas para el resto de la rotación.
VALORACIÓN DEL PROGRESO SEGUIDO	Si / No	El tutor le comunicó al residente su valoración acerca de lo que estaba consiguiendo hasta ese momento y de las áreas de mejora.
FRECUENCIA DE LAS VALORACIONES	Sistemáticamente / Frecuentemente / Esporádicamente	Con que frecuencia se produjeron estas valoraciones.
CLARIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE EVALUAC.	Si / No	El tutor le clarificó al residente los criterios de evaluación.
IDONEIDAD DE LOS CRITERIOS DE EVALUAC.	Si / No	Le parecieron oportunos dichos criterios.
TOMA DE DECISIONES <ul style="list-style-type: none"> Opinión del tutor/a Opinión del resid. Acuerdo de ambos 	Dar un valor a cada elemento de forma que el total sume 100%	Qué se tuvo en cuenta en la toma de decisiones sobre aspectos formativos
COLOBARACIÓN DE OTROS PROFESIONALES <ul style="list-style-type: none"> Otros tutores Enfermeras Administrativos 	Indicar el que o los que correspondan (pudiendo señalar más de uno)	Qué otros profesionales, además del tutor, colaboraron en la formación del residente
TIPO DE PLANIFICACIÓN <ul style="list-style-type: none"> Espontánea Preparada 	Dar un valor a cada elemento de forma que el total sume 100%	Cómo creen que ha sido la planificación del proceso formativo del residente efectuada por el tutor.
RECURSOS DEL TUTOR PARA SU LABOR DOCENTE	Si / No	Si creen que el tutor/a dispone o no de los recursos necesarios para desarrollar su labor docente.

VARIABLE	INDICADOR	CUESTIONES A VERIFICAR
VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN		
GRADO SATISFACCIÓN A. Organización B. Contenidos C. Metodología D. Asesor. del tutor E. Apoyo del tutor F. Relación con tutor	Muy / Bastante / Satisfactorio / Poco / Nada	El grado de satisfacción de tutores y residentes con respecto a determinados aspectos del proceso formativo.
GRADO DE SATISFACCIÓN GENERAL	Idem	El grado de satisfacción general de tutores y residentes con la formación.
GRADO DE IMPLICACIÓN CON LA FORMACIÓN	Muy Alto / Alto / Medio / Bajo / Muy Bajo	El grado de implicación de tutores y residentes en el proceso formativo.

3ª Fase: Planificación del cuestionario

Esta fase incluye tres etapas que son: la redacción de las preguntas del cuestionario, la selección de la población o de la muestra y el contacto con los participantes.

Construcción del cuestionario

Como se ha apuntado anteriormente, ahora se trata de traducir las variables objeto de estudio en las preguntas concretas que van a constituir nuestro cuestionario.

A continuación se presenta el contenido de lo que se ha denominado genéricamente cuestionario, y que toma como referencia las variables descritas en el que se diferencian cuatro partes (datos descriptivos, relaciones previas, plan de formación y grado de satisfacción) y cuatro versiones (una para los residentes de primer año, otra para sus respectivos tutores, otra para los residentes de tercer año, y una cuarta y última para los tutores de esos R3).

El cuestionario, desde la versión inicial (v. anexo 16: Versión inicial del cuestionario) hasta la final, ha estado sometido a una serie de procesos de validación a partir de los cuales se han introducido cambios antes de ser considerado definitivo. Primeramente se ha hecho una validación de contenido cualitativa por jueces o expertos (Argimon y Jiménez, 2000¹⁴; Polit y Hungler, 2000¹⁵; del Rincón et. al., 1995¹⁶).

Para esto se ha escogido a un grupo de expertos, de los cuales, el 75% eran médicos de familia con los siguientes cargos: responsable del área formación de la Dirección General de Formación, Calidad Asistencial e Investigación Sanitaria de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, coordinador de la Unidad Docente de Lorca, responsable de docencia del Centro de Salud “Lorca Sur”, tutor de AP del Centro de Salud “Barrio del Carmen” de Murcia y dos residentes de MFyC, uno de primer año y otro de tercer año. El 25% restante lo completaban dos pedagogos expertos en metodología docente y evaluativa. Todos ellos son profesionales que, atendiendo a los cargos y responsabilidades que asumen, se pueden considerar expertos en ámbitos relacionados con el objeto de estudio de esta investigación.

Con la consigna de *“matice, comente, cuestione, aporte, anule... todo lo que le parezca conveniente de este documento, tanto en la forma como en el contenido - relevancia, importancia, pertinencia y univocidad”*- se hizo entrega de la primera versión del cuestionario al grupo de expertos seleccionados para que lo juzgasen.

Las aportaciones de los diferentes expertos fueron detenidamente revisadas por el investigador e incorporadas cuando fue conveniente siguiendo los criterios de: grado de acuerdo de los expertos, mejor comprensión y relevancia de los objetivos de nuestra investigación.

Una vez incorporadas todas las modificaciones, se entregó la nueva versión del cuestionario a los mismos expertos para ver si aceptaban las modificaciones realizadas. Hecha esta validación, se empezó el proceso de recogida de datos para la prueba piloto de residentes y tutores antes de considerar el instrumento como definitivo.

¹⁴ Argimon, J. M. y Jiménez, J. (2000): *Métodos de investigación. Clínica y epidemiológica* (2a. ed.). Madrid: Harcourt.

¹⁵ Polit, D. F. y Hungler, B. P. (2000): *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.

¹⁶ del Rincón, D., Arnal, J., Latorre, A. y Sans, A. (1995): *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.

Prueba Piloto:

Posteriormente, y siguiendo con la revisión y mejora de la validez del instrumento, se procedió a realizar un ensayo piloto (de las cuatro versiones del cuestionario), que permitió recoger información sobre: la comprensión de los términos utilizados, los posibles errores eventuales de significación o de formulación, las reticencias, y el rechazo o incomprensión de los ítems, antes de poder considerar el cuestionario como definitivo.

Normalmente se acostumbra a seleccionar una pequeña muestra (10%) para la prueba piloto, pero aprovechando la posibilidad de contemplar la totalidad de una de las tres zonas de salud, se sometió a dicho ensayo al Área III que corresponde zona de salud de Lorca y que constituye en torno al 9% de la población total sobre la que se pretende distribuir el cuestionario. De esta manera, se puede observar mejor el grado de aceptación de la investigación y detectar los posibles errores del instrumento.

Siguiendo el consejo de expertos en metodología cuantitativa, cada cuestionario va acompañado de una carta de presentación (v. anexo 17: Carta de presentación del cuestionario) que contiene los elementos básicos para motivar la respuesta y que son: objetivos de la investigación, importancia y beneficios de la investigación, entidades colaboradoras –si hay-, garantía de confidencialidad, instrucciones y agradecimiento por la colaboración (Bowling, 1997¹⁷; Rojas et. al. 1998¹⁸; Bisquerra, 1989¹⁹; Visauta, 1989²⁰).

Esta prueba piloto se desarrolló entre mediados del mes de abril y finales del mes de mayo de 2006 y tuvo lugar mediante una reunión específica para este tema pactada previamente con el responsable de docencia de cada uno de los centros de salud (Lorca Centro, Lorca Sur y Lorca San Diego) en los que desarrollaban su trabajo tutores y residentes de esta zona. Sin embargo, la prueba de los residentes de primer año (R1) tuvo que realizarse en el Hospital Rafael Méndez a través de una convocatoria especial realizada por el Coordinador de la Unidad Docente de Lorca, ya que los R1 ya habían concluido su primer periodo formativo en el centro de salud y se

¹⁷ Bowling, A. (1997): *Research methods in health*. Buckingham, Britain: Open University Press.

¹⁸ Rojas, A. J., Fernández, J. S. y Pérez, C. (Eds.) (1998). *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Madrid: Síntesis

¹⁹ Bisquerra, R. (1989): *Métodos de investigación educativa*. Guía práctica. Barcelona: Ceac.

²⁰ Visauta, B. (1989): *Técnicas de investigación social*. Barcelona: PPU.

encontraban realizando la rotación hospitalaria. En dicha reunión se entregaron los 7 cuestionarios para la prueba con los R1.

En este caso, y teniendo en cuenta que la prueba piloto de los residentes ya ha dado las suficientes pistas sobre los cambios que hace falta introducir en el cuestionario, se ha considerado que una muestra de 28 –de una población de 230– es suficiente para matizar o modificar el inicial.

POBLACIÓN TOTAL (PRUEBA PILOTO)

	R1	R3	T1	T3	TOTAL
Lorca Sur	3	3	3	3	12
Lorca Centro	3	4	3	4	14
San Diego	1	0	1	0	2
TOTAL	7	7	7	7	28

La tasa de respuesta obtenida ha sido de un 96,4% (de los 28 cuestionarios repartidos nos han respondido 27). Un resultado muy elevado y más si se tiene en cuenta, como se ha comentado anteriormente, que en el momento en que se hizo llegar el cuestionario, los R1 ya habían terminado su estancia inicial en el centro de salud y se encontraban realizando la rotación hospitalaria.

Para el tratamiento de los datos obtenidos en este ensayo piloto nos servimos del análisis estadístico procesado mediante el software estadístico SPSS V. 14.0. Previamente al análisis, todos los cuestionarios fueron introducidos en una base de datos diseñada a tal efecto con el programa Microsoft Excel 2007.

PORCENTAJE DE RESPUESTA SEGÚN CENTROS DE SALUD (PILOTAJE)

	R1	R3	T1	T3	TOTAL	T
Lorca Sur	3	3	3	3	12	100%
Lorca Centro	3	4	2	4	13	92,8%
San Diego	1	0	1	0	2	100%
TOTAL	7	7	6	7	27	
TASA RESPUESTA	100%	100%	85,7%	100%		96,4%

Análisis y establecimiento de la validez y fiabilidad

A partir de los datos obtenidos en la prueba piloto y de las sugerencias recogidas en el proceso de validación de los expertos, se proponen y se hacen los siguientes reajustes a la segunda versión del cuestionario:

Primera parte: datos descriptivos de la población

En general tanto tutores como residentes han respondido adecuadamente a lo que se les pedía en los ítems de esta primera parte. No obstante, los resultados obtenidos en los ítems referentes al número de residentes tutorizados por el tutor y a la fecha de acreditación docente del centro obligan a su replanteamiento:

- *¿Sabrías indicar el número aproximado de residentes que ha tenido tu tutor a lo largo de toda su trayectoria docente? Este ítem es probablemente uno de los*

más conflictivos del cuestionario puesto que varios sujetos (residentes) lo han dejado en blanco y en otro número considerable la respuesta es dudosa y por lo tanto, su validez cuestionable. Sin embargo, finalmente se decide mantenerlo de cara al cuestionario definitivo porque la información que aportaba constituía un claro indicador de la experiencia docente del tutor, aspecto clave para nuestro objeto de estudio.

- *¿Sabrías decirme cuántos años lleva acreditado como docente el centro de salud que elegiste o que te fue asignado?* La prueba piloto puso de manifiesto que esta cuestión presentaba problemas para la cumplimentación por parte de gran parte de los sujetos, sobre todo los residentes, al desconocer la fecha de acreditación docente del centro en el que se encontraban trabajando. Sin embargo, al considerarse un dato fundamental para conocer la experiencia docente del centro, se propuso como solución el incluir en el cuestionario definitivo una tabla resumen con las fechas de acreditación de todos y cada uno de los centros de salud por Unidades Docentes. De esta forma, facilitamos a los participantes a la hora de cumplimentar el cuestionario este dato y nos aseguramos la certeza y confidencialidad en las respuestas obtenidas.

Segunda parte: Relaciones previas tutor-residente

En esta segunda parte, no existen apenas respuestas en blanco lo que indica que, en principio, las preguntas son lo suficiente claras y gozan de un elevado índice de validez.

Tercera parte: El plan de formación tutor-residente

En general tanto tutores como residentes han respondido adecuadamente a lo que se les pedía en los ítems correspondientes a esta tercera parte. Únicamente el responder a dos de los ítems les comportaba un cierto grado de dificultad por tener que concretar porcentualmente en cada uno de los casos.

- *Valora cada uno de los siguientes elementos según el peso que crees hayan tenido en el diseño del plan de formación de tu residente (Da un valor a cada uno de los cuatro ítems de forma que el total sume 100).*

Sus necesidades de aprendizaje	
Sus expectativas formativas	
Tu criterio y experiencia personal	
El Programa de la Especialidad	
Total	100%

- *A la hora de tomar decisiones que afectaban a algún aspecto de la formación del residente ¿qué se tuvo en cuenta? (Da un valor a cada uno de los tres ítems de forma que el total sume 100).*

La opinión del residente	
Tu propia opinión	
El acuerdo de ambos	
TOTAL	100%

Cuarta parte: Satisfacción del proceso formativo e implicación en el mismo

En esta última parte, apenas existen respuestas sin cumplimentar lo que indica que, en principio, las preguntas son lo suficiente claras y gozan de un elevado índice de validez.

Una vez asegurada la *validez de contenido y de construcción* del cuestionario era el momento de comprobar la fiabilidad del instrumento, es decir, la precisión con la que mide lo que dice que mide. Para ello se realizó el cálculo del Alfa de Cronbach. Este índice de consistencia interna y que toma valores entre 0 y 1 sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa. Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad, considerando una fiabilidad respetable a partir de 0,70 y siendo la ideal la resultante entre 0,80 y 0,90²¹.

²¹ Bland, J. M; Altman, D. G. (1997): Cronbach's alpha. *British Medical Journal*;314:572.

El alfa de Cronbach tiene gran utilidad cuando se usa para determinar la consistencia interna de una prueba con un único dominio o dimensión, pero cuando se usa en escalas con ítems que exploran dos o más dimensiones distintas, aunque hagan parte de un mismo constructo, se corre el riesgo de subestimar la consistencia interna. En estos casos, lo más indicado es calcular un valor de alfa de Cronbach para cada grupo de ítems que componen una dimensión o una subescala. Y esto precisamente fue lo realizado en nuestro caso.

Los valores obtenidos en cada una de las dimensiones que componen nuestro cuestionario fueron los siguientes: (v. anexo 18: Análisis de fiabilidad)

1. Las relaciones previas entre tutor y residente (0,879)
2. El plan individual de formación del residente (0,425)
3. Valoración de la satisfacción y del grado de implicación en la formación (0,889)

En estos resultados se aprecian algunas diferencias importantes que requieren un comentario aclaratorio. Así, si en las dimensiones 1 y 3 los valores oscilan entre 0,87 y 0,8, la dimensión 2 presenta un alfa de Cronbach bastante menor. Esto puede deberse tanto al gran número de ítems que forman parte de esta dimensión como al formato tan variable de respuesta que presentan los ítems de esta parte del cuestionario. No obstante, en términos generales la fiabilidad global de los componentes puede ser considerada como satisfactoria.

Por último, la revisión del instrumento finaliza con la introducción de mejoras en la presentación formal cómo: incorporar en la cabecera los logotipos de las instituciones colaboradoras: Universidad de Murcia y Conserjería de Sanidad de la CARM, incluir también en la presentación inicial del cuestionario las firmas de los investigadores y responsables del estudio y proporcionar instrucciones sobre como se debe responder.

Como después de todo el proceso de pilotaje los cambios producidos en esta versión del cuestionario fueron mínimos (v. anexos 19, 20, 21 y 22: Versión definitiva de los cuestionarios) se decide utilizar estos resultados de la *Zona de Salud III de Lorca* como definitivos e incluirlos en el estudio sin necesidad de volverlos a repetir.

PARTICIPANTES

El cuestionario fue diseñado para ser cumplimentado por los siguientes participantes: todos los médicos residentes de primer y tercer año (R1 y R3) de MFyC de la Región de Murcia del año 2007 -promociones (R1: 2006-2010) y (R3: 2004-2007)- y sus respectivos tutores por tratarse de dos poblaciones directamente implicadas en el proceso formativo que habilita para la especialidad. La percepción de los dos colectivos permitirá evidenciar puntos de acuerdo y desacuerdo y probablemente adelantar hacia procesos de ajuste y mejora de esta formación.

Se trabaja con todo el colectivo sin necesidad de seleccionar una muestra al no ser excesivamente grande y encontrarse a nuestro alcance. Por lo tanto, el estudio se realiza sobre la totalidad de la población²², así como aconsejan del Rincón et. al. (1995), siempre que los recursos disponibles lo permitan.

Por otra parte, el haber escogido dentro de la especialidad los médicos residentes de primer y tercer año, familiarmente denominados R1 y R3 y sus respectivos tutores, se justifica por dos aspectos: por un lado, porque están en las fases inicial y final de su proceso de residencia y por el otro, porque constituyen sus principales estancias formativas en el centro de salud, momentos clave para el diseño del plan de formación objetivo de este trabajo.

Colectivo (A1): Residentes de primer año (R1)

Número global de médicos residentes de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, que cursan el primer año de residencia en el año 2007 -finalizan el mes de abril- en toda la Región de Murcia y que suman un total de 57. Se trata de la segunda promoción de residentes (2006-2010) cuya formación está regulada por el actual Programa Oficial de la Especialidad aprobado el 3 de mayo de 2005.

De este colectivo (n= 57) se conocen de entrada los siguientes datos:

- *Distribución por género*: está formado por un 37% de hombres (21) y un 63% de mujeres (36).

²² Los datos tanto de residentes como de tutores son facilitados por los Coordinadores de las tres Unidades Docentes.

- *Distribución por las distintas Unidades Docentes de la Región:*
 - Unidad Docente de Murcia (30)
 - Unidad Docente de Cartagena (20)
 - Unidad Docente de Lorca (7)

- *Distribución por los distintos centros de salud docentes de cada Unidad:*

UNIDAD DOCENTE DE MURCIA

- Barrio del Carmen: (4)
- Molina "La Consolación": (3)
- Santa M^a de Gracia: (3)
- Cieza: (2)
- Santomera: (0)
- Alcantarilla-Sangonera: (2)
- La Ñora: (2)
- Yecla- Mariano Yago: (0)
- Espinardo: (3)
- Moratalla: (3)
- Murcia- San Andrés: (3)
- Murcia- Centro: (11)
- Vista Alegre: (3)
- Vistabella: (1)

UNIDAD DOCENTE DE CARTAGENA

- Cartagena-Casco: (2)
- San Antón: (2)
- Torre Pacheco: (0)
- San Javier: (4)
- La Unión: (0)
- Barrio Peral: (3)
- Cartagena-Oeste: (3)
- Cartagena-Este: (2)
- Los Alcázares: (2)
- Los Barreros: (2)

UNIDAD DOCENTE DE LORCA

- Lorca Sur: (3)
- Lorca Centro: (3)
- San Diego: (1)

Sobre este colectivo, el cuestionario permite conocer algunos datos demográficos y académicos.

Colectivo (A2): Tutores de residentes de primer año (T1):

Número global de médicos de atención primaria que en el momento de la distribución del cuestionario eran los tutores de los residentes de primer año (R1) vistos anteriormente y que, como ellos, suman un total de 57 al establecerse la relación un tutor / un residente.

De este colectivo se conocen a priori los siguientes datos:

- *Distribución por género:* está formado por un 67% de hombres (38) y un 33% de mujeres (19).
- *Distribución por Unidades Docentes:*
 - Unidad Docente de Murcia: (30)
 - Unidad Docente de Cartagena: (20)
 - Unidad Docente de Lorca (7)
- *Distribución por centros de salud docentes:* Siguiendo el criterio, antes mencionado, de un tutor / un residente, la distribución de los tutores de los R1 por los distintas Unidades y centros va a ser la misma que la de los residentes (R1), por lo que prescindimos de tener que repetirlos de nuevo.

Sobre este colectivo, el cuestionario también permite conocer algunos datos de identificación personal como el género, los años que hace que asume el rol de tutor, el número de residentes tutorizados, la fecha de acreditación de su centro de salud, etc. Es preciso no olvidar que para poder acceder a una plaza de tutor es preciso cubrir los requisitos de acreditación y reacreditación de tutores establecidos.

Colectivo (B1): Residentes de tercer año (R3)

Número global de médicos residentes de la especialidad de MFyC, que cursan el tercer y último año de residencia en el año 2007 -finaliza el mes de mayo- en toda la Región de Murcia y que suman un total de 58. Se trata de la última promoción de residentes (2004-2007) cuya formación está regulada por el antiguo Programa Oficial de la Especialidad (3ª edición. 1996).

De este colectivo (n= 58) se conocen los siguientes datos:

- *Distribución por sexo:* está formado por un 36% de hombres (21) y un 64% de mujeres (37).

- *Distribución de los R3 por las distintas Unidades Docentes:*
 - Unidad Docente de Murcia: (31)
 - Unidad Docente de Cartagena: (20)
 - Unidad Docente de Lorca: (7)

- *Distribución por los distintos de centros de salud docentes de cada Unidad:*

UNIDAD DOCENTE DE MURCIA

- Barrio del Carmen: (3)
- Molina "La Consolación": (5)
- Santa Mª de Gracia: (4)
- Cieza: (0)
- Santomera: (0)
- Alcantarilla-Sangonera: (2)
- La Ñora: (3)
- Yecla- Mariano Yago: (3)
- Espinardo: (5)
- Moratalla: (2)
- Murcia- San Andrés: (4)
- Murcia- Centro: (0)
- Vista Alegre: (0)

UNIDAD DOCENTE DE CARTAGENA

- Cartagena-Casco: (3)
- San Antón: (2)
- Torre Pacheco: (3)
- San Javier: (4)
- La Unión: (2)
- Barrio Peral: (3)
- Cartagena-Oeste: (3)
- Cartagena-Este: (0)
- Los Alcázares: (0)
- Los Barreros: (0)

UNIDAD DOCENTE DE LORCA

- Lorca Sur: (3)
- Lorca Centro: (5)
- San Diego: (0)

Colectivo (B2): Tutores de residentes de tercer año (T3)

Número global de médicos de atención primaria, que en el momento de la distribución del cuestionario, eran los tutores de los residentes de tercer año (R3) anteriores y que, como ellos, suman un total de 58. De este colectivo sabemos:

- *Distribución por sexo:* está formado por un 67% de hombres (39) y 33% de mujeres (19).
- *Distribución por Unidades Docentes:* señalar que no podía ser de otro modo es la misma que en el caso de los residentes (R3) como se presenta a continuación:
 - Unidad Docente de Murcia: (31)
 - Unidad Docente de Cartagena: (20)
 - Unidad Docente de Lorca: (7)
- *Distribución por centros de salud docentes:* coincide también.

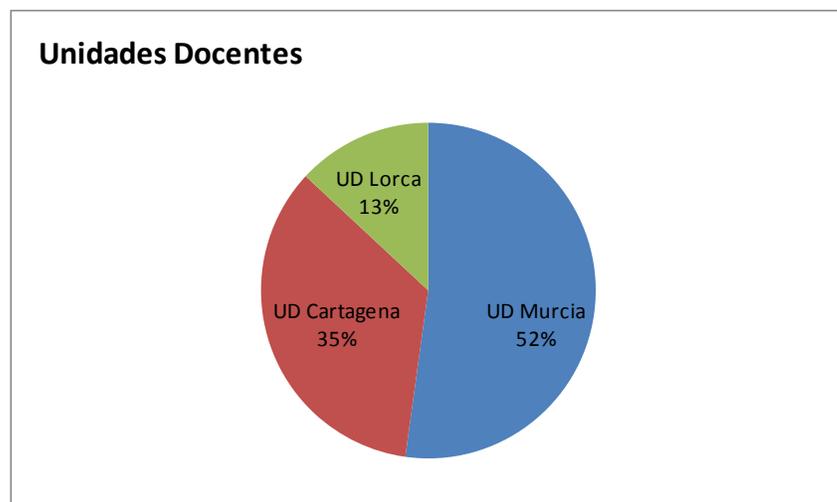
A continuación se exponen de forma resumida los datos correspondientes a los 4 colectivos (R1, T1, R3 y T3) que constituyen la población total de esta fase del estudio.

- Distribución por género:

	R1	R3	T1	T3	TOTAL
HOMBRES	37%	36%	67%	67%	111
MUJERES	63%	64%	33%	33%	120
TOTAL	100%	100%	100%	100%	230

- Distribución por Unidades Docentes:

	R1	R3	T1	T3	TOTAL
UD MURCIA	30	31	30	31	120
UD CARTAG.	20	20	20	20	80
UD LORCA	7	7	7	7	30
TOTAL	57	58	57	58	230



- Distribución por Centros de Salud Docentes:

CENTROS	R1	R3	T1	T3	TOTAL
Barrio del Carmen	4	3	4	3	14
Molina	3	5	3	5	16
Santa M ^a de Gracia	3	4	3	4	14
Cieza	2	0	2	0	4
Alcantarilla-Sang.	2	2	2	2	8
Lo Ñora	2	3	2	3	10
Yecla	0	3	0	3	6
Espinardo	3	5	3	5	16
Moratalla	3	2	3	2	10
San Andrés	3	4	3	4	14
Murcia-Centro	1	0	1	0	2
Vista Alegre	3	0	3	0	6
Vistabella	1	0	1	0	2
Cartagena-Casco	2	3	2	3	10
San Antón	2	2	2	2	8
Torre Pacheco	0	3	0	3	6
San Javier	4	4	4	4	16
La Unión	0	2	0	2	4
Barrio Peral	3	3	3	3	12
Cartagena-Oeste	3	3	3	3	12
Cartagena-Este	2	0	2	0	4
Los Alcázares	2	0	2	0	2
Los Barreros	2	0	2	0	2
Lorca Sur	3	3	3	3	12
Lorca Centro	3	4	3	4	14
San Diego	1	0	1	0	2
TOTALES	57	58	57	58	230

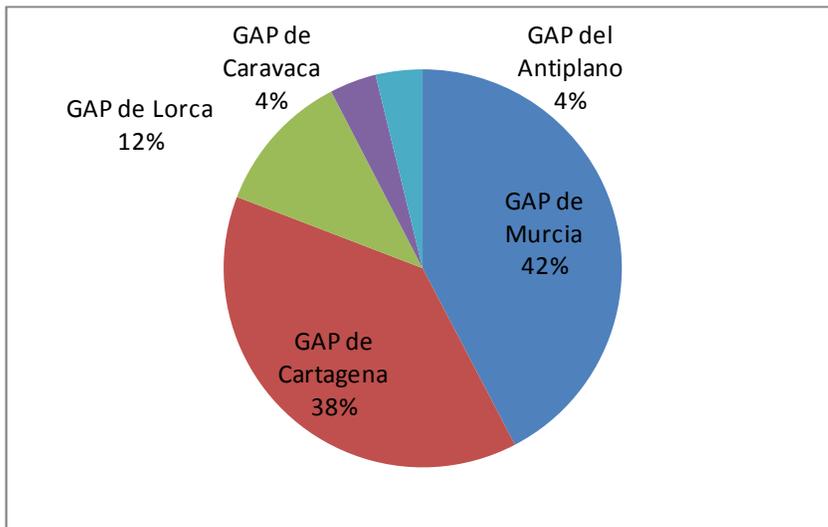
A continuación se presentan una serie características comunes compartidas por todos los participantes:

- *Género*: Está garantizada la representatividad de los tutores y residentes por género.
- *Centros de Salud*: Están incluidos todos los centros acreditados para la docencia MIR de Medicina de Familia de las Unidades Docentes de Murcia, Cartagena y Lorca.
- *Funciones docentes*: Contamos tanto con tutores que son al mismo tiempo responsables de docencia del Programa MIR en sus respectivos centros de salud como otros que sólo son tutores y su responsabilidad se circunscribe a la formación de su residente.
- *Experiencia docente*: La población incluye tanto a tutores con larga experiencia y reconocimiento en el proceso de tutorización, como a tutores noveles o iniciados recientemente en el docencia MIR.
- *Disponibilidad y aceptación*: tanto de tutores como de residentes, para participar en la cumplimentación del cuestionario.

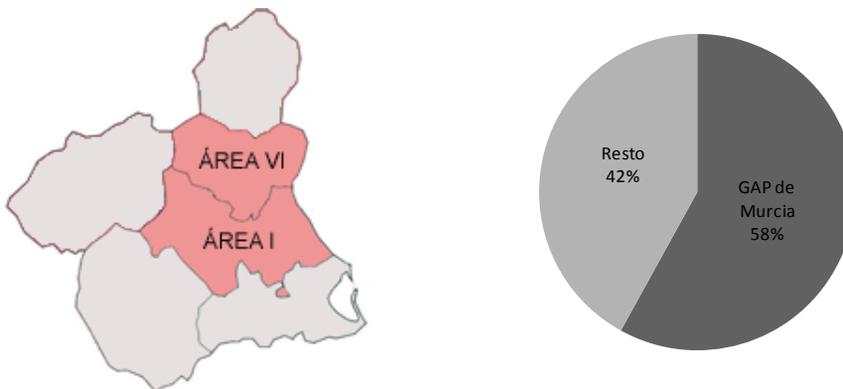
EMPLAZAMIENTO

En este estudio han participado todos los centros de salud docentes que contaban en el momento de realización del mismo con las poblaciones de tutores y residentes requeridas. En total *26 centros* distribuidos en su demarcación territorial por las distintas áreas de salud de la Comunidad y gestionados por las cinco Gerencias de Atención Primaria (GAP) dependientes del Servicio Murciano de Salud.

1. GAP de Murcia (11 Centros)
2. GAP de Cartagena (10)
3. GAP de Lorca (3)
4. GAP de Caravaca (1)
5. GAP del Área V (1)

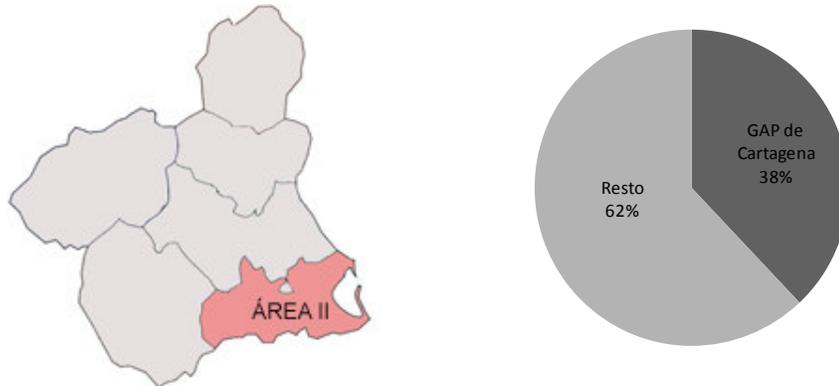


1. Gerencia de Atención Primaria de Murcia:



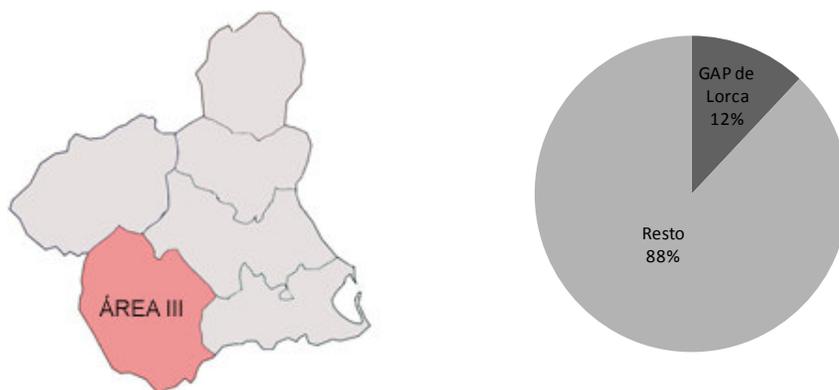
- Áreas de Salud que comprende: I-Murcia, y VI-Vega Media-Comarca Oriental.
- Centros de Salud Docentes: 11 (Barrio del Carmen, Molina, Santa M^a de Gracia, Espinardo, La Ñora, Murcia-Centro, Alcantarilla-Sangonera, San Andrés, Vista Alegre, Vistabella y Cieza).

2. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena:



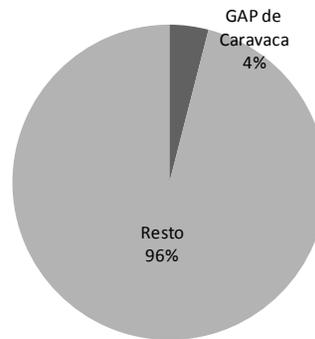
- Áreas de Salud que comprende: II-Cartagena.
- Centros de Salud Docentes: 10 (Cartagena-Casco, San Antón, Torre Pacheco, San Javier, La Unión, Barrio Peral, Cartagena-Oeste, Cartagena-Este, Los Alcázares y Los Barreros).

3. Gerencia de Atención Primaria de Lorca:



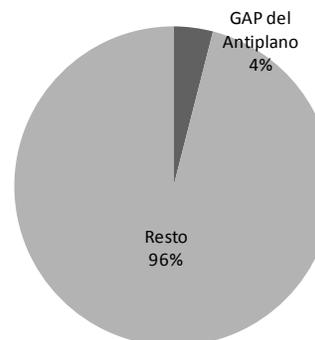
- Áreas de Salud que comprende: III-Lorca.
- Centros de Salud Docentes: 3 (Lorca Centro, Lorca Sur y San Diego).

4. Gerencia de Atención Primaria de Caravaca:



- Áreas de Salud que comprende: IV-Noroeste.
- Centros de Salud Docentes: 1 (Moratalla).

5. Gerencia de Atención Primaria del Área V



- Áreas de Salud que comprende: V-Antiplano.
- Centros de Salud Docentes: 1 (Yecla-Mariano Yago).

4ª Fase: Ejecución del cuestionario

Distribución del cuestionario definitivo de Tutores y Residentes

Antes de proceder al envío de los cuestionarios a los participantes se contacta telefónicamente con los responsables de docencia de todos los centros de salud docentes de la Región que tienen residentes de primer y tercer año en ese momento y se les solicita su colaboración en este sentido. Ya antes ellos habían sido informados de la realización de este estudio mediante una circular enviada por el Coordinador de su Unidad Docente.

En dicha conversación telefónica se les explica todo el procedimiento a seguir para la administración, cumplimentación y envío de los cuestionarios: primeramente se contrastan los datos ofrecidos por la Unidad Docente respecto al número de residentes del centro para evitar posibles errores, después se les informa de que en los próximos días recibirán un sobre con franqueo de destino²³ que incluirá: el número de cuestionarios que les corresponden, una carta de presentación para cada cuestionario –la misma presentada en el estudio piloto- y un breve protocolo con la instrucciones para su cumplimentación (v. anexo 23: Protocolo de cumplimentación del cuestionario). A continuación, se les comunica el plazo de respuesta marcado para la devolución de los cuestionarios y se les agradece su colaboración y predisposición.

Unas dos semanas después se vuelve a contactar telefónicamente con los responsables de docencia de cada uno de los centros de salud a modo de recordatorio y para hacer un seguimiento del proceso seguido: aclarar las posibles dudas, intentar solucionar las incidencias en el caso de que se hubiesen producido (como por ejemplo la no llegada al centro del sobre con toda la documentación, la baja por enfermedad de algún tutor o residente, etc.).

²³ El sobre franqueado incorpora un apartado de correos para la devolución del cuestionario. Este apartado corresponde al Servicio de Correos de la Universidad de Murcia que a su vez se dirigirá al casillero que el investigador responsable del estudio dispone en la secretaría de la Facultad de Educación.

11. EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO

Para el tratamiento de los datos obtenidos en el cuestionario nos servimos del análisis estadístico que es el método más apropiado para presentar la información cuantitativa de manera comprensiva. Como apuntan Polit y Hungler (2000)²⁴ “*los procedimientos estadísticos permiten al investigador reducir, resumir, organizar, evaluar, interpretar y comunicar la información numérica*” (p. 421). En este caso, se diferencia la estadística descriptiva -cada cuestionario de forma independiente- y la estadística inferencial -comparando los resultados de los cuatro cuestionarios-.

Sin embargo, previo a dicho procesamiento estadístico, tuvo lugar el volcado de los datos recogidos en una base de datos diseñada específicamente para tal fin con el programa Microsoft Excell 2007. Todo el análisis estadístico se realizó con el software SPSS v.14.0 para obtener el análisis de frecuencia en porcentajes y cruzado de los datos.

Estadística descriptiva

Una vez que se han recogido los valores que toman las variables de nuestro estudio (datos), procederemos al análisis descriptivo de los mismos. La estadística descriptiva resulta útil para resumir información empírica. En este caso, la información obtenida sobre cada uno de los colectivos de participantes de forma independiente (R1, T1, R3 y T3). El cuestionario tiene variables cuantitativas y categóricas que reclaman un tratamiento diferente tal y como se describe a continuación.

Variables categóricas:

Para variables categóricas se quiere conocer el número de casos en cada una de las categorías, reflejando habitualmente el porcentaje que representan del total, y expresándolo en una tabla de frecuencias. En todos los casos, esta tabla de frecuencias aparece acompañada de distintas representaciones mediante gráficos de barras o de sectores según resulte más clarificador. Haciendo una síntesis de las variables categóricas que se encuentran en los cuatro cuestionarios –tutores y residentes-, se distinguen de dos tipos:

²⁴ Polit, D. F. y Hungler, B. P. (2000): *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Categorías dicotómicas:

- Género (R y T)²⁵
- Medicina de Familia como primera opción (R1 y R3).
- Reuniones de seguimiento T-R durante las rotaciones de R1 y R2 (R3 y T3).
- Documentación resultante de esas reuniones de seguimiento (R3 y T3).
- Apoyo y ayuda en los momentos difíciles (R3 y T3).
- Valoración de la necesidad o no de contacto continuado T-R (R3 y T3).
- Comunicación de los objetivos formativos (R y T).
- Cantidad de la comunicación (R y T).
- Reuniones de seguimiento para corregir los puntos débiles (R y T).
- Documentación resultante de esas reuniones de mejora (R y T).
- Calendario/cronograma de reuniones para la rotación (R y T).
- Valoración del progreso seguido por el residente (R y T).
- Clarificación de los criterios de evaluación (R y T).
- Idoneidad de los criterios de evaluación para el residente (R y T).
- Recursos del tutor para desempeñar su labor docente (R y T).

Categorías politómicas:

- Unidad Docente de MFyC (R y T).
- Valoración de la primera acogida y orientación del R en el Centro (R1 y T1).
- Frecuencia de las reuniones-entrevistas de tutorización (R3 y T3).
- Carácter de las reuniones-entrevistas T-R (R3 y T3).
- Temas abordados en las reuniones de tutorización (R3 y T3).

²⁵ En la presentación de variables se hace referencia a R cuando se trata de una variable de residentes y a T cuando es una variable de los tutores; si la variable es igual para los dos colectivos se presenta (R y T).

- Forma en que surgió este apoyo y ayuda (R3 y T3).
- Consideración de algunas cuestiones como su experiencia previa, sus áreas más flojas, sus expectativas formativas y sus deseos de aprendizaje (R y T).
- Tipo de comunicación de los objetivos formativos (R y T).
- Calidad de la comunicación (R y T).
- Ritmo de aprendizaje del residente (R y T).
- Recursos formativos utilizados por el tutor (R y T).
- Frecuencia de utilización de determinados métodos docentes (R y T).
- Carácter de las reuniones de control para corregir posibles aspectos de mejora (R y T).
- Frecuencia aproximada de la realización de reuniones de carácter informal (R y T).
- Temas abordados en las reuniones de seguimiento y control (R y T).
- Frecuencia de las manifestaciones referidas a la valoración del progreso seguido por el residente (R y T).
- Colaboración de otros profesionales en la formación del residente (R y T)
- Grado de satisfacción de tutores y residentes con respecto a determinados aspectos del proceso formativo (R y T)
- Grado de satisfacción general de tutores y residentes con la formación (R y T).
- Grado de implicación de tutores y residentes en el proceso formativo (R y T).

Variables cuantitativas

Para variables numéricas, en las que existe un gran número de valores observados distintos, el análisis de las distribuciones presentadas se hace en base a dos indicadores fundamentales: tendencia central y dispersión (Etxeberria y Tejedor, 2005)²⁶.

²⁶ Etxeberria, J. y Tejedor, J. (2005): *Análisis descriptivo de datos en educación*. Ed. La Muralla.

Las medidas de tendencia central vienen a responder a la pregunta ¿alrededor de qué valor se agrupan los datos? La medida más evidente que hemos calculado para describir un conjunto de observaciones numéricas es su valor medio. La *media* no es más que la suma de todos los valores de una variable dividida entre el número total de datos de los que se dispone. Otras medidas de tendencia central que se han utilizado en el análisis, aunque en menor medida, son la *mediana* y la *moda*.

Otro aspecto a tener en cuenta al describir datos continuos es la dispersión de los mismos. Existen distintas formas de cuantificar esa variabilidad. De todas ellas, la *desviación típica* es la medida de dispersión más utilizada en estadística y en este trabajo. Por otro lado, cuando se quieren señalar valores extremos en una distribución de datos, se suele utilizar la *amplitud* como medida de dispersión. La amplitud es la diferencia entre el *valor mayor* y el *menor* de la distribución²⁷. En nuestro cuestionario son cuantitativas las siguientes variables:

- Edad (R y T).
- Número de residentes que ha tenido el tutor (R y T).
- Días transcurridos desde la toma de posesión del R en la Unidad Docente hasta su incorporación al Centro de Salud (R1 y T1).
- Días transcurridos entre la incorporación del R al Centro de Salud y la asignación de su tutor (R1 y T1).
- Número de reuniones de seguimiento T-R durante las rotaciones de R1 y R2 (R3 y T3).
- Peso en el diseño del plan de formación del residente de los siguientes aspectos (necesidades y expectativas del R, criterio del T y programa MFyC) (R y T).
- Número de reuniones de seguimiento para corregir los puntos débiles (R y T)
- Peso en la toma de decisiones docentes de la opinión del tutor, la opinión del residente y el acuerdo de ambos (R y T).
- Tipo de planificación de la actividad del residente (R y T).

²⁷ Milton, J. S y Tsokos, J. O. (2001): *Estadística para biología y ciencias de la salud*. Madrid: Interamericana McGraw Hill.

Variables de respuesta abierta

En cuanto a las preguntas abiertas, se organizan por categorías. Hay algunas que resultan sencillas de categorizar y otras que comportan más dificultad por el grado de dispersión que se puede encontrar en las respuestas.

- Año de inicio como tutor de AP (T1 y T3).
- Año de inicio como docente del Centro de Salud (R y T).
- Recursos formativos utilizados por el tutor (apartado c. otros) (R y T).
- Temas abordados en las reuniones de seguimiento y control (e. otros) (R y T).
- Colaboración de otros profesionales en la formación del residente (c. otros) (R y T).

En caso de que la pregunta pueda sugerir múltiples respuestas, será la lectura y relectura de éstas, la que ayudará a agruparlas en categorías.

Estadística inferencial

La estadística inferencial suministra, con base a las leyes de la probabilidad, las medidas necesarias para formular conclusiones sobre una población o sobre la comparación entre poblaciones.

Los resultados completos de estadística comparativa entre tutores y residentes se pueden consultar en el anexo.

En este caso también hay dos tipos diferentes de inferencias, según las variables sean cuantitativas o categóricas.

CRONOGRAMA DEL PROCESO:

AÑO 2007

	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.
F. Diseño									
F. Validación									
F. Pilotaje									
F. Desarrollo									
F. Vaciado									

AÑO 2007/2008

	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
F. Análisis									
F. Resultados									
F. Conclus.									
Informe final									

BLOQUE III: MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. Resultados de los residentes de primer año (R1)
2. Resultados de los tutores de residentes de primer año (T1)
3. Resultados comparativos de tutores y residentes de primer año (T1-R1)

1. RESULTADOS DE LOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO (R1)

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el cuestionario de los residentes de primer año (R1), haciendo énfasis en aquellos aspectos más significativos o relevantes. Por seguir un orden, se mantendrá la misma estructura del cuestionario y junto con la descripción estadística acompañada de tablas y gráficos se irán incorporando las interpretaciones y comentarios que suscitan estos resultados.

Descripción de los participantes. Tasa de respuesta

El cuestionario se ha distribuido a la totalidad de los residentes de medicina de familia de primer año (R1) de la Región de Murcia (N=57) del año 2007 pertenecientes a la segunda promoción (2006-2010) del nuevo programa de la especialidad. De ellos, 51 han contestado (n=51) lo que supone una tasa de respuesta del 89,5% del total de los participantes posibles.

Se trata de un porcentaje de respuesta muy elevado y más teniendo en cuenta las siguientes condiciones: la gran cantidad de información que llega a los centros diariamente para los médicos y el hecho de tratarse de un cuestionario enviado por correo con todo lo que esto implica (problemas con que la información llegue al destinatario, dificultad de implicación, el esfuerzo que supone responder y enviar por correo, etc.).

En la tabla que sigue a continuación podemos ver un análisis más detallado de esta tasa de respuesta y su distribución por las distintas Unidades Docentes:

PORCENTAJE DE RESPUESTA DE R1 SEGÚN UNIDADES DOCENTES

	R1	TR	T%
UD MURCIA	30	27	90
UD CARTAG.	20	17	85
UD LORCA	7	7	100
TOTAL	57	51	89,5

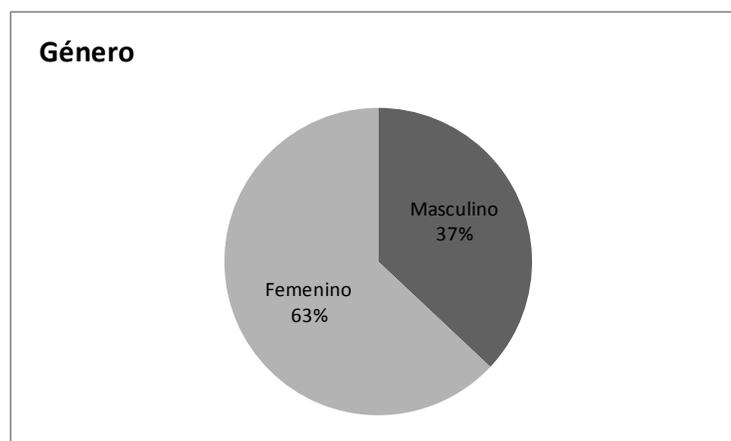
Un análisis más detallado de la tasa de respuesta por Unidades Docentes indica que la participación en la Unidad Docente de Lorca, que es la más pequeña, ha sido plena y algo superior que la registrada en las UDD de Murcia y de Cartagena que cuentan con un mayor número de residentes a su cargo. Una de las razones que podrían explicar también este mayor porcentaje de respuesta se encuentra en el hecho de que la población correspondiente a la UD de Lorca participó en el estudio en su fase de pilotaje, siendo el modo de aplicación del cuestionario diferente al resto. En este caso, los cuestionarios fueron entregados directamente “en mano” a los encuestados por el investigador en cada uno de los centros de salud, mientras que en el resto de las zonas del estudio los cuestionarios fueron enviados por correo postal a los centros para su cumplimentación y posterior devolución.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Porcentaje de respuestas según el género

En principio, la tasa de respuesta obtenida en relación al género es representativa de la población de referencia (21 hombres que representan el 37% de la población frente a 36 mujeres que constituyen el 63% de la misma), pues no hay diferencias estadísticamente significativas entre la población total y la respuesta obtenida.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	M	18	32,7	36,7
	F	31	56,4	63,3
	Total	49	96,0	100,0
Perdidos	Sistema	2	3,9	
Total		51	100,0	

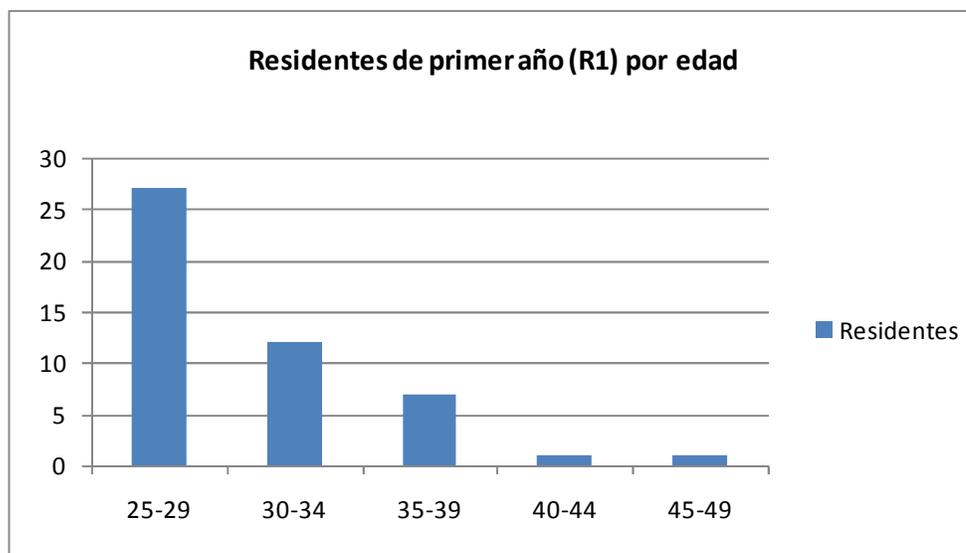


Porcentaje de respuestas según la edad

Al ser una distribución no normal, la descripción se hará básicamente con la media y los valores máximos y mínimos. (v. tabla). Con la respuesta obtenida se revela una media de edad de unos 30 años y la desviación típica de la edad de los residentes es de casi 5 años.

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad	48	94,11%	3	5,88%	51	100,0%

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	48	25	48	30,08	4,972

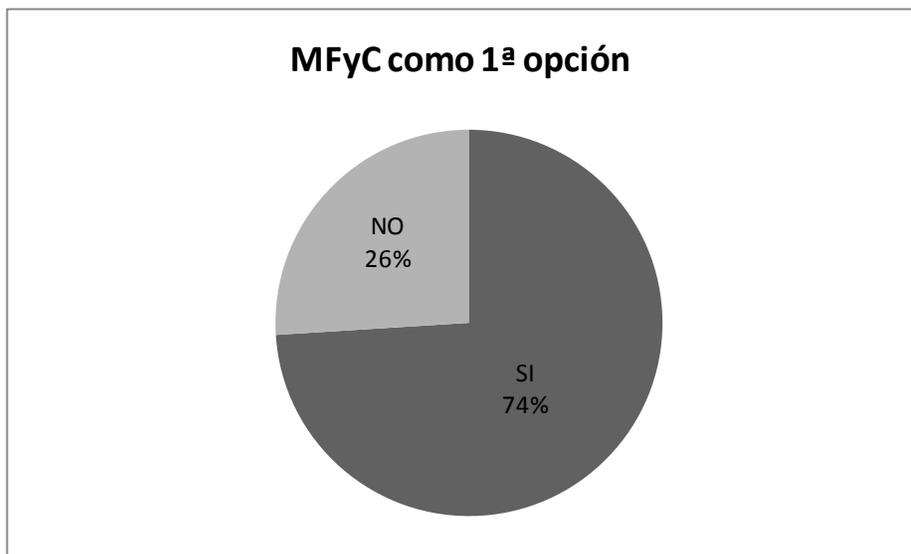


La distribución obtenida de los datos en esta representación gráfica mediante diagrama de barras se parece a la mitad de una Campana de Gauss o curva de distribución normal, lo que por otra parte es lógico, porque la mayor probabilidad de comenzar la residencia se produce en las edades de finalización de la carrera de Medicina. Por ello, la mayor parte de los residentes (27 que constituyen el 56,25% de total) han accedido a la residencia entre los 25 y los 29 años de edad que vendría a ser la convocatoria/s inmediata a su licenciatura.

Medicina de Familia como primera opción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	37	67,3	74,0	74,0
	No	13	23,6	26,0	100,0
	Total	50	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,9		
Total		51	100,0		

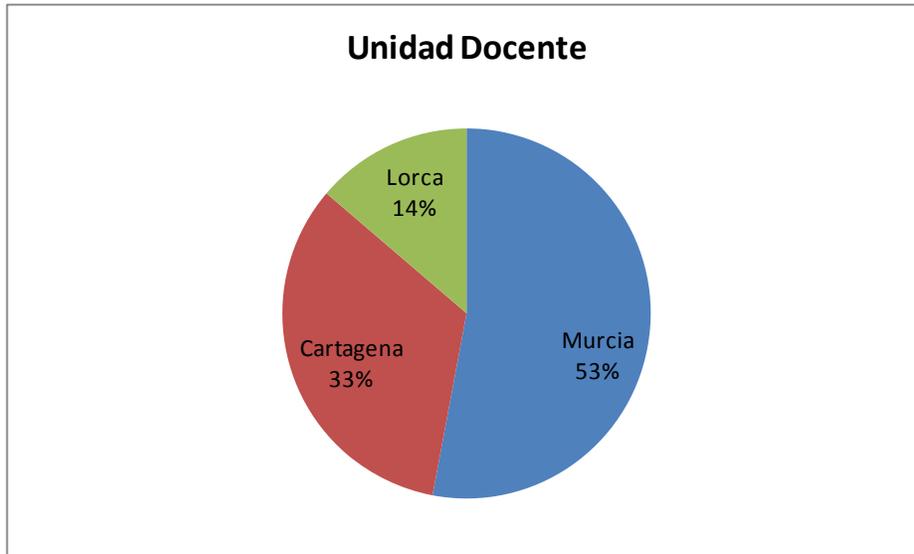
Tal y como se observa en el siguiente gráfico de sectores destacan el 74% de los residentes (37 de 50) que expresan haber escogido la especialidad de Medicina de Familia como primera opción. Según algunos expertos consultados en la toma de decisión sobre esta primera elección pueden confluír tanto cuestiones de tipo práctico (más posibilidades de acceder a una plaza y de encontrar trabajo) como cuestiones de carácter vocacional.



Unidad Docente de referencia

En principio, la tasa de respuesta obtenida en relación a la Unidad Docente es representativa, pues no existen diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de los R1 por las Unidades Docentes (52% de la UD de Murcia; 35% de la UD de Cartagena y 13% de la UD de Lorca) y la respuesta obtenida, que puede observarse en la siguiente tabla:

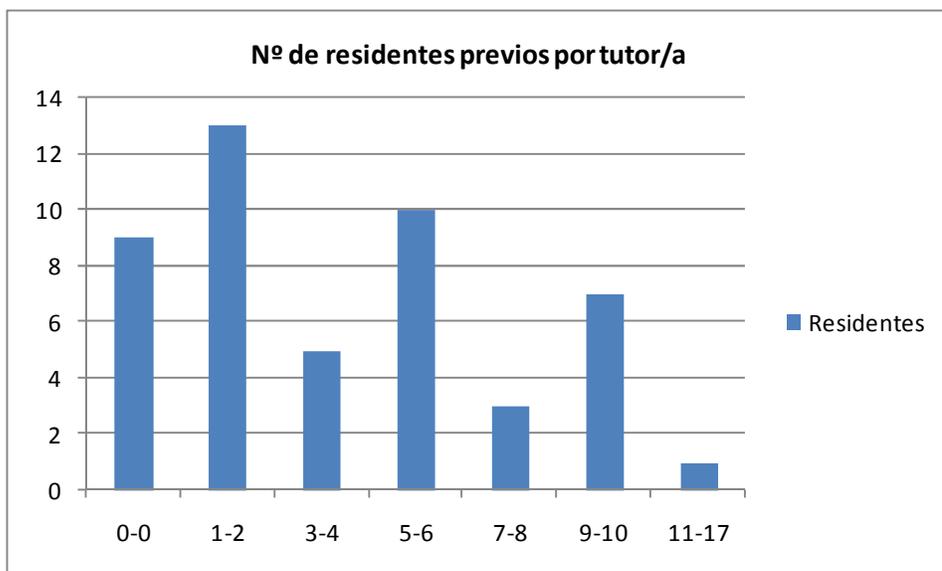
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Cartagena	17	33,3	33,3
	Lorca	7	13,7	13,7
	Murcia	27	52,9	52,9
	Total	51	100,0	100,0



Número de residentes previos por tutor de R1

La respuesta obtenida de los R1 a la pregunta del número aproximado de residentes tutorizados por su tutor a lo largo de su trayectoria docente revela una media de unos 4 residentes por tutor y una desviación típica de 3,85.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nº de Residentes	48	0	17	4,17	3,85



Tanto los valores máximo (17) y mínimo (0) registrados como la distribución del histograma reflejan la enorme variabilidad que presentan los tutores R1 de la red docente en cuanto a su experiencia de tutorización. En este sentido, según la respuesta ofrecida por los R1 existe desde un grupo importante de tutores noveles (9) que se “estrenan” por primera vez hasta otro grupo de unos 8 tutores que parecen haber tutorizado ya a más de 8 residentes a lo largo de toda su carrera docente. Pero además, esta variabilidad puede también ser explicada por la incorporación de tutores en bloque que se produce cuando se acreditan nuevos centros.

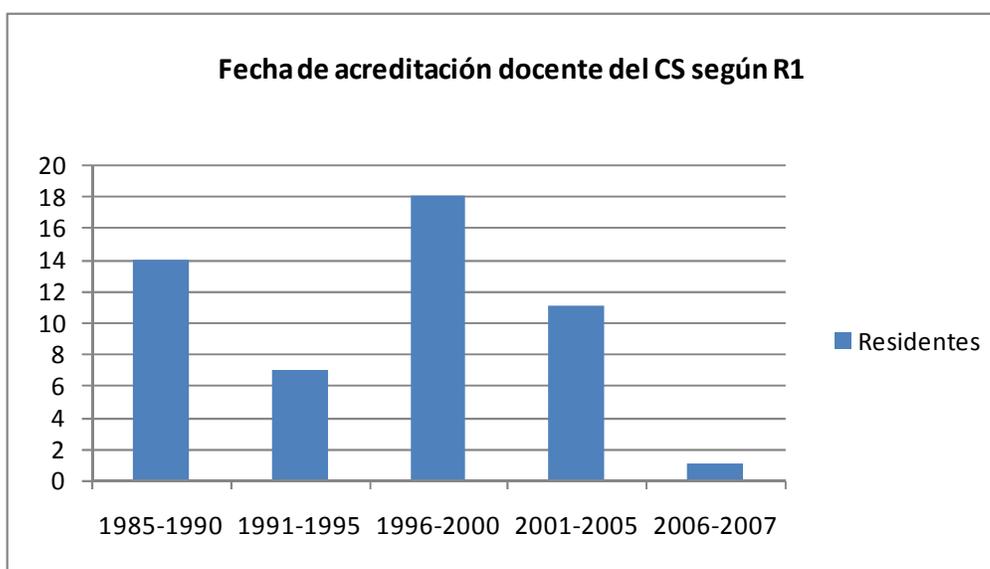
Fecha de acreditación docente del Centro de Salud¹

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
1986	8	15,7	15,7	15,7
1987	6	11,8	11,8	27,5
1992	7	13,7	13,7	41,2
1996	5	9,8	9,8	51,0
1997	3	5,9	5,9	56,9
1999	6	11,8	11,8	68,6
2000	4	7,8	7,8	76,5
2005	11	21,6	21,6	98,0
2007	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

¹ Esta variable (año de acreditación del CS) fue facilitada a los participantes en una tabla incluida dentro del mismo cuestionario como forma fiable de asegurarnos su cumplimiento. Por ello, y como no podía ser de otra manera, existe prácticamente plena coincidencia entre lo contestado en esta pregunta por los residentes de primer año (R1) como por la respuesta dada por sus respectivos tutores.

La respuesta obtenida de los residentes de primer año revela una media de unos 12 años de antigüedad de los centros (desde 1995 aproximadamente) y una diferencia de 21 años entre el valor mínimo registrado (1986) y el valor máximo (2007). Esta importante diferencia se va a manifestar en la dispersión de los datos como ahora veremos gráficamente.

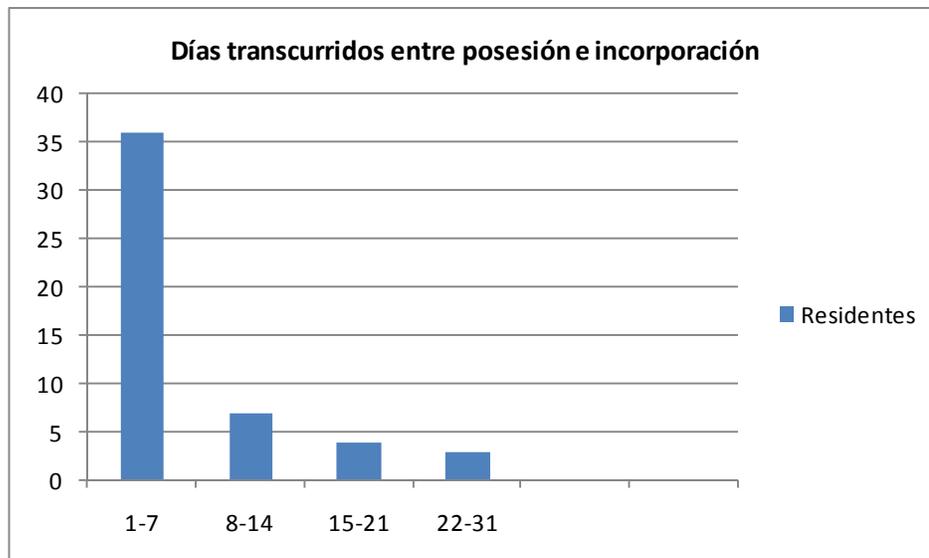
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Fecha acreditación_CS	51	1986	2007	1995,71	7,109



El histograma muestra una gran variabilidad en la distribución de los datos lo que significa que en la red existen desde centros con una gran antigüedad y experiencia docente junto a otros de reciente acreditación. Así, aparecen 14 residentes (27,4%) que manifiestan pertenecer a centros que obtuvieron su acreditación docente en el período comprendido entre 1985 y 1990. Y en el caso opuesto, 1 residente dice pertenecer a un centro que cuenta con la acreditación docente desde ese mismo año (2007). Pero es en el período comprendido entre los años 1996 y 2000 donde se registran el mayor número de casos (18 de 51, lo que equivale al 35,3%).

Días transcurridos entre la toma de posesión en la UD y la incorporación al CS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Días transcurridos entre posesión e incorporación	50	1	30	7,94	7,066

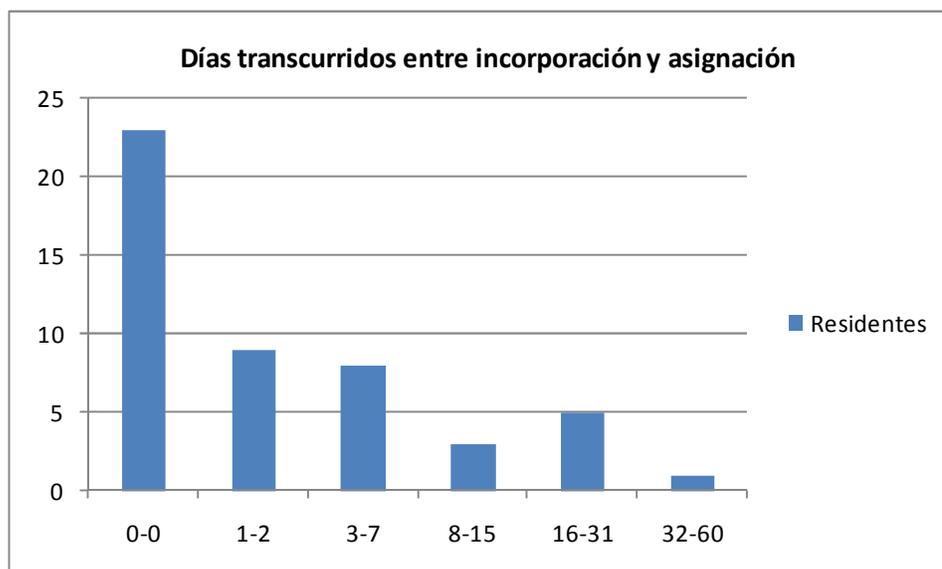


Tal y como muestra el gráfico de barras correspondiente a estos datos la mayor incorporación de los residentes a los centros de salud se produce en la primera semana desde la toma de posesión en la Unidad Docente. Así lo hacen 36 de los 50 residentes que representan el 72% del total. El resto del porcentaje se distribuye en las semanas siguientes hasta alcanzar el valor máximo que se sitúa en los 30 días/mes. Esta variabilidad puede responder al criterio o programación específica de cada Unidad Docente con respecto al proceso de incorporación de los residentes en los distintos centros. Esta lectura coincide con la media de la respuesta obtenida que se sitúa en torno a 8 días y que presenta una desviación típica de 7,06.

Días transcurridos entre la incorporación al CS y la asignación del tutor

La respuesta obtenida a esta cuestión por parte de los residentes de primer año (R1) revela una media de unos 6 días transcurridos y una elevada desviación típica que se sitúa en 11,70.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Días transcurridos entre la incorporación y la asignación de tutor	49	0	60	5,92	11,703



La distribución de los datos que aparece en el gráfico muestra que según la opinión de los R1 en la mayor parte de los casos su tutor de referencia les es asignado el mismo día que se incorporan al centro. Esto ocurre en 26 de los 50 casos posibles que representan el 46% del total). También existe un porcentaje importante de residentes (concretamente 17 que constituyen el 34%) que sitúan este período en la primera semana de incorporación al centro. El resto del porcentaje se distribuye de forma variable hasta alcanzar el valor máximo que se sitúa en los 60 días.

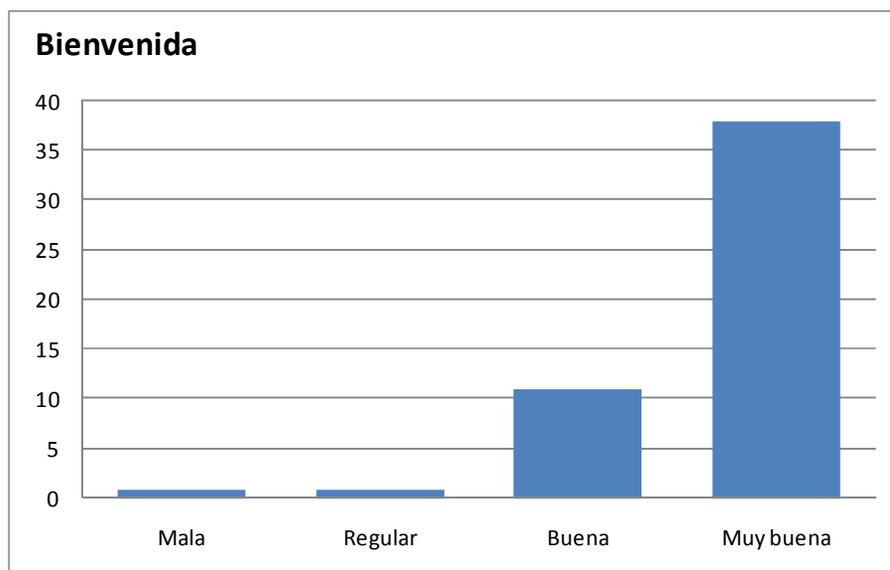
En términos generales, esta variabilidad que aparece representada en los tiempos puede deberse a los distintos procedimientos seguidos para la asignación de tutor en cada centro de salud docente.

RELACIONES PREVIAS ENTRE TUTOR Y RESIDENTE

1. Valoración de la primera acogida y orientación del residente en el Centro de Salud

A. Bienvenida y recibimiento

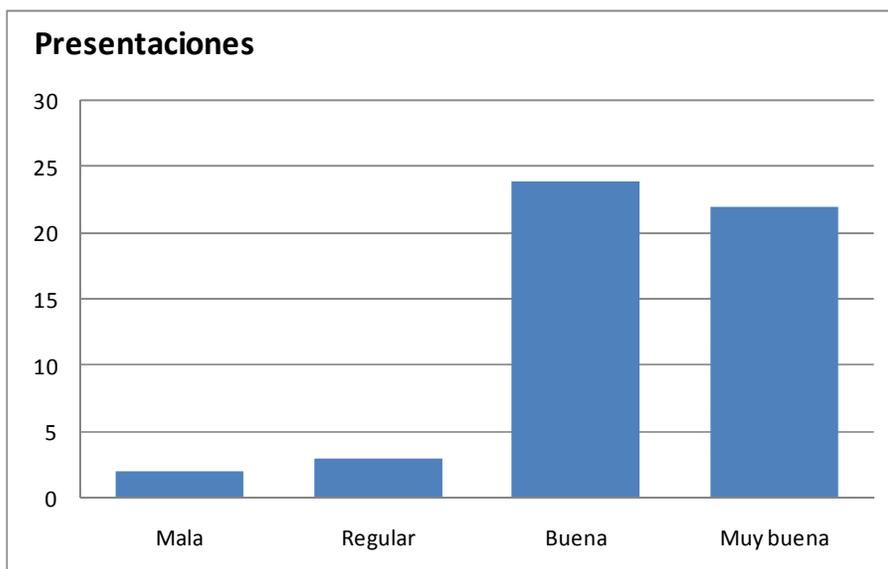
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Mala	1	2,0	2,0
	Regular	1	2,0	2,0
	Buena	11	21,6	21,6
	Muy buena	38	74,5	74,5
	Total	51	100,0	100,0



En términos generales, la información obtenida revela una *muy buena* valoración de los residentes de primer año (38 casos de los 51 posibles que equivalen a más del 74% del total) en lo que se refiere a cómo ellos han percibido que ha sido su bienvenida y el recibimiento en el centro de salud. Existe además otro grupo de unos 11 residentes (22%) que valoran como *bueno* este aspecto. Por el contrario, hay 2 de ellos que valoran más negativamente su bienvenida en el centro, uno la califica como *regular* y el otro como *mala*.

B. Presentaciones del personal del Centro

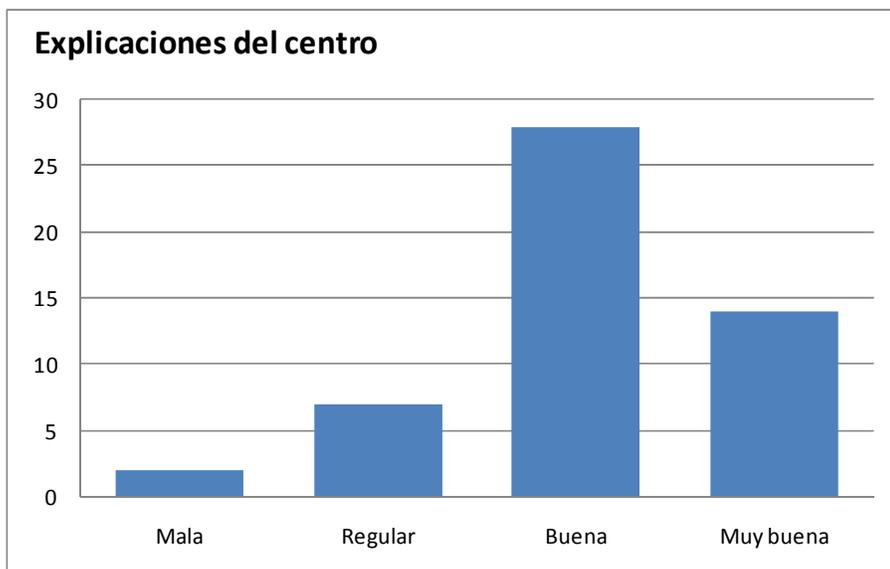
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Mala	2	3,9	3,9
	Regular	3	5,9	5,9
	Buena	24	47,1	47,1
	Muy buena	22	43,1	43,1
	Total	51	100,0	100,0



En cuanto al tema de su presentación al resto del Equipo de Atención Primaria (EAP) y personal del centro, los R1 también valoran muy positivamente este importante aspecto de su acogida con los siguientes datos: 22 (43%) de ellos valoran como *muy buena* la forma en que se produjo dichas presentaciones, 24 (47%) como *buena*, 3 (6%) como *regular* e incluso hay 2 residentes que manifiestan que *mala*.

C. Explicaciones estructurales y logísticas del Centro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Mala	2	3,9	3,9
	Regular	7	13,7	13,7
	Buena	28	54,9	54,9
	Muy buena	14	27,5	27,5
	Total	51	100,0	100,0



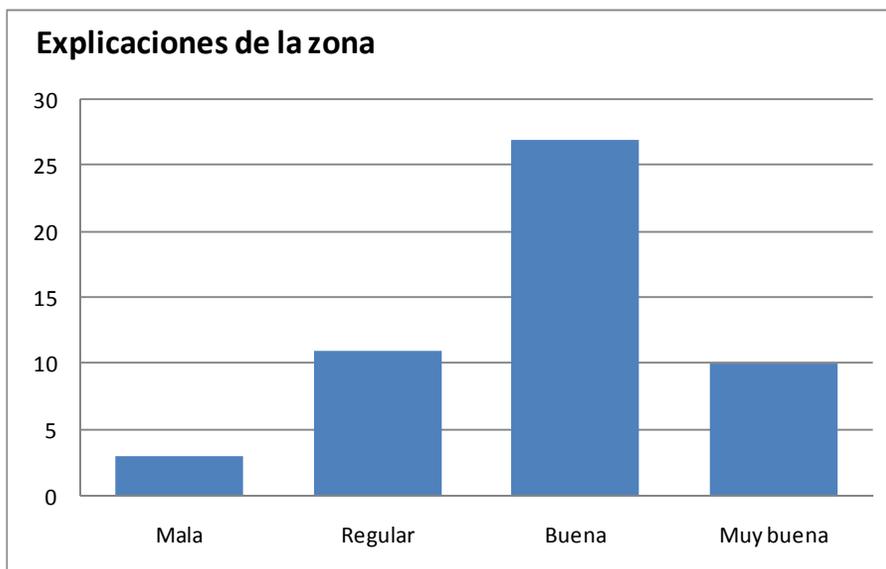
Una valoración algo más modesta hacen los R1 acerca de la información que les fue facilitada durante esta primera acogida en lo que se refiere a la estructura y la organización del centro de salud con el propósito de que no se sintiesen perdidos y desubicados durante estos primeros días. Así la información obtenida revela que: 14 de ellos (28%) le otorgan una *muy buena* valoración a esta cuestión y 28 (55%) la valoran como *buena*. Sin embargo, aparece registrado un grupo importante de residentes (9) que se muestran más críticos con este asunto, valorándolo 7 de ellos (14%) como *regular* e incluso 2 como *mala*.

D. Explicaciones de la Comunidad y de la zona de salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Mala	3	5,9	5,9
	Regular	11	21,6	21,6
	Buena	27	52,9	52,9
	Muy buena	10	19,6	19,6
	Total	51	100,0	100,0

Por otro lado, en lo que concierne a la información que les fue facilitada en lo que se refiere a los principales aspectos de la Comunidad y de la zona de salud en la que se ubica el centro, los residentes (R1) hacen también una valoración algo más modesta que en los casos anteriores. Así, un número importante de ellos (14 que

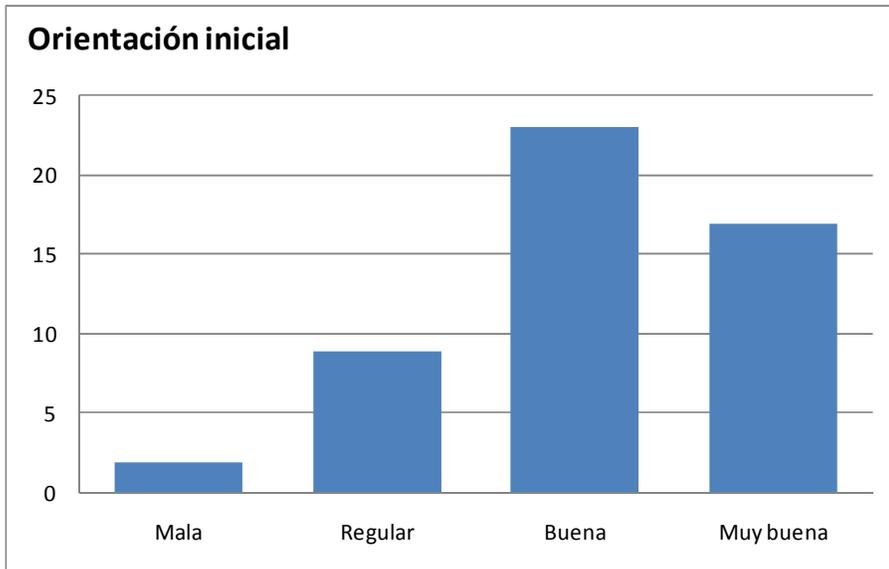
constituyen el 27,45%) aseguran que podía haber sido *mejorable* la explicación y asesoramiento ofrecido por el tutor o responsables del centro en este sentido. No obstante, la mayor parte de los residentes la valoran como *buena* (27 de 51 que representan al 53% del total) e incluso 10 de ellos (19%) como *muy buena*.



E. Orientación inicial de su actividad en el Centro

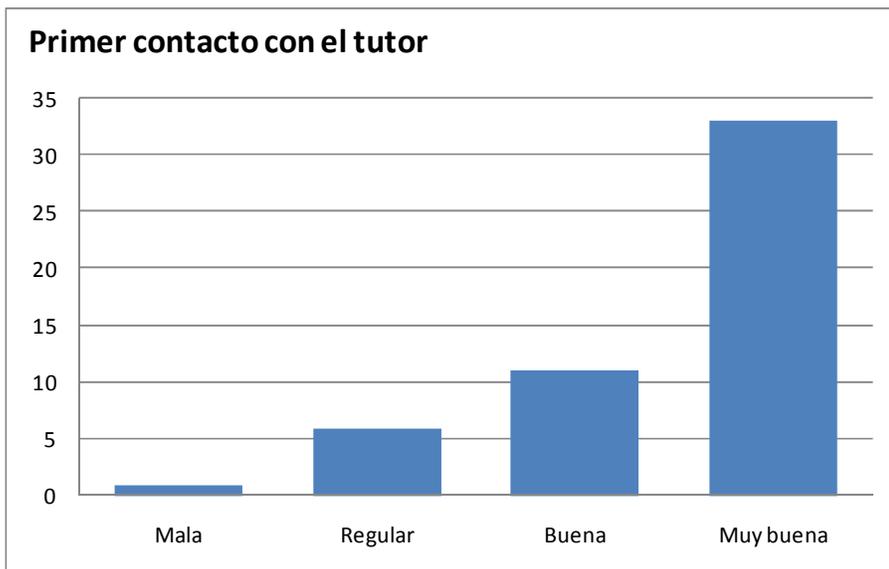
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Mala	2	3,9	3,9
	Regular	9	17,6	17,6
	Buena	23	45,1	45,1
	Muy buena	17	33,3	33,3
	Total	51	100,0	100,0

En lo que se refiere a la orientación inicial de su actividad en el centro de salud, la información obtenida de los residentes (R1) revela los siguientes resultados: 23 de ellos (45%) cree que ésta ha sido *buena*, 17 (33%) *muy buena*, 9 (18%) *regular* y para sólo 2 (4%) de ellos ha sido *mala*.



F. Primer contacto con el tutor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Mala	1	2,0	2,0
	Regular	6	11,8	11,8
	Buena	11	21,6	21,6
	Muy buena	33	64,7	64,7
	Total	51	100,0	100,0



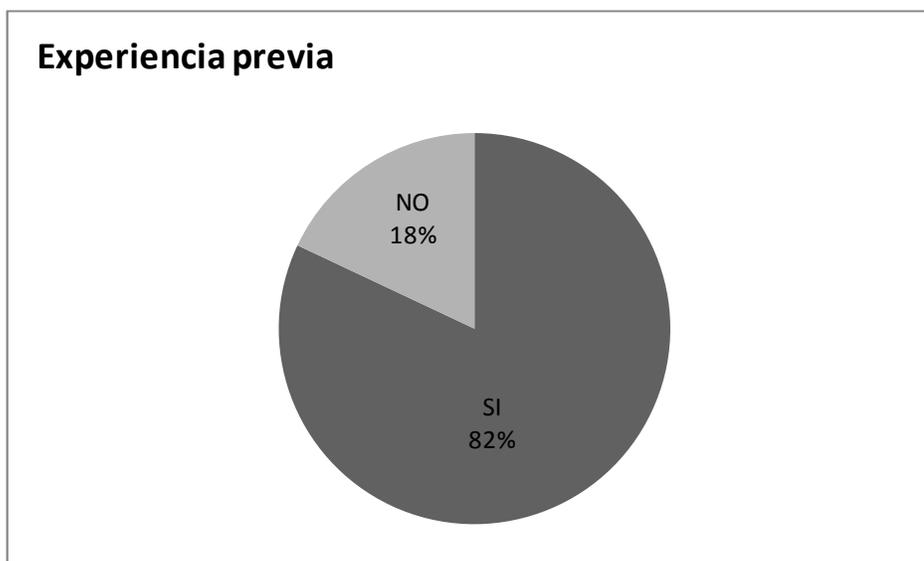
De todos los aspectos importantes a tener en cuenta en el proceso de acogida del residente de primer año en su rotación inicial en el centro de salud el mejor valorado por los residentes (R1) es, sin duda, el primer contacto establecido entre ambos (tutor y residente). Así, la información obtenida muestra: que 33 residentes (65%) califican como *muy bueno* este primer contacto; 11 como *bueno* (21%), 6 como *regular* y sólo 1 de ellos, que representa el 2% lo valora como *mal*.

PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE

2. Valoración inicial y diagnóstica del residente en lo que respecta a:

A. Experiencia previa

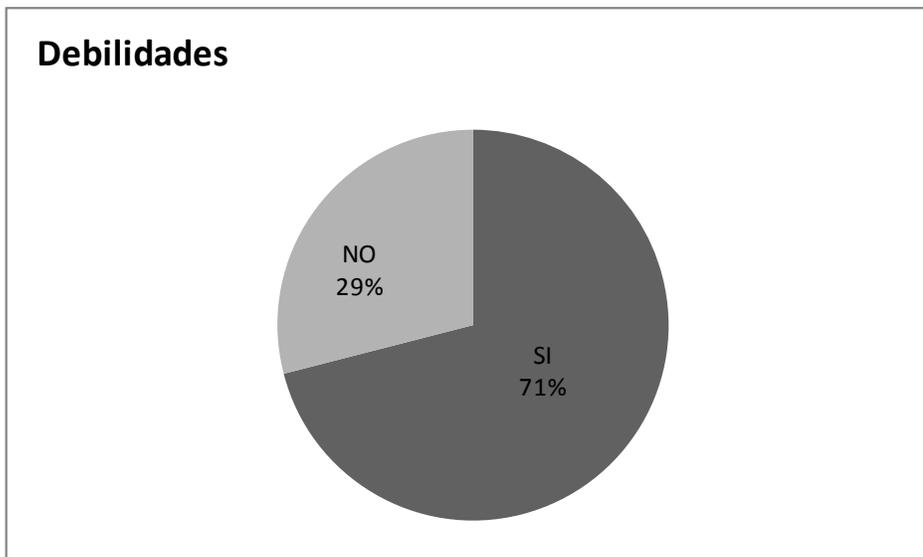
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	42	82,4	82,4
	No	9	17,6	17,6
	Total	51	100,0	100,0



La mayor parte de los residentes (R1) consultados (42 de 51 que representan el 82%) aseguran que durante este primer mes de formación en el centro, su tutor les preguntó por su *experiencia previa* en general y en concreto con la Medicina de Familia. Y por el contrario, son 9 los residentes (18%) los que aseguran lo contrario.

B. Debilidades

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	36	70,6	70,6
	No	15	29,4	29,4
	Total	51	100,0	100,0

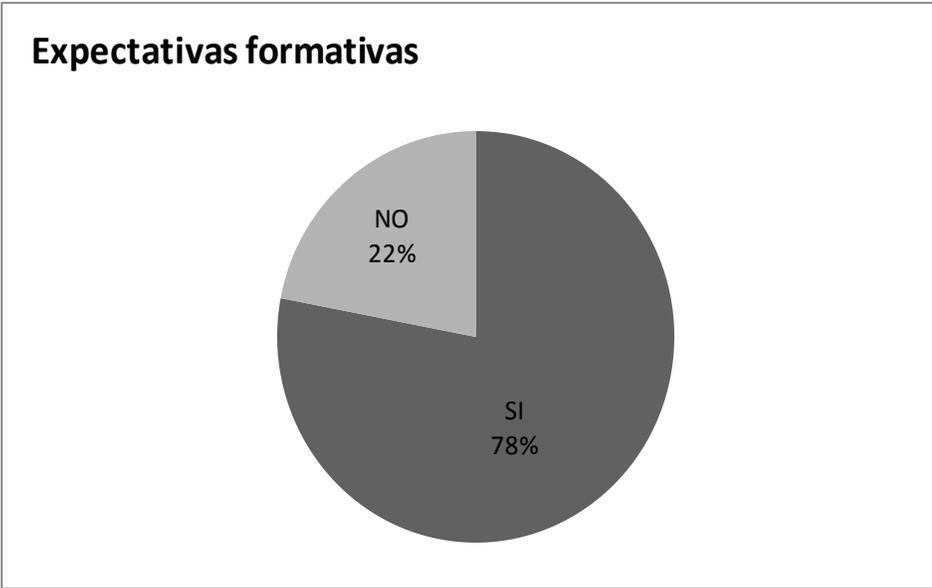


En relación a si su tutor les preguntó a ellos en algún momento por sus *debilidades* o las áreas en las que se sentían más flojos durante su primer mes de formación en el centro las respuestas dadas por los propios residentes (R1) se manifiestan en los siguientes términos: mientras 36 de ellos (71%) afirman que si se les preguntó, 15 (29%) aseguran lo contrario.

C. Expectativas formativas

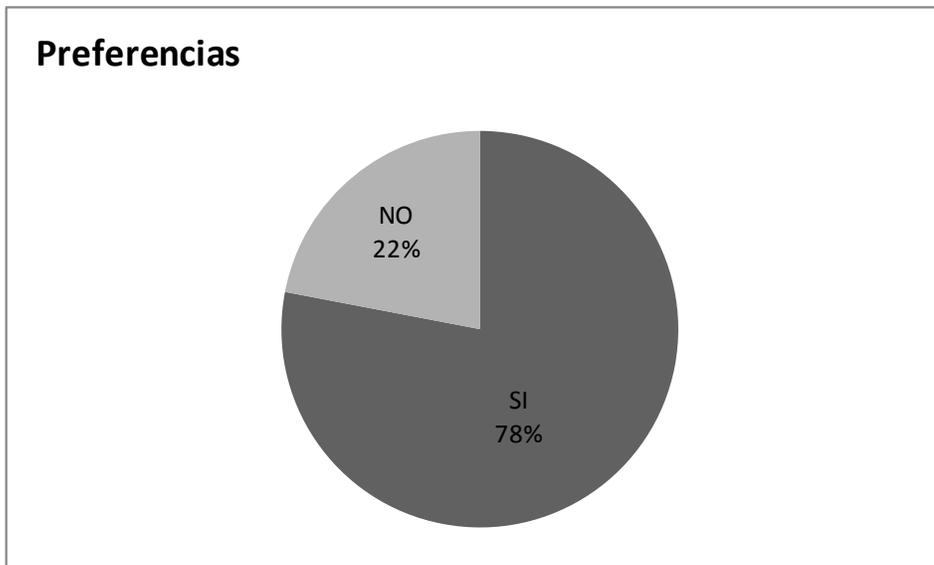
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	40	78,4	78,4
	No	11	21,6	21,6
	Total	51	100,0	100,0

En relación a si su tutor les preguntó a ellos en algún momento por sus *expectativas formativas* durante su rotación inicial por el centro de salud aunque la mayor parte de los R1 aseguran que sí (40 de 51 que representan el 78%), existe un grupo importante de ellos (11 que constituyen el 22%) que aseguran lo contrario.



D. Deseos/preferencias de aprendizaje

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	40	78,4	78,4
	No	11	21,6	21,6
	Total	51	100,0	100,0



En cuanto a si su tutor les preguntó a ellos en algún momento durante este primer mes de formación en el centro de salud por sus *deseos de aprendizaje* la respuesta ofrecida por los residentes de primer año (R1) es idéntica a la dada en la cuestión anterior (expectativas formativas). Así, mientras 40 de ellos afirman que si se tuvo en cuenta sus preferencias en el aprendizaje (78%), 11 (que constituyen el 22%) aseguran lo contrario.

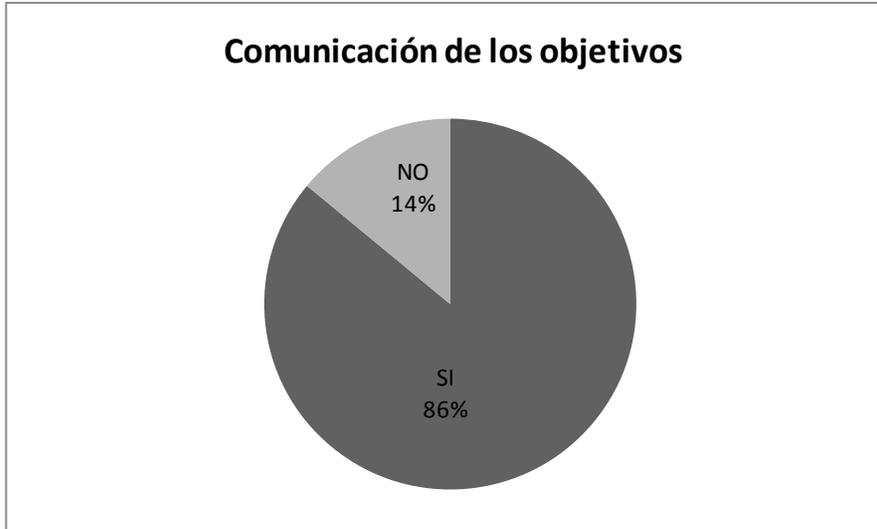
Comentario general: La respuesta obtenida por parte de los residentes (R1) revela que en la evaluación inicial y/o diagnóstica que les realizó su tutor se tuvieron muy en cuenta las 4 dimensiones exploradas en nuestro cuestionario (su experiencia previa, sus debilidades, sus expectativas formativas y sus deseos de aprendizaje). Ahora bien, no todas son consideradas igual. Así, la *experiencia previa* aparece en primer lugar, seguida de *las expectativas y preferencias formativas*. Y con algo menos de incidencia nos encontramos las *debilidades o áreas de mejora del residente*. La tabla que sigue a continuación confirma numéricamente este comentario:

	Experiencia	Debilidades	Expectativas	Preferencias
SI	42	36	40	40
%	82,35%	70,59%	78,43%	78,43%

3. Comunicación de los objetivos formativos al residente

A la pregunta: ¿en alguna ocasión estableciste con tu tutor o te indicó lo que debías aprender durante la rotación? La mayor parte de los residentes consultados (44 de 51) responden afirmativamente como queda reflejado en la tabla resumen y en el gráfico que siguen a continuación:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	44	86,3	86,3
	No	7	13,7	13,7
	Total	51	100,0	100,0



A. Forma en la que quedó constancia de la comunicación de los objetivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Verbalmente	37	72,5	84,1
	Por escrito	1	1,9	2,3
	Ambas	6	11,7	13,6
	Total	44	86,2	100,0
Perdidos	Sistema	7	13,7	
Total		51	100,0	

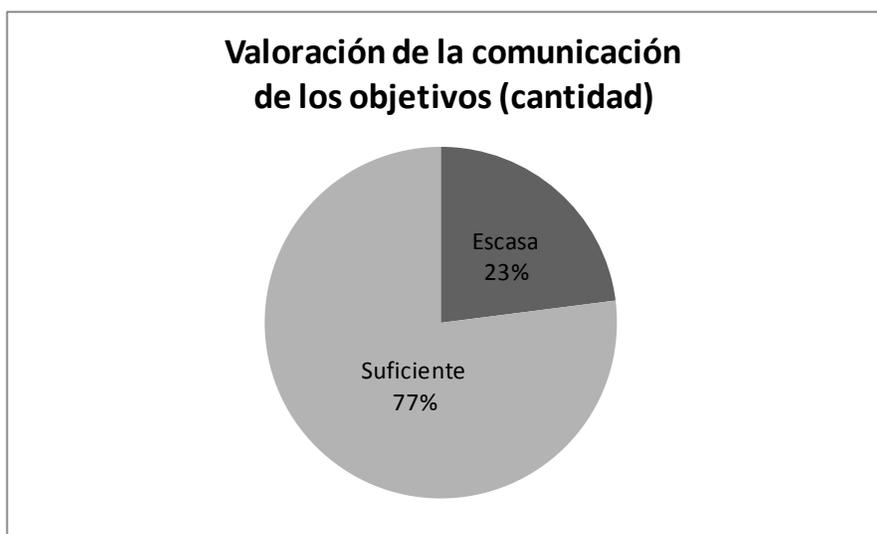


Según la respuesta ofrecida por los residentes (R1), la forma más común en la que se produjo la comunicación de los objetivos docentes por parte de sus respectivos tutores fue *verbalmente* con un 84% de los casos registrados que corresponden a 37 residentes de los 44 posibles. El resto del porcentaje (14%) pertenece a 6 residentes que aseguran que sus tutores le comunicaron los objetivos tanto verbalmente como por escrito (*ambas formas*). Se registra sólo el caso de 1 residente que afirma que su tutor le indicó lo que debía aprender únicamente *por escrito*.

A. Valoración de la comunicación de los objetivos formativos

En términos de cantidad:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Suficiente	33	64,7	76,7
	Escasa	10	19,6	23,3
	Total	43	84,3	100,0
Perdidos	Sistema	8	15,7	
Total		51	100,0	



En cuanto a cómo fue, en términos de cantidad, esa comunicación de los objetivos docentes efectuada por los tutores, aunque la mayor parte de los residentes R1 (33) creen que fue *suficiente* (77%), hay 10 ellos que la consideran *escasa* (23%).

En términos de calidad:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Regular	7	13,7	15,9
	Buena	25	49,0	56,8
	Muy buena	12	23,5	27,3
	Total	44	86,3	100,0
Perdidos	Sistema	7	13,7	
Total		51	100,0	



En cuanto a cómo fue, en términos de calidad, esa misma comunicación de los objetivos docentes, los residentes (R1) consultados la valoran del siguiente modo: 12 de ellos como *muy buena* (27%), 25 como *muy buena* (57%) y 7 como *regular* (16%).

4. *Valoración del peso de una serie de elementos en el diseño del plan de formación del residente*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Necesidad de aprendizaje	48	0	50	27,02	10,817
Expectativas formativas	48	0	40	22,27	9,059
Experiencia del tutor	48	10	50	28,52	10,454
Programa de la especialidad	48	0	80	22,19	16,532

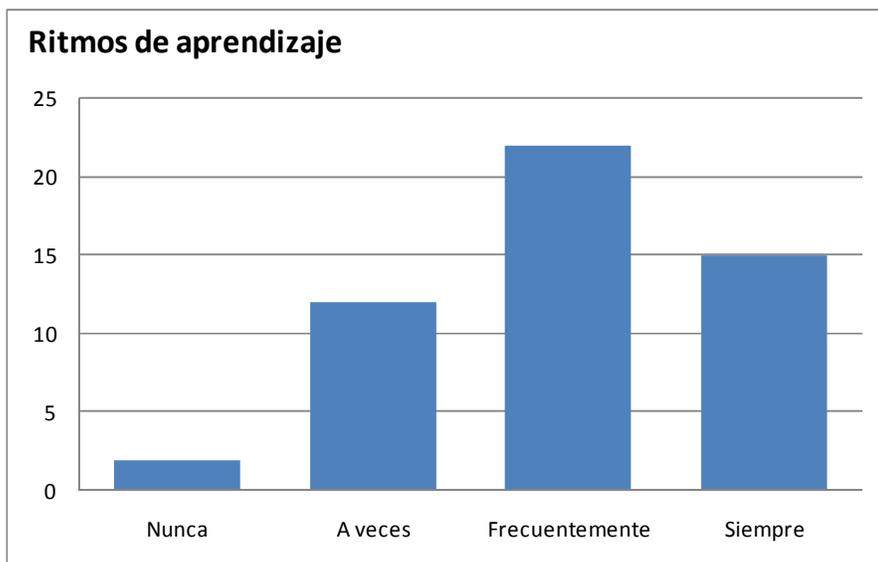


La respuesta obtenida de los residentes a la pregunta del peso que crees que tienen una serie de elementos en el diseño de su plan de formación revela los siguientes datos: en opinión de los R1 el *criterio y experiencia del tutor* es el que tiene una mayor importancia con una media del 29%; seguido de sus *necesidades de aprendizaje* (27%) y de *sus expectativas formativas* (22%). En último lugar, aunque muy de cerca del anterior, los residentes sitúan el *Programa de la Especialidad*.

5. Consideración de los ritmos de aprendizaje del residente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	2	3,9	3,9
	A veces	12	23,5	23,5
	Frecuentemente	22	43,1	43,1
	Siempre	15	29,4	29,4
	Total	51	100,0	100,0

A la pregunta: ¿crees que tu tutor tuvo en cuenta tus ritmos de aprendizaje en la selección y secuenciación de lo que debías aprender cada momento? Aunque la mayor parte de los residentes consultados (22 de 51 que constituyen el 43% del total) responden que sus tutores consideraron sus ritmos de aprendizaje de manera *frecuente*, existe un grupo importante de ellos (15) que afirma que esto fue *siempre* así. Por otro lado, existe otro grupo con una opinión más negativa. Así, para 12 de ellos sus tutores sólo tuvieron en cuenta su ritmo de aprendizaje en *determinadas ocasiones* e incluso hay 2 que aseguran que en su caso *nunca* lo consideraron.

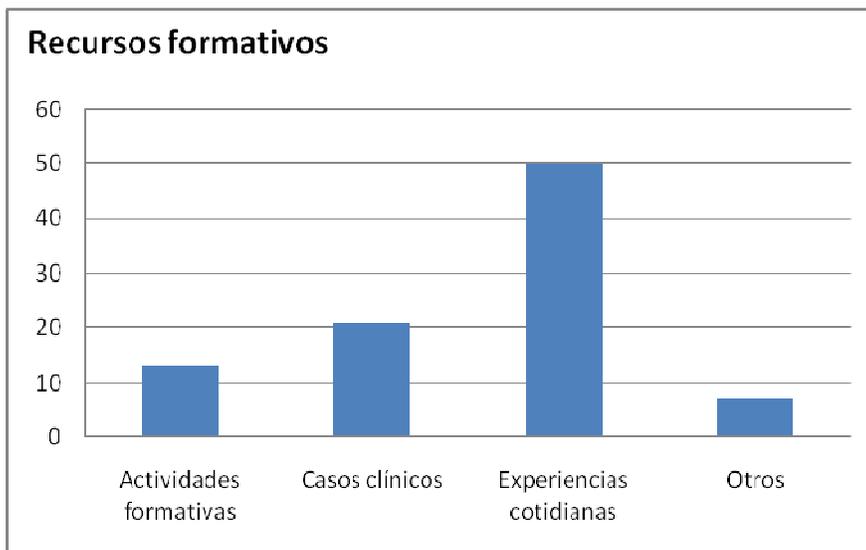


6. Recursos formativos utilizados por el tutor

A la pregunta: ¿qué recursos formativos utilizó tu tutor en tu proceso de aprendizaje? La respuesta dada por los residentes (R1) aparece reflejada en la tabla resumen que sigue a continuación:

Opciones	Frecuencia	% (91)	% (51)
Actividades formativas	13	15,28	25,49
Casos clínicos	21	23,07	41,17
Experiencias cotidianas	50	54,94	98,03
Otros	7	7,69	13,72
Total	91 ²	100,0	100,0

² El que en esta pregunta se hayan recogido más respuestas (n=91) que el número total de residentes (R1) que cumplieron finalmente el cuestionario (n=51) responde a que en ella estaba permitido marcar más de una opción.

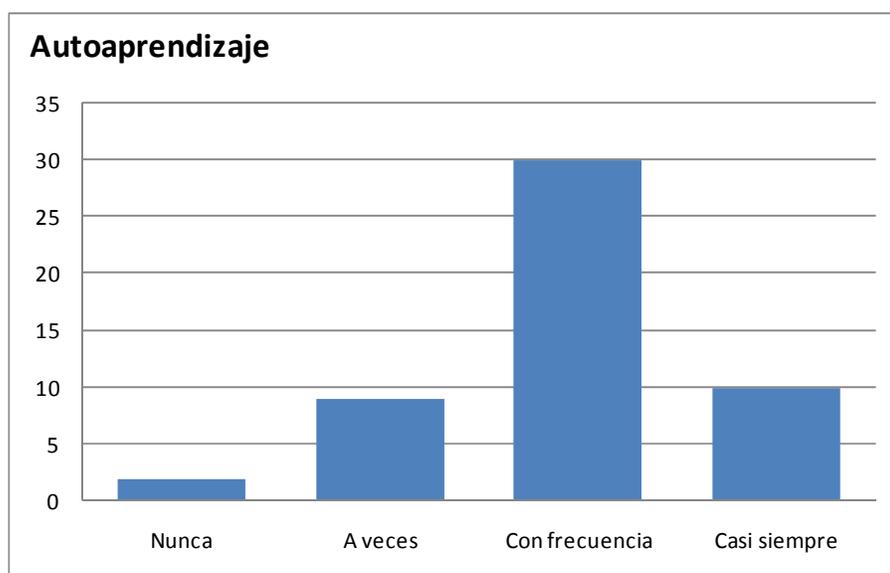


Los datos obtenidos revelan que el aprovechamiento por parte del tutor de las *experiencias cotidianas* del día a día como oportunidades de aprendizaje constituye la opción más señalada por los residentes con 50 casos que representan el 54% del total. Le siguen aunque con un porcentaje de elección bastante menor (23%) el empleo de *casos clínicos* como recurso formativo. Con algo menos de incidencia (15%) se sitúan aquellas *actividades diseñadas específicamente con fines formativos*. Y por último, señalar también que en la casilla de “*otros*” con un 8% se han recogido 7 aportaciones distintas con el siguiente contenido: repaso de patologías diversas, sesiones clínicas y guías, artículos y revisiones publicadas, aprendizaje dirigido, casos personales del tutor.

7. Frecuencia de utilización de determinados métodos docentes:

Autoaprendizaje:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	2	3,9	3,9
	A veces	9	17,6	17,6
	Con frecuencia	30	58,8	58,8
	Casi siempre	10	19,6	19,6
	Total	51	100,0	100,0

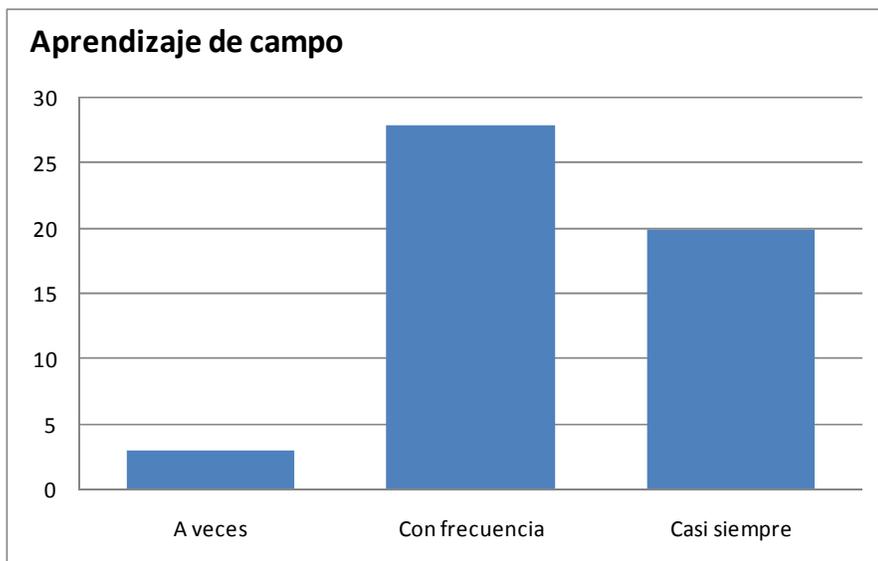


A la pregunta ¿con qué frecuencia utilizasteis el autoaprendizaje como método docente durante tu primer mes de formación en el centro de salud? los residentes (R1) consultados responden del siguiente modo: 30 de ellos dicen que *con frecuencia* (59%), 9 que *a veces* (17%) y 10 que *casi siempre* (20%). Por el contrario, son 2 los residentes (4%) que aseguran no haber utilizado *nunca* el autoaprendizaje.

Aprendizaje de campo:

A este asunto los residentes de primer año responden del siguiente modo: 28 de ellos dicen que utilizaron el aprendizaje de campo *con frecuencia* (55%), 20 que *casi siempre* (39%) y sólo 3 que *en determinadas ocasiones* (6%). Podemos observar gráficamente esta distribución en el diagrama de barras que se muestra a continuación:

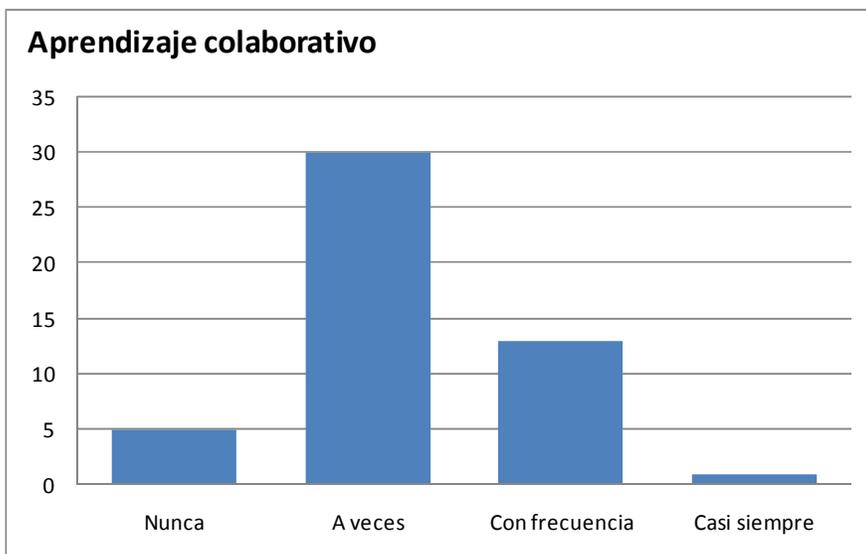
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	A veces	3	5,9	5,9
	Con frecuencia	28	54,9	54,9
	Casi siempre	20	39,2	39,2
	Total	51	100,0	100,0



Aprendizaje colaborativo:

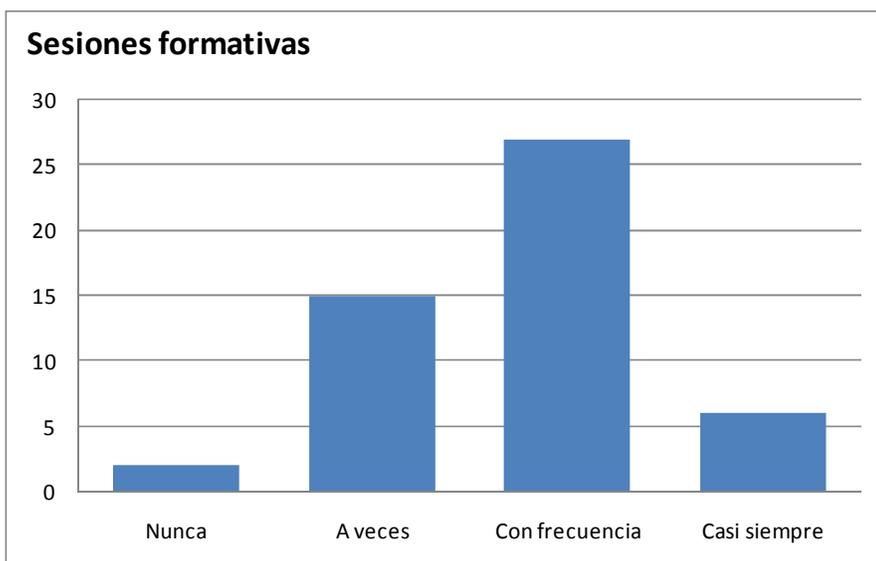
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	5	9,8	10,2
	A veces	30	58,8	61,2
	Con frecuencia	13	25,4	26,5
	Casi siempre	1	1,9	2,0
	Total	49	96,0	100,0
Perdidos	Sistema	2	3,9	
Total		51	100,0	

A la pregunta ¿con qué frecuencia utilizasteis el aprendizaje colaborativo como método docente durante tu primer mes de formación en el centro de salud? los residentes (R1) responden: 30 de ellos que *a veces* (61%), 13 que *con frecuencia* (27%) y sólo 1 que *casi siempre* (2%). Por el contrario, son 5 los residentes (10%) que reconocen que *nunca* han trabajado en grupo.



Sesiones formativas:

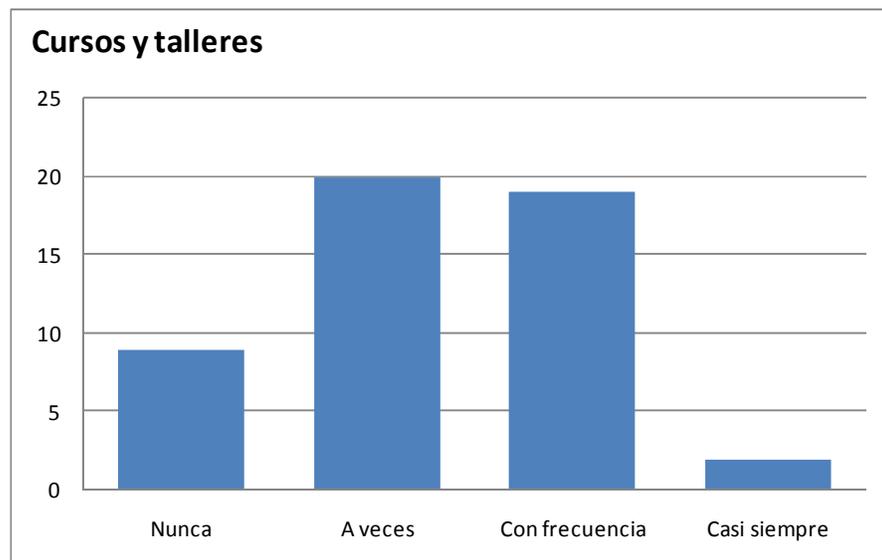
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	2	3,9	4,0
	A veces	15	29,4	30,0
	Con frecuencia	27	52,9	54,0
	Casi siempre	6	11,7	12,0
	Total	50	98,0	100,0
Perdidos	Sistema	1	1,9	
Total		51	100,0	



A la pregunta ¿con qué frecuencia utilizasteis las sesiones formativas como método docente durante tu primer mes de formación en el centro de salud? los residentes consultados (R1) responden del siguiente modo: 27 de ellos dicen que *con frecuencia* (54%), 15 que *a veces* (30%) y 6 que *casi siempre* (12%). Por el contrario, se registra el caso de 2 residentes que responden que *nunca* hicieron uso de las sesiones formativas como método docente.

Cursos, talleres:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	9	17,6	18,0
	A veces	20	39,2	40,0
	Con frecuencia	19	37,2	38,0
	Casi siempre	2	3,9	4,0
	Total	50	98,0	100,0
Perdidos	Sistema	1	1,9	
Total		51	100,0	



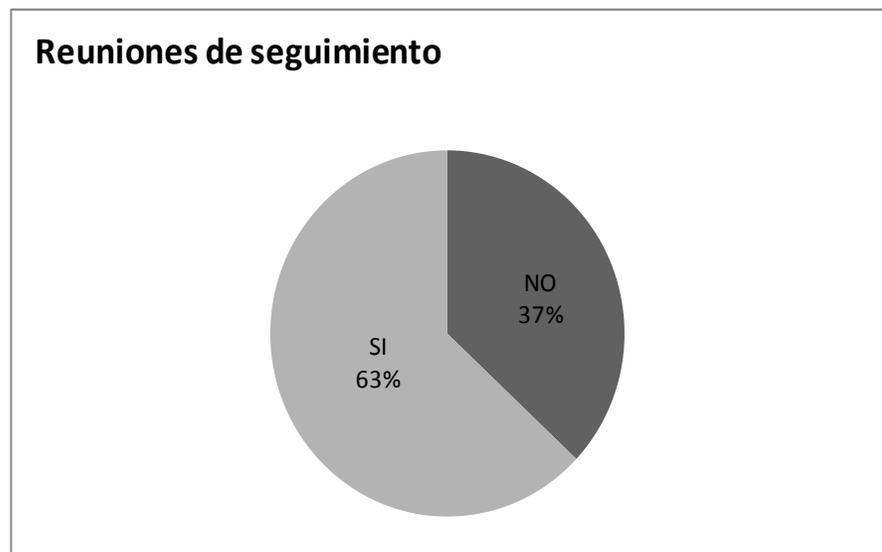
Referido al tema de la utilización de los cursos y talleres como métodos docentes los residentes consultados responden 20 de ellos que sólo los utilizaron *a veces* (40%), 19 que *con frecuencia* (38%), y hasta 2 de ellos que *casi siempre* (4%). Por el contrario, son 9 los residentes (18%) que aseguran no haber realizado *ningún* curso y/o taller durante este primer mes de formación.

En términos generales y, según la respuesta dada por los residentes (R1), en su rotación inicial por el centro de salud se emplearon todos los métodos docentes recomendados por el Programa Oficial de la Especialidad, aunque eso sí unos en mayor medida o insistencia que otros. Así, el *aprendizaje en el contexto real o de campo* aparece en primer lugar, seguido del *autoaprendizaje*. Después en una proporción parecida aparecen el resto (*las sesiones formativas, el aprendizaje colaborativo y los cursos*). La tabla que sigue a continuación confirma numéricamente este comentario:

METODOS	AUTOAPR.	A. CAMPO	COLABOR.	SESIONES	CURSOS
Nunca	2	0	5	2	9
A veces	9	3	30	15	20
C frecuencia	30	28	13	27	19
Siempre	10	20	1	6	2

8. Reuniones de seguimiento / de evaluación formativa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	32	62,7	62,7
	No	19	37,3	37,3
	Total	51	100,0	100,0

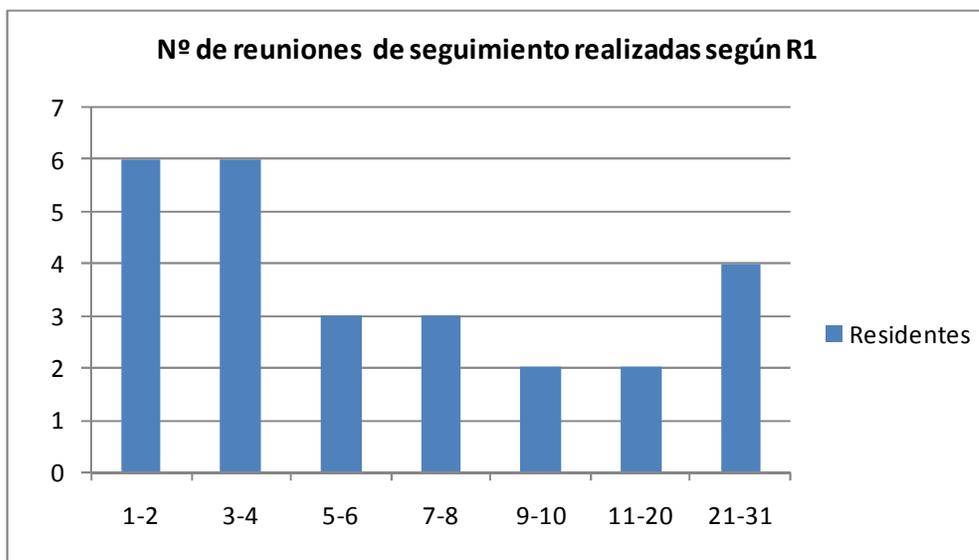


A la pregunta: ¿tu tutor, en algún momento, mantuvo contigo reuniones para analizar cómo se estaba desarrollando tu formación e intentar corregir los posibles puntos débiles? Aunque la mayor parte de los residentes (R1) (32 de 51 que representan el 63% del total) aseguran el haberlas mantenido, existe un grupo importante de 19 residentes (37%) que afirman lo contrario.

A. Número de reuniones/entrevistas de evaluación realizadas

La respuesta obtenida revela una media de casi 10 reuniones de seguimiento realizadas y una desviación típica de 10,28. Es muy elevado el número de sujetos que se pierden (21), es decir, que no contestan por haber reconocido no haber mantenido dichas reuniones.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nº de reuniones	26	1	31	9,46	10,289



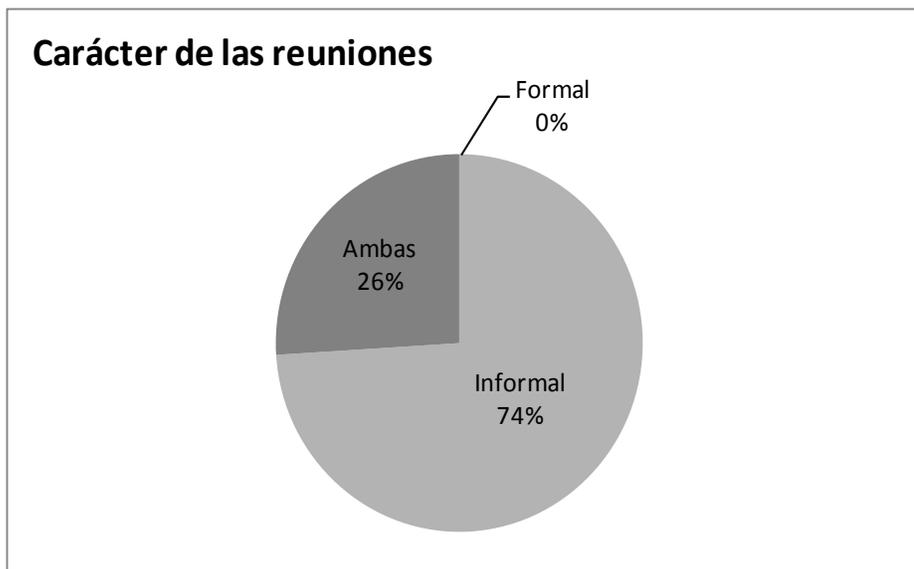
Tanto los valores mínimo (1 reunión) y máximo (31) registrados como la representación resultante del gráfico de barras muestran claramente una gran variabilidad en la contestación. No obstante parece que lo más se repite en la contestación de los residentes (R1), es que durante este primer mes de su formación en el centro de salud, se realizaron entre 1 y 4 de estas reuniones con un total de 12

casos registrados (de los 26 posibles) que corresponde a un porcentaje cercano al 47%. El resto del porcentaje se reparte de manera más desigual. Es de destacar, que son 4 los residentes que cifraron en 30-31 el número de reuniones mantenidas a lo largo de este primer mes, pudiendo significar posiblemente que cada día mantuvieron un encuentro de este tipo con sus respectivos tutores.

B. Carácter de las reuniones/entrevistas de evaluación realizadas

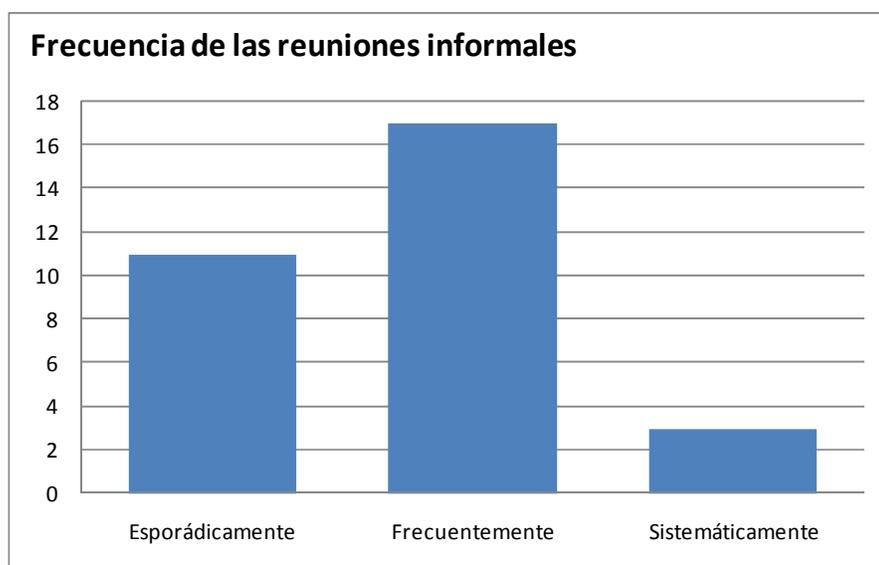
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Ambas	8	15,6	25,8
	Informal	23	45,0	74,2
	Total	31	60,7	100,0
Perdidos	Sistema	20	39,2	
Total		51	100,0	

El gráfico que sigue a continuación muestra claramente que según la respuesta dada por los residentes (R1), las reuniones o contactos de tipo *informal* son los más frecuentes (23 de los 31 posibles que representan el 74%). Por otro lado, 8 de ellos (26%) afirman haber mantenido *tanto reuniones formales como informales*.



C. Frecuencia de las reuniones informales realizadas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Esporádicamente	11	21,5	35,5
	Frecuentemente	17	33,3	54,8
	Sistemáticamente	3	5,8	9,7
	Total	31	60,7	100,0
Perdidos	Sistema	20	39,2	
Total		51	100,0	



La respuesta obtenida revela que más de la mitad de los R1 consultados (17 de 31 que representan el 55% del total) aseguran haber mantenido de manera *frecuente* reuniones de evaluación de tipo informal con su tutor. No obstante, aunque la tendencia principal apunta en este sentido, se han registrado también otras respuestas que señalan una frecuencia distinta en que se produjeron dichas reuniones: por un lado, una frecuencia más *esporádica* (con 11 casos que constituyen el 35%) y por el otro, aunque bastante menor incidencia otra frecuencia más *sistemática* (con sólo 3 casos que suponen el 10% del total).

D. Temas tratados en las reuniones/entrevistas realizadas

A la pregunta: ¿cuáles fueron los temas que se trataron en dichas reuniones-entrevistas de tutorización? La respuesta dada por los residentes aparece reflejada en la tabla resumen que sigue a continuación:

Opciones	Frecuencia	% (79)	% (31)
Definición de objetivos	17	21,51	54,8
Organización actividad	16	20,25	51,6
Dificultades surgidas	24	30,37	77,4
Progreso del proceso	20	25,31	64,5
Otros	2	2,53	6,4
Total	79	100,0	100,0

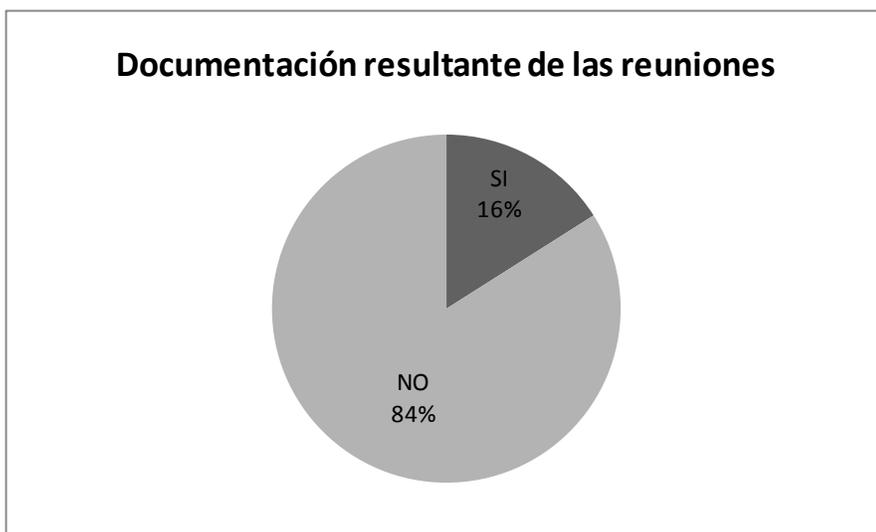
Según la respuesta obtenida de los residentes (R1) el tema más recurrente en las reuniones de seguimiento mantenidas con sus respectivos tutores fue el referido a las *dificultades o problemas surgidos* hasta ese momento con 24 casos que representan el 30% del total. Le siguen en porcentaje de elección (25%) las reuniones que tratan como tema principal *el progreso de su proceso formativo*. Con algo menos de incidencia se sitúan aquellos encuentros que tienen como tema principal *la definición de los objetivos docentes* (22%) y *la organización de la actividad* (20%). Por último, señalar también que en la casilla de “*otros*” con menos de un 3% se han recogido 2 respuestas distintas con el siguiente contenido: definición de estrategia de aprendizaje y aclaración de dudas surgidas.





E. Documentación resultante de las reuniones/entrevistas realizadas

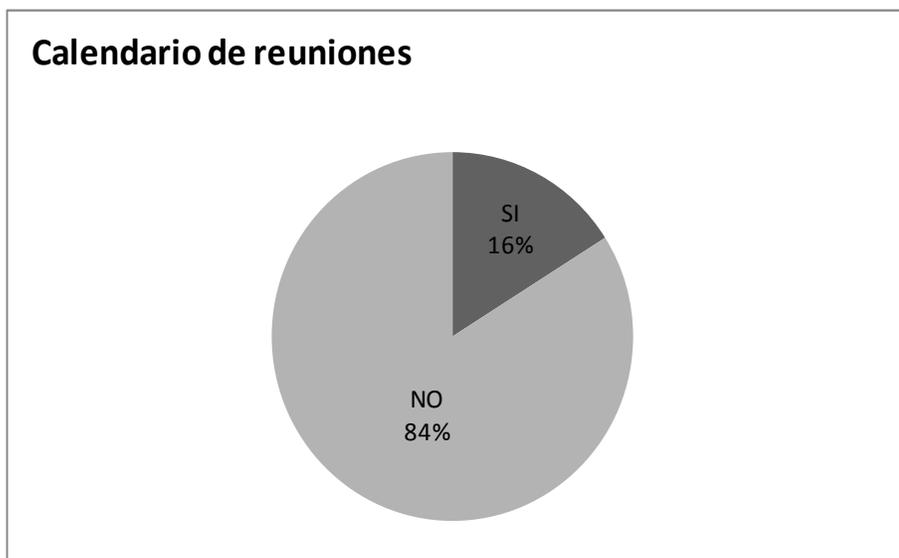
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	5	9,8	16,1
	No	26	50,9	83,9
	Total	31	60,7	100,0
Perdidos	Sistema	20	39,2	
Total		51	100,0	



A la pregunta: ¿se elaboró algún tipo de documento con los resultados de estas reuniones-entrevistas? la respuesta obtenida revela que sólo 5 residentes (16%) aseguran haber emitido algún tipo de documentación referida a dichas reuniones. El resto (26 de los 31 posibles) reconocen lo contrario.

F. Realización de un calendario / cronograma de reuniones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	5	9,1	16,1
	No	26	47,3	83,9
	Total	31	56,4	100,0
Perdidos	Sistema	20	43,6	
Total		51	100,0	

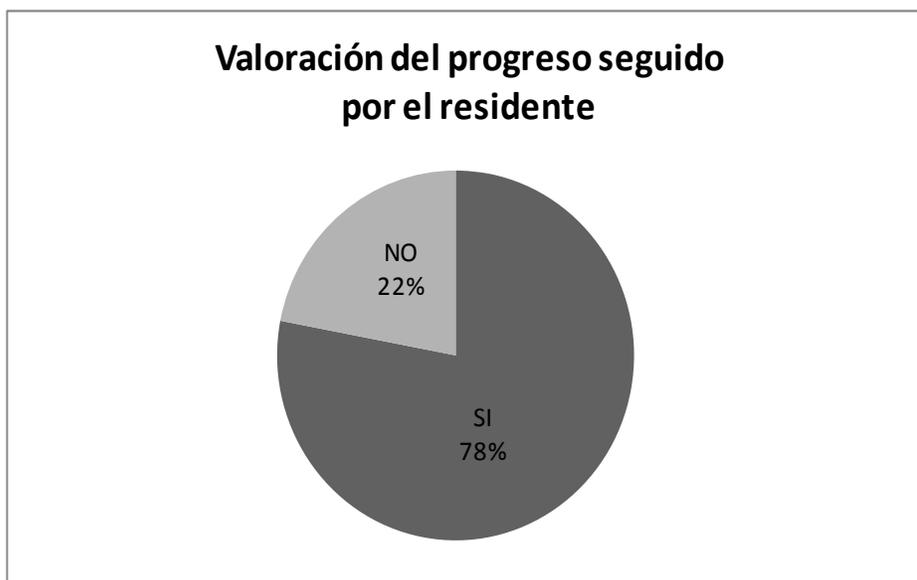


De todos los residentes consultados, sólo 5 (16%) aseguran haber establecido con su tutor un calendario de reuniones para ser cumplido durante toda la rotación. El resto (26 de los 31 posibles que representan al 84% del total) reconocen que en ningún momento se estableció tal cronograma.

9. *Valoración del progreso seguido por el residente*

Como respuesta a la pregunta: ¿tu tutor en alguna ocasión te manifestó su valoración acerca de lo que estabas consiguiendo hasta ese momento y de las áreas en las que necesitabas mejorar a lo largo de la rotación? se obtuvieron los siguientes resultados:

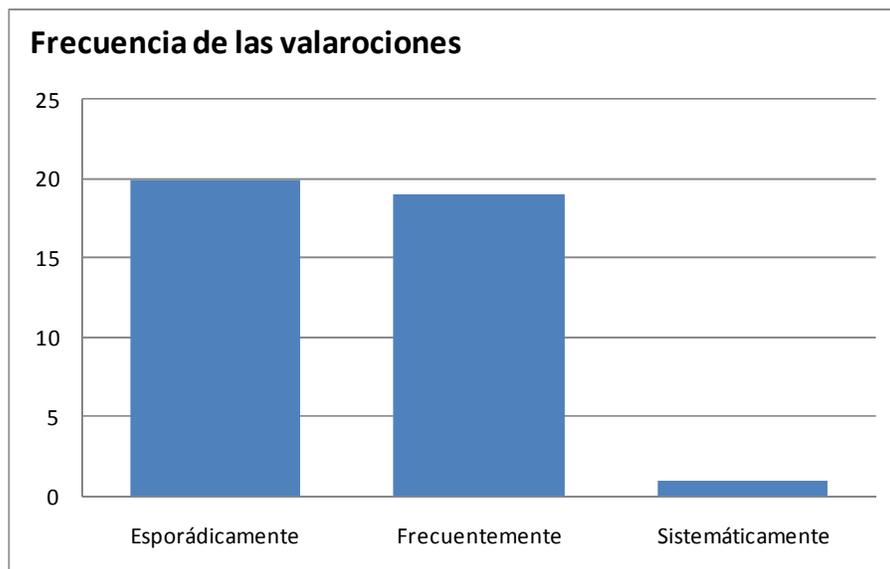
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	40	78,4	78,4
	No	11	21,6	21,6
	Total	51	100,0	100,0



Aunque la mayor parte de los residentes (40 de 51) reconocen haber mantenido sesiones formativas de feed-back con su tutor, existe un grupo bastante importante de ellos (11 concretamente y que representan el 22% del total) que aseguran no haberlas realizado. Este dato lo interpretamos de manera negativa, ya que sólo a través de este tipo de encuentros de seguimiento tutor-residente puede detectarse si los objetivos se están alcanzando de forma adecuada y en caso contrario, realizarse los reajustes necesarios para que mejore el proceso formativo del residente.

A. Frecuencia de las valoraciones realizadas

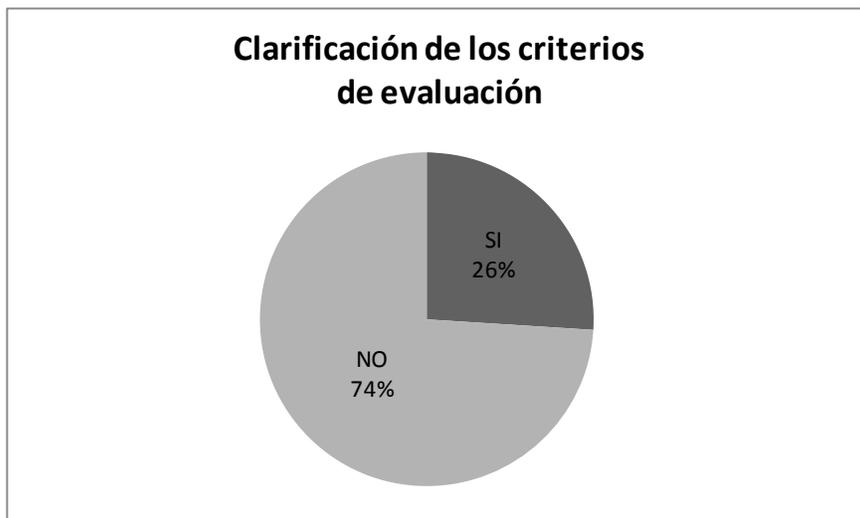
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Esporádicamente	20	39,2	50,0
	Frecuentemente	19	37,2	47,5
	Sistemáticamente	1	1,9	2,5
	Total	40	78,4	100,0
Perdidos	Sistema	11	21,5	
Total		51	100,0	



El 50% de los residentes consultados (20 de los 40 posibles) responde que este tipo de valoraciones tuvieron lugar con una frecuencia de carácter *esporádico*. Por otra parte, otro grupo compuesto por unos 19 residentes califica como *frecuentes* las valoraciones realizadas por parte de sus respectivos tutores. Y por último, sólo 1 afirma que éstas fueron *sistemáticas*.

10. Clarificación al residente de los criterios de evaluación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	13	25,4	26,0
	No	37	72,5	74,0
	Total	50	98,0	100,0
Perdidos	Sistema	1	1,9	
Total		51	100,0	



La mayor parte de los residentes (37 de 50 que constituyen el 74% del total) responden que su tutor no les aclaró los criterios en base a los cuales iban a ser evaluados. Por el contrario, 13 de ellos (26%) aseguran lo contrario. Este dato lo interpretamos de manera negativa, ya que es fundamental el que los evaluados tomen parte y participen en su propio proceso de evaluación, discutiendo los criterios, su aplicación y el resultado de la misma. Esto exige un diálogo sincero y abierto, entre evaluador y evaluado, entre tutor y residente.

A. Aceptación de los criterios de evaluación por parte del residente

Como contestación a la pregunta: ¿te parecieron oportunos los criterios de evaluación que te presentó tu tutor y en base a los cuales ibas a ser evaluado? se obtuvieron los siguientes datos:

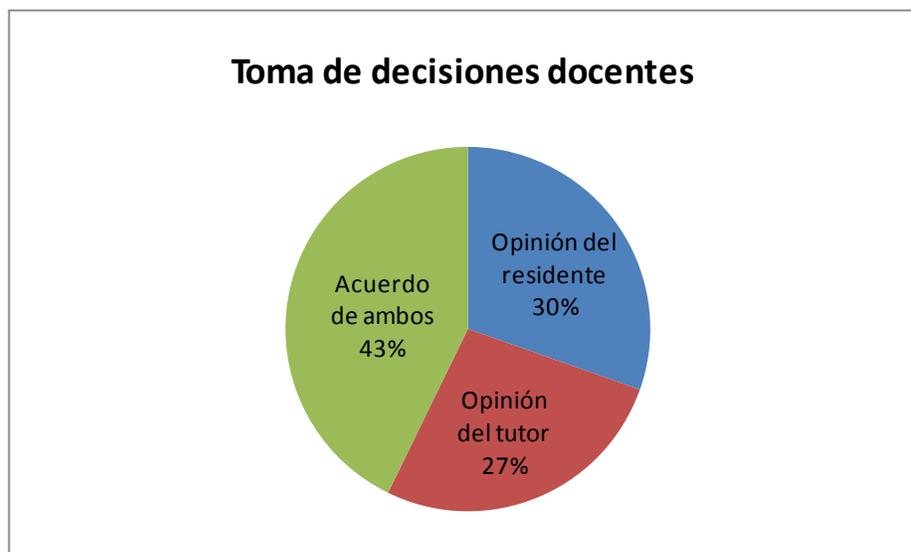
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	13	25,4	100,0
Perdidos	Sistema	38	74,5	
Total		51	100,0	

La tabla anterior refleja que todos los residentes (R1) a los que su tutor les clarificó previamente los criterios en base a los cuales iban a ser evaluados les parecieron oportunos y estuvieron conformes en todo momento. Por tanto, se corrobora lo señalado anteriormente referente a la importancia de comunicar y negociar con los residentes las condiciones evaluativas, pues los datos confirman que cuando esto se hace suele ser acogido y aceptado de buen grado por parte de los residentes.

11. Toma de decisiones sobre cuestiones formativas

A la pregunta: ¿qué se tuvo en cuenta a la hora de tomar decisiones que afectaban a algún aspecto de tu formación como residente? Según la opinión ofrecida por los R1, en la toma de decisiones docentes prevalece en primer lugar el *acuerdo de ambos* - tutor y residente- (con un 43% del total), seguido de *su propia opinión* como residente (30%) y en último lugar de la *opinión del tutor* (27%).

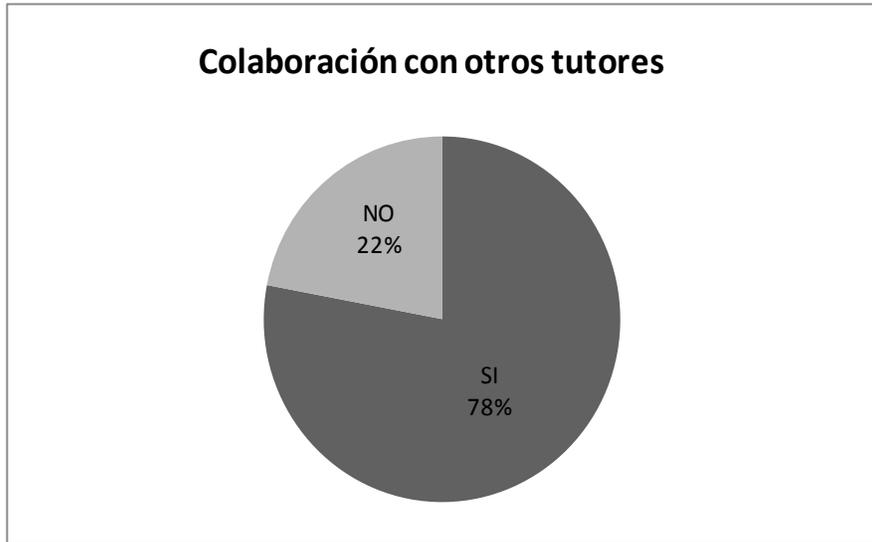
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
La opinión del residente	48	0	80	30,35	20,614
La opinión del tutor	48	0	100	26,79	18,696
El acuerdo de ambos	48	0	100	42,71	31,161



12. Colaboración de otros profesionales en la formación del residente

A la pregunta: ¿con qué otros profesionales del centro de salud colaboraste durante primer mes de formación en el centro de salud? Los residentes (R1) responden del siguiente modo:

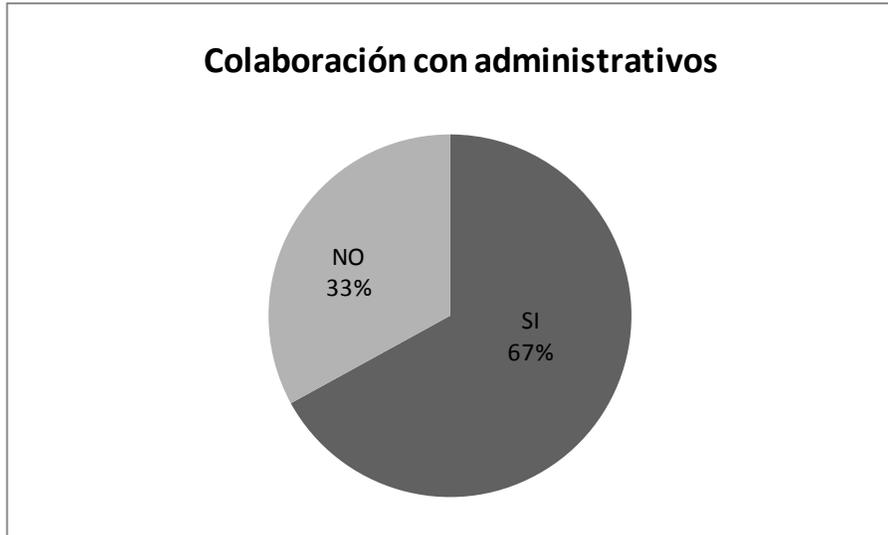
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Colaboré con médicos	40	78,4	78,4
	No colaboré con médicos	11	21,6	21,6
	Total	51	100,0	100,0



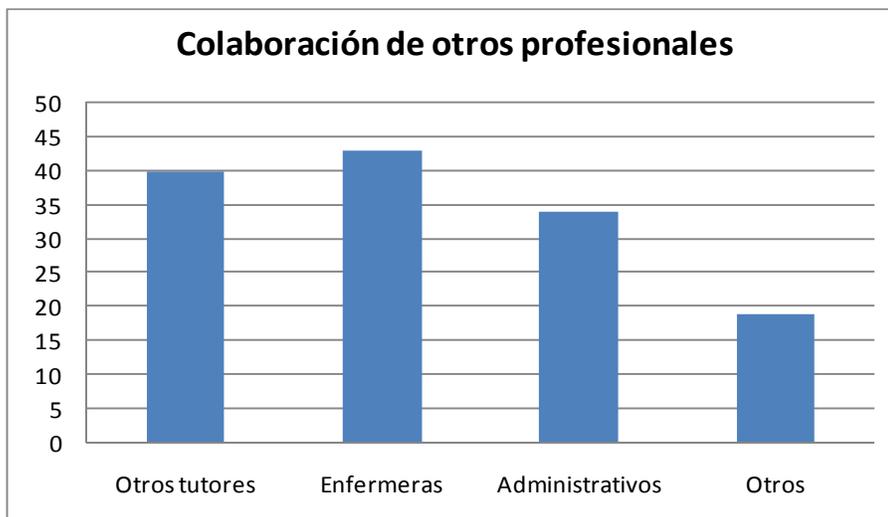
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Colaboré con enfermeras	43	84,3	84,3
	No colaboré con enfermeras	8	15,7	15,7
	Total	51	100,0	100,0



		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Colaboré con administrat.	34	66,7	66,7
	No colaboré administrativ.	17	33,3	33,3
	Total	51	100,0	100,0



Opciones	Frecuencia	% (136)	% (51)
Otros tutores y médicos	40	84,31	78,43
Enfermeras	43	96,07	84,31
Administrativos	34	78,43	66,66
Otros	19	62,74	37,25
Total	136	100,0	100,0



Colaboración de otros profesionales



Según los gráficos la respuesta obtenida revela que la colaboración con las *enfermeras* constituye la opción más señalada por los residentes (R1) con 43 casos que representan el 32% del total. Le siguen en porcentaje de elección (29%) la colaboración con *otros tutores y médicos del equipo*. Con algo menos de incidencia (25%) se sitúa la colaboración con el *personal administrativo*. Por último, señalar también que en la casilla de “*otros*” con cerca del 14% se han registrado un total de 19 respuestas con el siguiente contenido: trabajadores sociales, matronas, fisioterapeutas, pediatras, odontólogos, psicólogos, estudiantes de enfermería y conductores de ambulancias.

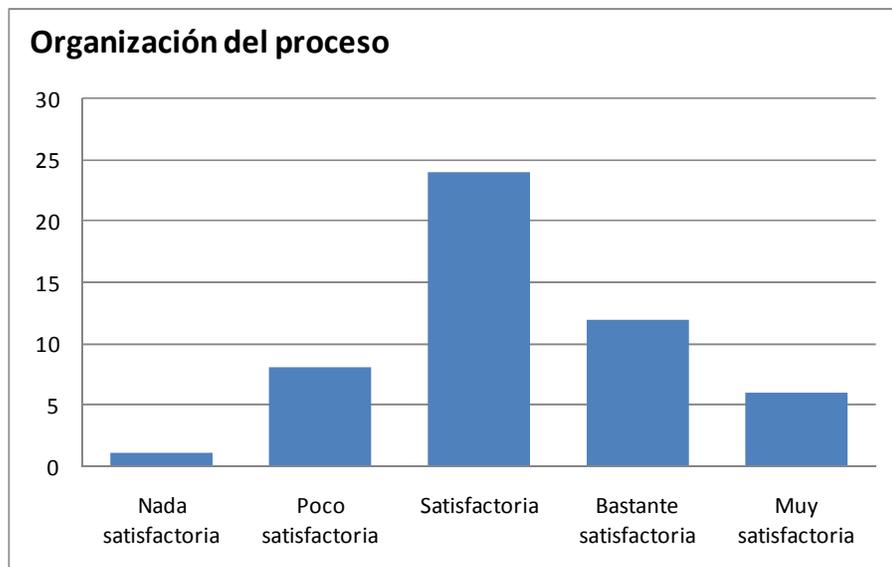
VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

13. Valoración del grado de satisfacción con respecto a los siguientes aspectos

A. Organización del proceso formativo

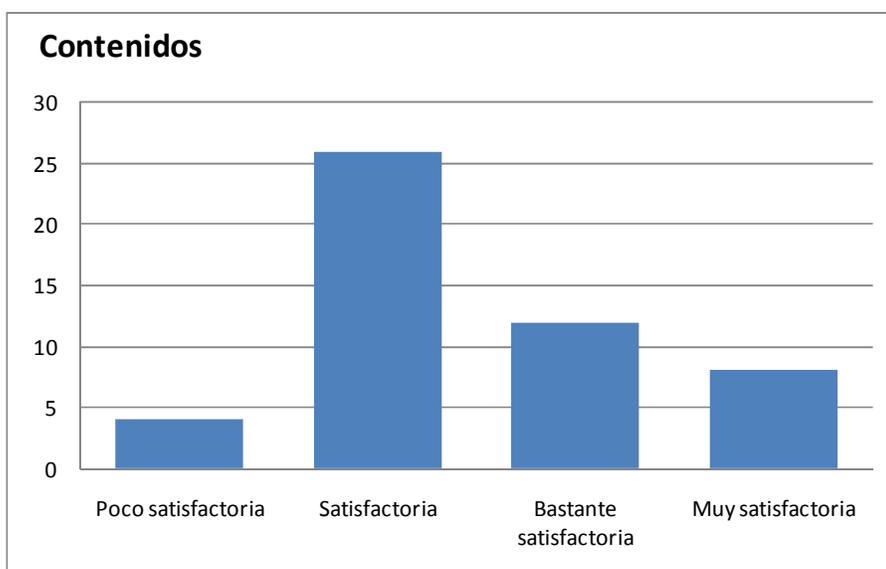
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nada Satisfactoria	1	2,0	2,0
	Poco Satisfactoria	8	15,7	15,7
	Satisfactoria	24	47,1	47,1
	Bastante Satisfactoria	12	23,5	23,5
	Muy Satisfactoria	6	11,8	11,8
	Total	51	100,0	100,0

De la información obtenida de los residentes (R1) en cuanto a su grado de satisfacción en lo que se refiere a la organización del proceso formativo se desprenden los siguientes resultados: la mayor parte de ellos (24 de 51, lo que supone un 47% del total) la valora de manera *satisfactoria*, otro grupo importante (12 concretamente) la valora como *bastante satisfactoria* e incluso 6 la consideran como *muy satisfactoria*. Por contra, son 8 los residentes (16%) cuyo grado de satisfacción en esta cuestión es *poco satisfactorio* e incluso hay 1 para el que fue *nada satisfactoria*.



B. Contenidos tratados

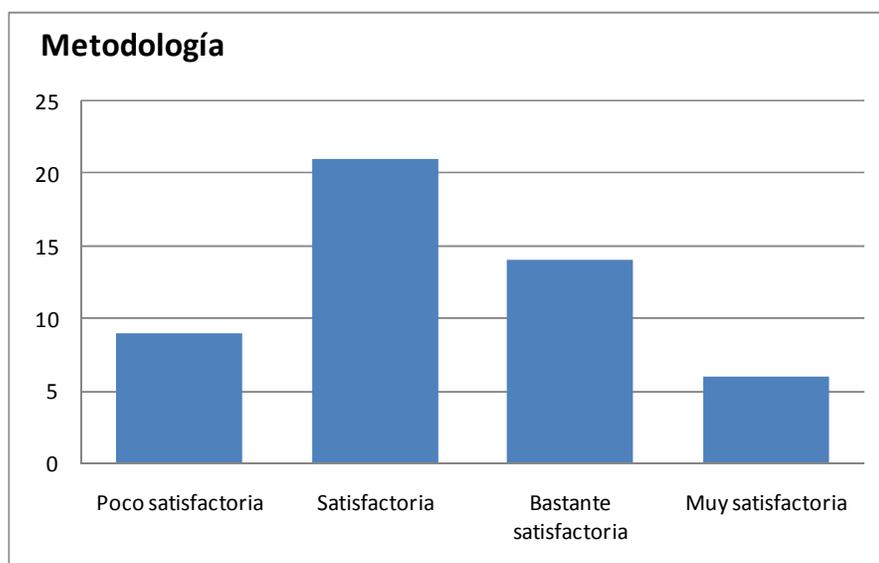
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Poco Satisfactoria	4	7,8	8,0
	Satisfactoria	26	50,9	52,0
	Bastante Satisfactoria	12	23,5	24,0
	Muy Satisfactoria	8	15,6	16,0
	Total	50	98,0	100,0
Perdidos	Sistema	1	1,9	
	Total	51	100,0	



Por otro lado, en lo que concierne a los contenidos tratados, el grado de satisfacción de los residentes (R1) es el siguiente: la mayor parte de ellos (26 de 50, lo que supone un 52% del total) los valora de manera *satisfactoria*, otro grupo importante de ellos (concretamente 12) como *bastante satisfactorios* y hasta 8 residentes los valoran como *muy satisfactorios*. Por contra, son 4 los tutores (8%) cuyo grado de satisfacción en este tema es un *poco* menor.

C. Metodología utilizada

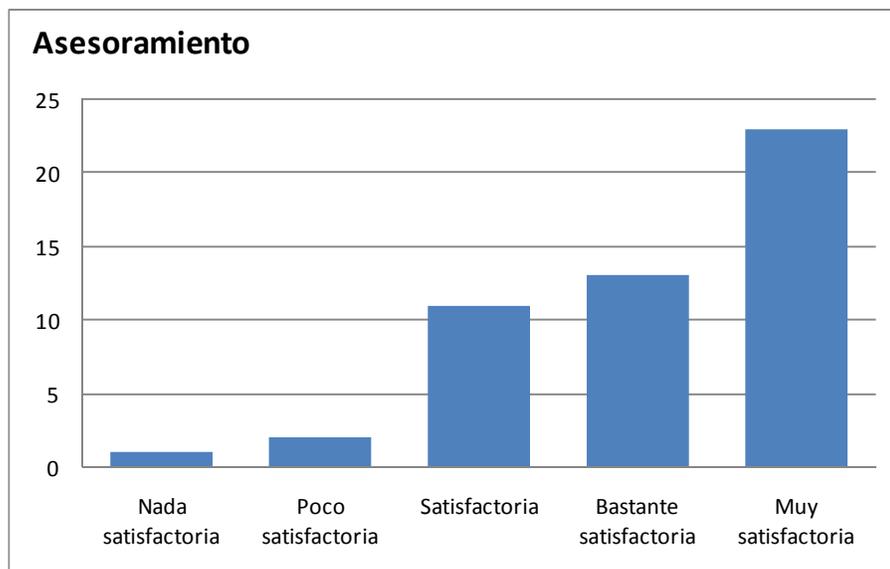
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Poco Satisfactoria	9	17,6	18,0
	Satisfactoria	21	41,1	42,0
	Bastante Satisfactoria	14	27,4	28,0
	Muy Satisfactoria	6	11,7	12,0
	Total	50	98,0	100,0
Perdidos	Sistema	1	1,9	
Total		51	100,0	



En lo que respecta a la metodología tratada, el grado de satisfacción de los residentes (R1) es el siguiente: la mayor parte de ellos (21 de 50 que representan el 42% del total) la valora de manera *satisfactoria*, otro grupo importante de R1 (14) como *bastante satisfactoria* e incluso 6 de ellos (12%) valora dicha metodología como *muy satisfactoria*. Por contra, son 9 los residentes (18%) cuyo grado de satisfacción en esta cuestión es un *poco* menor.

D. Asesoramiento prestado al residente

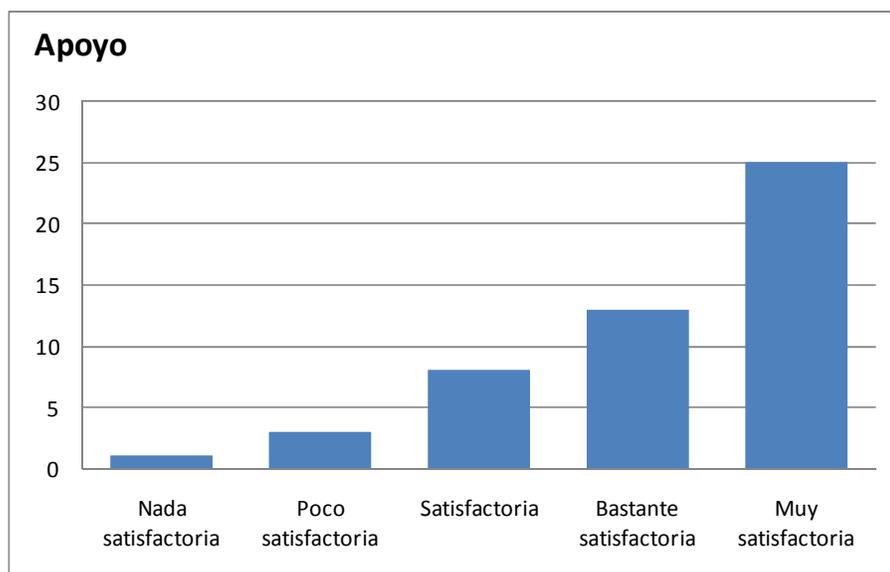
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nada Satisfactoria	1	1,9	2,0
	Poco Satisfactoria	2	3,9	4,0
	Satisfactoria	11	21,5	22,0
	Bastante Satisfactoria	13	25,5	26,0
	Muy Satisfactoria	23	45,1	46,0
	Total	50	98,0	100,0
Perdidos	Sistema	1	1,9	
Total		51	100,0	



En lo que respecta al asesoramiento prestado por parte del tutor al residente, el grado de satisfacción manifestado por los propios residentes es el siguiente: 23 de ellos (46%) lo valora como *muy satisfactorio*, 13 (26%) como *bastante satisfactorio* y 11 simplemente como *satisfactorio*. Por contra, 3 residentes parecen estar menos satisfechos con el asesoramiento ofrecido por su tutor. De estos, 2 lo valoran como *poco satisfactorio* y 1 como *nada satisfactorio*.

E. Apoyo ofrecido al residente

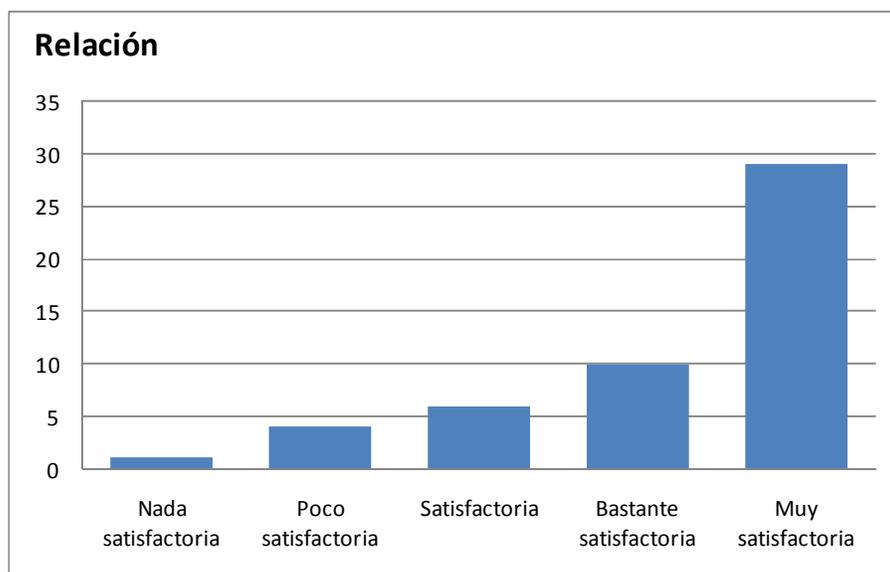
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nada Satisfactoria	1	1,9	2,0
	Poco Satisfactoria	3	5,8	6,0
	Satisfactoria	8	15,7	16,0
	Bastante Satisfactoria	13	25,5	26,0
	Muy Satisfactoria	25	49,0	50,0
	Total	50	98,9	100,0
Perdidos	Sistema	1	1,9	
Total		51	100,0	



En lo que respecta al apoyo ofrecido del tutor al residente, el grado de satisfacción manifestado por los residentes (R1) es el siguiente: La mitad de ellos (25 de los 50 posibles que representan el 50%) lo valoran de manera *muy satisfactoria*, 13 como *bastante satisfactorio* y 8 como *satisfactorio*. Por contra, aparecen 4 residentes que parecen estar menos satisfechos que sus compañeros con el apoyo recibido de su tutor. De ellos, 3 valoran este apoyo como *poco satisfactorio* y 1 *nada satisfactorio*.

F. Relación mantenida con el residente

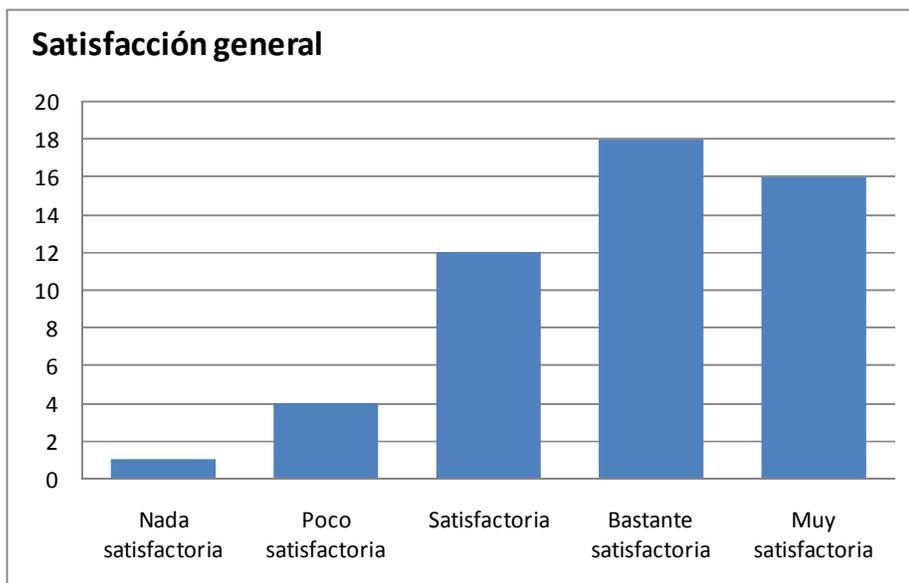
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nada Satisfactoria	1	1,9	2,0
	Poco Satisfactoria	4	7,8	8,0
	Satisfactoria	6	11,7	12,0
	Bastante Satisfactoria	10	19,6	20,0
	Muy Satisfactoria	29	56,8	58,0
	Total	50	98,0	100,0
Perdidos	Sistema	1	1,9	
Total		51	100,0	



En lo que respecta a la relación mantenida con el tutor, el grado de satisfacción manifestado por los residentes es muy positivo y se refleja en los siguientes resultados: la mayor parte de los residentes consultados (29) valora esta relación como *muy satisfactoria*, 10 de ellos (20%) como *bastante satisfactoria* y 6 (12%) la valoran como *satisfactoria*. Por otra parte, 4 residentes reconocen sentirse *poco satisfechos* con la relación mantenida con su tutor y existe incluso 1 caso que valora como *nada satisfecha* dicha relación.

14. Valoración general del grado de satisfacción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nada Satisfactoria	1	2,0	2,0
	Poco Satisfactoria	4	7,8	7,8
	Satisfactoria	12	23,5	23,5
	Bastante Satisfactoria	18	35,3	35,3
	Muy Satisfactoria	16	31,4	31,4
	Total		51	100,0



En términos generales el grado de satisfacción manifestado por los residentes (R1) es muy positivo (con una media de 2,86) y así se refleja en los siguientes resultados: 18 de los residentes consultados (35%) lo valora como *bastante satisfactorio*, 16 (31%) como *muy satisfactorio* y 12 que constituyen el 24% como *satisfactorio*. Habría que prestar una especial atención al caso de 4 a 5 residentes que a lo largo de todo el cuestionario valoran más negativamente todos los aspectos de satisfacción preguntados.

Por otro lado, si calculamos la *media* de cada uno de los aspectos sometidos a valoración por parte de los R1 obtenemos los siguientes resultados:

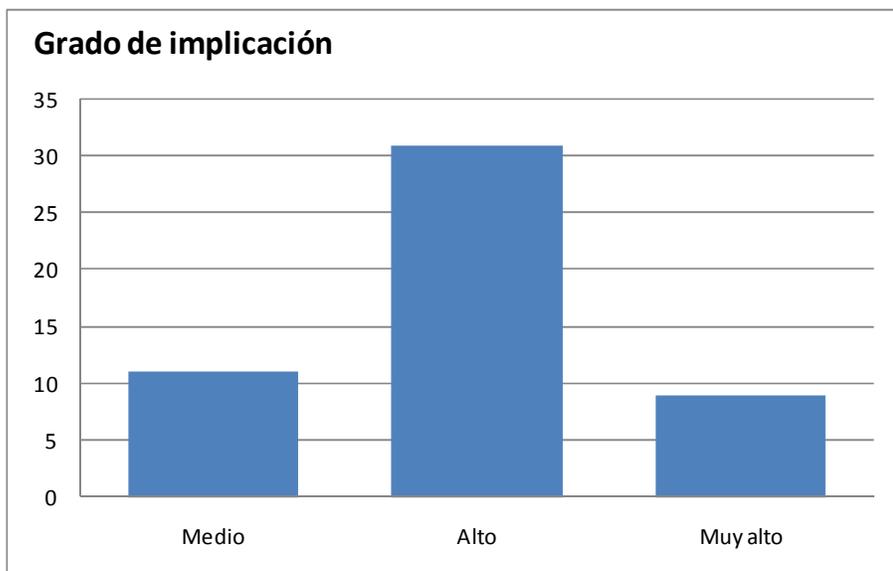
ORGANIZACIÓN	CONTENIDOS	METODOLOGIA	ASESORAMIENTO	APOYO	RELACION
2,27	2,48	2,34	3,1	3,16	3,24
6º	4º	5º	3º	2º	1º

4	Muy Satisfactorio
3	Bastante Satisfactorio
2	Satisfactorio
1	Poco Satisfactorio
0	Nada Satisfactorio

Estos resultados revelan que son precisamente aquellos elementos que dependen en mayor medida de la disposición y actitud del tutor los que obtienen una mayor valoración. Como la *relación mantenida*, el *apoyo ofrecido* y el *asesoramiento prestado* al residente (en este mismo orden). El resto de aspectos, que son más de tipo organizativo y metodológico, aunque, algo menor, también obtienen una alta valoración por parte de los R1.

15. Grado de implicación en la formación del residente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Medio	11	21,6	21,6
	Alto	31	60,8	60,8
	Muy Alto	9	17,6	17,6
	Total	51	100,0	100,0

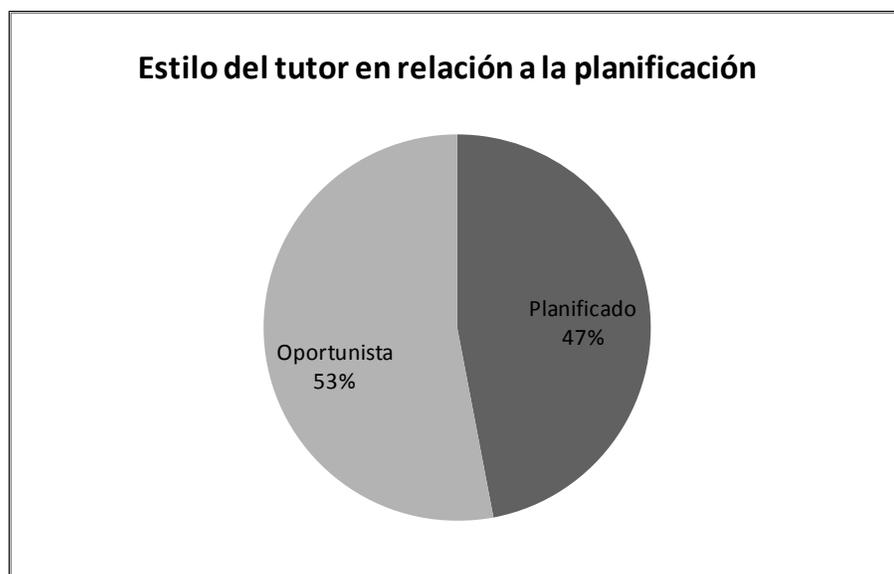


En cuanto al grado de implicación mantenido en la formación del residente, las contestaciones recogidas de los R1 lo sitúan como bastante elevado (media: 2,96) y así se expresa en los resultados obtenidos: la mayor parte de ellos (31 de 51 que constituyen el 61% del total) manifiestan que su implicación ha sido *alta* y para 11 de ellos *media* (21%). Existe también un grupo de 9 residentes que aseguran haber mantenido un grado de implicación *muy alto* en su propia formación.

16. Tipo de planificación de la labor docente

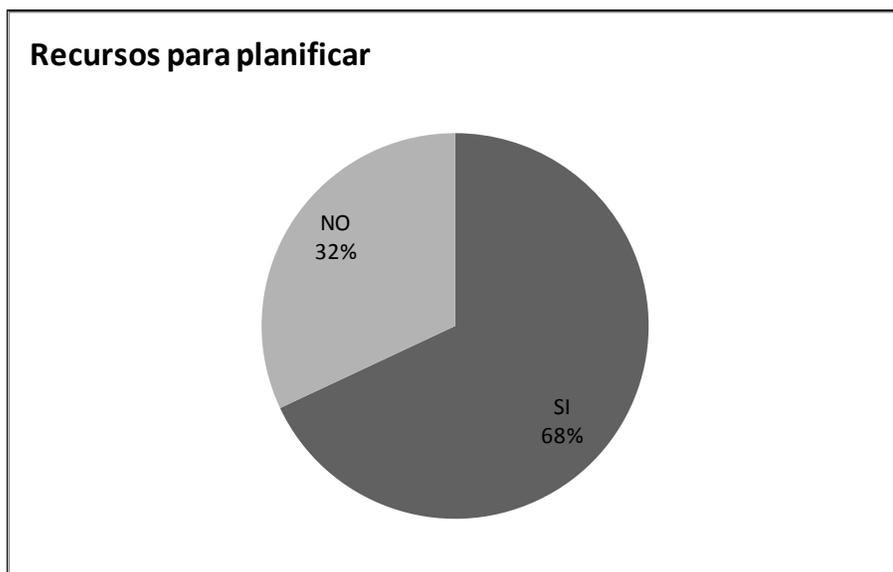
A la pregunta: ¿cómo definirías, en términos generales, la planificación de la labor docente efectuada por tutor? Según la respuesta dada por los residentes (R1) en la planificación docente de sus tutores ha prevalecido, por un lado, el oportunismo y la espontaneidad en un 53% y la sistematización y la preparación en el 47% restante.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Planificación de la labor docente: Oportunista-improvisada-espontánea	50	0	100	53,20	26,798
Planificación de la labor docente: Sistematizada-estructurada-preparada	50	0	100	46,80	26,798



17. *Dispone el tutor de los recursos necesarios para planificar*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	34	66,7	68,0
	No	16	31,3	32,0
	Total	50	98,0	100,0
Perdidos	Sistema	1	1,9	
Total		51	100,0	



Aunque la mayor parte de los residentes (34 de los 50 posibles que constituyen el 68%) consideran que su tutor no dispone de todos los recursos necesarios (tiempo, espacios, formación y materiales) para planificar correctamente su actividad docente, existe un porcentaje importante de ellos (16 que representan el 32% del total) que opinan lo contrario.

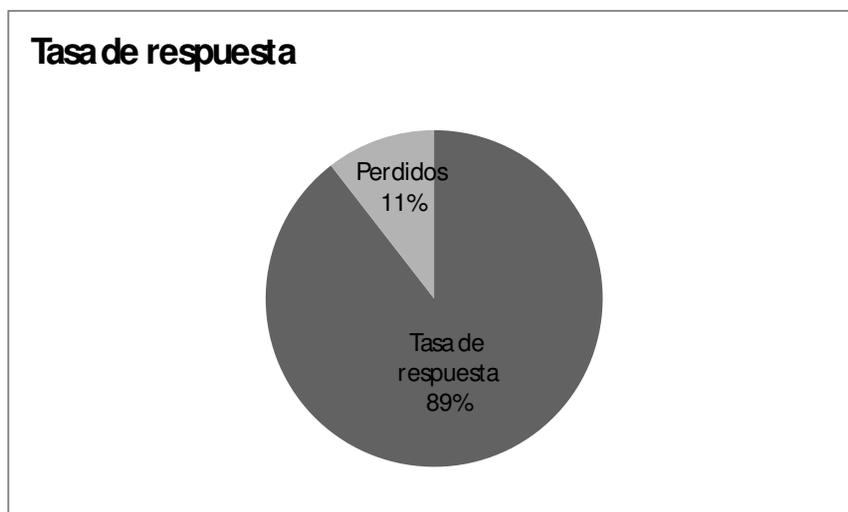
2. RESULTADOS DE LOS TUTORES DE RESIDENTES DE PRIMER AÑO (T1)

Descripción de los participantes. Tasa de respuesta

El cuestionario se ha distribuido a la totalidad de los tutores de la Región de Murcia que en el año 2007 contaban con residente de primer año (N=57) pertenecientes a la segunda promoción del nuevo programa de la especialidad (2006-2010). De ellos, 51 han contestado (n=51) lo que supone una tasa de respuesta del 89,5% del total de los participantes posibles. En la tabla que sigue a continuación podemos ver un análisis más detallado de esta tasa de respuesta y su distribución por las distintas Unidades Docentes:

PORCENTAJE DE RESPUESTA DE T1 SEGÚN UNIDADES DOCENTES

	Población total (T1)	Tasa de respuesta	T%
UD MURCIA	30	25	83,3
UD CARTAG.	20	20	100
UD LORCA	7	6	85,7
TOTAL	57	51	89,5



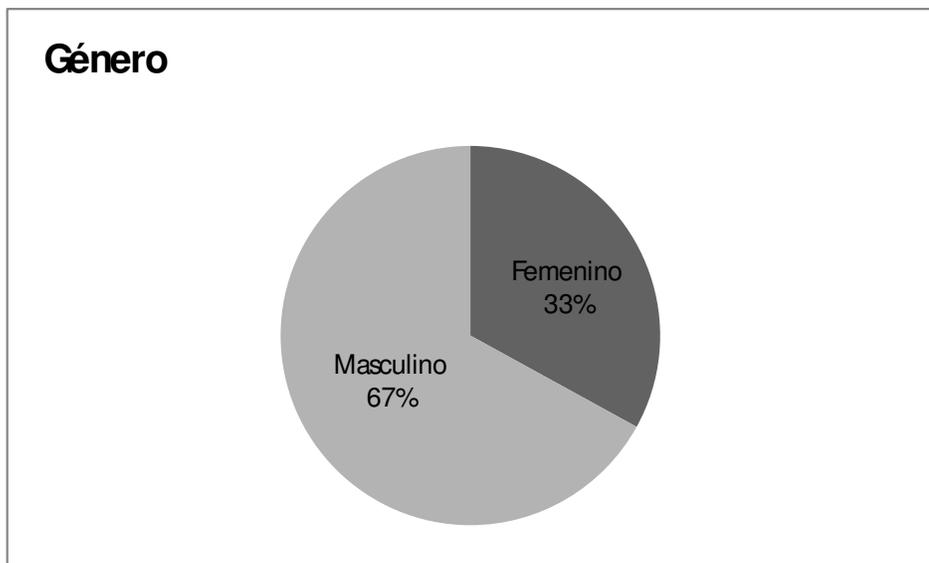
DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Porcentaje de respuestas según el género

La tasa de respuesta obtenida en relación al género es representativa de la población de referencia (38 hombres que representan el 67% de la población frente a 19 mujeres que constituyen el 33% de la misma), pues no existen diferencias estadísticamente significativas entre la población total y la respuesta obtenida.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	M	34	66,7	66,7	66,7
	F	17	33,3	33,3	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Su distribución puede observarse claramente en el gráfico de sectores que sigue a continuación:

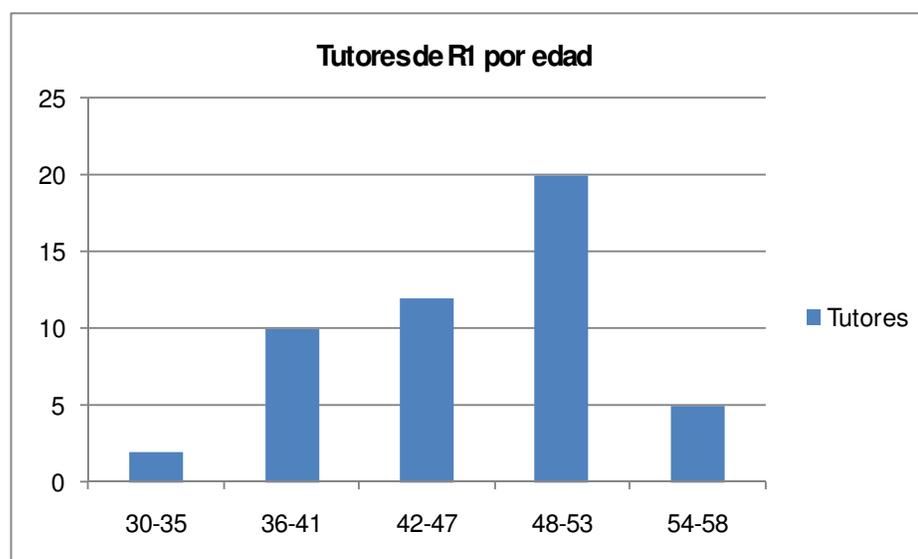


Porcentaje de respuestas según la edad

Al ser una distribución no normal, la descripción se hará básicamente con la media y los valores máximos y mínimos. (v. tabla). Con la respuesta obtenida se revela una media de edad de unos 46 años y una desviación típica en torno a 6.

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad	49	96,07%	2	3,92%	51	100,0%

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	49	31	56	46,22	6,192



Tanto los valores mínimo (31 años) y máximo (56) registrados como la representación gráfica resultante de los datos obtenidos muestran una gran diversidad en las edades de los tutores de R1. Es decir, existe en la red docente una gran variabilidad de tutores de R1 con respecto a la edad, lo que se traduce en la existencia tanto de tutores muy jóvenes como de otros de edad más avanzada. Sin embargo, el grupo más numeroso se sitúa en la franja de edad que oscila entre los 48 y los 53 años. En este intervalo se encuentran 20 de los 49 tutores de R1, constituyendo más del 40% del total.

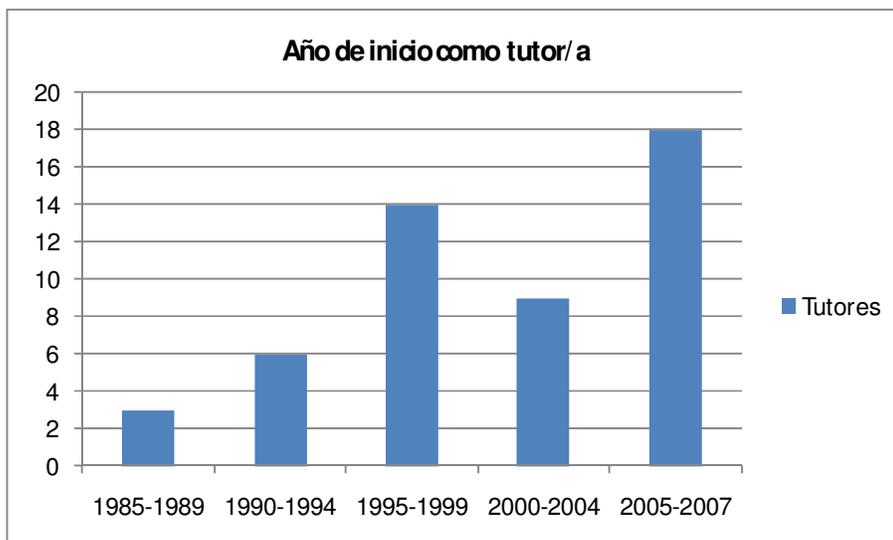
Año de inicio como tutor

Para analizar este dato de los participantes se ha creado una nueva variable que representa el número de años que llevan actuando como tutores, es decir, los años de experiencia en la tarea docente. La descripción se hará tanto con la frecuencia y los porcentajes como con el cálculo de la media y de los valores máximos y mínimos. (v. tabla).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1986	1	2,0	2,0	2,0
	1987	1	2,0	2,0	4,0
	1989	1	2,0	2,0	6,0
	1990	1	2,0	2,0	8,0
	1992	1	2,0	2,0	10,0
	1993	2	3,9	4,0	14,0
	1994	2	3,9	4,0	18,0
	1995	2	3,9	4,0	22,0
	1996	4	7,8	8,0	30,0
	1997	3	5,9	6,0	36,0
	1998	3	5,9	6,0	42,0
	1999	2	3,9	4,0	46,0
	2000	4	7,8	8,0	54,0
	2001	1	2,0	2,0	56,0
	2003	1	2,0	2,0	58,0
	2004	3	5,9	6,0	64,0
	2005	10	19,6	20,0	84,0
	2006	8	15,7	16,0	100,0
		Total	50	98,0	100,0
Perdidos	Sistema	1	2,0		
Total		51	100,0		

La respuesta obtenida por parte de los tutores de R1 revela una media de unos 7 años de experiencia docente (en torno al año 2000).

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Año desde que es tutor	50	1986	2006	1999,78	5,658

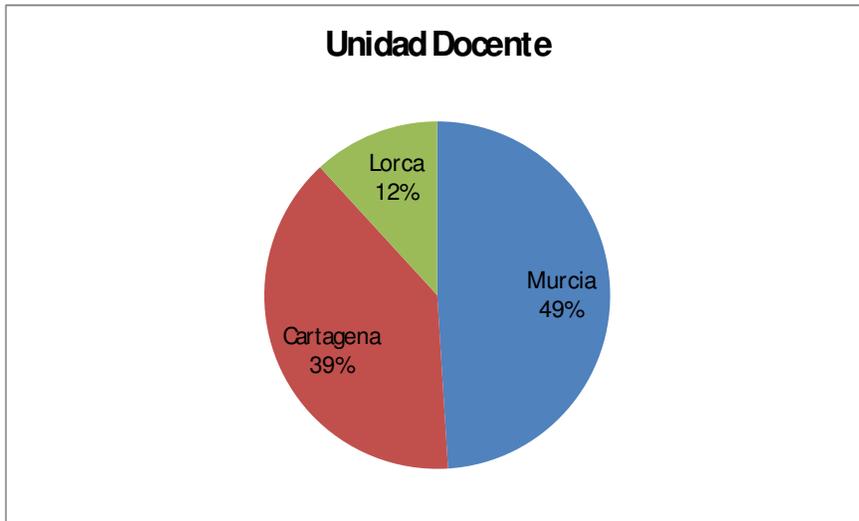


El gráfico de barras muestra claramente que existe una gran variabilidad con respecto a los años de experiencia docente de los tutores de R1. Así, nos encontramos desde un grupo de unos 7 que apenas lleva un año y medio desde que obtuvieron su acreditación docente en el año 2006 hasta 3 de ellos que aseguran llevar entre 19 y 21 años desde que se iniciaron como tutores (1985-1989). Sin embargo, voy a centrar mi análisis en los tres últimos años (2005-2007) por tratarse del período en el que se registra un mayor número de incorporaciones de tutores (18 de 50 lo que representa el 36% del total). De estos años, sin duda el 2005 es el que registra el dato más elevado con la acreditación docente de 10 nuevos tutores en nuestra Región. Este último comentario refleja que la red docente de Murcia se mantiene activa en cuanto a la acreditación e incorporación de tutores se refiere y en una clara tendencia al alza muy positiva, que garantiza la disponibilidad de tutores en un futuro próximo.

Unidad Docente de referencia

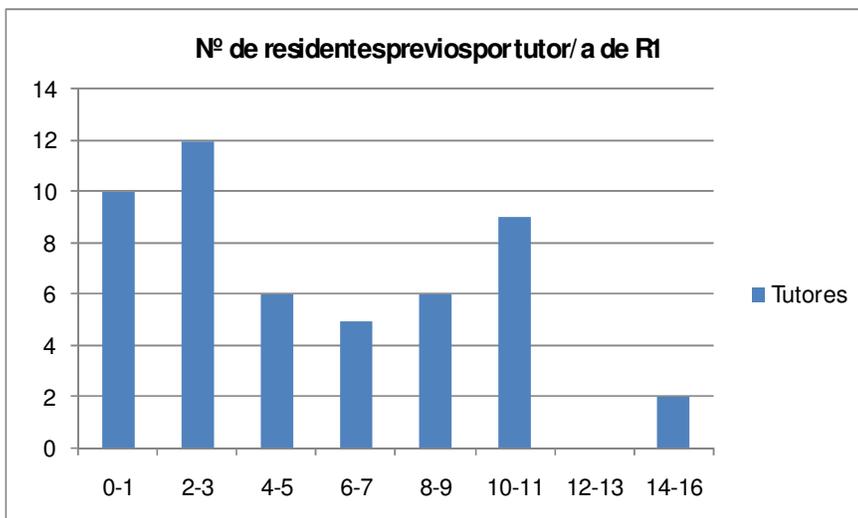
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Cartagena	20	39,2	39,2	39,2
Lorca	6	11,8	11,8	51,0
Murcia	25	49,0	49,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

La tasa de respuesta obtenida en relación a la Unidad Docente es representativa, pues no existen diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de los tutores de R1 por las Unidades Docentes (52% de la UD de Murcia; 35% de la UD de Cartagena y 13% de la UD de Lorca) y la respuesta obtenida (49% de la UD de Murcia; 39% de la UD de Cartagena y 12% de la UD de Lorca), como puede observarse en la siguiente tabla:



Número de residentes previos por tutor de R1

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nº de Residentes	50	1	16	5,36	4,080



La respuesta obtenida de los tutores a la pregunta del número de residentes tutorizados a lo largo de su trayectoria docente revela una media de unos 5 residentes y una desviación típica en torno a 4. Tanto los valores máximo (16 residentes) y mínimo (1) registrados como la distribución del gráfico de barras reflejan la enorme variabilidad que presentan los tutores de R1 de la red docente en cuanto a su experiencia de tutorización. Así, según la respuesta ofrecida por los propios tutores existe un grupo importante de ellos (22 de 50 que suponen el 44%) que han tenido como mucho 3 residentes a lo largo de toda su trayectoria docente. Por otro lado, con una experiencia de tutorización mucho más dilatada se encuentra otro grupo de unos 9 tutores (18%) por los que han pasado entre 10 y 11 residentes. Y por último, según los datos, 2 de los tutores manifiestan haber tenido a su cargo a 16 residentes cada uno. En estos últimos casos posiblemente nos estemos refiriendo a las primeras promociones de médicos de familia y de tutores de Atención Primaria de la Región.

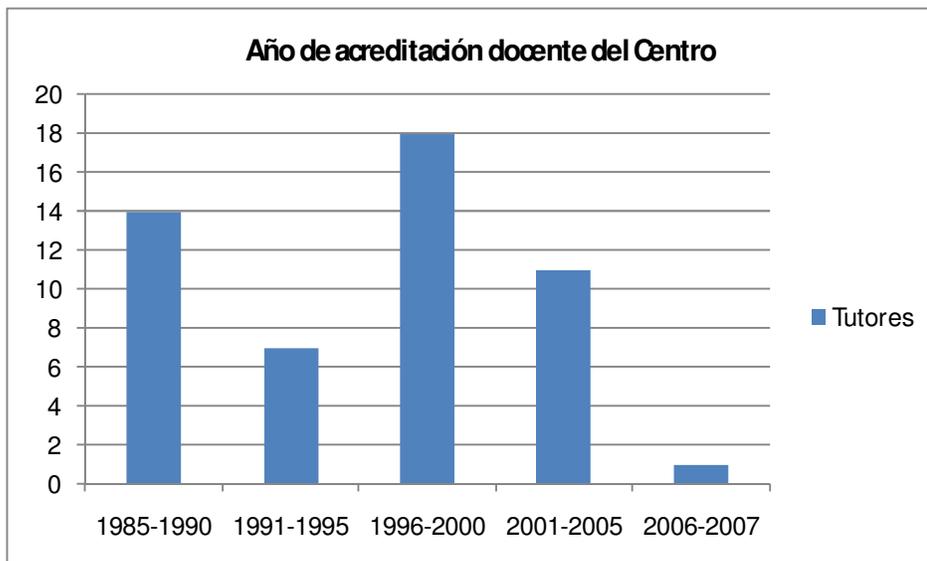
Fecha de acreditación docente del centro de salud (CS)¹

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1986	8	15,7	15,7	15,7
1987	6	11,8	11,8	27,5
1992	7	13,7	13,7	41,2
1996	5	9,8	9,8	51,0
1997	3	5,9	5,9	56,9
1999	6	11,8	11,8	68,6
2000	4	7,8	7,8	76,5
2005	11	21,6	21,6	98,0
2007	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

La respuesta obtenida de los tutores revela una media de 12 años de antigüedad de los centros (desde 1995 aproximadamente) y una diferencia de 21 años entre el valor mínimo registrado (1986) y el valor máximo (2007). Esta importante diferencia se va a manifestar en la dispersión de los datos como ahora veremos gráficamente.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Fecha acreditación_CS	51	1986	2007	1995,71	7,109

¹ Esta variable (año de acreditación del CS) fue facilitada a los participantes en una tabla incluida dentro del mismo cuestionario como forma fiable de asegurarnos su cumplimiento. Por ello, y como no podía ser de otra manera, existe prácticamente plena coincidencia entre lo contestado en esta pregunta por los tutores de R1 como por la respuesta dada por sus respectivos residentes.



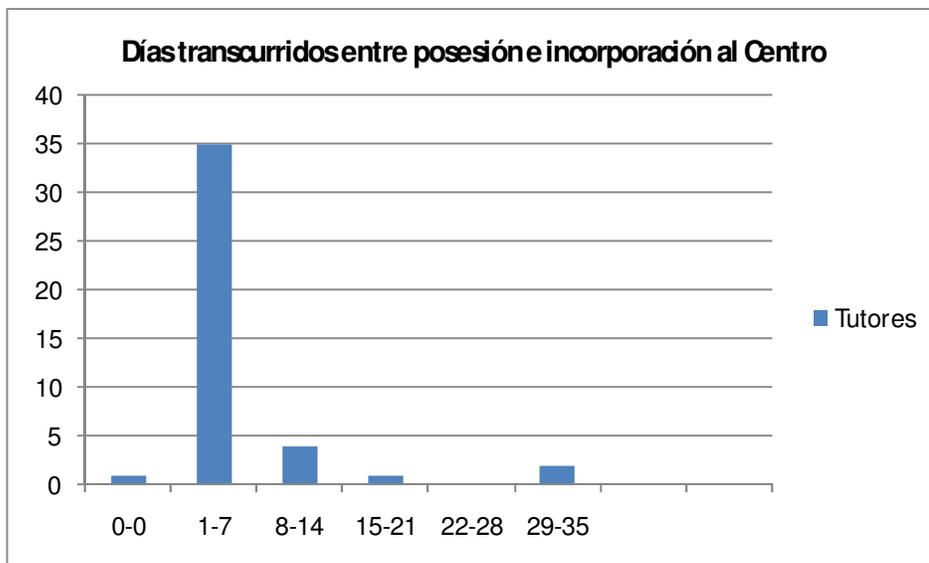
El gráfico de barras muestra una gran variabilidad en la distribución de los datos lo que significa que en la red existen tanto centros con una gran antigüedad y experiencia docente como otros de reciente acreditación. Así, aparecen 14 tutores (27,4%) que manifiestan encontrarse trabajando en centros que obtuvieron su acreditación docente en el período comprendido entre 1985 y 1990. Y en el caso opuesto, 1 tutor dice pertenecer a un centro que cuenta con la acreditación docente desde ese mismo año (2007). Pero es en el período comprendido entre los años 1996 y 2000 donde se registran el mayor número de casos (18 de 51, lo que equivale al 35,3%).

Días transcurridos entre la toma de posesión en la UD y la incorporación al CS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Días transcurridos entre posesión e incorporación	43	0	30	6,02	6,270

Tal y como muestra el gráfico de barras correspondiente a estos datos la mayor incorporación a los centros de salud se produce en la primera semana desde la toma de posesión en la Unidad Docente. Así lo hacen 35 de los 43 tutores que representan el 81,4% del total. El resto del porcentaje se distribuye en las semanas siguientes hasta alcanzar el valor máximo que se sitúa en los 30 días/mes. Esta variabilidad

puede responder, entre otros aspectos, al criterio o programación específica de cada Unidad Docente con respecto al proceso de incorporación de los residentes en los distintos centros.



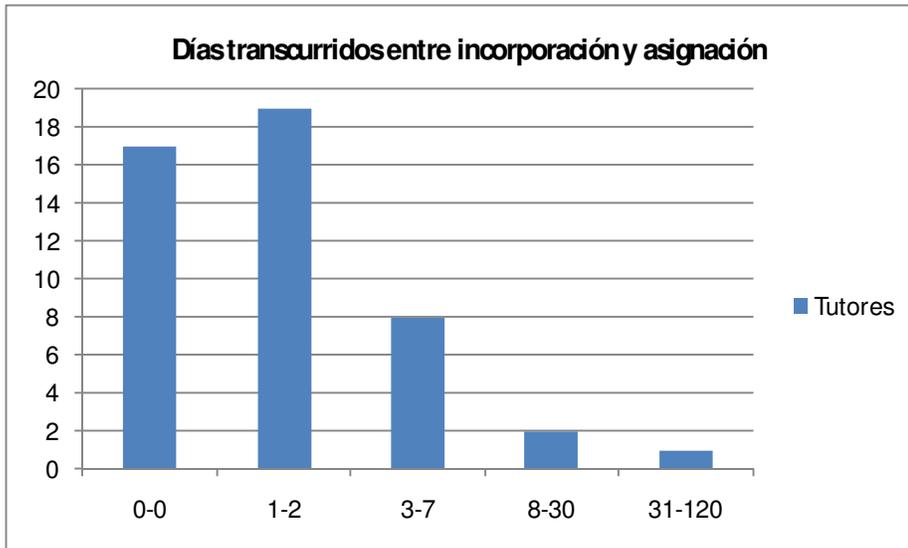
Días transcurridos entre la incorporación al CS y la asignación del tutor

La respuesta obtenida a esta cuestión por parte de los tutores de residentes de primer año revela una media en torno a 4 días y una elevada desviación típica que se sitúa cerca de 18.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Días transcurridos entre la incorporación y la asignación de tutor	47	0	120	4,70	17,619

La distribución de los datos que aparece en el gráfico muestra que según la opinión de los tutores en la mayor parte de los casos a los residentes les es asignado su tutor de referencia al día siguiente de incorporarse al centro (40,4%) o incluso el mismo día de hacerlo (36,2%). El resto del porcentaje se distribuye de forma variable hasta alcanzar el primer mes. El valor máximo que se sitúa en 120 días nos da cuenta de un caso extraordinario -y no significativo- de asignación tardía tutor-residente por causas desconocidas.

En términos generales, esta variabilidad que aparece representada en los tiempos puede deberse a los distintos procedimientos seguidos para la asignación de tutor en cada centro de salud docente.

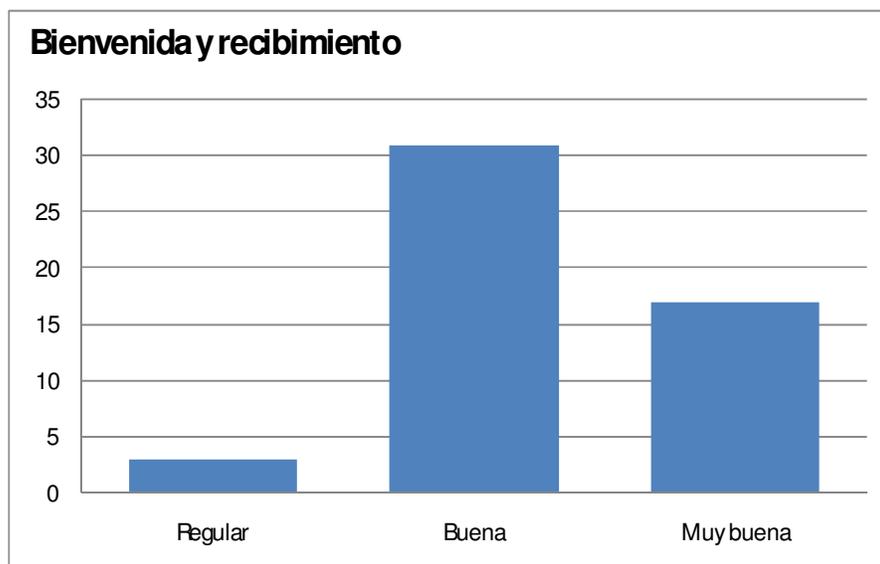


RELACIONES PREVIAS ENTRE TUTOR Y RESIDENTE

1. Valoración de la primera acogida y orientación del residente en el Centro de Salud

A. Bienvenida y recibimiento

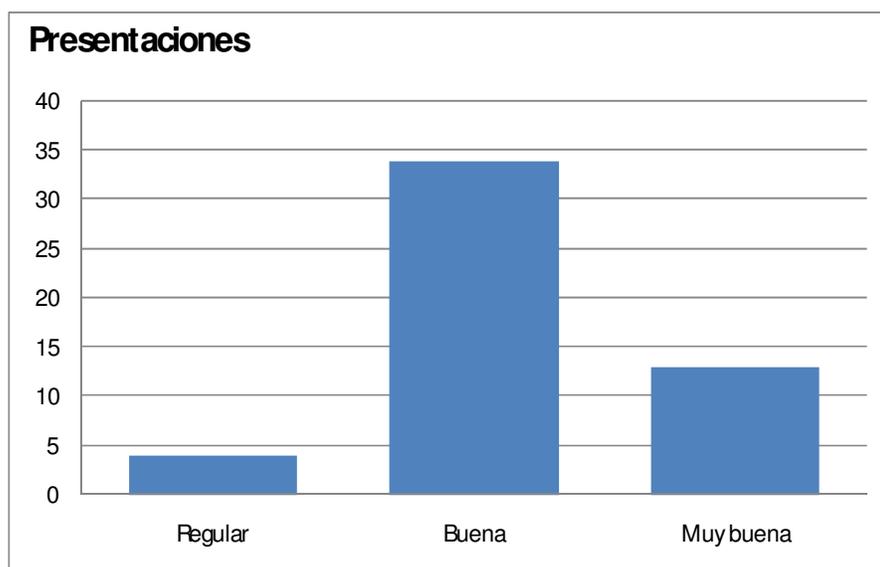
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular	3	5,9	5,9	5,9
	Buena	31	60,8	60,8	66,7
	Muy buena	17	33,3	33,3	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



En términos generales, la información obtenida revela una *buena* valoración de los tutores de R1 (31 casos de los 51 posibles que equivalen a casi el 60% del total) en lo que se refiere a cómo ellos han percibido que ha sido la bienvenida y el recibimiento del residente en el centro de salud. Existe además otro grupo de unos 17 tutores (33%) que se muestra aún más optimista y que otorga la máxima valoración posible a este aspecto. Por el contrario, son sólo 3 los tutores (6%) que valoran un poco más negativamente (como *regular*) esta bienvenida del residente en el centro.

B. Presentaciones del personal del Centro

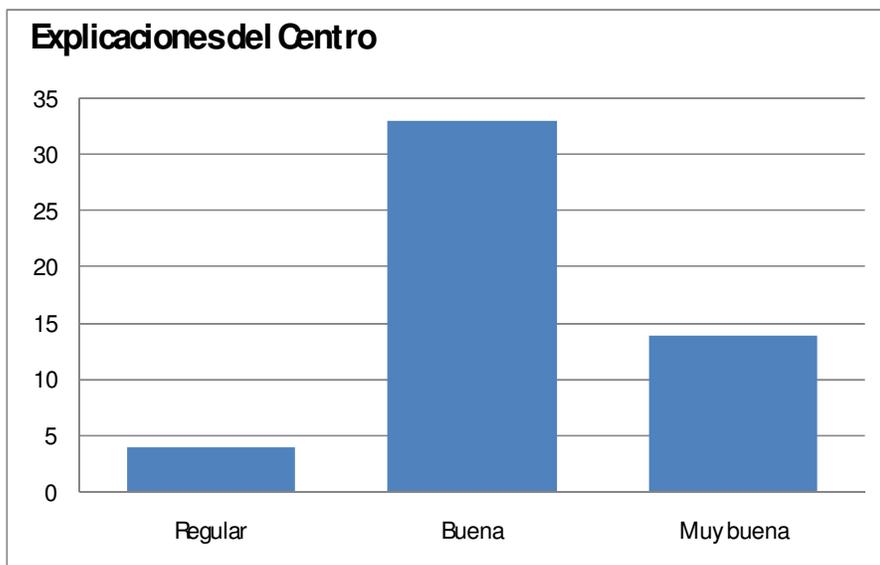
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular	4	7,8	7,8	7,8
	Buena	34	66,7	66,7	74,5
	Muy buena	13	25,5	25,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



En cuanto al tema de las presentaciones del residente al resto del EAP y personal del centro, los tutores también valoran muy positivamente este importante aspecto de la acogida con los siguientes datos: 13 de ellos (25%) le otorga una *muy buena* valoración, 34 (67%) *buena* y sólo 4 de ellos (8%) valora como *regular* las presentaciones efectuadas.

C. Explicaciones estructurales y logísticas del Centro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular	4	7,8	7,8	7,8
	Buena	33	64,7	64,7	72,5
	Muy buena	14	27,5	27,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



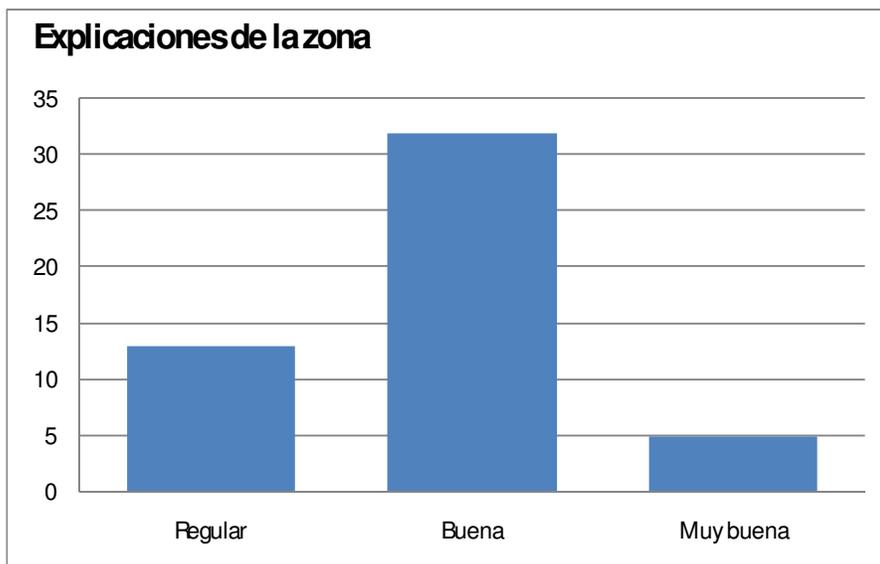
Una valoración prácticamente similar a la anterior hacen los tutores de R1 acerca de la información que ellos facilitaron al residente durante esta primera acogida en lo que se refiere a la estructura y la organización del centro de salud con el propósito de que no se sintiesen perdidos y desubicados durante estos primeros días. Así la información obtenida revela que: 14 tutores (27%) le otorgan una *muy buena* valoración a esta cuestión, 33 (65%) *buena* y sólo 4 de ellos (8%) valora como *regular* la explicación ofrecida a su residente sobre los aspectos estructurales y logísticos del centro de salud.

D. Explicaciones de la Comunidad y de la zona de salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular	13	25,5	26,0	26,0
	Buena	32	62,7	64,0	90,0
	Muy buena	5	9,8	10,0	100,0
	Total	50	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,0		
Total		51	100,0		

Por otro lado, en lo que concierne a la información facilitada al residente referida a los principales aspectos de la Comunidad y de la zona de salud en la que se ubica el centro, los tutores de R1 hacen una valoración algo más modesta que en los casos

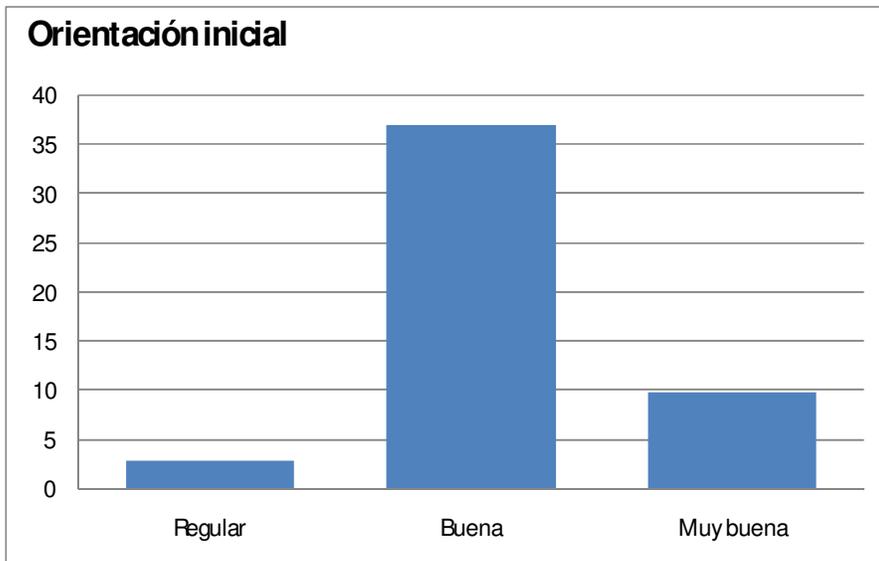
anteriores. Así, un número importante de ellos (13 que constituyen el 26%) reconocen que podía haber sido *mejorable* su explicación y asesoramiento en este sentido. No obstante, la mayor parte de ellos (32 de 50) valoran como *buena* su actuación en este sentido y sólo 5 de ellos (10%) la valoran como *muy buena*.



E. Orientación inicial de su actividad en el Centro

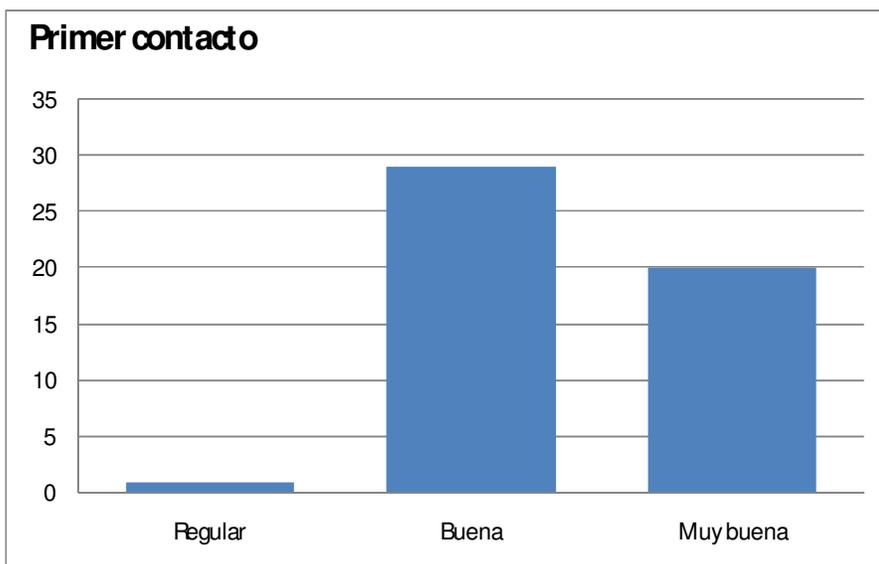
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular	3	5,9	6,0	6,0
	Buena	37	72,5	74,0	80,0
	Muy buena	10	19,6	20,0	100,0
	Total	50	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,0		
Total		51	100,0		

En términos generales, la información obtenida revela una *buena* valoración de los tutores de R1 (37 casos de los 50 posibles que equivalen al 74% del total) en lo que se refiere a la orientación inicial de la actividad del residente en el centro de salud. Existe además otro grupo de unos 10 tutores (20%) que otorga la máxima valoración posible a esta cuestión. Por el contrario, son sólo 3 los casos (6%) que se registran con una valoración algo más negativa.



F. Primer contacto con el tutor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular	1	2,0	2,0	2,0
	Buena	29	56,9	58,0	60,0
	Muy buena	20	39,2	40,0	100,0
	Total	50	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,0		
Total		51	100,0		



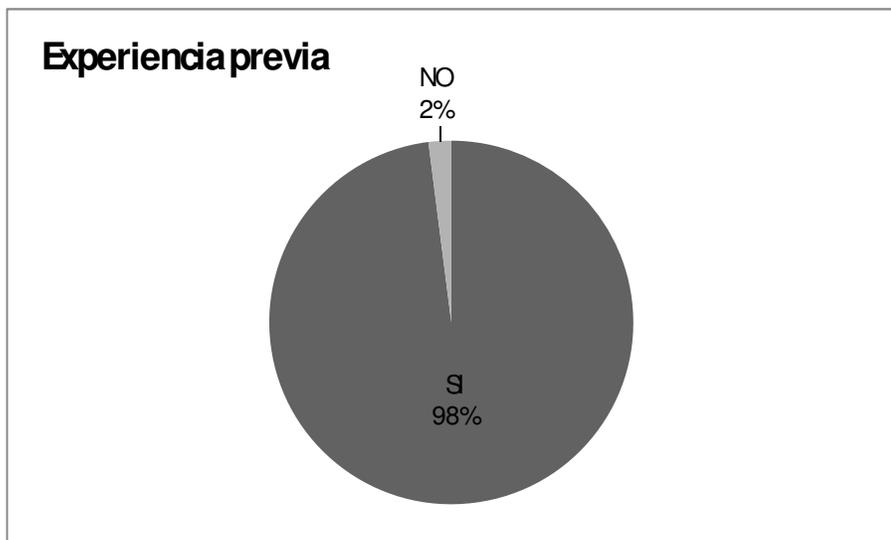
De todos los aspectos importantes a tener en cuenta en el proceso de acogida del residente de primer año en su rotación inicial en el centro de salud el mejor valorado por los tutores es, sin duda, el primer contacto establecido entre ambos (tutor y residente). Así, la información obtenida muestra: que 20 tutores (40%) califican como *muy bueno* este primer contacto; 29 como *bueno* (58%) y sólo 1 de ellos, que representa el 2% lo valora como mejorable (*regular*).

PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE

2. *Valoración inicial y diagnóstica del residente en lo que respecta a:*

A. *Experiencia previa*

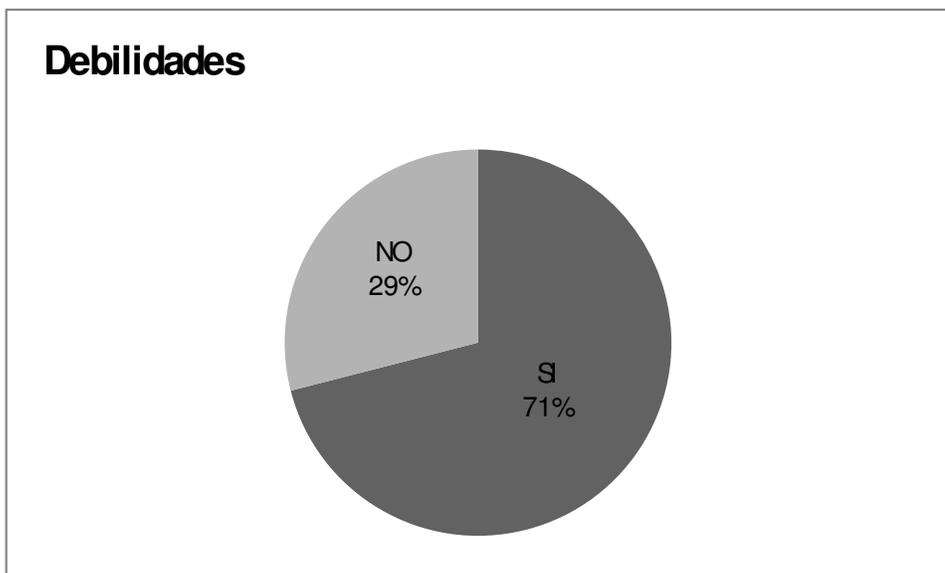
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	50	98,0	98,0	98,0
	No	1	2,0	2,0	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Prácticamente el total de los tutores de R1 consultados (50 de 51) aseguran el haberle preguntado a su residente, durante este primer mes de formación en el centro, por su *experiencia previa* en general y en concreto con la Medicina de Familia y con el ejercicio profesional desarrollado en Atención Primaria. Sólo 1 tutor reconoce no haberlo hecho.

B. *Debilidades*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	36	70,6	70,6	70,6
	No	15	29,4	29,4	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

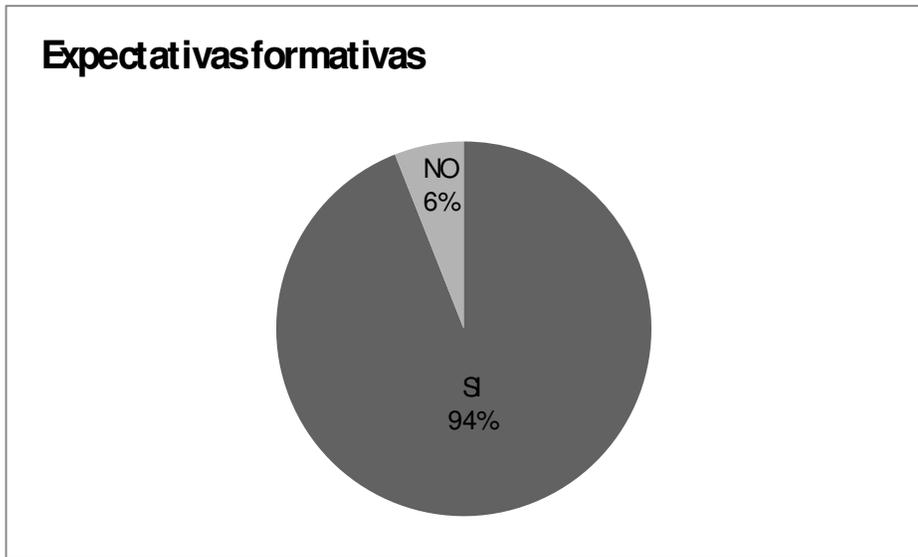


En cuanto a si se les preguntó a los residentes en algún momento durante este primer mes de formación en el centro por sus *debilidades* o las áreas en las que se sentían más flojos existe una mayor divergencia en las respuestas ofrecidas por los tutores de R1. Así, mientras 36 de ellos (71%) afirman haberlo hecho, 15 (29%) aseguran lo contrario.

C. Expectativas formativas

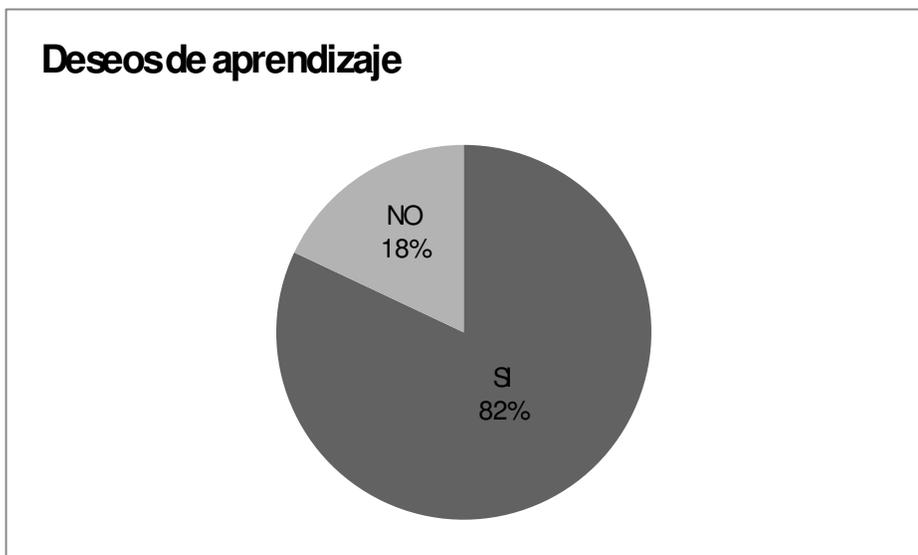
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	48	94,1	94,1	94,1
	No	3	5,9	5,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

El clarificar las *expectativas* entre tutor y residente durante los momentos iniciales al establecimiento de la relación de tutorización si que parece, a la luz de los resultados obtenidos, un tema muy importante y extendido entre los tutores de R1. Así, mientras la mayor parte de ellos (48 de 51 que representan el 94% del total) afirman haberlo hecho, sólo 3 (6%) aseguran lo contrario.



D. Deseos/preferencias de aprendizaje

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	42	82,4	82,4	82,4
	No	9	17,6	17,6	100,0
Total		51	100,0	100,0	



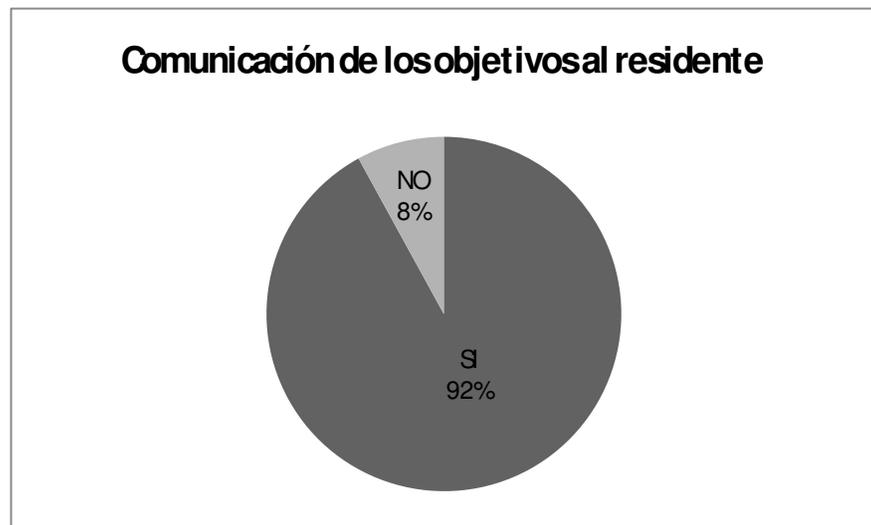
En cuanto a si se les preguntó a los residentes en algún momento durante este primer mes de formación en el centro por sus *preferencias o deseos de aprendizaje* existe una mayor divergencia en las respuestas ofrecidas por los tutores de R1. Así, mientras 42 de ellos (82%) aseguran haberlo hecho, 9 (18%) afirman lo contrario

Comentario general: Según los resultados obtenidos, los tutores de R1 en la evaluación inicial y/o diagnóstica que realizan al residente tienen muy en cuenta las 4 dimensiones exploradas en nuestro cuestionario y que son: la experiencia previa, las debilidades, las expectativas formativas y los deseos de aprendizaje. Ahora bien, no todas son consideradas igual. Así, la *experiencia previa* aparece en primer lugar, seguida de las *expectativas* y con algo menos de incidencia nos encontramos las *preferencias* y las *debilidades*. La tabla que sigue a continuación confirma numéricamente este comentario:

	Experiencia	Debilidades	Expectativas	Preferencias
SI	50	36	48	42
%	98,04%	70,59%	94,12%	82,35%

3. Comunicación de los objetivos formativos al residente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	47	92,2	92,2	92,2
	No	4	7,8	7,8	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

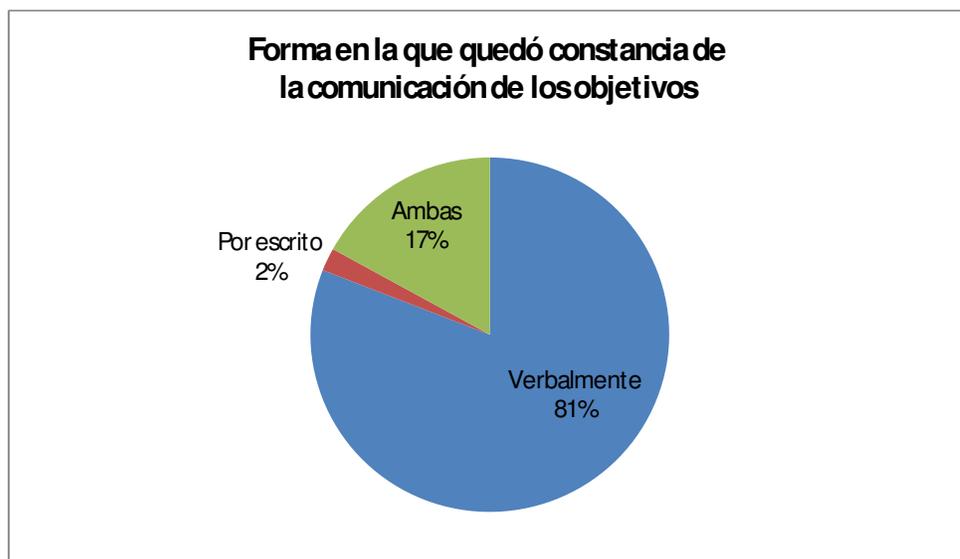


A la pregunta: ¿indicó a su residente lo que debía aprender durante la rotación? La mayor parte de los tutores consultados (47 de 51) responden afirmativamente como queda reflejado en la tabla resumen expuesta anteriormente y en el gráfico de sectores resultante.

A. Forma en la que quedó constancia de la comunicación de los objetivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Verbalmente	38	74,5	80,9	80,9
	Por escrito	1	2,0	2,1	83,0
	Ambas	8	15,7	17,0	100,0
	Total	47	92,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	7,8		
Total		51	100,0		

Según la respuesta ofrecida por los tutores (T1), la forma más común en la que se produjo la comunicación de los objetivos docentes hacia sus respectivos residentes fue *verbalmente* con un 81% de los casos registrados que corresponden a 38 tutores de los 47 posibles. El resto del porcentaje (17%) pertenece a 8 tutores que aseguran haber dejado constancia de los objetivos de *ambas formas*, es decir tanto verbalmente como por escrito. Se registra sólo el caso de 1 tutor que afirma haber indicado a su residente lo que debía aprender únicamente *por escrito*.



B. Valoración de la comunicación de los objetivos formativos

En términos de cantidad:

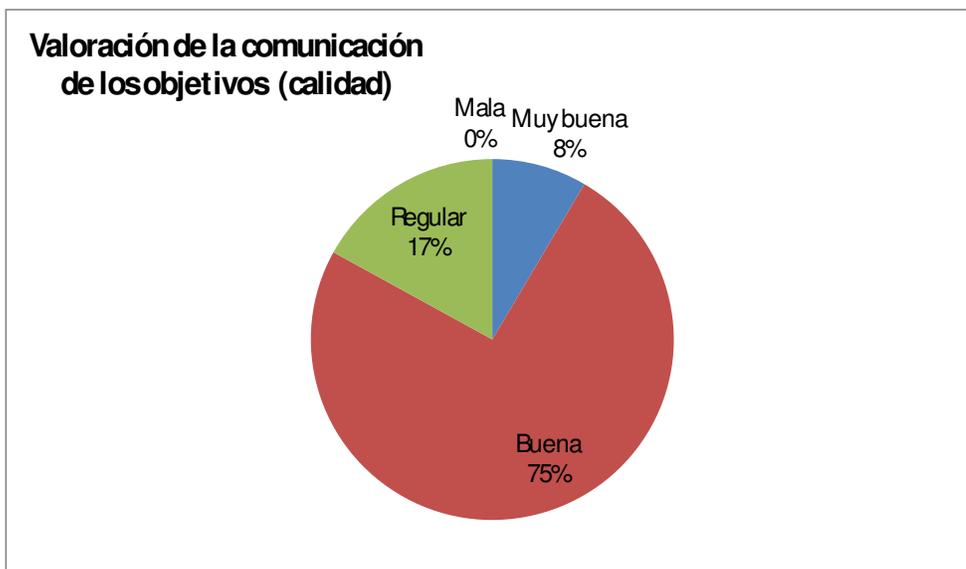
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Suficiente	37	72,5	78,7	78,7
	Escasa	10	19,6	21,3	100,0
	Total	47	92,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	7,8		
Total		51	100,0		



En cuanto a cómo fue, en términos de cantidad, esa comunicación de los objetivos docentes con los residentes, aunque la mayor parte de los tutores de R1 (37) creen que esta comunicación fue *suficiente* (79%), hay 10 que consideran que fue *escasa* (21%).

En términos de calidad:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular	8	15,7	17,0	17,0
	Buena	35	68,6	74,5	91,5
	Muy buena	4	7,8	8,5	100,0
	Total	47	92,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	7,8		
Total		51	100,0		



En cuanto a cómo fue, en términos de calidad, esa misma comunicación de los objetivos docentes con los residentes, los tutores (T1) consultados la valoran del siguiente modo: 35 de ellos como *buena* (75%), 4 como *muy buena* (8%) y 8 como *regular* (17%). Por la similitud con las respuestas de la pregunta anterior es muy probable que la valoración que los tutores hacen esté asociada calidad y cantidad.

4. *Valoración del peso de una serie de elementos en el diseño del plan de formación del residente*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Necesidades de aprendizaje	51	0	60	26,96	14,074
Expectativas formativas	51	0	40	19,16	10,595
Experiencia del tutor	51	0	80	25,16	16,052
El programa de la Especialidad	51	0	100	28,92	20,720

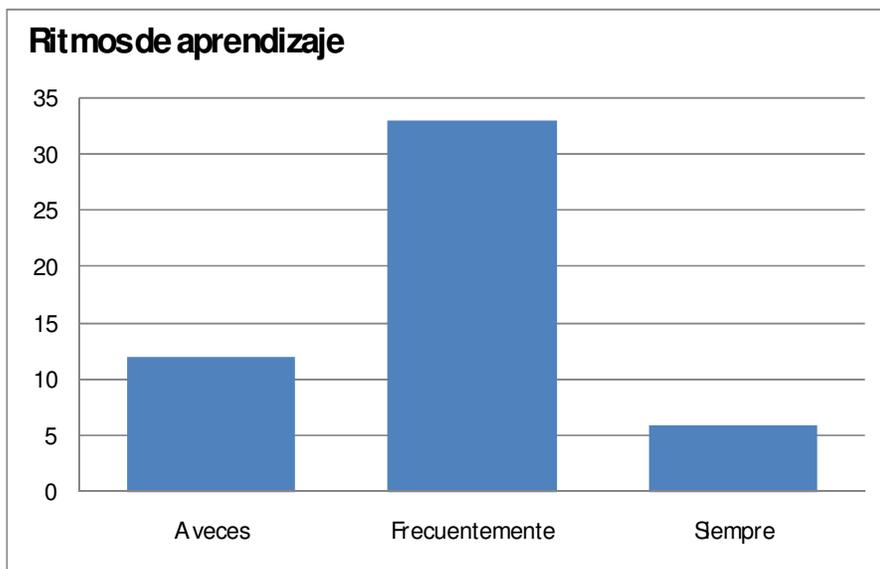


La respuesta obtenida de los tutores (T1) a la pregunta del peso que crees que tienen una serie de elementos en el diseño del plan de formación del residente revela los siguientes datos: el *Programa de la Especialidad* es el que tiene una mayor importancia con una media del 27%; seguido de las *necesidades de aprendizaje* del residente (27%) y del *criterio y experiencia del tutor* (25%). En último lugar los tutores sitúan las *expectativas formativas* del residente con un 19% de incidencia.

5. Consideración de los ritmos de aprendizaje del residente

A la pregunta: ¿tuviste en cuenta los ritmos de aprendizaje en la selección y secuenciación de lo que debía aprender el residente en cada momento? La mayor parte de los tutores consultados (33 de 51 que representan el 65% del total) responden que los tuvieron en cuenta de manera *frecuente*, 12 (23%) afirman que sólo en *determinadas ocasiones* y 6 de ellos (12%) incluso aseguran que *siempre*.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	A veces	12	23,5	23,5
	Frecuentemente	33	64,7	64,7
	Siempre	6	11,8	11,8
	Total	51	100,0	100,0

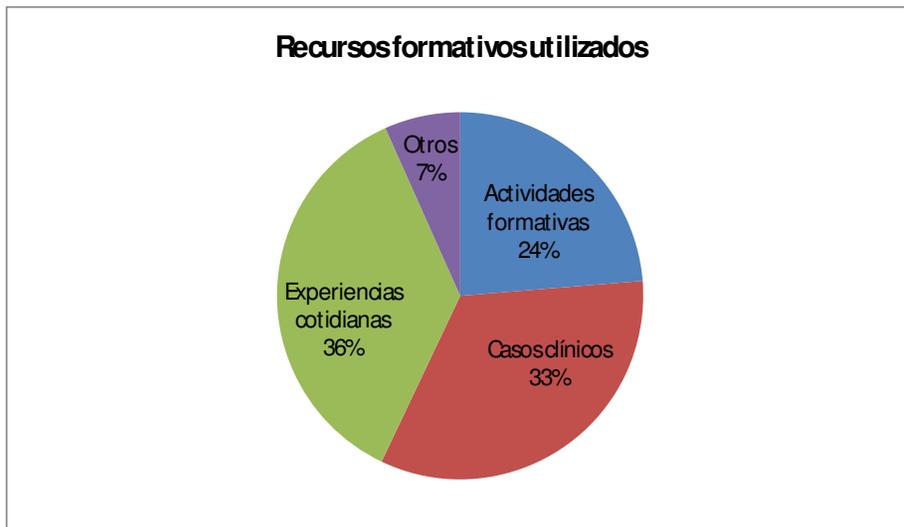
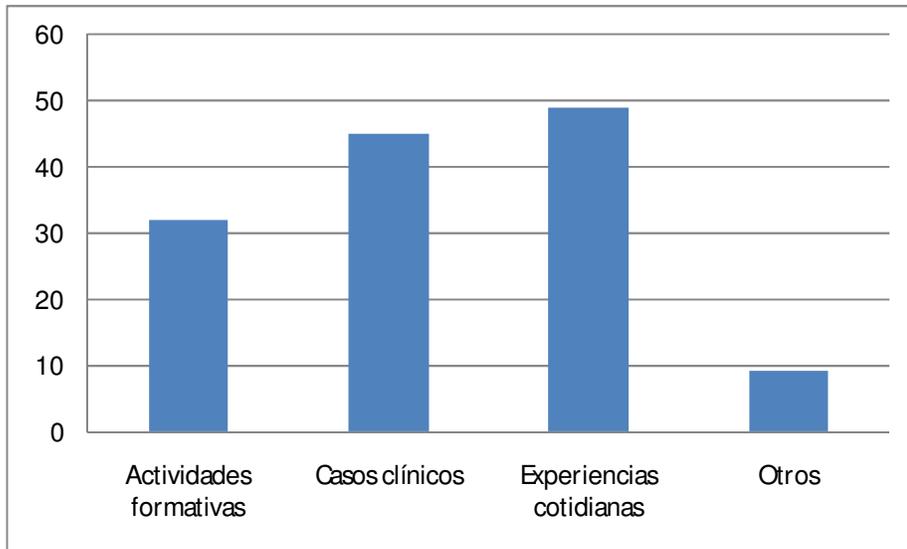


6. Recursos formativos utilizados por el tutor

A la pregunta: ¿qué recursos formativos utilizaste en el proceso de aprendizaje con tu residente? La respuesta dada por los tutores de R1 aparece reflejada en la tabla resumen que sigue a continuación:

Opciones	Frecuencia	% (135)	% (51)
Actividades formativas	32	23,70	62,74
Casos clínicos	45	33,33	88,23
Experiencias cotidianas	49	36,29	96,07
Otros	9	6,66	17,64
Total	135 ²	100,0	100,0

² El que en esta pregunta se hayan recogido más respuestas (n=135) que el número total de tutores que cumplimentaron finalmente el cuestionario (n=51) responde a que en ella estaba permitido marcar más de una opción.



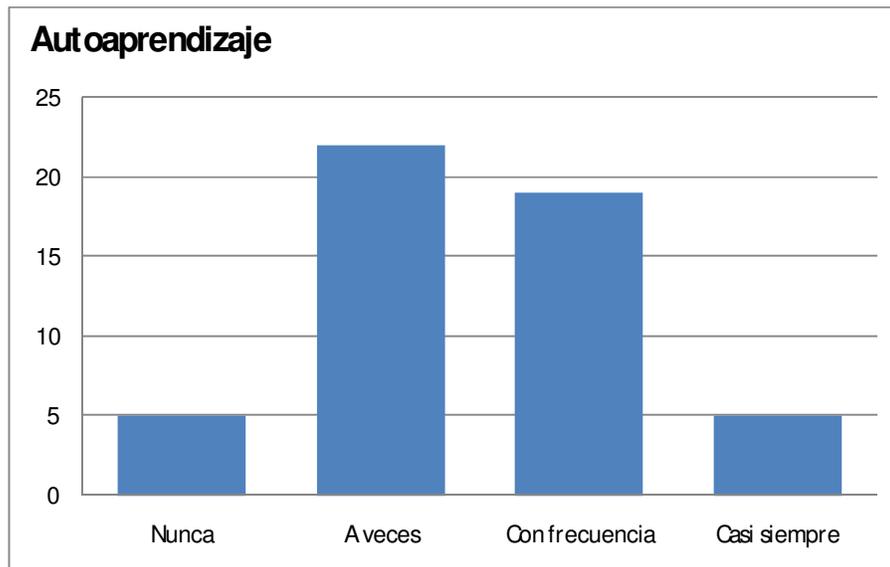
Los datos obtenidos revelan que el aprovechamiento por parte del tutor de las *experiencias cotidianas* del día a día como oportunidades de aprendizaje constituye la opción más señalada por los tutores con 49 casos que representan el 36% del total. Le siguen muy cerca en porcentaje de elección (33%) el uso de *casos clínicos* como método formativo. Con algo menos de incidencia (24%) se sitúan aquellas *actividades diseñadas específicamente con fines formativos*. Por último, señalar también que en la casilla de “*otros*” con un 7% se han recogido 9 aportaciones distintas con el siguiente contenido: sesiones clínicas; revisiones de temas programados; sesiones de patología prevalente y urgencias; cursos y dinámicas de grupo (2); formación on-line; manejo de documentación; uso de Internet y búsquedas bibliográficas.

7. Frecuencia de utilización de determinados métodos docentes:

Autoaprendizaje:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Nunca	5	9,8	9,8	9,8
A veces	22	43,1	43,1	52,9
Con frecuencia	19	37,3	37,3	90,2
Casi siempre	5	9,8	9,8	100,0
Total	51	100,0	100,0	

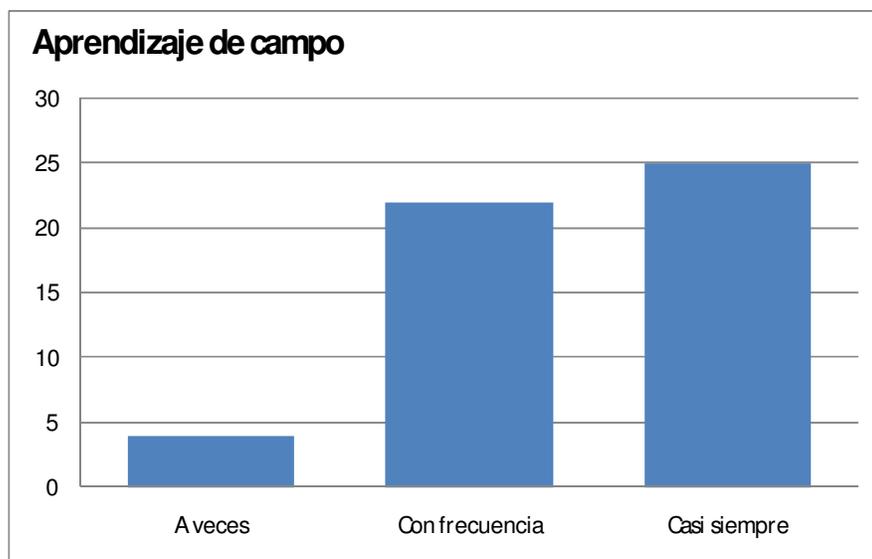
En cuanto a la pregunta ¿con qué frecuencia se utilizó el autoaprendizaje como método docente durante el primer mes de formación del residente? los tutores consultados responden del siguiente modo: 22 de ellos dicen que *a veces* (43%), 19 que *con frecuencia* (37%) y 5 que *casi siempre* (10%). Por el contrario, son 5 también los tutores (10%) que reconocen no haber utilizado *nunca* el autoaprendizaje con su residente. Podemos observar gráficamente esta distribución en gráfico de barras que se muestra a continuación:



Aprendizaje de campo:

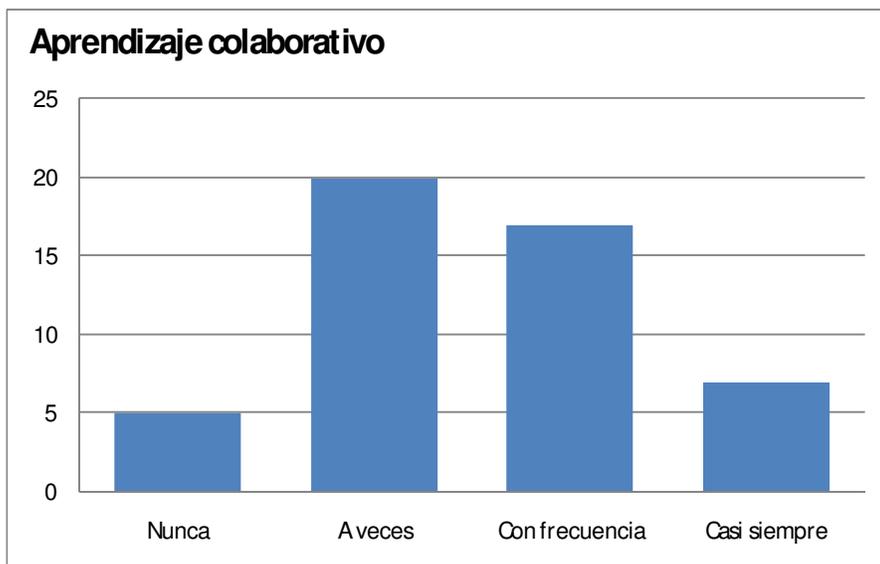
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A veces	4	7,8	7,8	7,8
	Con frecuencia	22	43,1	43,1	51,0
	Casi siempre	25	49,0	49,0	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

En cuanto a la pregunta ¿con qué frecuencia se utilizó el aprendizaje de campo como método docente durante el primer mes de formación del residente? los tutores consultados responden del siguiente modo: 25 de ellos dicen que *casi siempre* (49%), 22 que *con frecuencia* (43%) y 4 que *a veces* (8%). Podemos observar gráficamente esta distribución en el gráfico de barras que se muestra a continuación:



Aprendizaje colaborativo:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	5	9,8	10,2	10,2
	A veces	20	39,2	40,8	51,0
	Con frecuencia	17	33,3	34,7	85,7
	Casi siempre	7	13,7	14,3	100,0
	Total	49	96,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3,9		
Total		51	100,0		

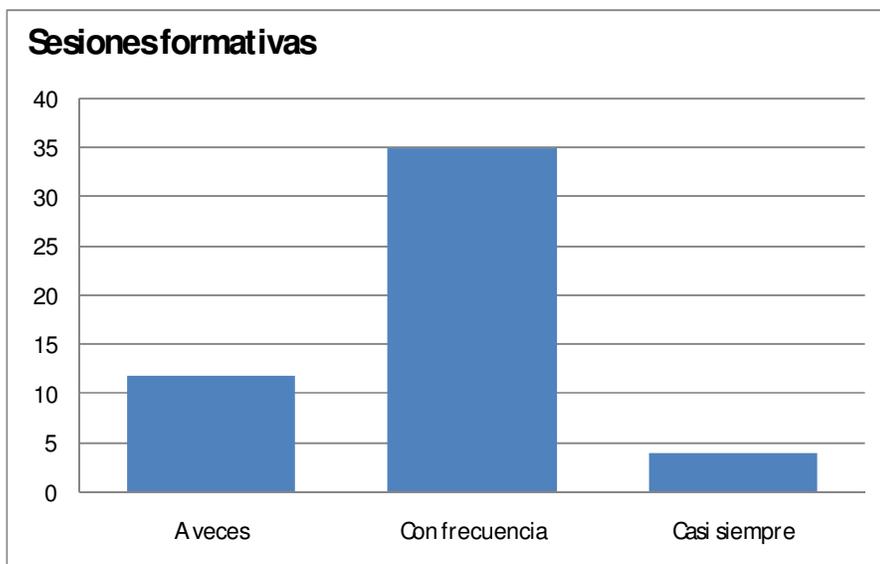


En cuanto a la pregunta ¿con qué frecuencia se utilizó el aprendizaje colaborativo como método docente durante el primer mes de formación del residente? los tutores consultados responden del siguiente modo: 20 de ellos dicen que *a veces* (41%), 17 que *con frecuencia* (35%) y 7 que *casi siempre* (14%). Por el contrario, son 5 los tutores (10%) que reconocen que su residente *nunca* ha trabajado en grupo.

Sesiones formativas:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A veces	12	23,5	23,5	23,5
	Con frecuencia	35	68,6	68,6	92,2
	Casi siempre	4	7,8	7,8	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

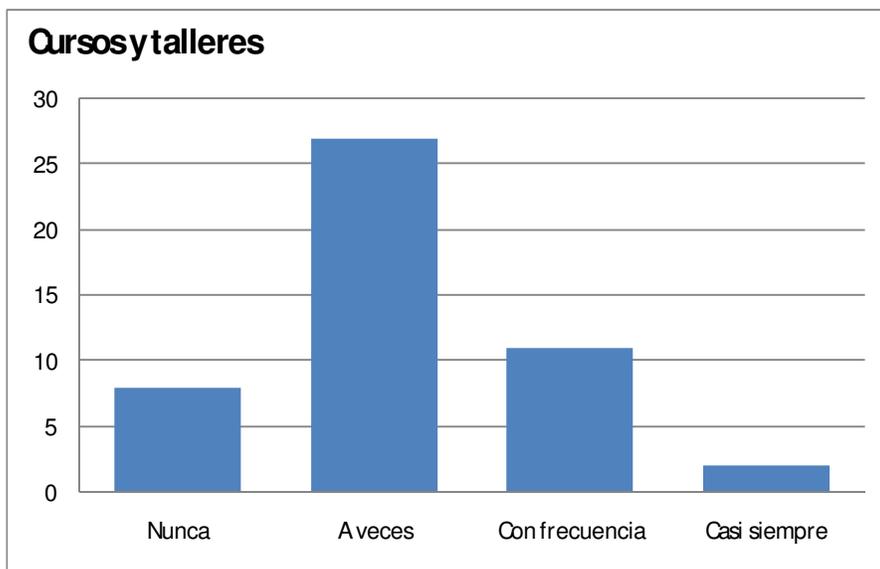
En cuanto a la pregunta ¿con qué frecuencia se utilizaron las sesiones formativas como método docente durante el primer mes de formación del residente? los tutores consultados responden del siguiente modo: 35 de ellos dicen que *con frecuencia* (69%), 12 que *a veces* (23%) y 4 que *casi siempre* (8%). Podemos observar gráficamente esta distribución en el diagrama de barras que se muestra a continuación:



Cursos, talleres:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	8	15,7	16,7	16,7
	A veces	27	52,9	56,3	72,9
	Con frecuencia	11	21,6	22,9	95,8
	Casi siempre	2	3,9	4,2	100,0
	Total	48	94,1	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,9		
Total		51	100,0		

En cuanto a la pregunta ¿con qué frecuencia se utilizaron los cursos/talleres como método docente durante el primer mes de formación del residente? los tutores consultados responden del siguiente modo: 27 de ellos dicen que *a veces* (56%), 11 que *con frecuencia* (23%), y 4 que *casi siempre* (8%). Por el contrario, son 8 los tutores (17%) que afirman que su residente *nunca* ha realizado cursos y/o talleres durante este primer mes de formación.



En términos generales y, según la respuesta dada por los tutores de los R1, en la rotación inicial del residente por el centro de salud se emplearon todos los métodos docentes recomendados por el Programa Oficial de la Especialidad, aunque eso sí, unos en mayor medida o insistencia que otros. Así, el aprendizaje *en el contexto real o de campo* aparece en primer lugar, seguido de la realización de *sesiones formativas* (clínicas y bibliográficas). Después en una proporción parecida aparecen el resto (*el autoaprendizaje, el aprendizaje colaborativo y los cursos*). La tabla que sigue a continuación confirma numéricamente este comentario:

METODOS	AUTOAPR.	A. CAMPO	COLABOR.	SESIONES	CURSOS
Nunca	5	0	5	0	8
A veces	22	4	20	12	27
C.frecuencia	19	22	17	35	11
Siempre	5	25	7	4	2

8. Reuniones de seguimiento / de evaluación formativa

A la pregunta: ¿en algún momento mantuviste reuniones con el residente para analizar cómo se estaba desarrollando su formación e intentar corregir los posibles puntos débiles? Los tutores de R1 mayoritariamente (48 de 51, lo que constituye el 94% del total) aseguran el haberlas mantenido y sólo 3 de ellos (6%) reconocen lo contrario.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	48	94,1	94,1	94,1
	No	3	5,9	5,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



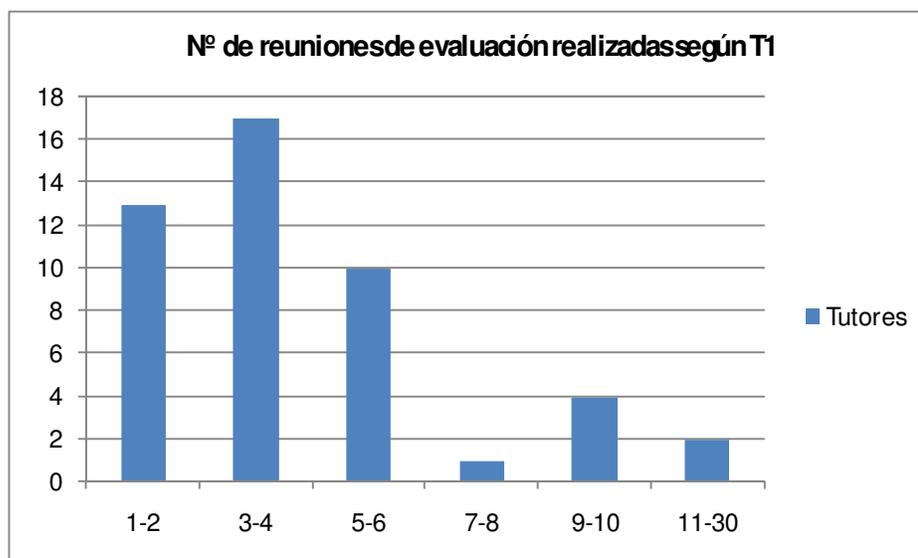
A. Número de reuniones/entrevistas de evaluación realizadas

La respuesta obtenida revela una media de casi 5 reuniones de seguimiento realizadas y una desviación típica de 5. Son sólo 4 los sujetos que se pierden, es decir, que no contestan por haber reconocido no haber mantenido dichas reuniones.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nº de reuniones	47	1	30	4,94	5,002

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	5	9,8	10,6	10,6
	2	8	15,7	17,0	27,7
	3	8	15,7	17,0	44,7
	4	9	17,6	19,1	63,8
	5	6	11,8	12,8	76,6
	6	4	7,8	8,5	85,1
	7	1	2,0	2,1	87,2
	10	4	7,8	8,5	95,7
	20	1	2,0	2,1	97,9
	30	1	2,0	2,1	100,0
		Total	47	92,2	100,0
Perdidos	Sistema	4	7,8		
Total		51	100,0		

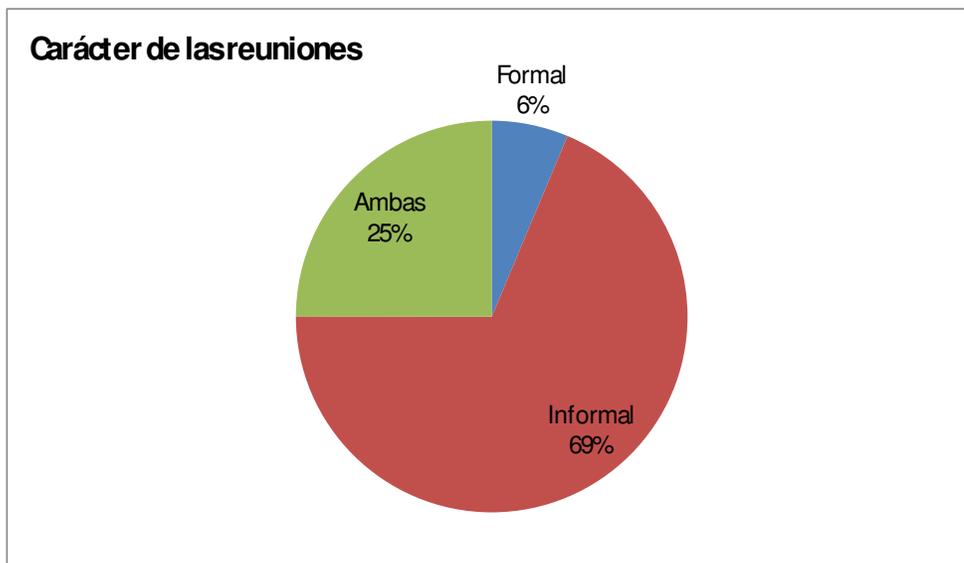
Aunque los valores mínimo (1 reunión) y máximo (30) registrados manifiestan una gran variabilidad en la contestación, el gráfico de barras muestra claramente que lo más normal, según la contestación de los tutores, es que durante este primer mes de formación del residente en el centro de salud, se realicen entre 1 y 6 de estas reuniones con un total de 40 casos computados en dicho intervalo que corresponde a un porcentaje superior al 85%. El resto del porcentaje corresponde a casos aislados y por tanto, menos significativos.



B. *Carácter de las reuniones/entrevistas de evaluación realizadas*

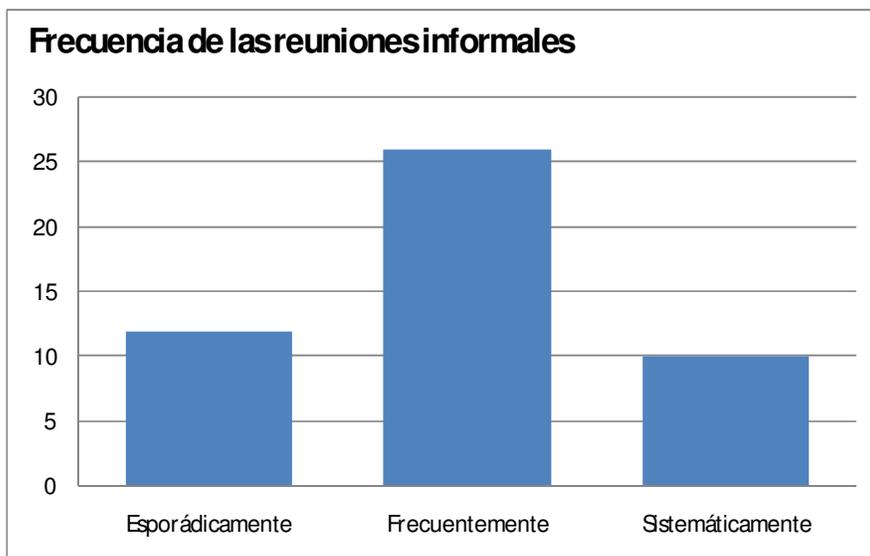
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ambas	12	23,5	25,0	25,0
	Informal	33	64,7	68,8	93,8
	Formal	3	5,9	6,3	100,0
	Total	48	94,1	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,9		
Total		51	100,0		

El gráfico que sigue a continuación muestra claramente que según la respuesta dada por los tutores de los R1, las reuniones o contactos de tipo *informal* son los más frecuentes (33 de los 48 posibles que representan el 69%). Por otro lado, 12 de ellos (25%) afirman haber mantenido *tanto reuniones formales como informales*. Y sólo 3 (6%) aseguran haber tenido solamente reuniones de tipo *formal*.



C. *Frecuencia de las reuniones informales realizadas*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Esporádicamente	12	23,5	25,0	25,0
	Frecuentemente	26	51,0	54,2	79,2
	Sistemáticamente	10	19,6	20,8	100,0
	Total	48	94,1	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,9		
Total		51	100,0		



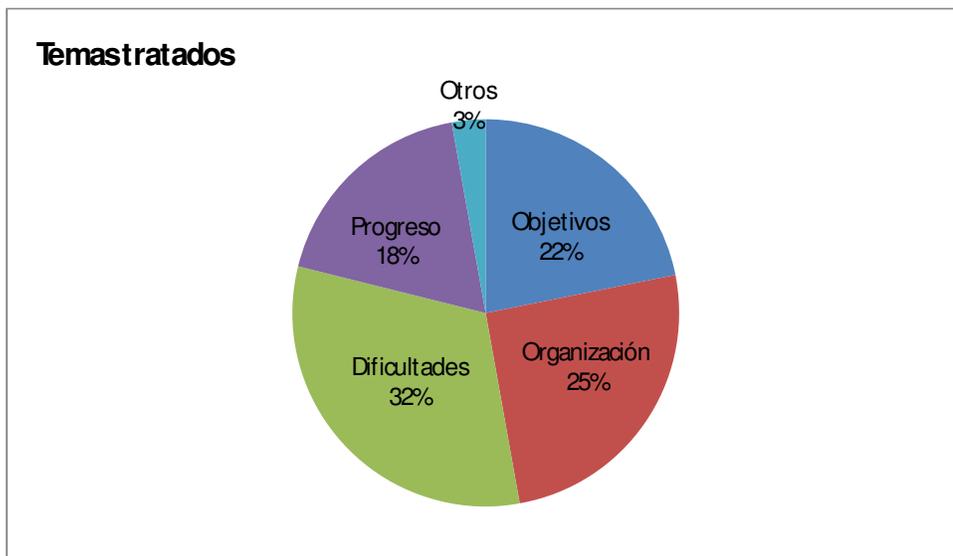
La respuesta obtenida revela que más de la mitad de los tutores consultados (26 de 48 que representan el 54%) aseguran haber mantenido con su residente reuniones de evaluación de tipo informal de manera *frecuente*. No obstante, aunque la tendencia principal apunta en este sentido, se han registrado también otras respuestas que señalan una frecuencia distinta en que se produjeron dichas reuniones: una *esporádica* (con 12 casos que constituyen el 25%) y otra más *sistemática* (con 10 casos que suponen el 21% del total). Repartiéndose de forma bastante equitativa los dos porcentajes en un sentido y en el opuesto.

D. Temas tratados en las reuniones/entrevistas realizadas

A la pregunta: ¿cuáles fueron los temas que se trataron en dichas reuniones-entrevistas de tutorización? La respuesta dada por los tutores aparece reflejada en la tabla resumen que sigue a continuación:

Opciones	Frecuencia	% (142)	% (48)
Definición de objetivos	31	21,83	64,58
Organización actividad	36	25,35	75,00
Dificultades surgidas	45	31,69	93,75
Progreso del proceso	26	18,30	54,16
Otros	4	2,81	8,33
Total	142 ³	100,0	100,0

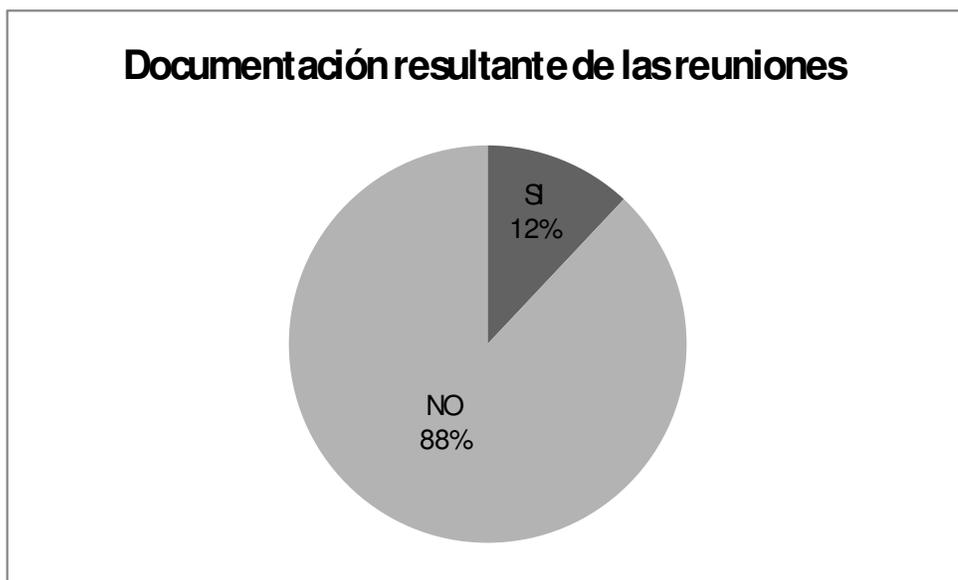
³ El que en esta pregunta se hayan recogido más respuestas (n=142) que el número total de tutores que cumplimentaron finalmente el cuestionario (n=48) responde a que en ella estaba permitido marcar más de una opción.



La respuesta obtenida revela que el tema más recurrente por los tutores de R1 en las reuniones de seguimiento mantenidas con sus residentes fue el referido a las *dificultades o problemas surgidos* hasta ese momento con 45 casos que representan el 32% del total. Le siguen en porcentaje de elección (25%) las reuniones que tratan como tema principal *la organización de la actividad*. Con algo menos de incidencia se sitúan aquellos encuentros realizados con el propósito de *definir los objetivos* docentes (22%) y de valorar *el progreso del proceso formativo* (18%). Por último, señalar también que en la casilla de “*otros*” con menos de un 3% se han recogido 4 respuestas distintas con el siguiente contenido: autocrítica o auditoría; adaptación a ritmo y circuitos de estudio y expectativas y selección de prioridades formativas.

E. Documentación resultante de las reuniones/entrevistas realizadas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	6	11,8	12,5	12,5
	No	42	82,4	87,5	100,0
	Total	48	94,1	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,9		
Total		51	100,0		

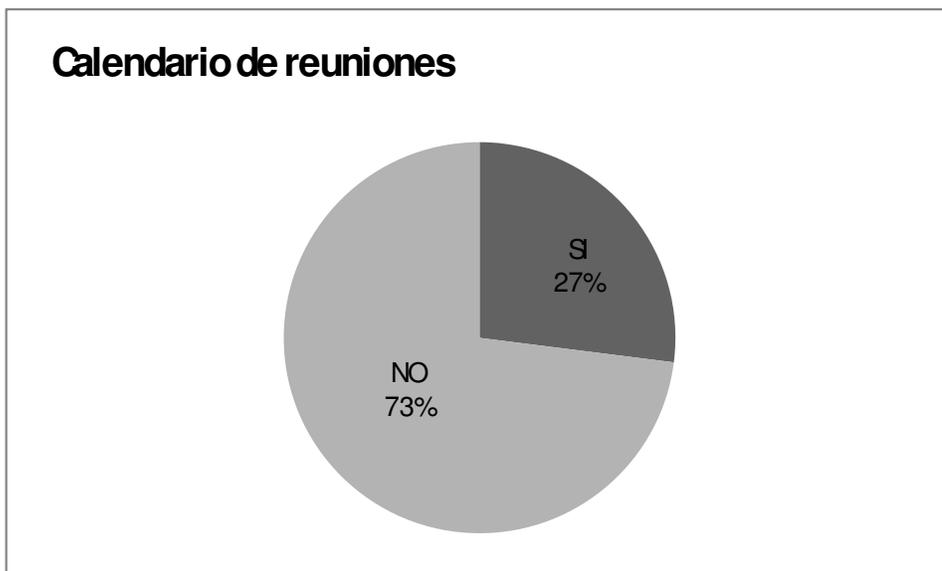


A la pregunta: ¿se elaboró algún tipo de documento con los resultados de estas reuniones-entrevistas? la respuesta obtenida revela que sólo 6 tutores (12%) aseguran haber emitido algún tipo de documentación referida a dichas reuniones. El resto (42 de los 48 posibles) reconocen lo contrario.

F. Realización de un calendario / cronograma de reuniones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	13	25,5	27,1	27,1
	No	35	68,6	72,9	100,0
	Total	48	94,1	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,9		
Total		51	100,0		

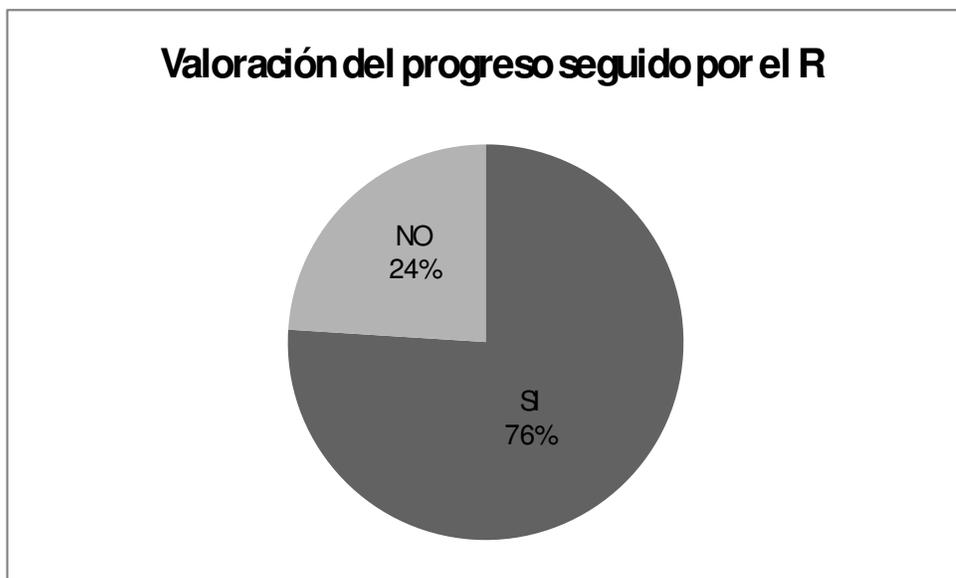
Aunque la mayor parte de los tutores (35 de los 48 que han contestado) reconocen no haber establecido con su residente ningún tipo de calendario de reuniones para el resto de la rotación, existe un porcentaje importante de ellos (13 que representan el 27% del total) que aseguran si haberlo establecido.



9. *Valoración del progreso seguido por el residente*

Como contestación a la pregunta: ¿le comunicaste al residente tu valoración acerca de lo que estaba consiguiendo hasta el momento y de las áreas en las que necesitaba mejorar? se obtuvieron los siguientes datos:

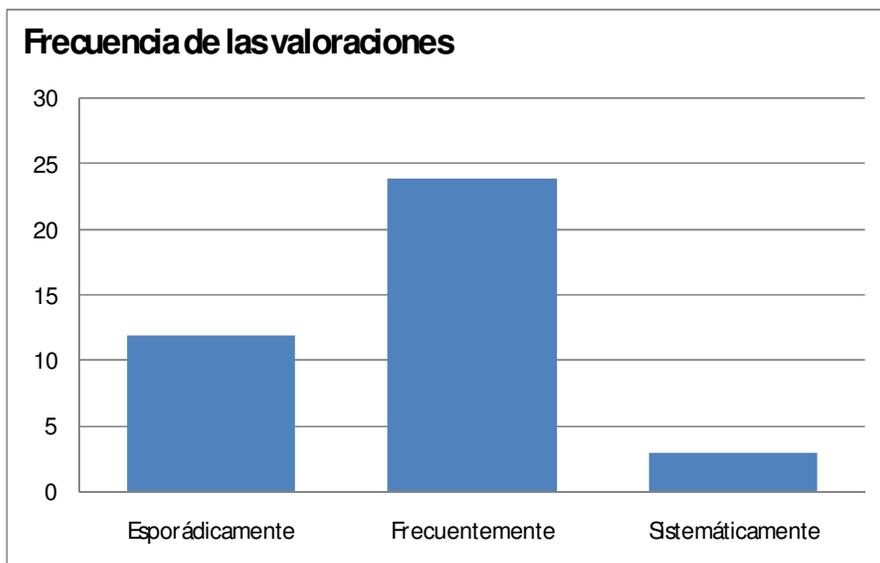
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	39	76,5	76,5	76,5
	No	12	23,5	23,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Aunque la mayor parte de los tutores (39 de 51) reconocen haber tenido sesiones formativas de feed-back con su residente, existe un grupo bastante importante de ellos (12 concretamente y que representan el 23,5% del total) que aseguran no haberlas realizado. Este dato lo interpretamos de manera negativa, ya que sólo a través de este tipo de encuentros de seguimiento tutor-residente puede detectarse si los objetivos se están alcanzando de forma adecuada y en caso contrario, realizarse los reajustes necesarios para que mejore el proceso formativo del residente.

A. Frecuencia de las valoraciones realizadas

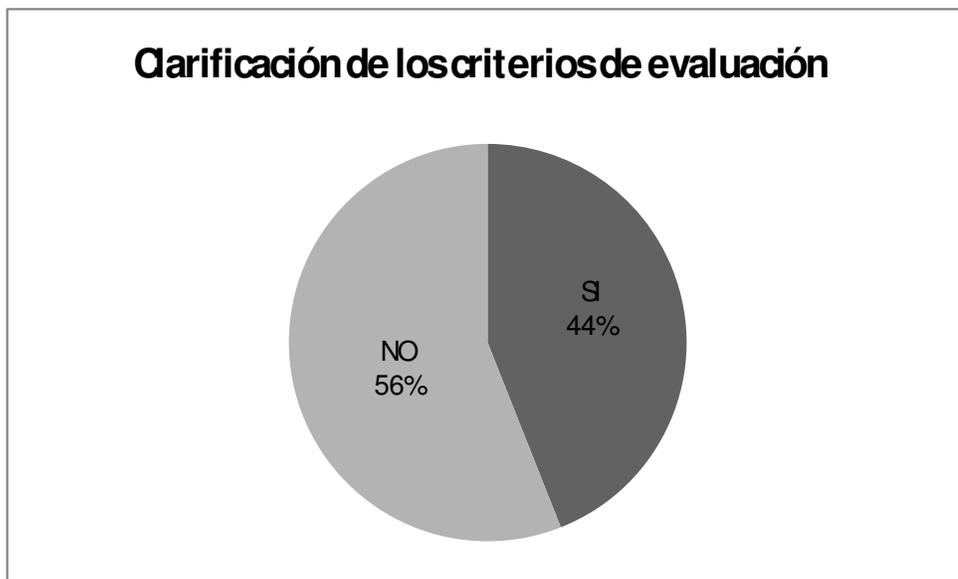
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Esporádicamente	12	23,5	30,8	30,8
	Frecuentemente	24	47,1	61,5	92,3
	Sistemáticamente	3	5,9	7,7	100,0
	Total	39	76,5	100,0	
Perdidos	Sistema	12	23,5		
Total		51	100,0		



La respuesta obtenida revela que más del 60% (24) de los tutores consultados aseguran haber valorado *frecuentemente* el progreso seguido por el residente mediante feed-back. No obstante, aunque la tendencia principal apunta en este sentido, se han registrado también un grupo importante de respuestas que indican una frecuencia *esporádica* de estas valoraciones (con 12 casos que constituyen el 30,8%). Y sólo 3 tutores señalan una frecuencia de carácter más *sistemático* que los anteriores.

10. Clarificación al residente de los criterios de evaluación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	22	43,1	44,0	44,0
	No	28	54,9	56,0	100,0
	Total	50	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,0		
Total		51	100,0		

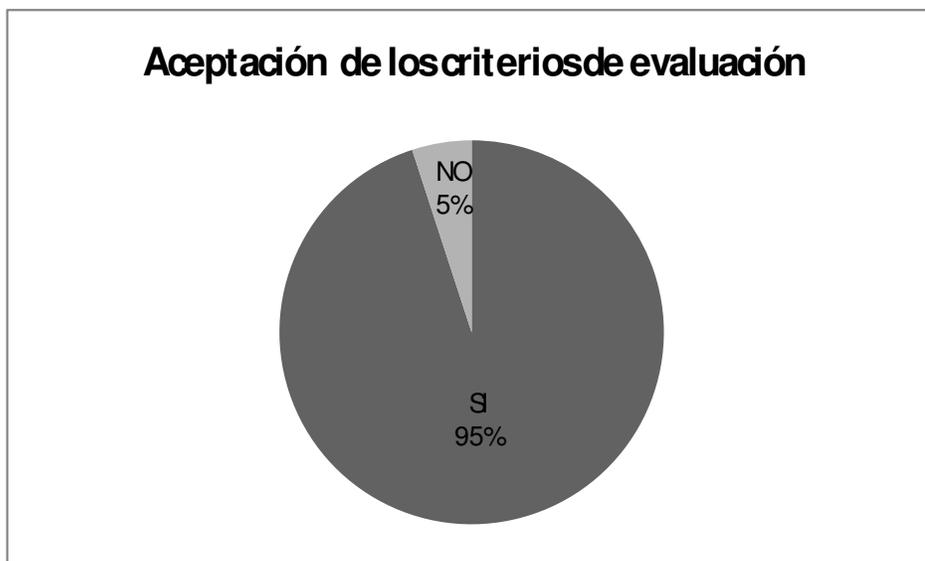


En este caso existe una distribución casi equitativa en los porcentajes de respuesta obtenidos entre aquellos tutores que afirman el haber aclarado con su residente los criterios en base a los cuales iba a ser evaluado (22 casos de los 50 posibles) y aquellos otros tutores (28) que aseguran que no. Este dato lo interpretamos de manera negativa, ya que es fundamental el que los evaluados tomen parte y participen en su propio proceso de evaluación, discutiendo los criterios, su aplicación y el resultado de la misma. Esto exige un diálogo sincero y abierto, entre evaluador y evaluado, entre tutor y residente.

A. Aceptación de los criterios de evaluación por parte del residente

Como contestación a la pregunta: ¿crees que le parecieron oportunos al residente los criterios de evaluación? se obtuvieron los siguientes datos:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	19	37,3	95,0	95,0
	No	1	2,0	5,0	100,0
	Total	20	39,2	100,0	
Perdidos	Sistema	31	60,8		
Total		51	100,0		

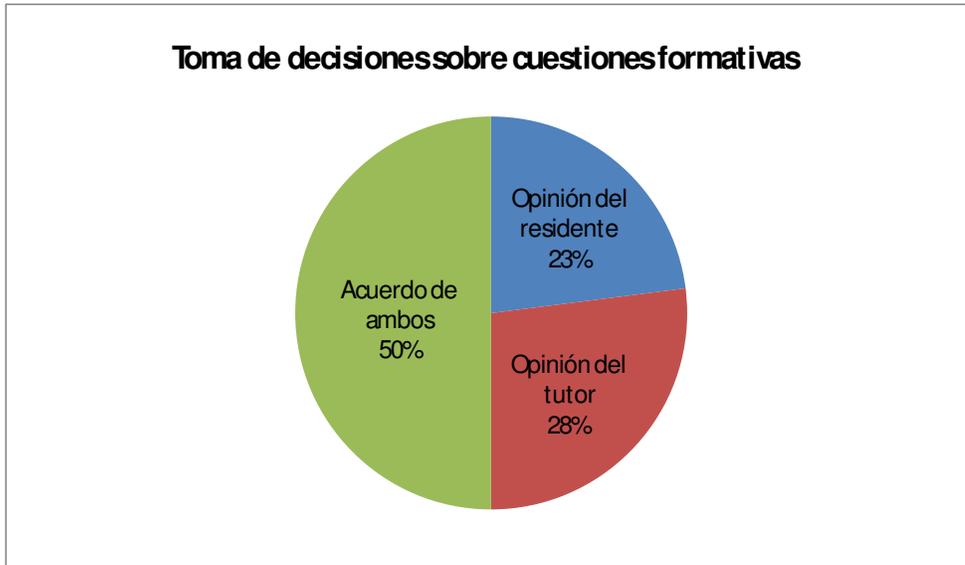


El gráfico y la tabla anterior reflejan que, casi por unanimidad, los tutores coinciden en un 95% (salvo 1 caso) al afirmar que sus residentes se mostraron conformes con los criterios en base a los cuales iban a ser evaluados. Por tanto, se corrobora lo señalado anteriormente referente a la importancia de comunicar y negociar con los residentes las condiciones evaluativas, pues los datos confirman que cuando esto se hace suele ser acogido y aceptado de buen grado por parte de los residentes.

11. Toma de decisiones sobre cuestiones formativas

A la pregunta: ¿qué se tuvo en cuenta a la hora de tomar decisiones que afectaban a algún aspecto de la formación del residente? Según la opinión de los tutores, en la toma de decisiones docentes prevalece en primer lugar el acuerdo de ambos -tutor y residente- (50%), seguido de su propia opinión (28%) y en último lugar de la opinión del residente (23%).

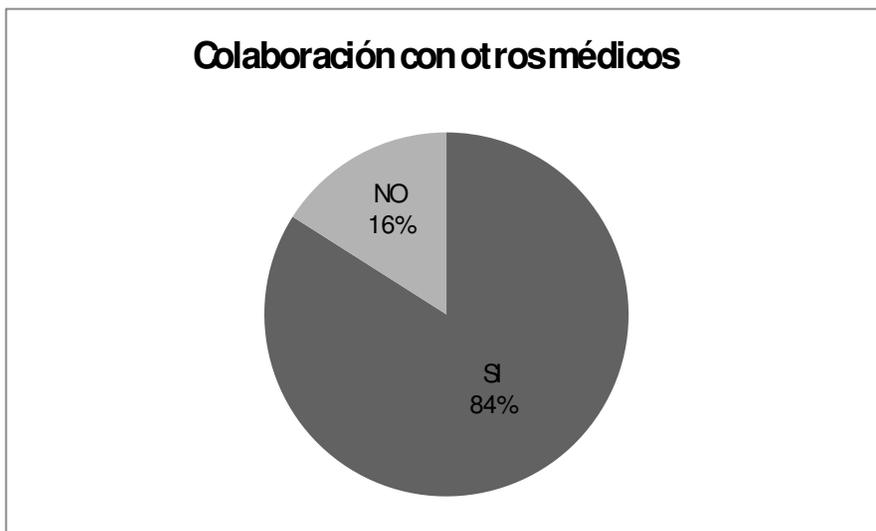
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
La opinión del residente	50	0	80	23,72	18,597
La opinión del tutor	50	0	100	28,22	21,206
El acuerdo de ambos	50	0	100	50,02	28,435



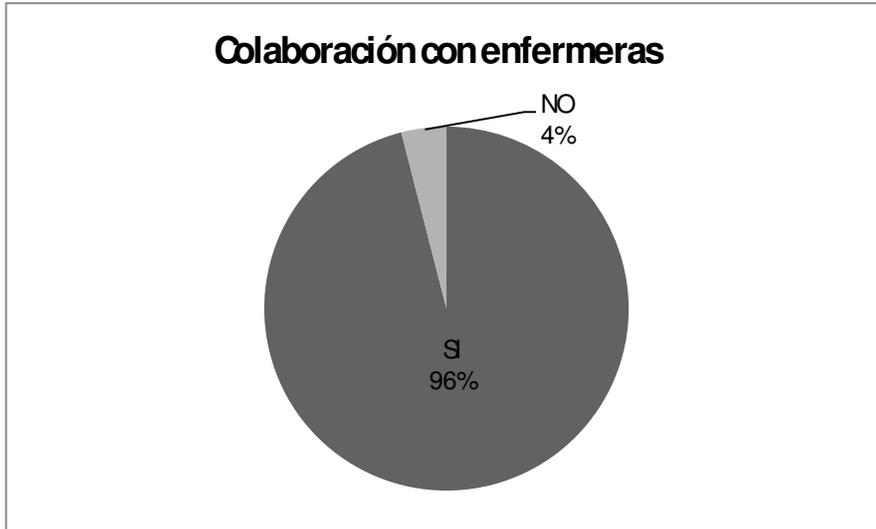
12. Colaboración de otros profesionales en la formación del residente

A la pregunta: ¿con qué otros profesionales del centro de salud colaboró tu residente durante su primer mes de formación? Los tutores responden:

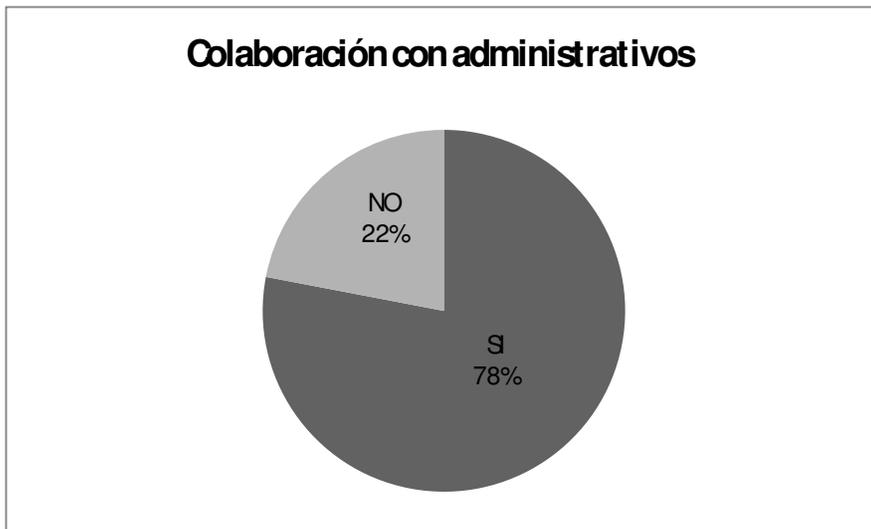
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Colaboré con médicos	43	84,3	84,3
No colaboré con médicos	8	15,7	15,7
Total	51	100,0	100,0



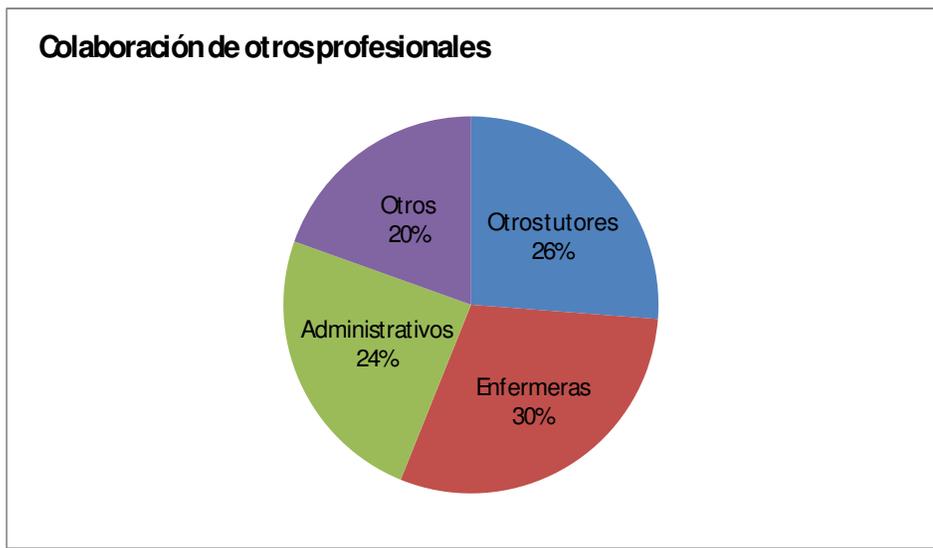
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Colaboré con enfermeras	49	96,1	96,1
	No colaboré enfermeras	2	3,9	3,9
	Total	51	100,0	100,0



		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Colaboré con administrat.	40	78,4	78,4
	No colaboré administrativ.	11	21,6	21,6
	Total	51	100,0	100,0



Opciones	Frecuencia	% (164)	% (51)
Otros tutores y médicos	43	26,21	84,31
Enfermeras	49	29,87	96,07
Administrativos	40	24,39	78,43
Otros	32	19,51	62,74
Total	164	100,0	100,0



Por tanto, la respuesta obtenida revela que la colaboración con las *enfermeras* constituye la opción más señalada por los tutores con 49 casos que representan el 30% del total. Le siguen en porcentaje de elección (26%) la colaboración con *otros*

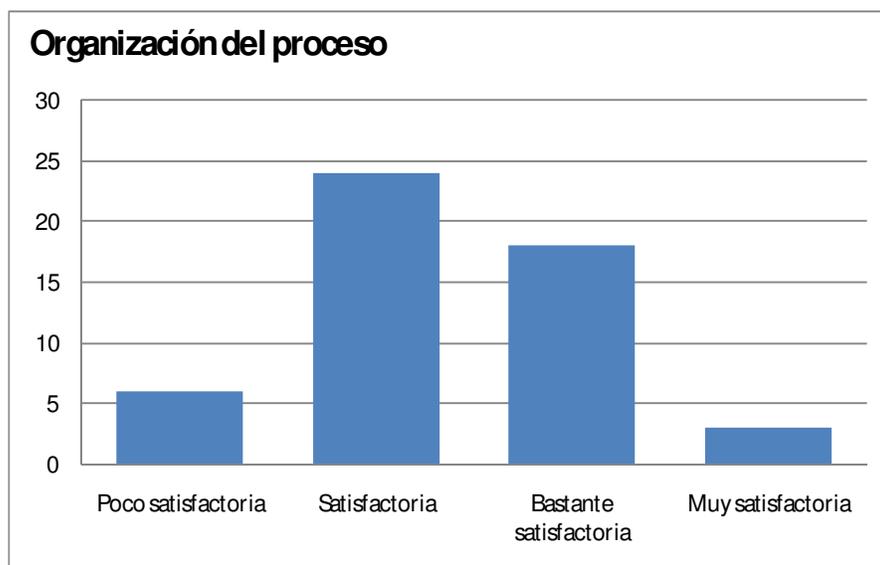
tutores y médicos del equipo. Con algo menos de incidencia (24%) se sitúa la colaboración con el *personal administrativo*. Por último, señalar también que en la casilla de “*otros*” con cerca del 20% se han registrado un total de 32 respuestas con el siguiente contenido: trabajadores sociales, matronas, fisioterapeutas, pediatras y otros residentes.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

13. Valoración del grado de satisfacción con respecto a los siguientes aspectos

A. Organización del proceso formativo

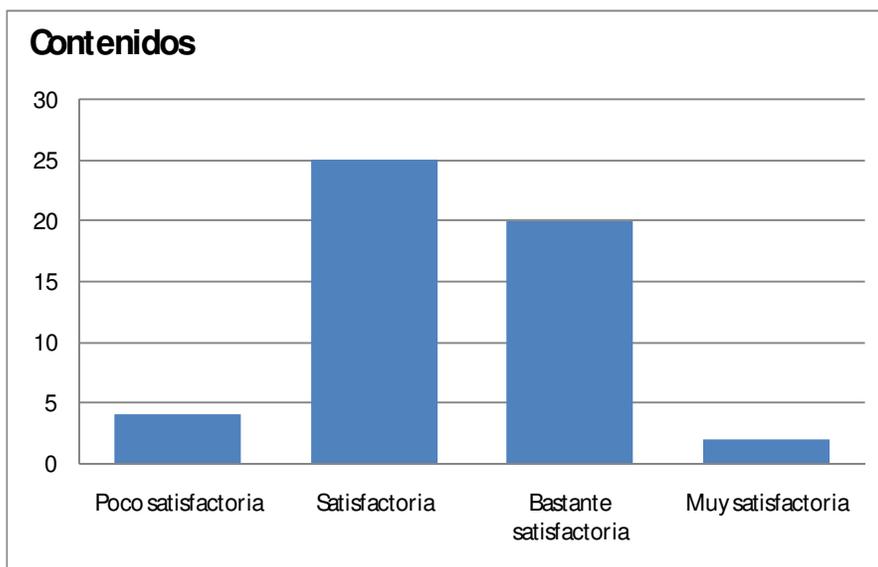
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	6	11,8	11,8	11,8
	Satisfactoria	24	47,1	47,1	58,8
	Bastante Satisfactoria	18	35,3	35,3	94,1
	Muy Satisfactoria	3	5,9	5,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



De la información obtenida de los tutores de R1 en cuanto a su grado de satisfacción en lo que se refiere a la organización del proceso formativo se desprenden los siguientes resultados: la mayor parte de ellos (24 de 51, lo que supone un 47% del total) la valora de manera *satisfactoria*, otro grupo importante (18) como *bastante satisfactoria* e incluso 3 como *muy satisfactoria*. Por contra, son 6 los tutores (12%) cuyo grado de satisfacción en esta cuestión es un *poco* menor.

B. Contenidos tratados

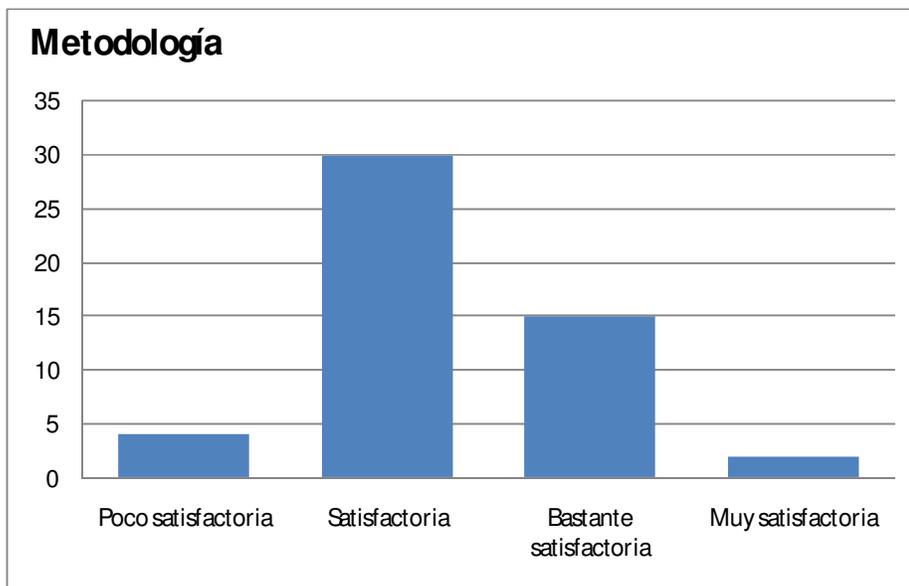
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	4	7,8	7,8	7,8
	Satisfactoria	25	49,0	49,0	56,9
	Bastante Satisfactoria	20	39,2	39,2	96,1
	Muy Satisfactoria	2	3,9	3,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



Por otro lado, en lo que concierne a los contenidos tratados, el grado de satisfacción de los tutores de R1 es el siguiente: la mayor parte de ellos (25 de 51, lo que supone un 49% del total) los valora de manera *satisfactoria*, otro grupo importante de tutores (concretamente 20) como *bastante satisfactorios* e incluso 2 como *muy satisfactorios*. Por contra, son 4 los tutores (8%) cuyo grado de satisfacción en este tema es un *poco* menor.

C. Metodología utilizada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	4	7,8	7,8	7,8
	Satisfactoria	30	58,8	58,8	66,7
	Bastante Satisfactoria	15	29,4	29,4	96,1
	Muy Satisfactoria	2	3,9	3,9	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

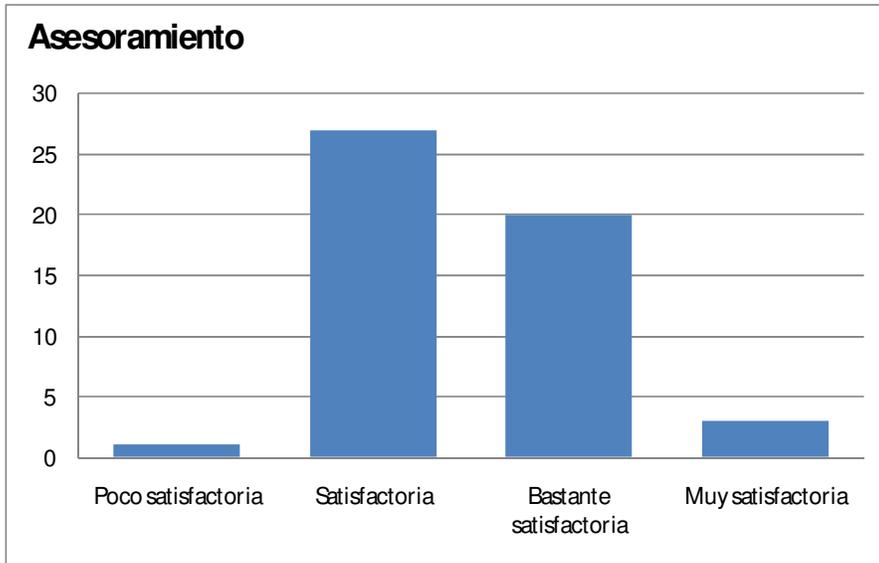


En lo que respecta a la metodología tratada, el grado de satisfacción de los tutores de R1 es el siguiente: la mayor parte de ellos (30 de 51, lo que supone un 59% del total) la valora de manera *satisfactoria*, otro grupo importante de tutores (concretamente 15) como *bastante satisfactoria* e incluso 2 como *muy satisfactoria*. Por contra, son 4 los tutores (8%) cuyo grado de satisfacción en esta cuestión es un *poco* menor.

D. Asesoramiento prestado al residente

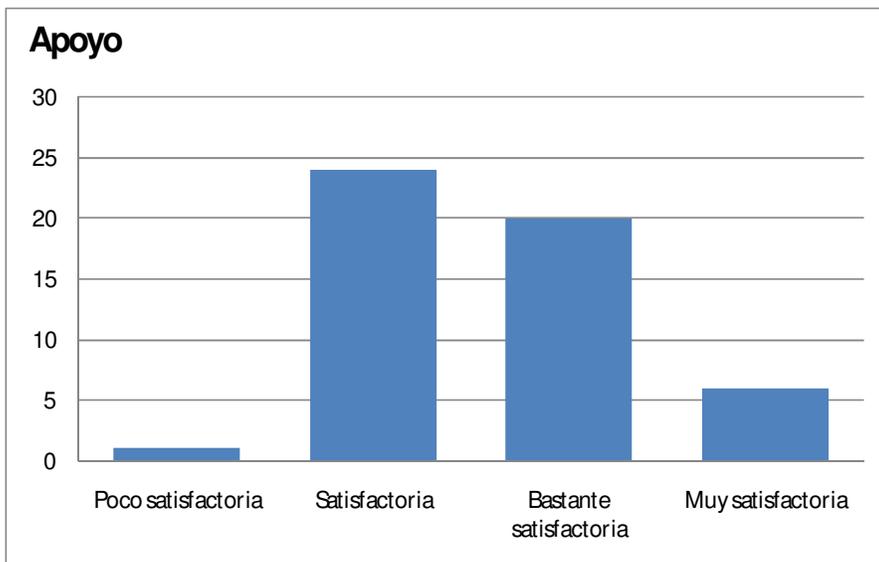
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Poco Satisfactoria	1	2,0	2,0	2,0
Satisfactoria	27	52,9	52,9	54,9
Bastante Satisfactoria	20	39,2	39,2	94,1
Muy Satisfactoria	3	5,9	5,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

En lo que respecta al asesoramiento prestado al residente, el grado de satisfacción manifestado por los tutores es el siguiente: 27 de ellos (53%) lo valora de manera *satisfactoria*, 20 como *bastante satisfactorio* y 3 de ellos como *muy satisfactorio*. Por contra, sólo 1 tutor está poco satisfecho con el asesoramiento que ha ofrecido a su residente.



E. Apoyo ofrecido al residente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	1	2,0	2,0	2,0
	Satisfactoria	24	47,1	47,1	49,0
	Bastante Satisfactoria	20	39,2	39,2	88,2
	Muy Satisfactoria	6	11,8	11,8	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

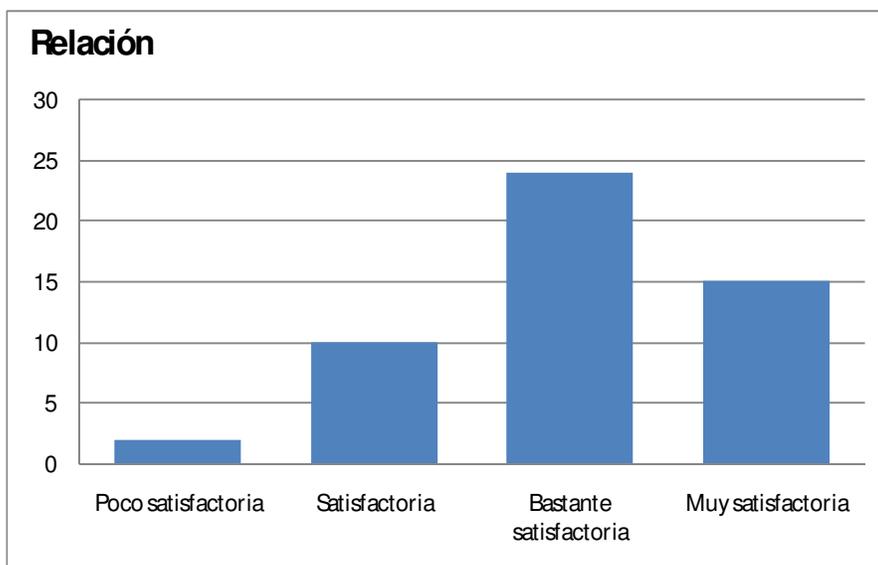


En lo que respecta al apoyo ofrecido al residente, el grado de satisfacción manifestado por los tutores es el siguiente: 24 de ellos (48%) lo valora de manera *satisfactoria*, 20 como *bastante satisfactorio* e incluso 6 de ellos como *muy satisfactorio*. Por contra, sólo 1 tutor está poco satisfecho con el apoyo que ha ofrecido a su residente.

F. Relación mantenida con el residente

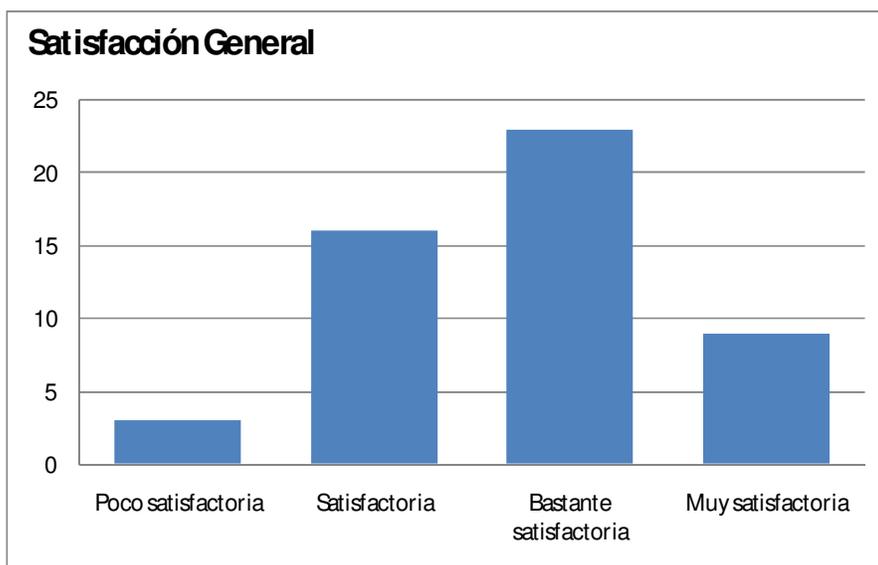
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Poco Satisfactoria	2	3,9	3,9	3,9
Satisfactoria	10	19,6	19,6	23,5
Bastante Satisfactoria	24	47,1	47,1	70,6
Muy Satisfactoria	15	29,4	29,4	100,0
Total	51	100,0	100,0	

En lo que respecta a la relación mantenida con el residente, el grado de satisfacción manifestado por los tutores es muy positivo y se refleja en los siguientes resultados: la mayor parte de los tutores consultados (24) valora esta relación como *bastante satisfactoria*, 15 de ellos (29%) como *muy satisfactoria* y 10 (20%) como *satisfactoria*. Sólo 1 tutor reconoce estar *poco satisfecho* con la relación mantenida con su residente.



14. Valoración general del grado de satisfacción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	3	5,9	5,9	5,9
	Satisfactoria	16	31,4	31,4	37,3
	Bastante Satisfactoria	23	45,1	45,1	82,4
	Muy Satisfactoria	9	17,6	17,6	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



En términos generales el grado de satisfacción manifestado por los tutores de R1 es muy positivo (con una media de 2,74) y así se refleja en los siguientes resultados: la mayor parte de los tutores consultados (23) lo valora como *bastante satisfactorio*, 16 (31%) como *satisfactorio* y 9 de ellos (18%) como *muy satisfactorio*. Sólo 3 tutores reconocen estar *poco satisfechos* con cómo se ha desarrollado este primer mes de formación del residente en el centro de salud.

Por otro lado, si calculamos la *media* de cada uno de los aspectos sometidos a valoración por parte de los tutores obtenemos los siguientes resultados:

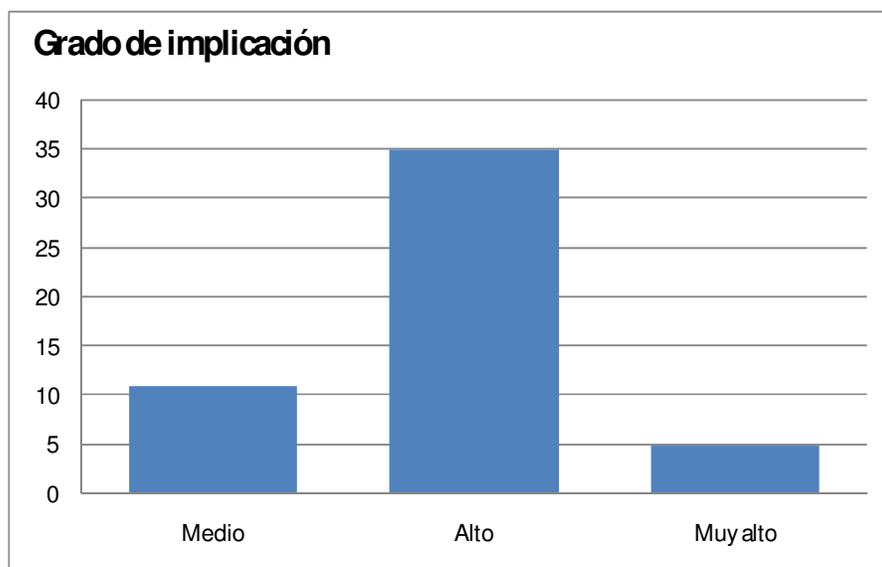
ORGANIZACIÓN	CONTENIDOS	METODOLOGIA	ASESORAMIENTO	APOYO	RELACION
2,35294118	2,39215686	2,29411765	2,49019608	2,60784314	3,01960784
5º	4º	6º	3º	2º	1º

4	Muy Satisfactorio
3	Bastante Satisfactorio
2	Satisfactorio
1	Poco Satisfactorio
0	Nada Satisfactorio

Estos resultados revelan que son precisamente aquellos elementos que dependen en mayor medida de la disposición y actitud del tutor los que obtienen una mayor valoración. Como *la relación mantenida, el apoyo ofrecido y el asesoramiento prestado* al residente (en este mismo orden). El resto de aspectos, que son más de tipo organizativo y metodológico, aunque algo menor también obtienen una alta valoración por parte de los tutores de R1.

15. Grado de implicación en la formación del residente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Medio	11	21,6	21,6	21,6
	Alto	35	68,6	68,6	90,2
	Muy Alto	5	9,8	9,8	100,0
	Total	51	100,0	100,0	



En cuanto al grado de implicación mantenido en la formación del residente, las contestaciones recogidas de los tutores de R1 lo sitúan como bastante elevado (media: 2,882) y así se expresa en los resultados obtenidos: la mayor parte de ellos (35 de 51 que constituyen el 69% del total) manifiestan que su implicación ha sido *alta* y para 11 de ellos *media* (22%). Existe también un grupo de 5 tutores que aseguran haber mantenido un grado de implicación *muy alto* en la formación de sus residentes.

16. Tipo de planificación de la labor docente

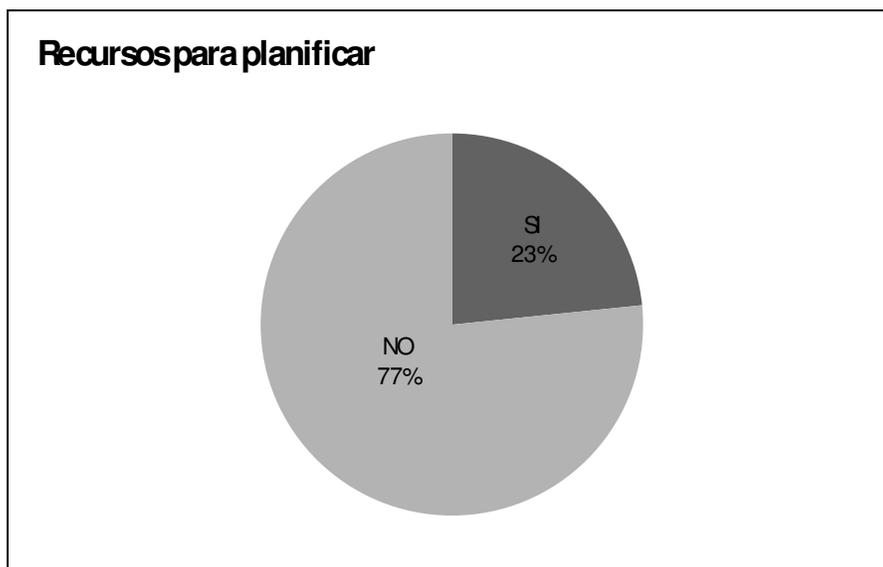
A la pregunta: ¿cómo definirías, en términos generales, la planificación de tu labor docente? Según la respuesta dada por los tutores de R1 en su planificación docente ha prevalecido, por un lado, el oportunismo y la espontaneidad en un 55% y la sistematización y la preparación en el 45% restante.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Planificación de la labor docente: Oportunista-improvisada-espontánea	50	5	90	54,90	19,179
Planificación de la labor docente: Sistematizada-estructurada-preparada	50	10	95	45,10	19,179



17. *Dispone el tutor de los recursos necesarios para planificar*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	11	21,6	23,4	23,4
	No	36	70,6	76,6	100,0
	Total	47	92,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	7,8		
Total		51	100,0		



Aunque la mayor parte de los tutores (36 de los 47 posibles que constituyen el 77%) aseguran no disponer de los recursos necesarios en materia de tiempo, espacios y materiales para planificar su actividad docente, existe un porcentaje importante de ellos (11 que representan el 23% del total) que manifiestan lo contrario.

RESULTADOS COMPARATIVOS DE RESIDENTES Y DE TUTORES

A continuación se presenta una comparativa de los resultados obtenidos en el cuestionario de los residentes y de sus respectivos tutores por tratarse de dos poblaciones (R1 y T1 en este caso y R3 y T3 en el capítulo siguiente) directamente implicadas en el proceso formativo que habilita para la especialidad. La percepción de los dos colectivos, en uno y otro caso, permitirá evidenciar puntos de acuerdo y desacuerdo y probablemente adelantar hacia procesos de ajuste y mejora de esta formación.

Se trata de sólo una muestra de los resultados posibles, ya que el objetivo de esta parte del trabajo no es hacer un estudio exhaustivo con análisis estadístico (ya realizado en el análisis descriptivo de cada uno de los colectivos: R1, T1, R3 y T3) sino mostrar los principales resultados y comentarlos haciendo énfasis en aquellos aspectos más significativos o relevantes. Por seguir un orden, se mantendrá la misma estructura del cuestionario y junto a las tablas y gráficos se irán incorporando breves interpretaciones y comentarios que suscitan los resultados obtenidos.

3. RESULTADOS COMPARATIVOS DE RESIDENTES (R1) Y DE TUTORES (T1)

RELACIONES PREVIAS ENTRE TUTOR Y RESIDENTE

1. *Valoración de la primera acogida y orientación del residente en el Centro de Salud en lo que respecta a:*

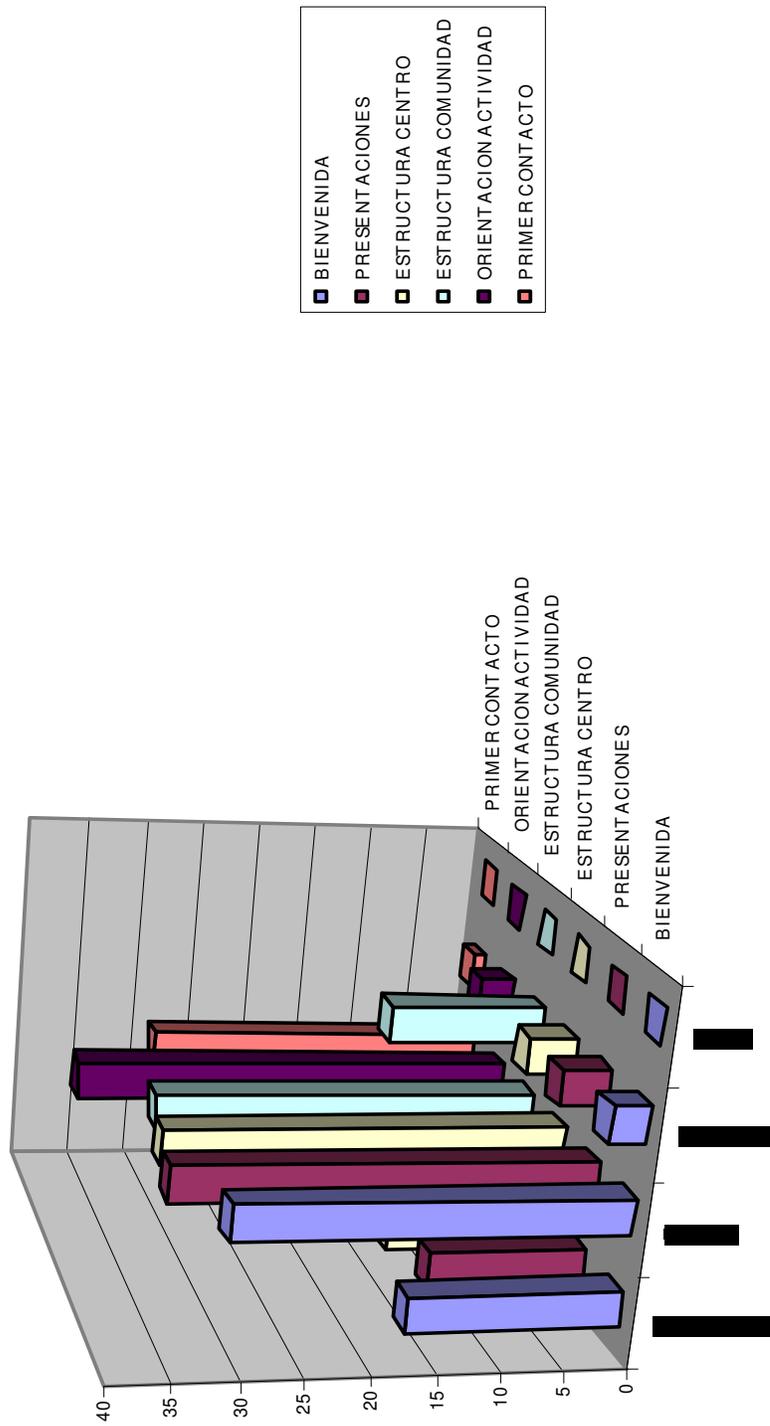
- A. Bienvenida y recibimiento
- B. Presentaciones del personal del Centro
- C. Explicaciones estructurales y logísticas del Centro
- D. Explicaciones de la Comunidad y de la zona de salud
- E. Orientación inicial de su actividad en el Centro
- F. Primer contacto con el tutor

R1 ACOGIDA		T1 ACOGIDA	
BIENVENIDA		BIENVENIDA	
MALA	1	MALA	0
REGULAR	1	REGULAR	3
BUENA	11	BUENA	31
MUY BUENA	38	MUY BUENA	17
PRESENTACIONES		PRESENTACIONES	
MALA	2	MALA	0
REGULAR	3	REGULAR	4
BUENA	24	BUENA	34
MUY BUENA	22	MUY BUENA	13
ESTRUCTURA CENTRO		ESTRUCTURA CENTRO	
MALA	2	MALA	0
REGULAR	7	REGULAR	4
BUENA	28	BUENA	33
MUY BUENA	14	MUY BUENA	14
ESTRUCT. COMUNIDAD		ESTRUCTURA COMUNIDAD	
MALA	3	MALA	0
REGULAR	11	REGULAR	13
BUENA	27	BUENA	32
MUY BUENA	10	MUY BUENA	5
ORIENTAC. ACTIVIDAD		ORIENTACION ACTIVIDAD	
MALA	2	MALA	0
REGULAR	9	REGULAR	3
BUENA	23	BUENA	37
MUY BUENA	17	MUY BUENA	10
PRIMER CONTACTO		PRIMER CONTACTO	
MALA	1	MALA	0
REGULAR	6	REGULAR	1
BUENA	11	BUENA	29
MUY BUENA	33	MUY BUENA	20

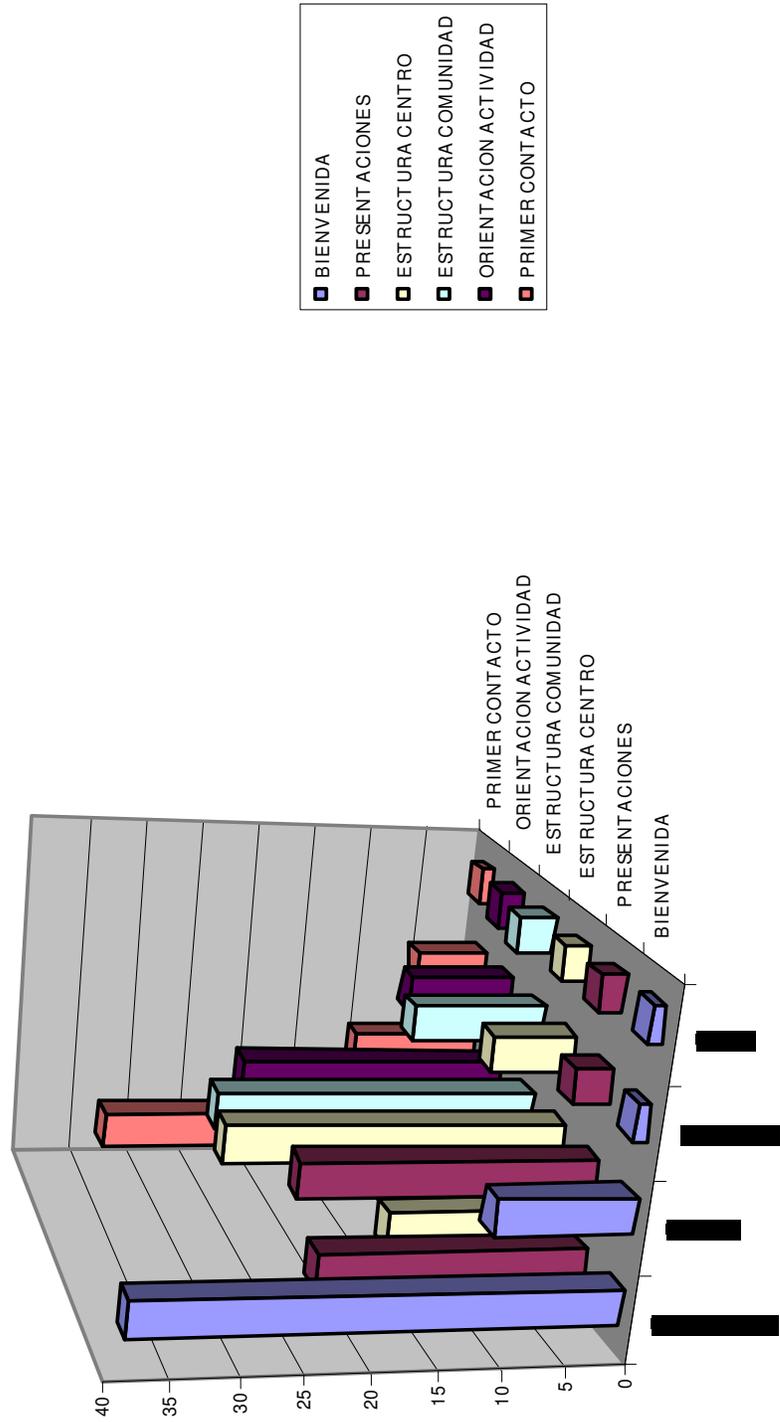
Los residentes se decantan más que los tutores por la opción “*Muy buena*” frente a los tutores que se quedan más frecuentemente en la opción “*buena*”. Sin embargo, la opción “*mala*” no es seleccionada por ningún tutor, y si por algún residente.

De todos los aspectos importantes a tener en cuenta en el proceso de acogida del residente de primer año en su rotación inicial en el centro de salud, el mejor valorado tanto por tutores como por los residentes es la *bienvenida y el recibimiento* del residente en el centro. Coinciden también en valorar de manera muy positiva tanto *el primer contacto establecido* entre ambos como las *presentaciones* del residente al resto del personal del centro y del equipo. Existe acuerdo también entre ambos colectivos en señalar como el aspecto más deficitario de esta primera acogida del residente *la explicación dada al mismo sobre los aspectos de la Comunidad y de la zona de salud* en la que se ubica el centro que le ha sido asignado.

Valoración de la acogida por T1



Valoración de la acogida por R1



PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE

2. *Valoración inicial y diagnóstica del residente en lo que respecta a:*

- A. Experiencia previa
- B. Debilidades
- C. Expectativas formativas
- D. Deseos de aprendizaje

R1	Experiencia	Debilidades	Expectativas	Preferencias
SI	42	36	40	40
%	82,35%	70,59%	78,43%	78,43%

T1	Experiencia	Debilidades	Expectativas	Preferencias
SI	50	36	48	42
%	98,04%	70,59%	94,12%	82,35%

EXPLORACIÓN INICIAL / DIAGNÓSTICA				
	experiencia	debilidades	expectativas	preferencias
T1	50	36	48	42
R1	42	36	40	40

En términos generales, los tutores parecen ser algo más conscientes que los residentes sobre la exploración inicial. Ambos colectivos (T1 y R1) coinciden en destacar la *experiencia previa del residente* como el elemento más importante de esta valoración inicial o por lo menos del que más conscientes son tanto tutores como residentes.

3. *Comunicación de los objetivos formativos al residente*

La visión de la información sobre objetivos docentes es similar entre tutores y residentes: la mayor parte de ellos coinciden en que se ha producido esa comunicación de los objetivos y que en la mayor parte de los casos ésta ha sido más que *suficiente*; existe coincidencia también en destacar la *forma verbal* como la más habitual en la que se produce dicha comunicación. Sobre su calidad hay mayor tendencia de los residentes a posicionarse en la valoración *“muy buena”* y de los tutores en *“buena”*.

OBJETIVOS				
INDICACION				
T1		47		
R1		44		
CONSTANCIA				
	VERBAL	ESCRITO	AMBAS	
T1	38	1	8	
R1	37	1	6	
CANTIDAD				
	SUFICIENTE	ESCASA		
T1	37	10		
R1	33	10		
CALIDAD				
	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
T1	0	8	35	4
R1	0	7	25	12

4. Valoración del peso de una serie de elementos en el diseño del plan de formación del residente

PESO EN DISEÑO DE PLAN				
	NECESIDAD	EXPECTATIV.	TUTOR	PROGRAMA
T1	26,9607843	19,1568627	25,1568627	28,9215686
R1	27,0208333	22,2708333	28,5208333	22,1875

La respuesta obtenida tanto de residentes (R1) como de tutores (T1) con respecto al peso que tienen una serie de elementos (necesidades, expectativas, experiencia del tutor y programa de la especialidad) en el diseño del plan de formación del residente revela los siguientes datos: las *necesidades del residente* y la *experiencia del tutor* son más “pesados” entre residentes, y el *programa* entre los tutores.

Perfiles según predominancia:

PERFILES SEGÚN PREDOMINANCIA										
	necesidad	expectativa	tutor	programa	Eje residente	Eje_tutor	neutro	objetivo	subjetivo	neutro
T1	11	3	9	13	18	19	14	23	8	20
R1	8	3	12	7	15	12	24	12	16	23
					CHI2	4,48495138			CHI2	6,33311185
					p=	0,10619527			p=	0,04214851

La predominancia selecciona los casos en los que un factor es señalado por encima del 40%. El “eje residente” se señala si la suma “necesidad” y “expectativa” supera el 55%, el “eje tutor” si la suma “experiencia del tutor” y “programa” es superior al 55%, y “neutro” si ambos están entre el 45% y 55%. Por otra parte, el criterio “objetivo” se señala si la suma “necesidades” y “programa” es mayor que 55%, el “subjetivo” si la suma de “expectativa” y “experiencia del tutor” supera el 55%, y “neutro” si ambas están entre 45% y 55%.

No parece que el “eje residente” y el “eje tutor” se distribuyan de forma distinta. Sin embargo el criterio “objetivo” es más frecuente entre tutores, y el “subjetivo” entre los residentes.

5. Consideración de los ritmos de aprendizaje del residente

RITMOS				
	NUNCA	A VECES	FRECUENTE	SIEMPRE
T1	0	12	33	6
R1	2	12	22	15
CHI2			8,05714286	
			p=	0,04484538

Con respecto a los ritmos de aprendizaje del residente parece que los residentes sienten que son mejor respetados que los tutores, decantándose más los R1 por la opción de “*siempre*” que sus respectivos tutores (15 frente a 6) que señalan mayoritariamente la opción de “*frecuentemente*” (en 33 de los 51 casos posibles que representan el 65% del total).

6. Recursos formativos utilizados por el tutor

RECURSOS FORMATIVOS				
	ACTIVIDADES	CASOS	EXPERIENCIAS	OTRAS
T1	32	45	49	9
R1	13	21	50	7

La respuesta obtenida tanto de residentes (R1) como de tutores (T1) muestra claramente que los tutores son más conscientes de los recursos utilizados que los residentes o por lo menos dicen serlo por el porcentaje de elección registrado (135 respuestas de T1 frente a 91 de R1). Además los tutores son más conscientes de haber programado *actividades docentes específicas* (32 de T1 frente a 13 de R1), así como de haber trabajado con *casos clínicos* (45 de T1 frente a 21 de R1). En lo que sí existe plena coincidencia entre ambos colectivos es en destacar el aprovechamiento de las *experiencias cotidianas* del día a día como la opción más señalada de entre los recursos formativos utilizados por el tutor.

7. Frecuencia de utilización de determinados métodos docentes:

T1

METODOS	AUTOAPR.	A. CAMPO	COLABOR.	SESIONES	CURSOS
Nunca	5	0	5	0	8
A veces	22	4	20	12	27
C.frecuencia	19	22	17	35	11
Siempre	5	25	7	4	2

R1

METODOS	AUTOAPR.	A. CAMPO	COLABOR.	SESIONES	CURSOS
Nunca	2	0	5	2	9
A veces	9	3	30	15	20
C frecuencia	30	28	13	27	19
Siempre	10	20	1	6	2

En términos generales, la respuesta obtenida tanto de residentes (R1) como de tutores (T1) muestra claramente que los residentes son más conscientes de su autoaprendizaje que los tutores. También parece que los R1 refieren mayor frecuencia en la asistencia a cursos. En lo que sí existe plena coincidencia entre ambos colectivos es en destacar el *aprendizaje en el contexto real o de campo* como el método más utilizado por el residente durante su estancia inicial en el centro de salud. En el resto (*las sesiones formativas y el aprendizaje colaborativo*) la distribución que hacen tanto tutores como residentes en cuanto a la frecuencia de utilización es muy similar.

8. Reuniones de seguimiento / de evaluación formativa

- A. Carácter
- B. Frecuencia
- C. Temas tratados

A

ENTREVISTAS		CARÁCTER		
		Formal	Informal	Ambas
T1:	Nº 48	3	33	12
R1:	Nº 32	0	23	8

Los tutores contabilizan más entrevistas de seguimiento que los residentes (48 frente a 32). En cuanto al carácter de las mismas tanto tutores como residentes coinciden en señalar claramente los contactos *informales* como los más frecuentes (con 33 casos de T1 y 23 de R1).

B

ENTREVISTAS		FRECUENCIA		
		Sistemático	Frecuente	Esporádico
T1		10	26	12
R1		3	17	11

En términos generales, tanto las respuestas de tutores como de residentes apuntan hacia una frecuencia intermedia en el mantenimiento de dichas reuniones de tipo informal (ni sistemática ni esporádica).

C

	ENTREVISTAS			TEMAS	
	OBJETIVOS	ORGANIZACIÓN	DIFICULTADES	PROGRESO	OTROS
T1	31	36	45	26	4
R1	17	16	24	20	2

Los temas tratados reflejan al igual que en los casos anteriores mayor contabilidad por parte de los tutores con 142 respuestas frente a las 79 dadas por los R1. En lo que si existe acuerdo entre los dos colectivos es en señalar como tema más recurrente en dichas reuniones de seguimiento mantenidas el referido a las *dificultades o problemas surgidos* hasta ese momento.

9. Valoración del progreso seguido por el residente

VALORACION	FRECUENCIA			
	Realizadas	Sistemático	Frecuente	Esporádico
T1	39	3	24	12
R1	40	1	19	20

Con respecto a la evaluación, los tutores y los residentes las reconocen prácticamente igual (39 de T1 y 40 de R1). Con respecto a la frecuencia de realización de estas sesiones evaluativas feed-back, los tutores las refieren más como *frecuentes* (24 frente a 19) y los residentes más como *esporádicas* (20 frente a 12).

10. Clarificación al residente de los criterios de evaluación

VALORACION	COMUNICACIÓN	
	criterios	oportunos
T1	22	19
R1	13	13

En cuanto a la clarificación de criterios de evaluación los tutores son más conscientes de que se ha producido (22 respuestas afirmativas frente a 12 de los R1). Ambos, tanto tutores como residentes, coinciden en señalar que a los residentes les parecieron oportunos dichos criterios en casi todos los casos registrados (salvo 2 de T1).

11. Toma de decisiones sobre cuestiones formativas

DECISIONES	RESIDENTE	TUTOR	AMBOS
	T1	23,72	28,22
R1	30,3541667	26,7916667	42,7083333

A la pregunta: ¿qué se tuvo en cuenta a la hora de tomar decisiones que afectaban a algún aspecto de tu formación como residente? Según la opinión ofrecida por los R1, en la toma de decisiones docentes prevalece en primer lugar el *acuerdo de ambos* - tutor y residente- (con un 43% del total), seguido de *su propia opinión* como residente (30%) y en último lugar de la *opinión del tutor* (27%).

Y según la opinión de los tutores, prevalece también el acuerdo de ambos -tutor y residente- (50%), pero seguido de su propia opinión (28%) y en último lugar de la opinión del residente (23%). Por tanto, tanto residentes como tutores tienden a considerar su propia participación en la toma de decisiones por encima de lo considerado por su pareja docente. Pero ambos compensan esta diferencia refiriendo que comparten este protagonismo por encima de la opinión de uno o de otro.

12. *Colaboración de otros profesionales en la formación del residente*

OTROS PROFESIONALES				
	TUTORES	ENFERMERAS	ADMINISTRAT	OTROS
T1	43	49	40	32
R1	40	43	34	19

Los tutores reconocen más colaboraciones en la docencia que los residentes con 164 respuestas de los T1 frente a las 136 dadas por los R1. En lo que si existe acuerdo entre los dos colectivos es en señalar como la opción más señalada la colaboración con las *enfermeras*. Por último, señalar que en la casilla de "otros" existe también prácticamente plena concordancia entre las respuestas de T y de R con el siguiente contenido: trabajadores sociales, matronas, fisioterapeutas y pediatras.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

13. *Valoración del grado de satisfacción con respecto a los siguientes aspectos*

A. *Organización del proceso formativo*

	SATISFACCIÓN					ORGANIZACIÓN	
	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy		
T1	0	6	24	18	3		
R1	1	8	24	12	6		

B. *Contenidos tratados*

	SATISFACCIÓN					CONTENIDOS	
	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy		
T1	0	4	25	20	2		
R1	0	4	26	12	8		

C. Metodología utilizada

	SISFACCÓN					METODOLOGIA				
	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy
T1	0	4	30	15	2	0	4	30	15	2
R1	0	9	21	14	6	0	9	21	14	6

D. Asesoramiento prestado al residente

	SISFACCÓN					ASESORAMIENTO				
	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy
T1	0	1	27	20	3	0	1	27	20	3
R1	1	2	11	13	23	1	2	11	13	23

E. Apoyo ofrecido al residente

	SISFACCÓN					APOYO				
	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy
T1	0	1	24	20	6	0	1	24	20	6
R1	1	3	8	13	25	1	3	8	13	25

F. Relación mantenida con el residente

	SISFACCÓN					RELACION				
	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy
T1	0	2	10	24	15	0	2	10	24	15
R1	1	4	6	10	29	1	4	6	10	29

Por otro lado, si calculamos la *media* de cada uno de los aspectos sometidos a valoración por parte de los T1 y de los R1 obtenemos los siguientes resultados:

T1

ORGANIZACIÓN	CONTENIDOS	METODOLOGIA	ASESORAMIENTO	APOYO	RELACION
2,35294118	2,39215686	2,29411765	2,49019608	2,60784314	3,01960784
5º	4º	6º	3º	2º	1º

R1

ORGANIZACIÓN	CONTENIDOS	METODOLOGIA	ASESORAMIENTO	APOYO	RELACION
2,27	2,48	2,34	3,1	3,16	3,24
6º	4º	5º	3º	2º	1º

4	Muy Satisfactorio
3	Bastante Satisfactorio
2	Satisfactorio
1	Poco Satisfactorio
0	Nada Satisfactorio

Por tanto, en términos generales, entre los tutores parece que la satisfacción se muestra bastante equilibrada en las distintas dimensiones, incrementándose solamente en el criterio “relación”. Los residentes muestran más satisfacción, mayor tendencia que los tutores a marcar el “*muy satisfecho*”, incrementándose esta satisfacción en los aspectos relacionados con la acción directa del tutor, “asesoramiento”, “apoyo”, “relación”.

14. Valoración general del grado de satisfacción

SATISFACCIÓN					GENERAL
	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy
T1	0	3	16	23	9
R1	1	4	12	18	16

En términos generales, el grado de satisfacción manifestado tanto por los residentes (R1) como por parte de sus tutores es muy positivo siendo un poco más elevado en el caso de los residentes (con una media de 2,86 frente a 2,74 obtenida por los tutores).

15. Grado de implicación en la formación del residente

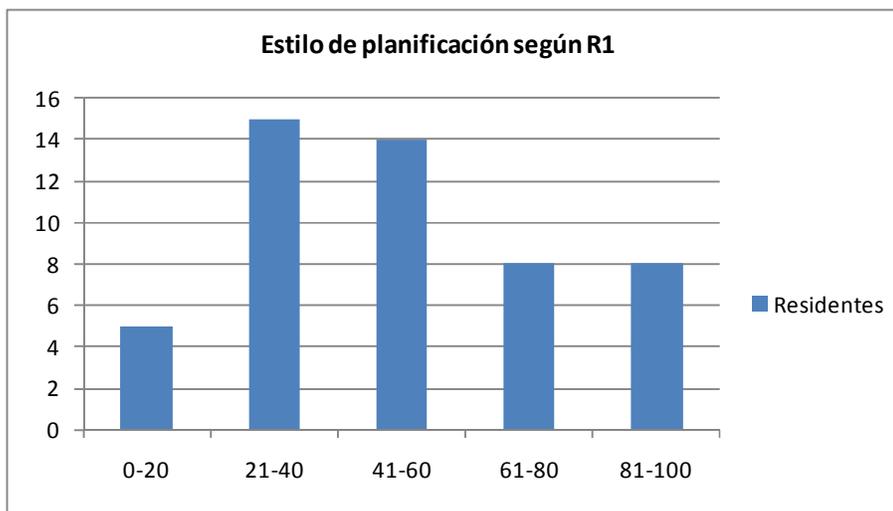
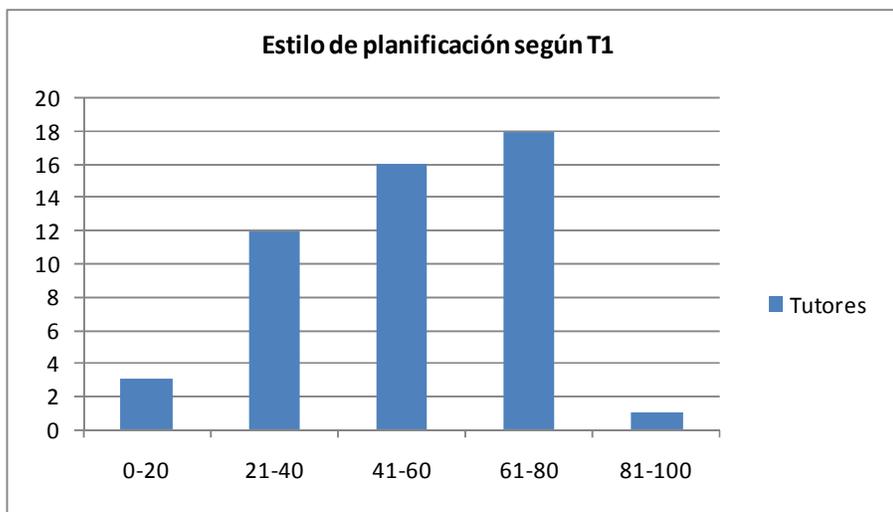
IMPLICACION					
	muy bajo	bajo	medio	alto	muy alto
T1	0	0	11	35	5
R1	0	0	11	31	9

Las cifras de implicación de tutores y de residentes son prácticamente equivalentes, aunque un poco más elevadas en el caso de los residentes con una media de 2,96 frente al 2,88 de los tutores.

16. Tipo de planificación de la labor docente

El estilo de planificación docente, planificado-oportunista, se ha clasificado en cinco grupos, por su distribución en la escala 0-100 en los siguientes intervalos (1 = 0-20; 2 = 21-40; 3 = 41-60; 4 = 61-80; 5 = 81-100). (v. anexo 26: Base de datos definitiva).

PLANIFICADO	ESTILO					OPORTUNISTA
	1	2	3	4	5	
T1	3	12	16	18	1	
R1	5	15	14	8	8	



La visión de tutores y residentes parece bastante equivalente. Y si acudimos al cálculo de las medias obtenidas en cada colectivo observamos que esta equivalencia es casi plena.

	Media (T1)	Media (R1)
Planificación de la labor docente: Oportunista-improvisada-espontánea	54,90	53,20
Planificación de la labor docente: Sistematizada-estructurada-preparada	45,10	46,80

LA SATISFACCIÓN COMO RESULTADO DEL PROCESO

Correlación entre el grado de satisfacción y el estilo de planificación

Se ha analizado la relación de dependencia entre las puntuaciones de satisfacción y la puntuación en la dimensión “oportunista” (complementaria de “planificada”). Las correlaciones se aplican a dos variables que en realidad son continuas aunque se puntúan una de 1 a 5 como discreta y otra de 0 a 100. Sin embargo la correlación nos da una idea de su grado de asociación. La fuerza de la dependencia se ha evaluado con el coeficiente de correlación “r” (pearson), y su cuadrado. El hecho de que sean tan mayoritariamente negativas apunta a una asociación inversa muy consistente entre oportunismo y satisfacción. A más oportunismo menos satisfacción, o lo que es lo mismo, la relación es de mayor satisfacción asociada al perfil de programación “planificada”. Esta relación es consistente, pero no se aprecia por igual en todos los cruces, ni se puede decir que la dependencia sea muy relevante pues el estilo explica en el mejor de los casos solo el 17% (máximo r^2) de la variación de la satisfacción.

Llama la atención que la totalidad de las correlaciones sean negativas, lo que sugiere que la relación es de mayor satisfacción asociada al perfil de programación “planificada”. Entre los tutores esta relación es máxima en el caso de la satisfacción general, y los aspectos más planificables o de tipo organizativo, como la “metodología”, la “organización” y los “contenidos”, quedando más desligados del perfil el “apoyo” y la “relación”. Entre los residentes estas relaciones son distintas, y menos consistentes que entre los tutores, siendo prácticamente nula entre el perfil de programación y la satisfacción en cuanto a la metodología, y escasa con respecto a los contenidos trabajados.

T1

ORGANIZACIÓN	r	r2
OPORTUNISTA	-0,38086981	0,14506181
CONTENIDOS	r	r2
OPORTUNISTA	-0,3602455	0,12977682
METODOLOGIA	r	r2
OPORTUNISTA	-0,41147704	0,16931336
ASESORAMIENTO	r	r2
OPORTUNISTA	-0,35796245	0,12813712
APOYO	r	r2
OPORTUNISTA	-0,25317748	0,06409884
RELACION	r	r2
OPORTUNISTA	-0,16537332	0,01852131
GENERAL	r	r2
OPORTUNISTA	-0,41609039	0,17313121

R1

ORGANIZACIÓN	r	r2
OPORTUNISTA	-0,31953799	0,10210453
CONTENIDOS	r	r2
OPORTUNISTA	-0,14252044	0,02031208
METODOLOGIA	r	r2
OPORTUNISTA	-0,08018336	0,00642937
ASESORAMIENTO	r	r2
OPORTUNISTA	-0,28036032	0,07860191
APOYO	r	r2
OPORTUNISTA	-0,34571715	0,11952035
RELACION	r	r2
OPORTUNISTA	-0,28352943	0,08038894
GENERAL	r	r2
OPORTUNISTA	-0,34931019	0,12201761

Correlación del grado de satisfacción con la valoración del progreso del residente y con la clarificación de los criterios de evaluación al mismo

T1

VALORACION	SATISFACCION ORG
	media
SI	2,41025641
NO	2,166666667

CRITERIOS	SATISFACCION ORG
	media
SI	2
NO	2,119747899

VALORACION	SATISFACCION CONT
	media
SI	2,487179487
NO	2,083333333

CRITERIOS	SATISFACCION CONT
	media
SI	2,090909091
NO	2,121148459

VALORACION	SATISFACCION MET
	media
SI	2,358974359
NO	2,083333333

CRITERIOS	SATISFACCION MET
	media
SI	1,909090909
NO	2,117647059

VALORACION	SATISFACCION ASE
	media
SI	2,538461538
NO	2,333333333

CRITERIOS	SATISFACCION ASE
	media
SI	2,136363636
NO	2,196078431

VALORACION	SATISFACCION APOY
	media
SI	2,666666667
NO	2,416666667

CRITERIOS	SATISFACCION APOY
	media
SI	2,318181818
NO	2,235994398

VALORACION	SATISFACCION REL
	media
SI	3,153846154
NO	2,583333333

CRITERIOS	SATISFACCION REL
	media
SI	2,636363636
NO	2,679271709

VALORACION	SATISFACCION GEN
	media
SI	2,871794872
NO	2,333333333

CRITERIOS	SATISFACCION GEN
	media
SI	2,272727273
NO	2,490896359

R1

VALORACION		SATISFACCION ORG
		media
SI		2,4
NO		1,818181818

CRITERIOS		SATISFACCION ORG
		media
SI		2,153846154
NO		1,95336513

VALORACION		SATISFACCION CONT
		media
SI		2,575
NO		1,909090909

CRITERIOS		SATISFACCION CONT
		media
SI		2,153846154
NO		2,202162162

VALORACION		SATISFACCION MET
		media
SI		2,475
NO		1,636363636

CRITERIOS		SATISFACCION MET
		media
SI		2,230769231
NO		2,09027027

VALORACION		SATISFACCION ASE
		media
SI		3,275
NO		2,181818182

CRITERIOS		SATISFACCION ASE
		media
SI		2,846153846
NO		2,732432432

VALORACION		SATISFACCION APOY
		media
SI		3,3
NO		2,363636364

CRITERIOS		SATISFACCION APOY
		media
SI		2,692307692
NO		2,869189189

VALORACION		SATISFACCION REL
		media
SI		3,4
NO		2,363636364

CRITERIOS		SATISFACCION REL
		media
SI		2,692307692
NO		2,925405405

VALORACION		SATISFACCION GEN
		media
SI		3,075
NO		2,090909091

CRITERIOS		SATISFACCION GEN
		media
SI		2,692307692
NO		2,536830949

Estas tablas nos muestran cómo se ha distribuido la puntuación de las distintas dimensiones de satisfacción estudiadas entre tutores y residentes en función de si reconocen que se ha comunicado la *valoración del proceso* en la columna de la izquierda y de si se han *clarificado los criterios de evaluación* en la derecha.

En casi todas las dimensiones la satisfacción es superior entre los que reconocen la comunicación de la evaluación y variable entre los que declaran haber clarificado los criterios. Las diferencias en la columna de la izquierda (comunicación) son más relevantes entre los residentes que entre los tutores. En la columna de la derecha (clarificación) la no diferencia es compartida por tutores y residentes.

BLOQUE III: MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 10. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. Resultados de los residentes de tercer año (R3)
2. Resultados de los tutores de residentes de tercer año (T3)
3. Resultados comparativos de tutores y residentes de tercer año (T3-R3)

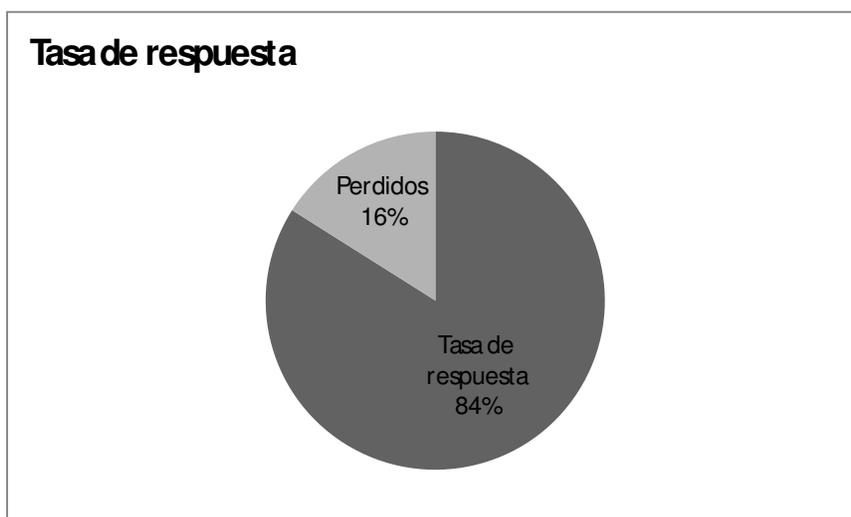
1. RESULTADOS DE LOS RESIDENTES DE TERCER AÑO (R3)

Descripción de los participantes. Tasa de respuesta

El cuestionario se ha distribuido a la totalidad de los residentes de medicina de familia de tercer año (R3) de la Región de Murcia (N=57) pertenecientes a la última promoción del antiguo programa de la especialidad (2004-2007). De ellos, 48 han contestado (n=48) lo que supone una tasa de respuesta de más del 84,2 % del total de la población. Un análisis más detallado de la tasa de respuesta por Unidad Docente podemos verlo en la tabla que sigue a continuación:

PORCENTAJE DE RESPUESTA DE R3 SEGÚN UNIDADES DOCENTES

	Población total (R3)	Tasa de respuesta	T%
UD MURCIA	31	25	80,6
UD CARTAG.	20	16	80
UD LORCA	7	7	100
TOTAL	58	48	84,2



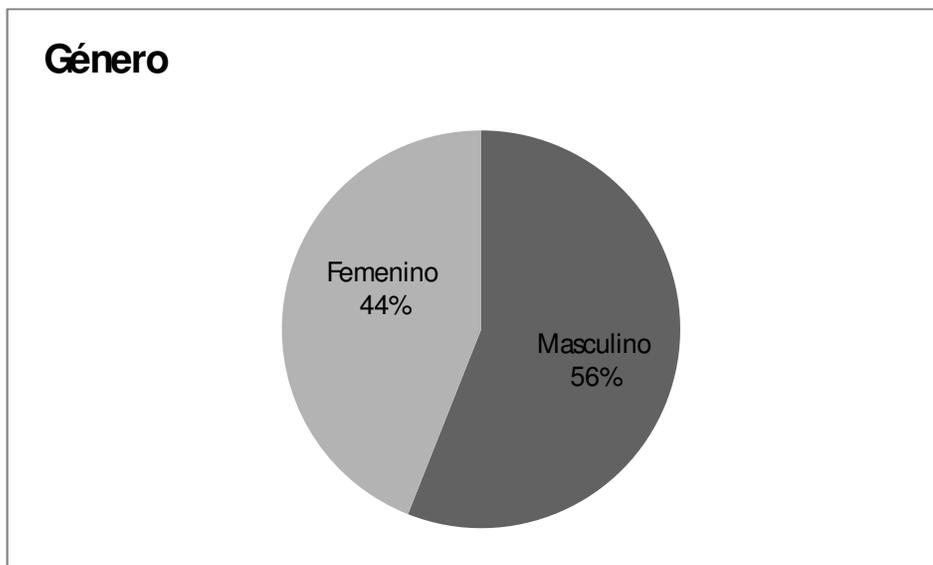
DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Porcentaje de respuestas según el género

La tasa de respuesta obtenida (21 hombres frente a 27 mujeres) en relación al género es representativa de la población de referencia (21 hombres que representan el 36% de la población frente a 37 mujeres que constituyen el 64% de la misma), pues no hay diferencias estadísticamente significativas entre la población total y la respuesta obtenida. Lo que si se observa claramente es que todas las pérdidas de respuesta pertenecen al grupo de las mujeres (de 37 se obtienen 27), explicación que puede encontrarse, entre otros factores, en el elevado número de residentes con permiso de maternidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	M	21	43,8	43,8	43,8
	F	27	56,3	56,3	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Su distribución puede observarse en el siguiente gráfico de sectores:

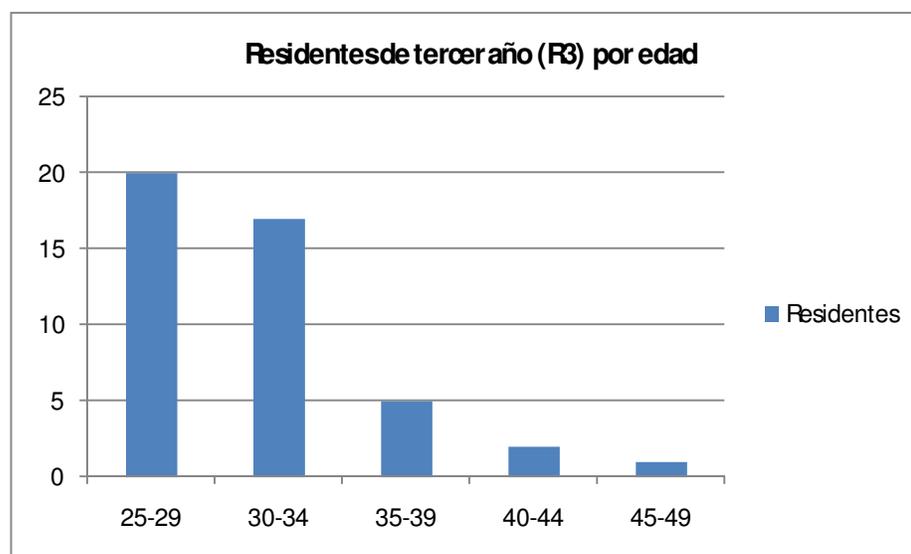


Porcentaje de respuestas según la edad

Al ser una distribución no normal, la descripción se hará básicamente con la media y los valores máximos y mínimos. (v. tabla). Con la respuesta obtenida se revela una media de edad de casi 31 años y la desviación típica es de poco más de 4 años.

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad	45	93,75%	3	6,25%	48	100,0%

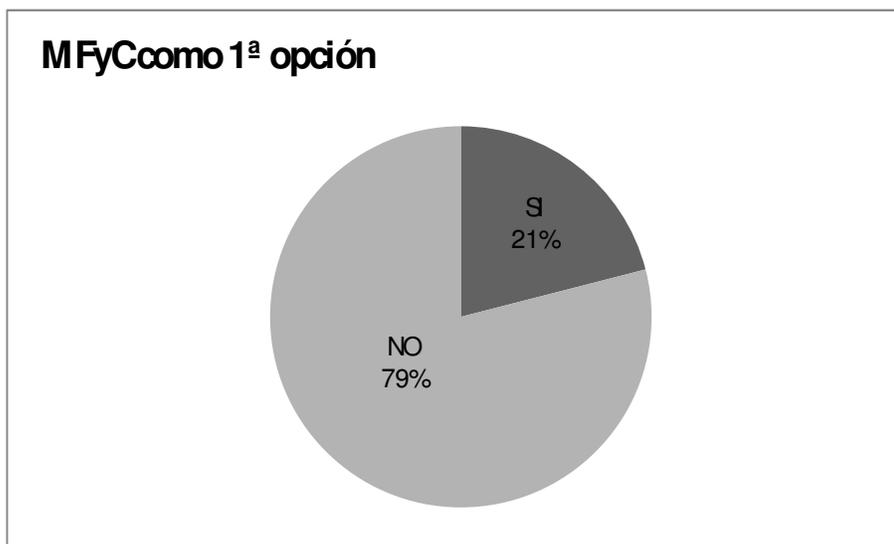
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	45	26	46	30,88	4,363



La distribución obtenida de los datos en esta representación gráfica mediante histograma refleja una curva de distribución normal, donde la mayor parte de los residentes que se encuentran en este tercer año de residencia tienen edades comprendidas entre los 26 y los 34 años. Este es el caso de 37 de ellos que constituyen el 82,2 %. El resto aparece distribuido en menor proporción desde los 35 hasta los 46 años que constituye el valor máximo registrado.

Medicina de Familia como primera opción

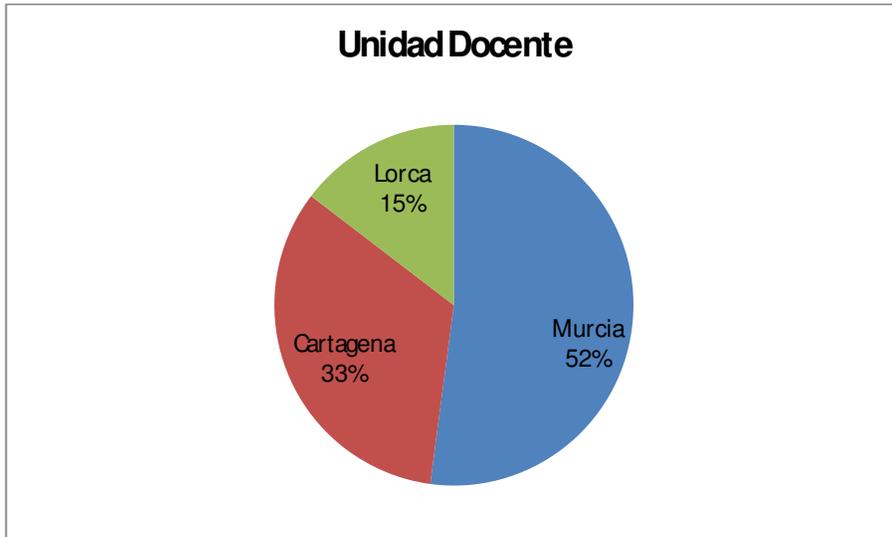
Tal y como se observa en el siguiente gráfico destacan el 78,7% de los residentes que expresan haber escogido la Medicina de Familia como primera opción.



Unidad Docente de referencia

En principio, la tasa de respuesta obtenida en relación a la Unidad Docente es representativa, pues no existen diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de los R3 por las Unidades Docentes (54% de la UD de Murcia; 28% de la UD de Cartagena y 12% de la UD de Lorca) y la respuesta obtenida (52% de la UD de Murcia; 33% de la UD de Cartagena y 15% de la UD de Lorca), como puede observarse en la siguiente tabla:

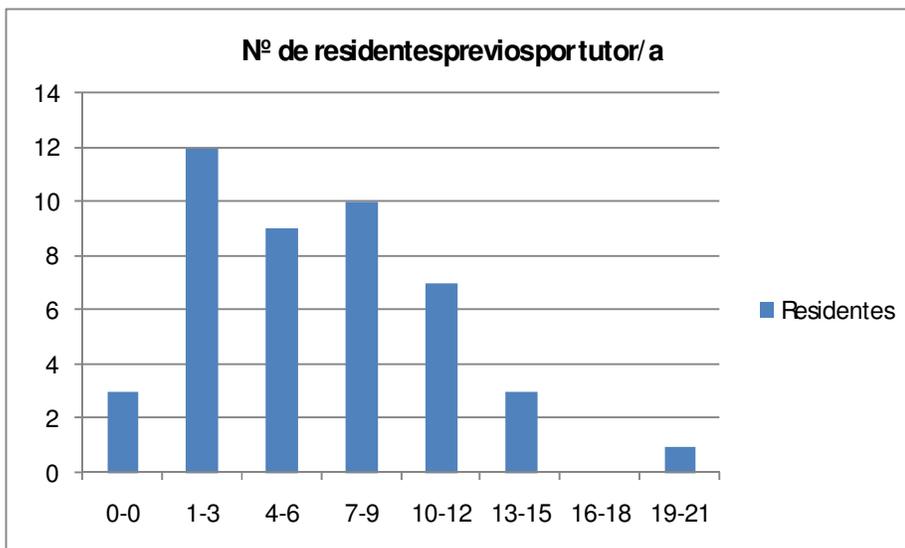
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cartagena	16	33,3	33,3	33,3
	Lorca	7	14,6	14,6	47,9
	Murcia	25	52,1	52,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



Número de residentes previos por tutor de R3

La respuesta obtenida revela una media de 6,48 residentes por tutor y una desviación típica de 4,68.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nº de Residentes	45	0	20	6,48	4,686



Tanto los valores máximo (20) y mínimo (0) registrados como la distribución resultante del gráfico de barras reflejan la enorme variabilidad que presentan los tutores de R3 de la red docente en cuanto a su experiencia de tutorización. Vamos a destacar sólo algunos episodios. Según la respuesta ofrecida por los propios tutores existe un grupo importante de ellos (15 de 45 que suponen el 33%) que han tenido como mucho 3 residentes a lo largo de su trayectoria docente. Por otro lado, con una experiencia de tutorización mucho más dilatada se encuentra otro grupo de unos 7 tutores (15,5%) por los que han pasado entre 10 y 12 residentes. Y por último, nos aparece un tutor que manifiesta haber tenido a su cargo a 20 residentes.

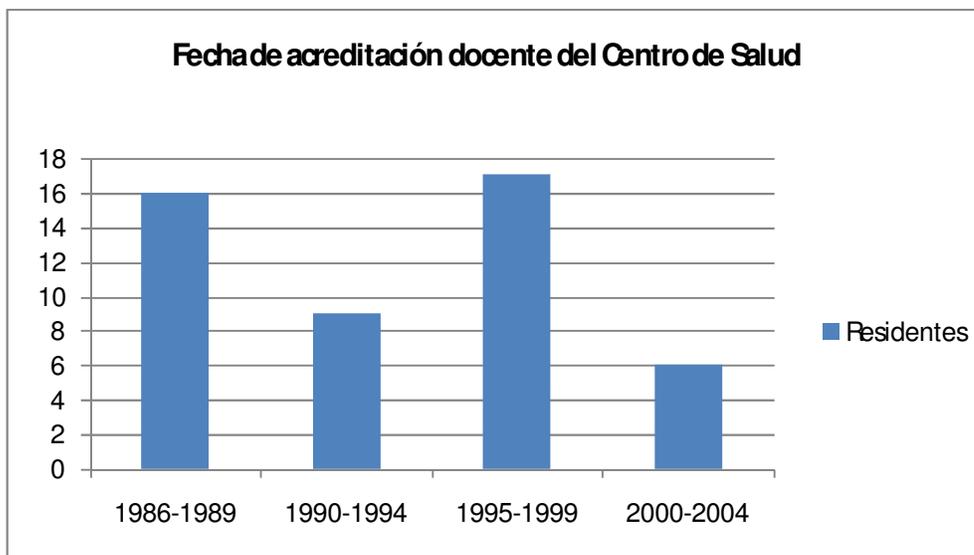
Fecha de acreditación docente del Centro de Salud¹

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos 1986	10	20,8	20,8
1987	6	12,5	12,5
1992	9	18,7	18,7
1995	2	4,1	4,1
1996	5	10,4	10,4
1997	2	4,1	4,1
1998	3	7,3	7,3
1999	5	10,4	10,4
2000	6	12,5	12,5
Total	48	100,0	100,0

La respuesta obtenida de los residentes (R3) revela una media de 15 años de antigüedad de los centros (desde 1993) y una diferencia de 14 años entre el valor mínimo registrado (1986) y el valor máximo (2000). Esta importante diferencia se va a manifestar en la dispersión de los datos como ahora veremos gráficamente.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Fecha de acreditación CS	48	1986	2000	1993,00	5,413

¹ Esta variable (año de acreditación del CS) fue facilitada a los participantes en una tabla incluida dentro del mismo cuestionario como forma fiable de asegurarnos su cumplimiento. Por ello, y como no podía ser de otra manera, existe prácticamente plena coincidencia entre lo contestado en esta pregunta por los residentes de tercer año (R3) como por la respuesta dada por sus respectivos tutores.



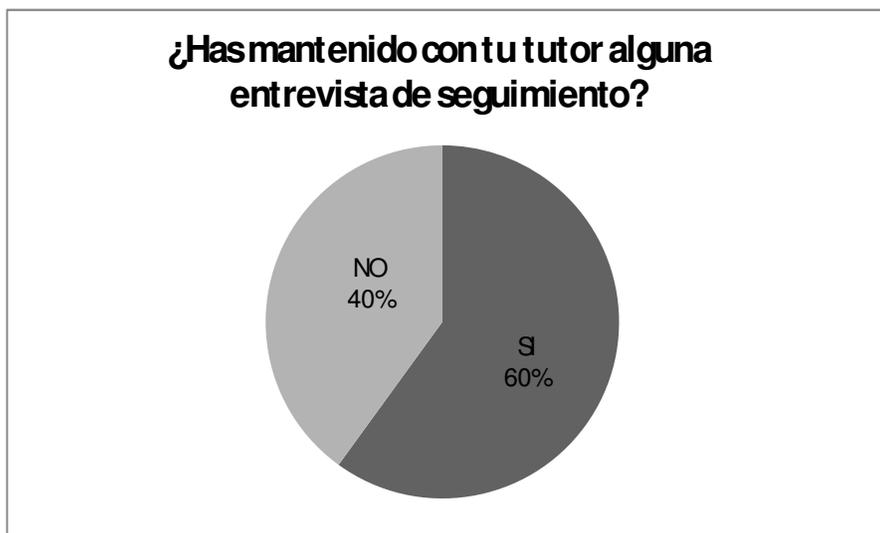
Tal y como muestra el gráfico correspondiente a estos datos, una parte importante de los residentes (17 que constituyen el 35%) ha señalado que pertenecen a centros de salud que obtuvieron su acreditación docente entre los años 1995 y 1999. Nos obstante, el gráfico refleja claramente que existen también R3 en centros con una mayor experiencia docente junto a otros que se encuentran en centros de más reciente acreditación. Así, existen 16 residentes (33%) que manifiestan encontrarse en centros que obtuvieron su acreditación docente en el período comprendido entre 1985 y 1989. Y en el caso opuesto, son 6 los residentes (13%) que dicen pertenecer a centros que cuentan con la acreditación docente desde el período comprendido entre los años 2000 y 2004.

RELACIONES PREVIAS ENTRE TUTOR Y RESIDENTE

1. Reuniones de seguimiento durante las rotaciones hospitalarias como R1 y R2

A la pregunta: ¿has mantenido con tu tutor del centro de salud alguna reunión o entrevista de seguimiento durante tus rotaciones como R1 y R2? Los residentes (R3) responden en un 60% que si las han mantenido y en un 40% que no. Por tanto, aunque más de la mitad de los residentes (29) dicen haber mantenido contactos con su tutor en el centro de salud también existe un porcentaje muy elevado (19) que han manifestado lo contrario. A este respecto, hay que tener en cuenta que el tiempo en el que estos residentes estuvieron rotando fuera del centro se produjeron muchos cambios de tutores motivados por la resolución de una oferta pública de empleo. Lo que explica, en algunos casos, el que no se hayan realizado estas reuniones de seguimiento.

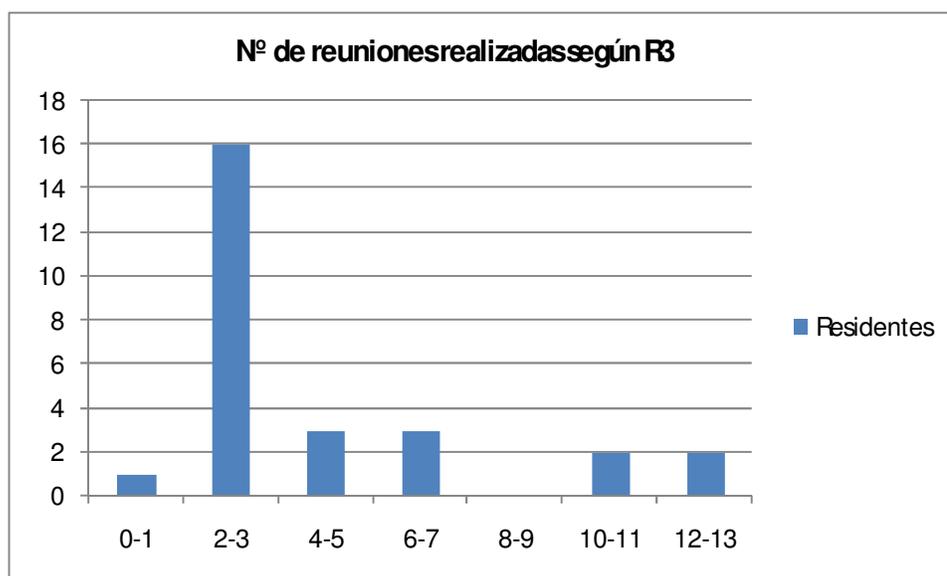
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	29	60,4	60,4	60,4
	No	19	39,6	39,6	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



A. Número de reuniones/entrevistas de tutorización realizadas

La respuesta obtenida revela una media de algo más de 4 reuniones realizadas y una desviación estándar de 3,340. Hay 21 sujetos que se pierden, es decir que no contestan: en 19 de los casos por haber reconocido en la pregunta anterior no haber mantenido dichas reuniones y en los otros 2 se desconocen los motivos.

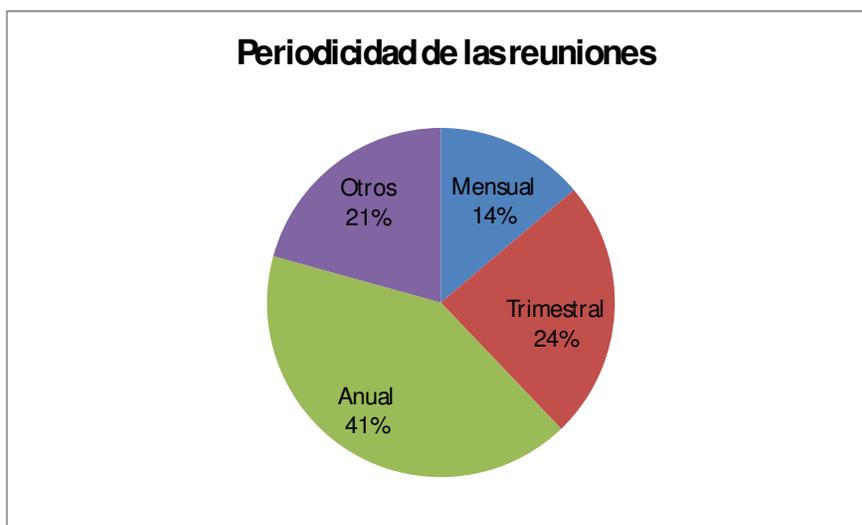
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nº de reuniones	27	1	13	4,19	3,340



Aunque los valores mínimo (1 reunión) y máximo (13) registrados reflejan un gran variabilidad en la contestación, el histograma muestra claramente que el número más repetido de reuniones de seguimiento mantenidas se sitúa entre 2 y 3 con 16 casos que constituyen casi el 60% del total.

B. Periodicidad de las reuniones/entrevistas realizadas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mensual	4	8,3	13,8	13,8
	Trimestral	7	14,6	24,1	37,9
	Anual	12	25,0	41,4	79,3
	Otros	6	12,5	20,7	100,0
	Total	29	60,4	100,0	
Perdidos	Sistema	19	39,6		
Total		48	100,0		



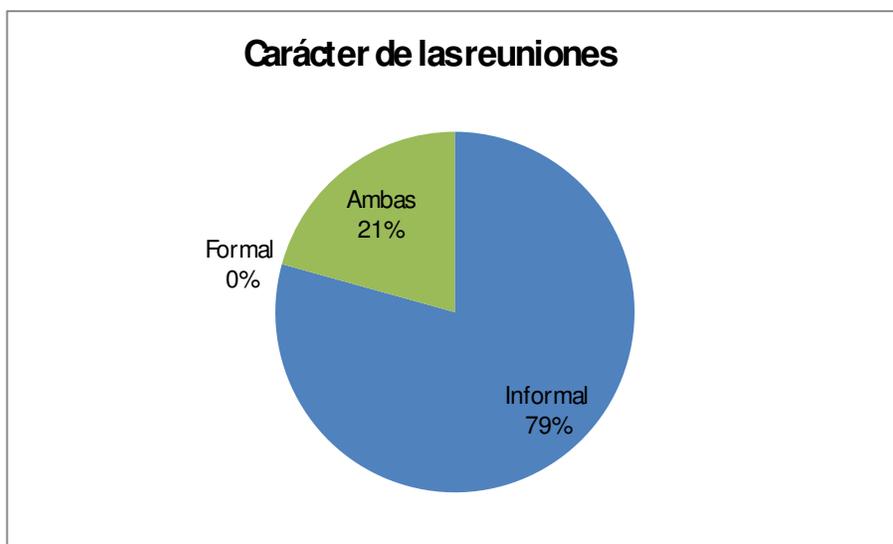
Según el gráfico la respuesta obtenida revela que la realización de reuniones con una periodicidad anual constituye la opción más señalada por los residentes con 12 casos que representan el 41,4% del total. Le siguen en porcentaje la frecuencia trimestral y en último lugar el mantenimiento de los contactos una vez al mes (mensual). Señalar también que en la casilla de “otros” con un 21% se han recogido 6 respuestas: 1 bimensual, 2 semestrales y 2 a demanda o sin una periodicidad fija y 1 sin especificar.

Correlación entre el número de reuniones realizadas y la periodicidad de las mismas: Si tenemos en cuenta que la periodicidad manifiesta produce un número teórico de reuniones esperadas al cruzar dichas reuniones esperadas con las realmente tenidas vemos que existe una correlación positiva (r pearson 0,645) con una variabilidad de las entrevistas que se han producido explicadas por la periodicidad programada de un 41% (r^2 0,416). Por tanto, aunque no existe una correlación positiva perfecta, el índice calculado (v. anexos: hoja de Excel) parece indicar que existe una cierta dependencia y relación directa entre las dos variables estudiadas.

C. Carácter de las reuniones/entrevistas de seguimiento realizadas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Informal	23	47,9	79,3	79,3
	Ambas	6	12,5	20,7	100,0
	Total	29	60,4	100,0	
Perdidos	Sistema	19	39,6		
	Total	48	100,0		

El gráfico que sigue muestra claramente que según la respuesta dada por los R3 las reuniones o contactos de tipo informal son los más frecuentes (23 de ellos así lo manifiestan). Y el resto, (6) señalan que han mantenido tanto reuniones formales como informales.



Correlación entre el número de reuniones realizadas y el carácter de las mismas: Si cruzamos ambas variables obtenemos los siguientes datos: 23 son los residentes que manifiestan haber mantenido reuniones de tipo informal resultando en total 70 reuniones a una media de 3,04 reuniones por residente. Por otra parte, son 6 los residentes que manifiestan haber tenido reuniones tanto formales como informales, siendo su frecuencia media resultante de 7,1. Por tanto, prácticamente se duplica el número de contactos pues las reuniones o entrevistas formales se suman a las de tipo formal.

medias	
n ^o	
70 entrevistas informales	
23	3,04347826
n ^o	
43 entrevistas ambas	
6	7,16666667

D. Temas tratados en las reuniones/entrevistas realizadas

A la pregunta: ¿cuáles fueron los temas que se trataron en dichas reuniones-entrevistas de tutorización? La respuesta dada por los residentes (R3) aparece reflejada en la tabla resumen que sigue a continuación:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Revisión rotaciones	12	17,14
Progreso formativo	16	22,85
Dificultades surgidas	16	22,85
Temas no asistenciales	21	30,00
Otros	5	7,14
Total	70²	100,0



² El que en esta pregunta se hayan recogido más respuestas (n=70) que el número total de residentes que cumplimentaron finalmente el cuestionario (n=48) responde a que en ella estaba permitido marcar más de una opción.

Según el gráfico la respuesta obtenida revela que el intercambio de opiniones sobre temas no directamente asistenciales constituye la opción más señalada por los residentes con 21 casos que representan el 30% del total. Le siguen en porcentaje de elección (23%) las reuniones que tratan como tema principal tanto las dificultades surgidas como el progreso del proceso formativo. Con algo menos de incidencia (17%) se sitúan aquellos encuentros realizados con el propósito revisar las rotaciones hospitalarias. Por último, señalar también que en la casilla de “otros” con un 7% se han recogido 5 respuestas distintas con el siguiente contenido: preparación de sesiones y trabajos; temas de investigación; realización de actividades docentes en el centro de salud y realización de rotación libre.

Correlación entre el carácter de las reuniones realizadas y los temas abordados en las mismas: Si cruzamos ambas variables obtenemos los siguientes datos: De los 23 residentes que manifiestan haber mantenido reuniones de tipo informal, el 39% dice que en ellas han hablado de sus rotaciones hospitalarias, el 56% que lo han hecho tanto del progreso formativo como de las dificultades, el 65% de temas no asistenciales y 3 de ellos dicen haber hablado otro tema distinto de los anteriores. Por otra parte, son 6 los residentes que manifiestan haber tenido reuniones tanto formales como informales, de ellos, todos dicen haber tratado en ellas cuestiones no directamente asistenciales y sólo el 50% dice haber tratado otros temas (revisión de las rotaciones, dificultades surgidas y progreso docente).

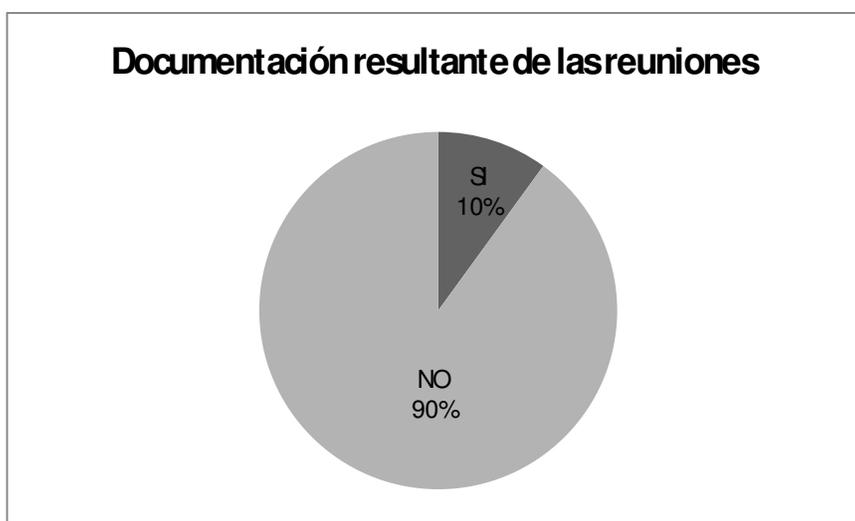
Opciones	Frecuencia	Informales	Ambas
Revisión rotaciones	12	9	3
Progreso formativo	16	13	3
Dificultades surgidas	16	13	3
Temas no asistenciales	21	15	6
Otros	5	3	2
Total	70	53	17

	Revisión	Progreso	Dificultades	No asistenc.	Otros
Informales	9	13	13	15	3
	23	23	23	23	23
	0,39130435	0,56521739	0,56521739	0,65217391	0,13043478
Ambas	3	3	3	6	2
	6	6	6	6	6
	0,5	0,5	0,5	1	0,33333333

E. Documentación resultante de las reuniones/entrevistas realizadas

Como contestación a la pregunta: ¿se elaboró algún tipo de documento con los resultados de estas reuniones-entrevistas? se obtuvieron los siguientes datos:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	3	6,3	10,3	10,3
	No	26	54,2	89,7	100,0
	Total	29	60,4	100,0	
Perdidos	Sistema	19	39,6		
Total		48	100,0		



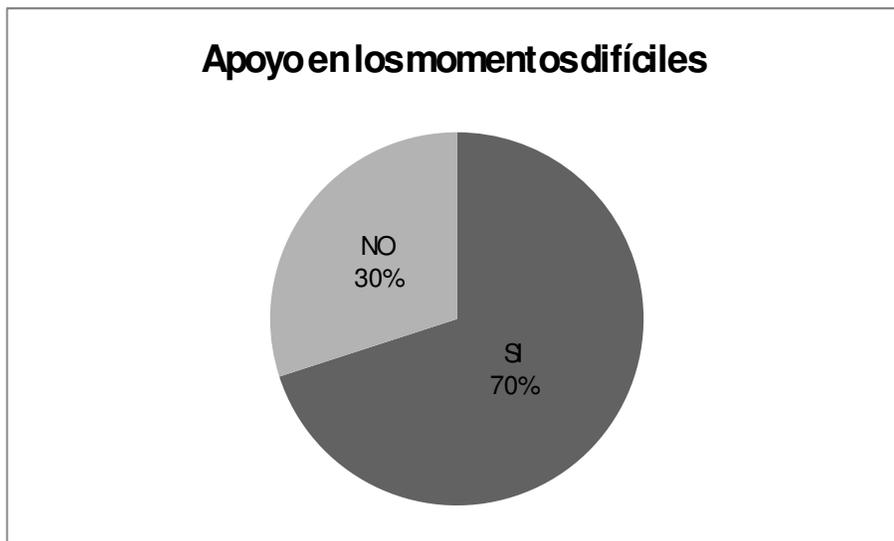
Correlación entre el carácter de las reuniones realizadas y la documentación resultante de las mismas: Si cruzamos ambas variables obtenemos los siguientes datos: De los 6 residentes que han tenido reuniones mixtas (formales e informales) con su tutor, la mitad de ellos (3) reconocen haber emitido algún tipo de documentación referida a dichas reuniones. Curiosamente, son sólo 3 los casos registrados en este sentido. Por tanto, parece demostrado –a pesar de la escasa incidencia obtenida- y en parte lógico, que es más fácil que resulte algún tipo de documentación de los encuentros formales que de los de tipo informal.

	medias	
0	nº documentaciones formales	informales
23	0	2
3	nº documentaciones ambas	
6	0,5	3

2. *Apoyo/ayuda del tutor al residente en los momentos difíciles*

A la pregunta: ¿tu tutor del centro de salud, durante tus rotaciones de R1 y R2, te prestó su apoyo y ayuda especialmente si tuviste algún tipo de dificultad? Los residentes responden en casi un 70% que sí y en un 30% que no.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	32	66,7	69,6	69,6
	No	14	29,2	30,4	100,0
	Total	46	95,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	4,2		
Total		48	100,0		



A. *Forma en que se produjo esta ayuda/apoyo*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Por iniciativa del tutor	5	10,4	15,6	15,6
	Porque tú se la solicitaste	7	14,6	21,9	37,5
	Indistintamente	20	41,7	62,5	100,0
	Total	32	66,7	100,0	
Perdidos	Sistema	16	33,3		
Total		48	100,0		



Según estos datos, la mayor parte de las relaciones de ayuda (62,5%) se producen en un contexto de reciprocidad, siendo compartida por ambos -tutor y residente- la percepción de esta relación constructiva. Es decir, que según la opinión de gran parte de los residentes (20), se reparte de un modo equitativo y según las circunstancias tanto el ofrecimiento de ayuda por parte del tutor como la demanda de ésta misma por parte del residente.

3. *Valoración de la necesidad de contacto continuado entre tutor y residente*

A la pregunta: en términos generales, ¿has mantenido o no éste contacto continuado con tu tutor del centro de salud durante los períodos de residencia de primer y segundo año ¿lo consideras necesario y positivo para tu formación? La respuesta obtenida muestra un acuerdo unánime de los residentes en considerar necesario y del todo conveniente el seguir manteniendo el contacto con su tutor durante las rotaciones hospitalarias (en este caso, de R1 y R2).

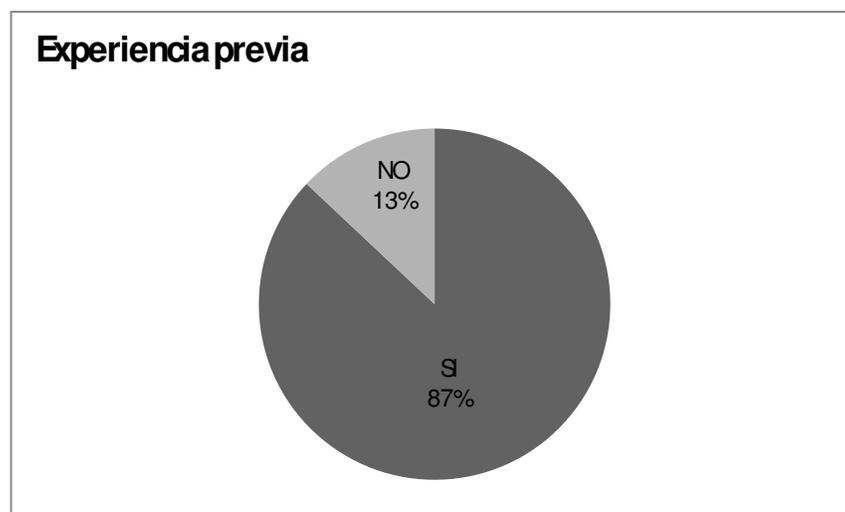
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	47	97,9	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		

PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE

4. Valoración inicial y diagnóstica del residente en lo que respecta a:

A. Experiencia previa

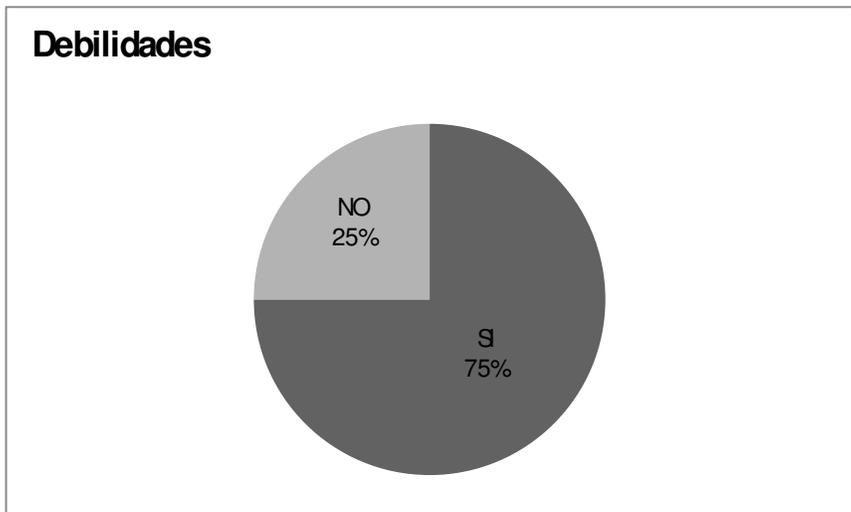
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	42	87,5	87,5	87,5
	No	6	12,5	12,5	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



La mayor parte de los residentes (R3) consultados (42 de 48 que representan a más del 87% del total) aseguran que durante este primer mes de formación en el centro, su tutor les preguntó por su *experiencia previa* en general y en concreto con la Medicina de Familia. Y por el contrario, son sólo 6 los residentes (13%) que aseguran lo contrario.

B. Debilidades

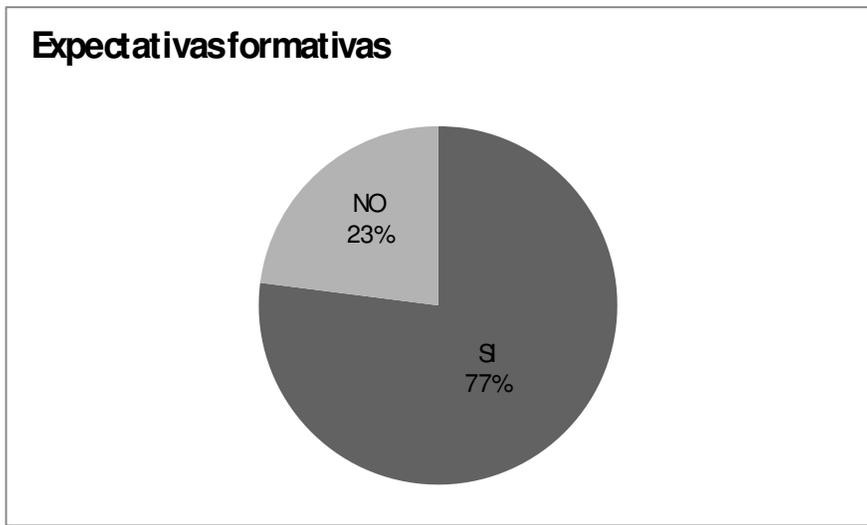
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	36	75,0	75,0	75,0
	No	12	25,0	25,0	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



En relación a si su tutor les preguntó a ellos en algún momento por sus *debilidades* o las áreas en las que se sentían más flojos durante su primer mes de formación en el centro como R3, las respuestas dadas por los propios residentes (R3) se manifiestan en los siguientes términos: mientras 36 de ellos (75%) afirman que si se les preguntó, 12 (25%) aseguran lo contrario.

C. Expectativas formativas

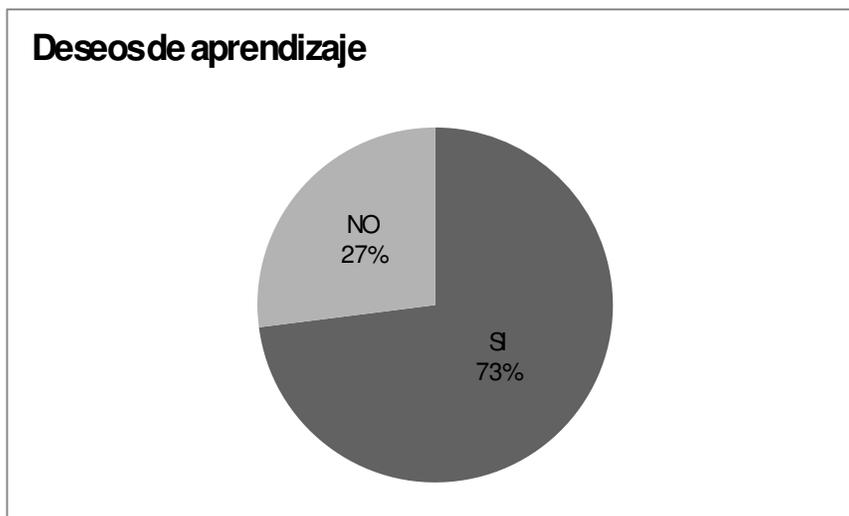
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	37	77,1	77,1	77,1
	No	11	22,9	22,9	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



En relación a si su tutor les preguntó a ellos en algún momento por sus *expectativas formativas* durante su rotación inicial por el centro de salud aunque la mayor parte de los R3 aseguran que sí (37 de 48 que representan el 77%), existe un grupo importante de ellos (11 que constituyen el 22%) que aseguran lo contrario.

D. Deseos/preferencias de aprendizaje

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	35	72,9	72,9	72,9
	No	13	27,1	27,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



En cuanto a si su tutor les preguntó a ellos en algún momento durante este primer mes de formación en el centro de salud por sus *deseos de aprendizaje* la respuesta ofrecida por los residentes de tercer año (R3) fue la siguiente: mientras 35 de ellos afirman que sí se tuvo en cuenta sus preferencias en el aprendizaje (73%), 13 (27%) aseguran lo contrario.

Comentario general: La respuesta obtenida por parte de los residentes revela que en la evaluación inicial y/o diagnóstica que les realizó su tutor al inicio de su rotación como R3 en el centro se tuvieron muy en cuenta las 4 dimensiones exploradas en nuestro cuestionario (su experiencia previa, sus debilidades, sus expectativas formativas y sus deseos de aprendizaje). Ahora bien, no todas son consideradas igual.

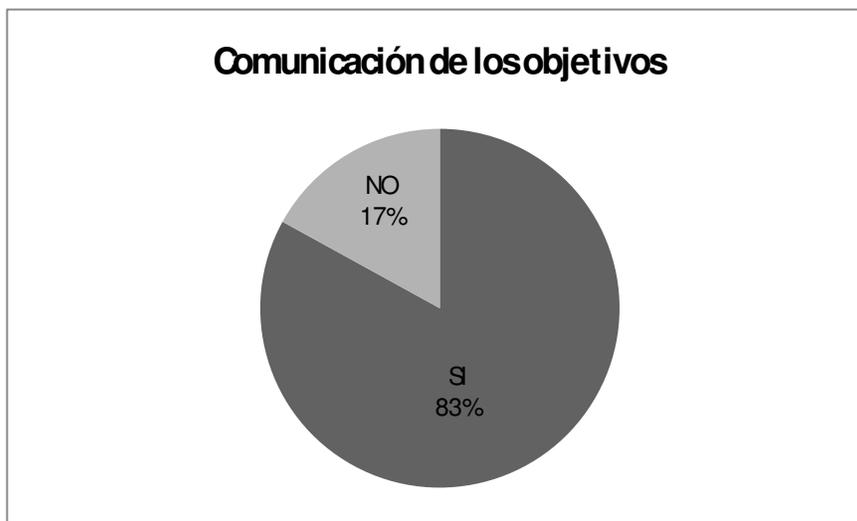
Así, la *experiencia previa* aparece en primer lugar, seguida de *las expectativas formativas*. Y con algo menos de incidencia nos encontramos las *debilidades o áreas de mejora del residente y sus deseos de aprendizaje*. La tabla que sigue a continuación confirma numéricamente este comentario:

	Experiencia	Debilidades	Expectativas	Preferencias
SI	42	36	37	35
%	87,50%	75,00%	77,08%	72,92%

5. *Comunicación de los objetivos formativos al residente*

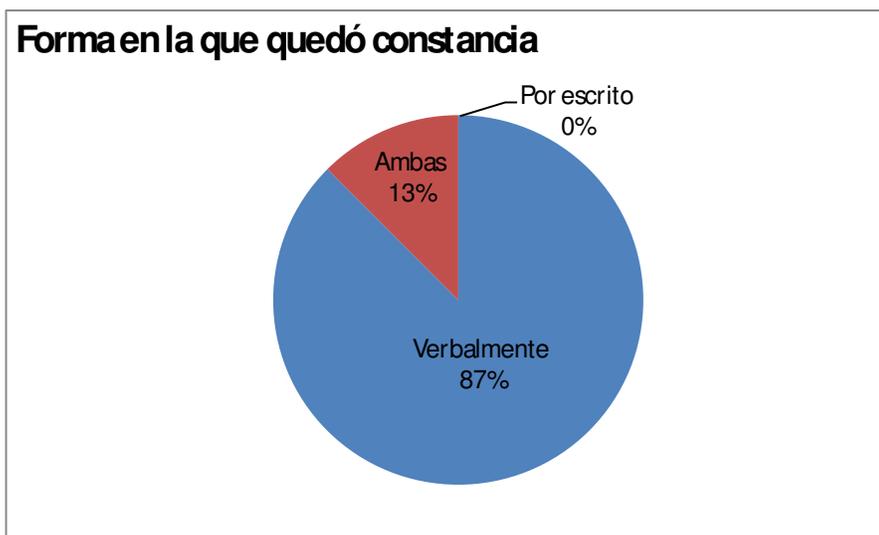
A la pregunta: ¿en alguna ocasión estableciste con tu tutor o te indicó lo que debías aprender durante la rotación? La mayor parte de los residentes consultados (40 de los 48 posibles) responden afirmativamente como queda reflejado en la tabla resumen y en el gráfico que siguen a continuación:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	40	83,3	83,3	83,3
	No	8	16,7	16,7	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



A. Forma en la que quedó constancia de la comunicación de los objetivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Verbalmente	35	72,9	87,5	87,5
	De ambas formas	5	10,4	12,5	100,0
	Total	40	83,3	100,0	
Perdidos	Sistema	8	16,7		
Total		48	100,0		



Según la respuesta ofrecida por los residentes (R3), la forma más común en la que se produjo la comunicación de los objetivos docentes por parte de sus respectivos tutores fue *verbalmente* con un 87% de los casos registrados que corresponden a 35 residentes de los 40 posibles. El resto del porcentaje (13%) pertenece a 5 residentes que aseguran que sus tutores le comunicaron los objetivos tanto verbalmente como por escrito (*ambas formas*). No se registra el caso de ningún residente que afirme que su tutor le comunicará sus objetivos solamente *por escrito*.

B. Valoración de la comunicación de los objetivos formativos

En términos de cantidad:

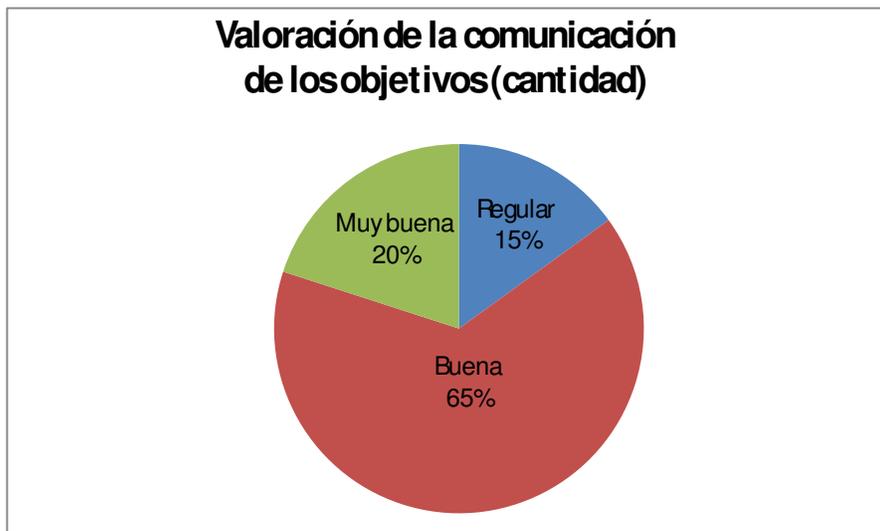
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Suficiente	30	62,5	75,0	75,0
	Escasa	10	20,8	25,0	100,0
	Total	40	83,3	100,0	
Perdidos	Sistema	8	16,7		
Total		48	100,0		



En cuanto a cómo fue, en términos de cantidad, esa comunicación de los objetivos docentes efectuada por los tutores, aunque la mayor parte de los residentes R3 (30) creen que fue *suficiente* (75%), hay 10 ellos que la consideran *escasa* (25%).

En términos de calidad:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular	6	12,5	15,0	15,0
	Buena	26	54,2	65,0	80,0
	Muy Buena	8	16,7	20,0	100,0
	Total	40	83,3	100,0	
Perdidos	Sistema	8	16,7		
Total		48	100,0		

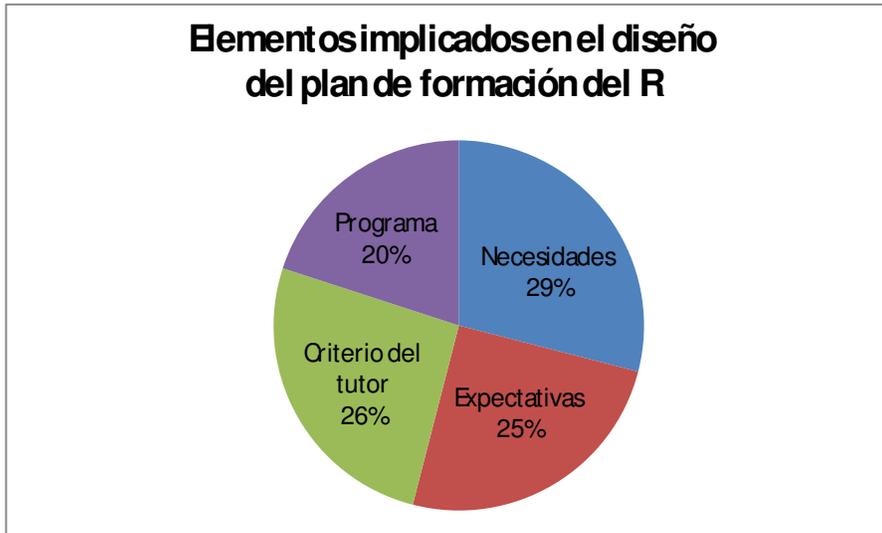


En cuanto a cómo fue, en términos de calidad, esa misma comunicación de los objetivos docentes, los residentes (R3) consultados la valoran del siguiente modo: 26 de ellos como *buena* (65%), y 8 (20%) como *muy buena* (57%). Por el contrario, 6 de ellos consideran que dicha comunicación fue *regular* (15%).

6. *Valoración del peso de una serie de elementos en el diseño del plan de formación del residente*

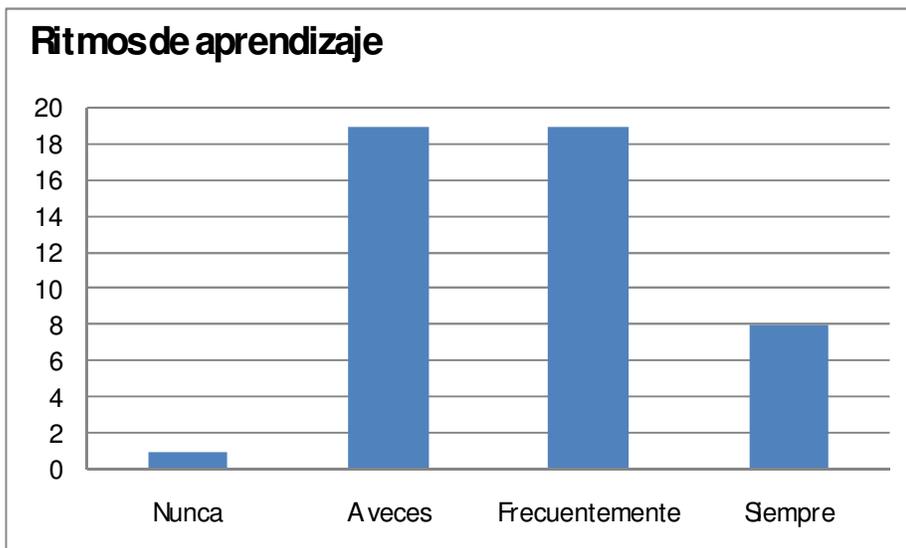
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Necesidad de aprendizaje	46	5	60	29,02	12,807
Expectativas formativas	46	10	60	25,00	9,129
Experiencia del tutor	46	5	60	25,65	11,383
Programa de la especialidad	46	5	50	20,33	11,175

La respuesta obtenida de los residentes (R3) a la pregunta del peso que crees que tienen una serie de elementos en el diseño de su plan de formación revela los siguientes datos: en opinión de los R3 sus *necesidades de aprendizaje* es el aspecto que tiene una mayor importancia con una media de 29%; seguidas del *criterio y experiencia de su tutor* (25,65%) y de sus *expectativas formativas* (25%). En último lugar, los residentes sitúan el *Programa de la Especialidad* (20%).



7. Consideración de los ritmos de aprendizaje del residente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	2,1	2,1	2,1
	A veces	19	39,6	40,4	42,6
	Frecuentemente	19	39,6	40,4	83,0
	Siempre	8	16,7	17,0	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		



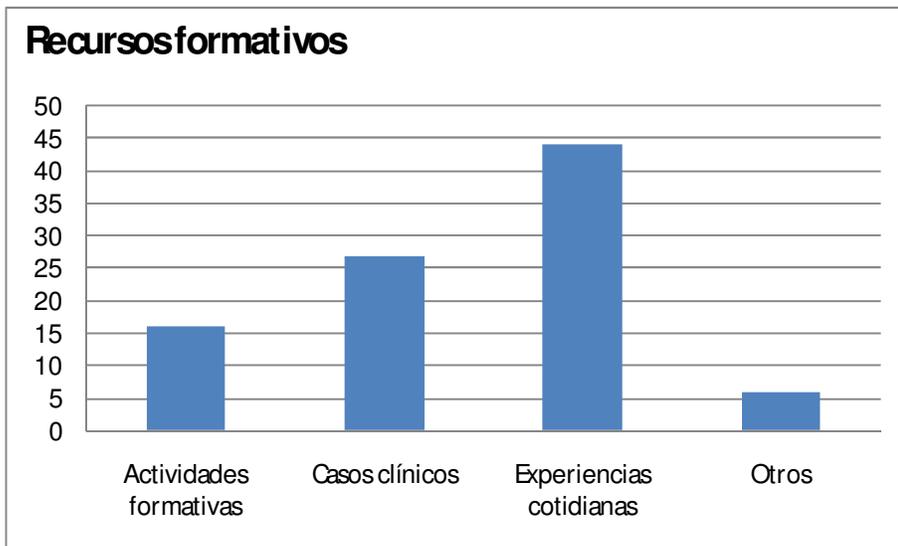
A la pregunta: ¿crees que tu tutor tuvo en cuenta tus ritmos de aprendizaje en la selección y secuenciación de lo que debías aprender cada momento? La respuesta dada por los R3 consultados a esta cuestión es muy diversa y se expresa en los siguientes términos: 8 de ellos aseguran que sus tutores prestaron *siempre* atención a este asunto (17%) y 19 que, en su caso, lo hicieron de manera *frecuente* (40%). Por otro lado, existe otro grupo de residentes con una opinión más negativa de este tema. Así, para 19 de ellos (40%) se tuvieron en cuenta sus ritmos de aprendizaje sólo en *determinadas ocasiones* e incluso hay 1 (2%) que asegura que en su caso *nunca* los consideraron.

8. Recursos formativos utilizados por el tutor

A la pregunta: ¿qué recursos formativos utilizó tu tutor en tu proceso de aprendizaje? La respuesta dada por los residentes (R3) aparece reflejada en la tabla resumen que sigue a continuación:

Opciones	Frecuencia	% (93)	% (48)
Actividades formativas	16	17,20	33,33
Casos clínicos	27	29,03	56,25
Experiencias cotidianas	44	47,31	91,66
Otros	6	6,45	12,50
Total	93 ³	100,0	100,0

³ El que en esta pregunta se hayan recogido más respuestas (n=93) que el número total de residentes (R3) que cumplimentaron finalmente el cuestionario (n=48) responde a que en ella estaba permitido marcar más de una opción.

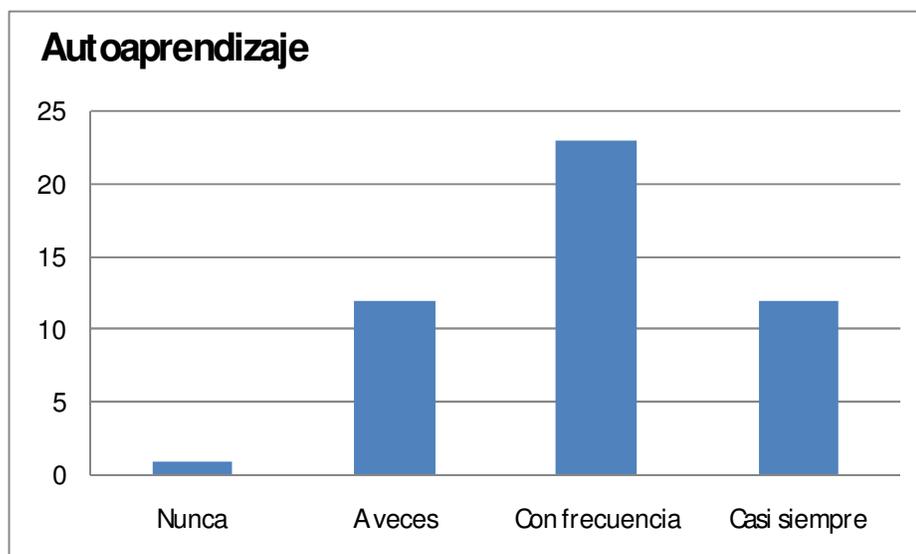


Los datos obtenidos revelan que el aprovechamiento por parte del tutor de las *experiencias cotidianas* del día a día como oportunidades de aprendizaje constituye la opción más señalada por los residentes con 44 casos que representan más del 47% del total. Le siguen aunque con un porcentaje de elección bastante menor (29%) el empleo de *casos clínicos* como recurso formativo. Con bastante menos de incidencia (17%) se sitúan aquellas *actividades diseñadas específicamente con fines formativos*. Y por último, señalar también que en la casilla de “*otros*” con un 7% se han recogido 6 aportaciones el siguiente contenido: sesiones clínicas, artículos y revisiones publicadas (2), autoevaluación, bibliografía y libros de texto (2).

9. Frecuencia de utilización de determinados métodos docentes:

Autoaprendizaje:

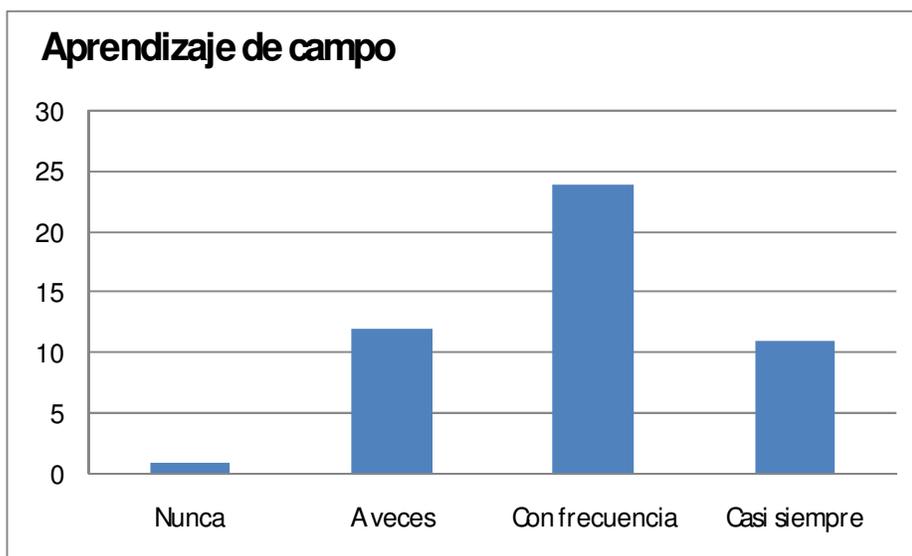
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	2,1	2,1	2,1
	A veces	12	25,0	25,0	27,1
	Con frecuencia	23	47,9	47,9	75,0
	Casi siempre	12	25,0	25,0	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



A la pregunta ¿con qué frecuencia utilizasteis el autoaprendizaje como método docente durante tu primer mes de formación como R3 en el centro de salud? los residentes (R3) consultados responden del siguiente modo: 23 de ellos dicen que *con frecuencia* (48%), 12 que *a veces* (25%) y otros 12 que *casi siempre* (25%). Por el contrario, se registra sólo el caso de 1 residente que asegura no haber utilizado *nunca* el autoaprendizaje.

Aprendizaje de campo:

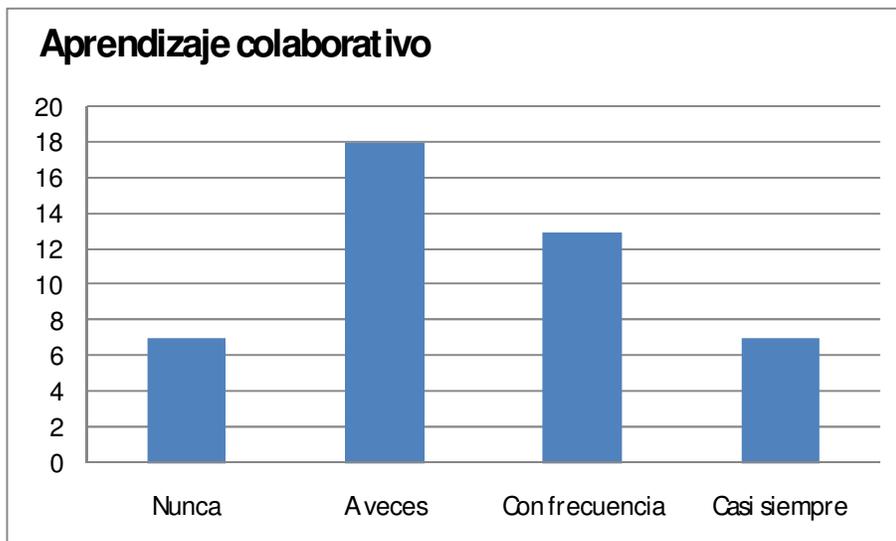
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	2,1	2,1	2,1
	A veces	12	25,0	25,0	27,1
	Con frecuencia	24	50,0	50,0	77,1
	Casi siempre	11	22,9	22,9	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



A este asunto los residentes de tercer año responden del siguiente modo: la mitad de ellos (24) dicen que utilizaron el aprendizaje de campo *con frecuencia* (50%), 11 que *casi siempre* (23%). Por el contrario, 12 dicen que los emplearon *en determinadas ocasiones* (25%) y sólo 1 que *nunca*.

Aprendizaje colaborativo:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	7	14,6	15,6	15,6
	A veces	18	37,5	40,0	55,6
	Con frecuencia	13	27,1	28,9	84,4
	Casi siempre	7	14,6	15,6	100,0
	Total	45	93,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	6,3		
Total		48	100,0		

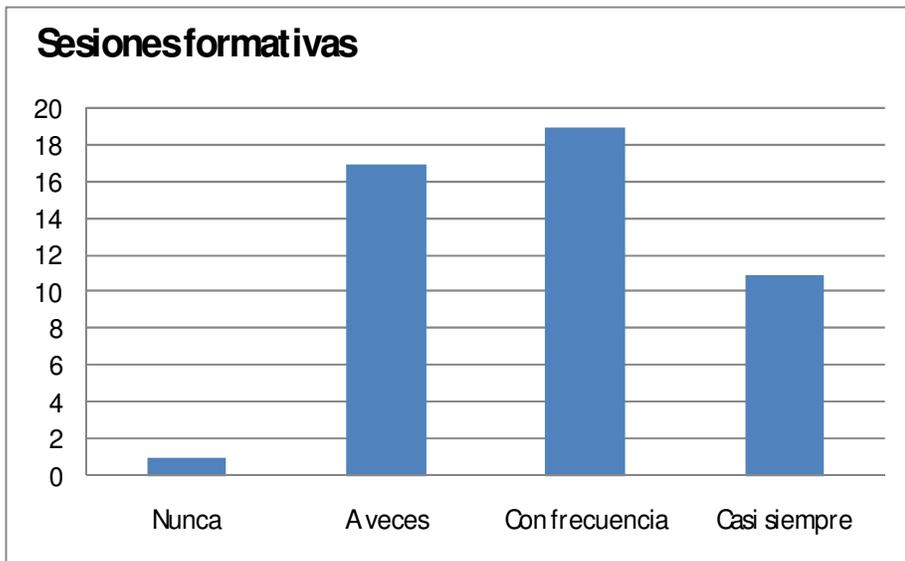


A la pregunta ¿con qué frecuencia utilizasteis el aprendizaje colaborativo como método docente durante tu primer mes de formación como R3 en el centro de salud? los residentes (R3) responden: 18 de ellos dicen que *a veces* (40%), 13 que *con frecuencia* (29%) y hasta 7 que *casi siempre* (16%). Por el contrario, son 7 también los residentes (16%) que reconocen que *nunca* han trabajado en grupo.

Sesiones formativas:

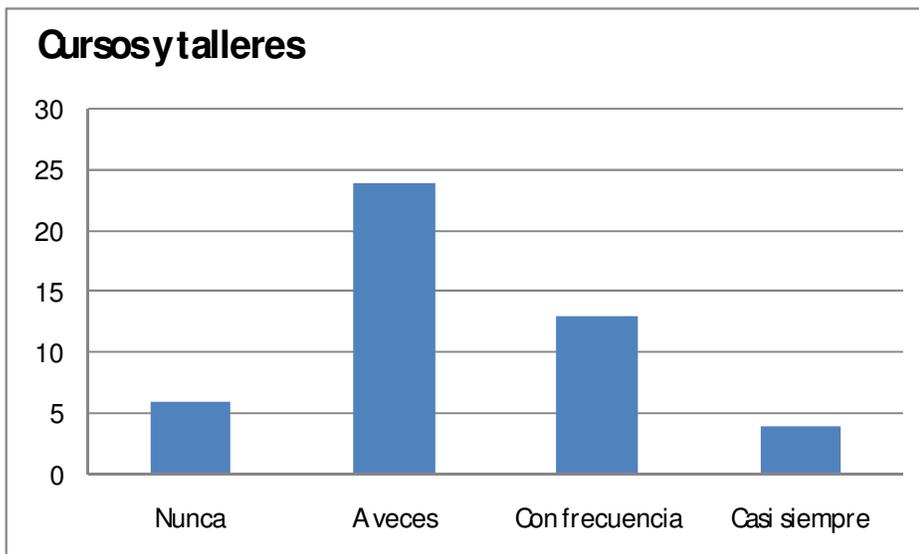
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Nunca	1	2,1	2,1	2,1
A veces	17	35,4	35,4	37,5
Con frecuencia	19	39,6	39,6	77,1
Casi siempre	11	22,9	22,9	100,0
Total	48	100,0	100,0	

A la pregunta ¿con qué frecuencia utilizasteis las sesiones formativas como método docente durante tu primer mes de formación como R3 en el centro de salud? los residentes consultados responden del siguiente modo: 19 de ellos aseguran que *con frecuencia* (40%), 17 que sólo *a veces* (35%) y 11 que *casi siempre* (23%). Por el contrario, se registra el caso de 1 residente que asegura que *nunca* hizo uso de las sesiones formativas como método docente.



Cursos, talleres

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	6	12,5	12,8	12,8
	A veces	24	50,0	51,1	63,8
	Con frecuencia	13	27,1	27,7	91,5
	Casi siempre	4	8,3	8,5	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		



Referido al tema de la utilización de los cursos y talleres como métodos docentes los residentes consultados (R3) responden la mitad de ellos (24 de 48) que sólo los utilizaron *a veces* (51%), 13 de ellos afirman que los emplearon *con frecuencia* (28%), y hasta 4 que lo hicieron *casi siempre* (8%). Por el contrario, son 6 los residentes (13%) que aseguran no haber realizado *ningún* curso y/o taller durante este primer mes de formación.

En términos generales y, según la respuesta dada por los residentes (R3), en la rotación inicial del R3 por el centro de salud se emplearon todos los métodos docentes recomendados por el Programa Oficial de la Especialidad, aunque eso sí, unos en mayor medida o insistencia que otros. Así, el *autoaprendizaje* y el *aprendizaje de campo* aparecen como los métodos más utilizados prácticamente con la misma frecuencia registrada. A continuación le siguen las *sesiones formativas* (clínicas y bibliográficas) y después, y con una proporción muy similar, aparecen el *aprendizaje colaborativo* y la realización de *cursos y talleres*.

La tabla que sigue a continuación confirma numéricamente este comentario:

METODOS	AUTOAPR.	A. CAMPO	COLABOR.	SESIONES	CURSOS
Nunca	1	1	7	1	6
A veces	12	12	18	17	24
C frecuencia	23	24	13	19	13
Siempre	12	11	7	11	4

10. Reuniones de seguimiento / de evaluación formativa

A la pregunta: ¿tu tutor, en algún momento, mantuvo contigo reuniones para analizar cómo se estaba desarrollando tu formación e intentar corregir los posibles puntos débiles? Aunque la mayor parte de los residentes (R3) (36 de 47 que representan el 77% del total) aseguran el haberlas mantenido, existe un grupo importante de 11 residentes (23%) que afirman lo contrario.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	36	75,0	76,6	76,6
	No	11	22,9	23,4	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		

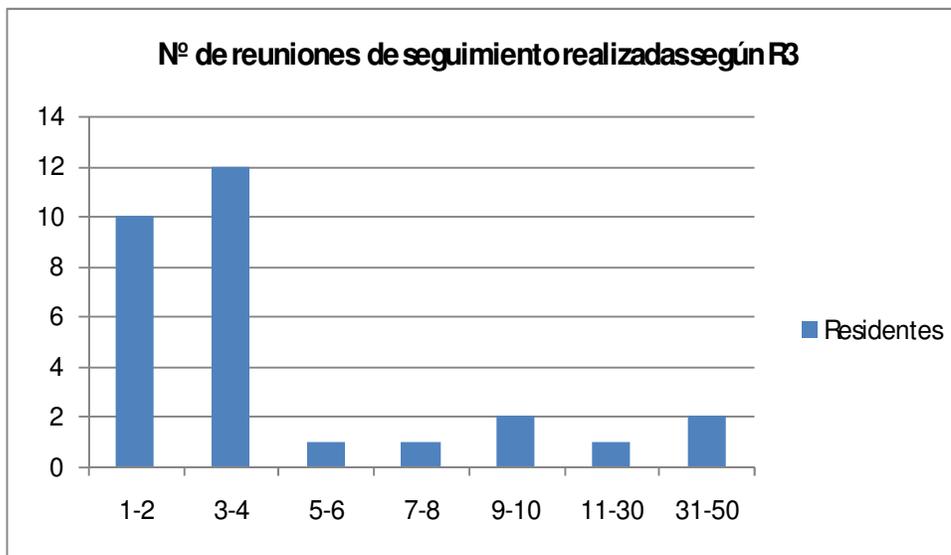


A. Número de reuniones/entrevistas de evaluación realizadas

La respuesta obtenida revela una media en torno a 7 reuniones de seguimiento realizadas y una desviación típica en torno a 12.

Por otro lado, es muy elevado el número de sujetos que se pierden (19), es decir, que no contestan o bien por haber reconocido no haber mantenido dichas reuniones (11) o bien porque por el motivo que haya sido no han contestado a la pregunta (7).

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nº de reuniones	29	1	50	7,45	12,993

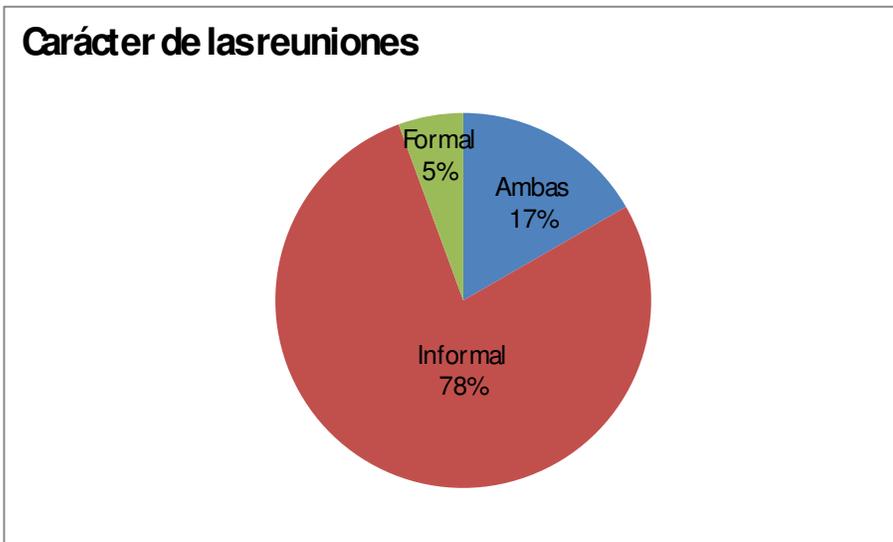


Aunque los valores mínimo (1 reunión) y máximo (30) registrados manifiestan una gran variabilidad en la contestación, el gráfico de barras muestra claramente que lo más normal, según la contestación de los residentes (R3), es que durante este primer mes de formación en el centro de salud, se realicen entre 1 y 4 de estas reuniones con un total de 22 casos computados (de los 29 posibles) en dicho intervalo que corresponde a un porcentaje superior al 75%. El resto del porcentaje corresponde a casos aislados y por tanto, menos significativos.

B. Carácter de las reuniones/entrevistas de evaluación realizadas

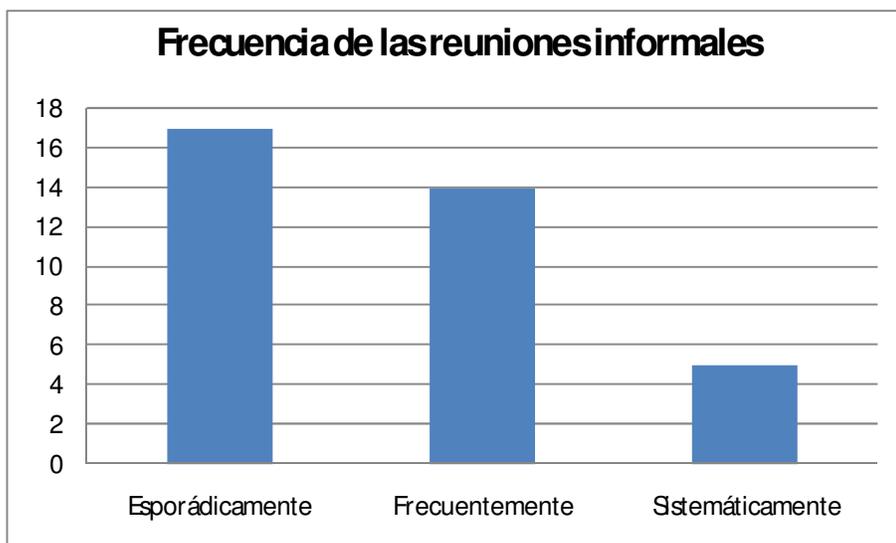
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ambas	6	12,5	16,7	16,7
	Informal	28	58,3	77,8	94,4
	Formal	2	4,2	5,6	100,0
	Total	36	75,0	100,0	
Perdidos	Sistema	12	25,0		
Total		48	100,0		

El gráfico que sigue a continuación muestra claramente que según la respuesta dada por los residentes (R3), las reuniones o contactos de tipo *informal* son los más frecuentes (28 de los 36 posibles que representan el 78%). Por otro lado, 6 de ellos (17%) afirman haber mantenido *tanto reuniones formales como informales (ambas)* y sólo 2 aseguran haber tenido con su tutor solamente reuniones de tipo *formal*.



C. Frecuencia de las reuniones informales realizadas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Esporádicamente	17	35,4	47,2	47,2
	Frecuentemente	14	29,2	38,9	86,1
	Sistemáticamente	5	10,4	13,9	100,0
	Total	36	75,0	100,0	
Perdidos	Sistema	12	25,0		
Total		48	100,0		



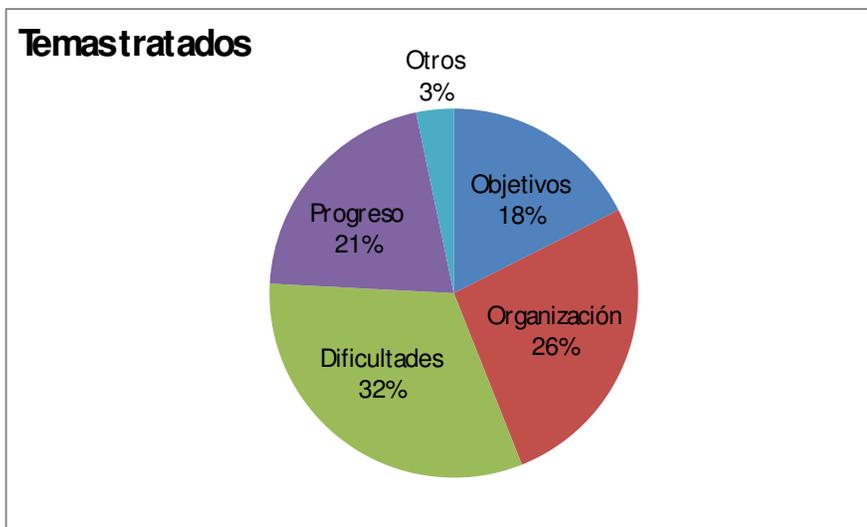
La respuesta obtenida de los residentes (R3) a esta cuestión arroja los siguientes datos: 17 de los 31 R3 (47%) aseguran que este tipo de reuniones de evaluación de tipo informal con su tutor se han producido *esporádicamente*. Por otro lado, 14 de ellos (39%) señalan la realización de estas reuniones frecuentemente y con bastante menos incidencia se registra otra frecuencia más *sistemática* (con sólo 3 casos que suponen el 14% del total).

D. Temas tratados en las reuniones/entrevistas realizadas

A la pregunta: ¿cuáles fueron los temas que se trataron en dichas reuniones-entrevistas de tutorización? La respuesta dada por los residentes (R3) aparece reflejada en la tabla resumen que sigue a continuación:

Opciones	Frecuencia	% (91)	% (36)
Definición de objetivos	16	17,58	44,44
Organización actividad	24	26,37	66,66
Dificultades surgidas	29	31,86	80,55
Progreso del proceso	19	20,87	52,77
Otros	3	3,29	8,33
Total	91	100,0	100,0



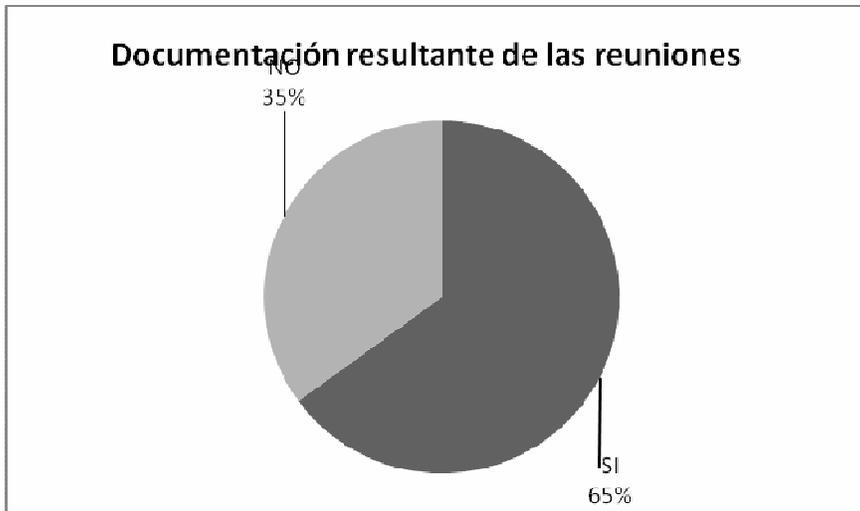


Según la respuesta obtenida de los residentes (R3) el tema más recurrente en las reuniones de seguimiento mantenidas con sus respectivos tutores fue el referido a las *dificultades o problemas surgidos* hasta ese momento con 29 casos que representan el 32% del total. Le siguen en porcentaje de elección (26%) las reuniones que tratan como tema principal *la organización de la actividad*. Con algo menos de incidencia (21%) se sitúan aquellos encuentros que tienen como tema principal *el progreso del proceso formativo* y a continuación *la definición de los objetivos docentes* (18%). Por último, señalar también que en la casilla de “*otros*” con 3% se han recogido las respuestas de 3 R3 con el siguiente contenido: autoevaluación, jerarquía y límites en la consulta.

E. Documentación resultante de las reuniones/entrevistas realizadas

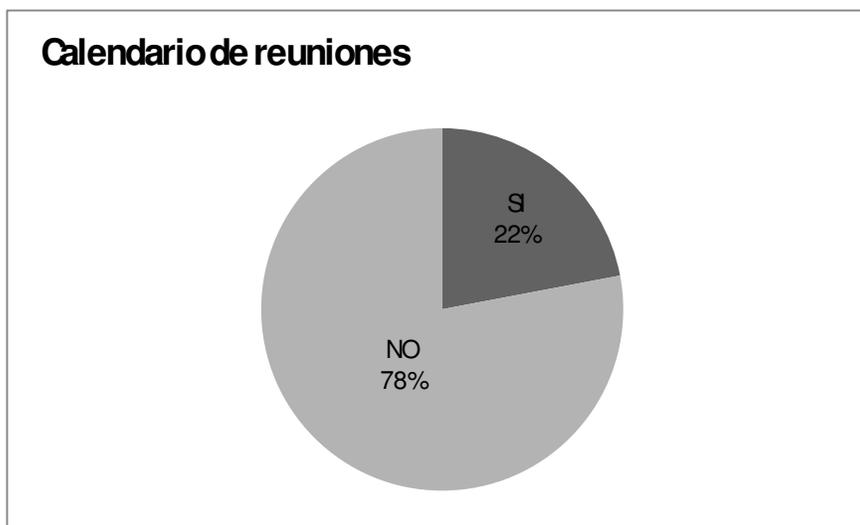
A la pregunta: ¿se elaboró algún tipo de documento con los resultados de estas reuniones-entrevistas? la respuesta obtenida revela que sólo 2 residentes (6%) aseguran haber emitido algún tipo de documentación referida a dichas reuniones. El resto (34 de los 36 posibles) reconocen lo contrario.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	2	4,2	5,6	5,6
	No	34	70,8	94,4	100,0
	Total	36	75,0	100,0	
Perdidos	Sistema	12	25,0		
Total		48	100,0		



F. Realización de un calendario / cronograma de reuniones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	8	16,7	22,2	22,2
	No	28	58,3	77,8	100,0
	Total	36	75,0	100,0	
Perdidos	Sistema	12	25,0		
Total		48	100,0		

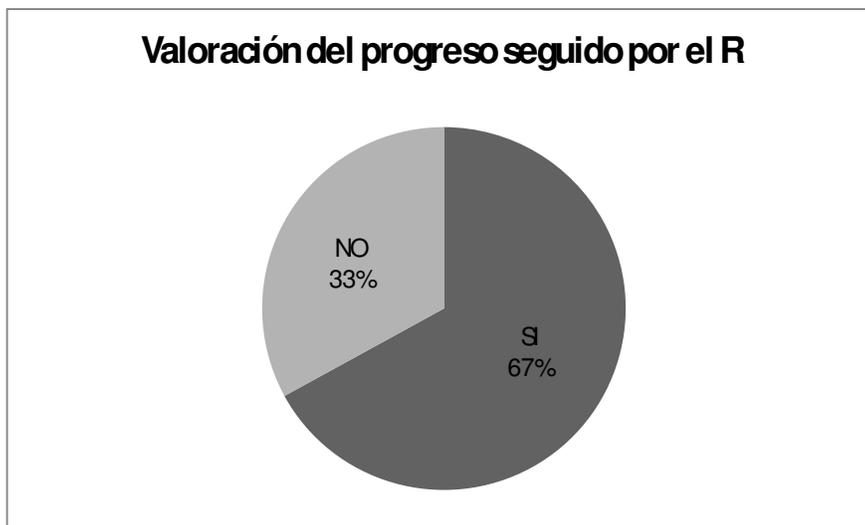


De todos los residentes (R3) consultados, sólo 8 (22%) aseguran haber establecido con su tutor un calendario de reuniones para ser cumplido durante toda la rotación. El resto (38 de los 36 posibles y que representan al 78% del total) reconocen que en ningún momento se estableció tal cronograma.

11. Valoración del progreso seguido por el residente

Como respuesta a la pregunta: ¿tu tutor en alguna ocasión te manifestó su valoración acerca de lo que estabas consiguiendo hasta ese momento y de las áreas en las que necesitabas mejorar a lo largo de la rotación de R3? se obtuvieron los siguientes resultados:

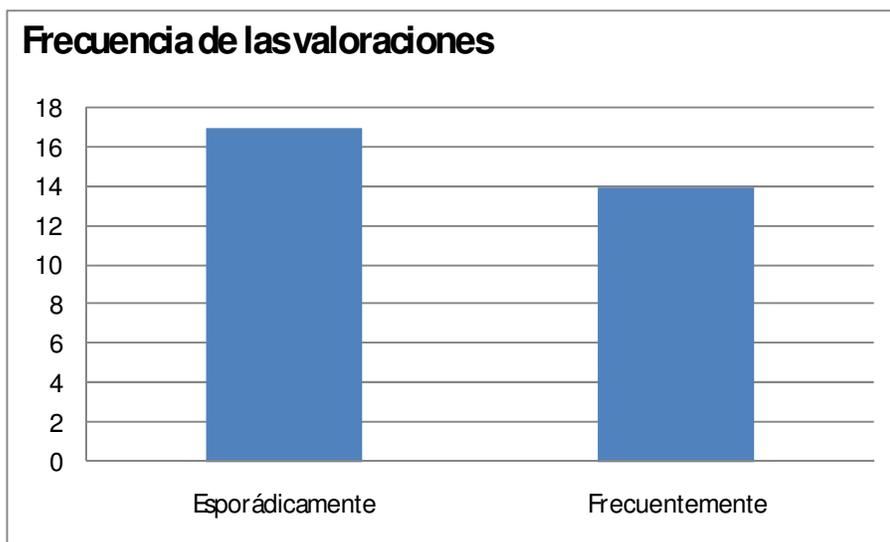
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	31	64,6	67,4	67,4
	No	15	31,3	32,6	100,0
	Total	46	95,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	4,2		
Total		48	100,0		



Aunque la mayor parte de los residentes (31 de 46) reconocen haber mantenido sesiones formativas de feed-back con su tutor, existe un grupo bastante importante de ellos (15 concretamente y que representan el 33% del total) que aseguran no haberlas realizado. Este dato lo interpretamos de manera negativa, ya que sólo a través de este tipo de encuentros de seguimiento tutor-residente puede detectarse si los objetivos se están alcanzando de forma adecuada y en caso contrario, realizarse los reajustes necesarios para que mejore el proceso formativo del residente.

A. Frecuencia de las valoraciones realizadas

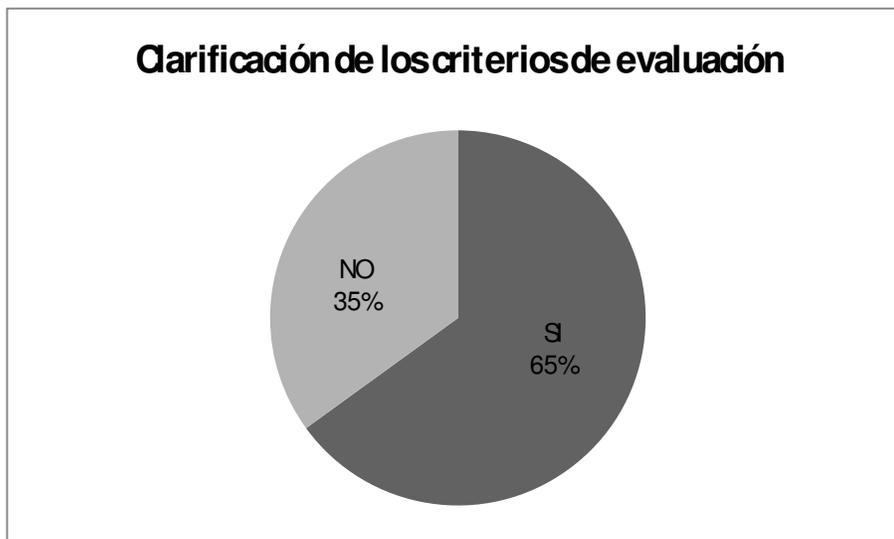
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Esporádicamente	17	35,4	54,8	54,8
	Frecuentemente	14	29,2	45,2	100,0
	Total	31	64,6	100,0	
Perdidos	Sistema	17	35,4		
Total		48	100,0		



Más del 54% de los residentes consultados (17 de los 41 posibles) responde que este tipo de valoraciones tuvieron lugar con una frecuencia de carácter *esporádico*. Por otra parte, otro grupo importante compuesto por unos 14 residentes califica como *frecuentes* las valoraciones realizadas por parte de sus respectivos tutores.

12. Clarificación al residente de los criterios de evaluación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	16	33,3	34,8	34,8
	No	30	62,5	65,2	100,0
	Total	46	95,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	4,2		
Total		48	100,0		



La mayor parte de los residentes (30 de 46 que constituyen el 65% del total) responden que su tutor no les aclaró los criterios en base a los cuales iban a ser evaluados. Por el contrario, 16 de ellos (35%) aseguran lo contrario. Este dato lo interpretamos de manera negativa, ya que es fundamental el que los evaluados tomen parte y participen en su propio proceso de evaluación, discutiendo los criterios, su aplicación y el resultado de la misma. Esto exige un diálogo sincero y abierto, entre evaluador y evaluado, entre tutor y residente.

A. Aceptación de los criterios de evaluación por parte del residente

Como contestación a la pregunta: ¿te parecieron oportunos los criterios de evaluación que te presentó tu tutor y en base a los cuales ibas a ser evaluado? se obtuvieron los siguientes datos:

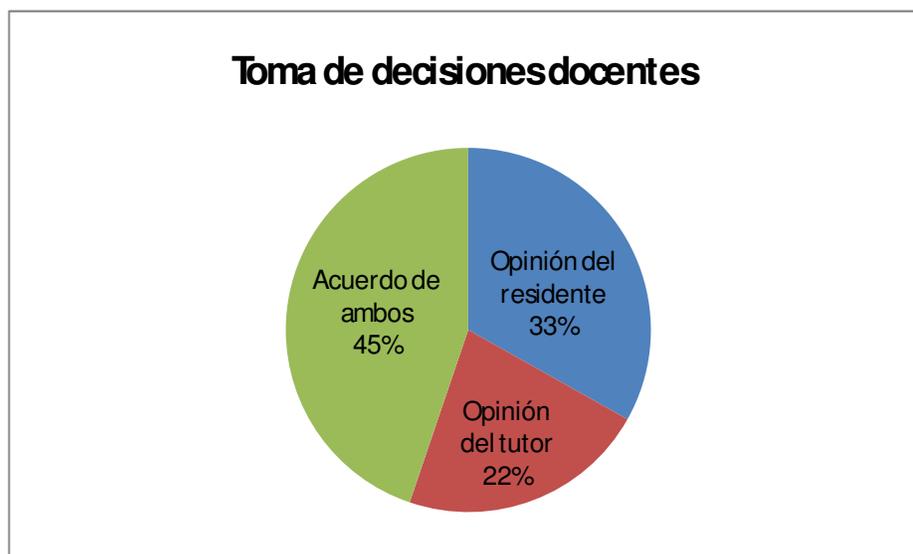
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	16	33,3	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	32	66,7		
Total		48	100,0		

La tabla anterior refleja que todos los residentes (R3) a los que su tutor les clarificó previamente los criterios en base a los cuales iban a ser evaluados les parecieron oportunos y estuvieron conformes en todo momento. Por tanto, se corrobora lo señalado anteriormente referente a la importancia de comunicar y negociar con los

residentes las condiciones evaluativas, pues los datos confirman que cuando esto se hace suele ser acogido y aceptado de buen grado por parte de los residentes.

13. Toma de decisiones sobre cuestiones formativas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
La opinión del residente	45	0	100	33,51	24,238
La opinión del tutor	45	0	70	22,29	16,991
El acuerdo de ambos	46	0	100	45,28	30,253

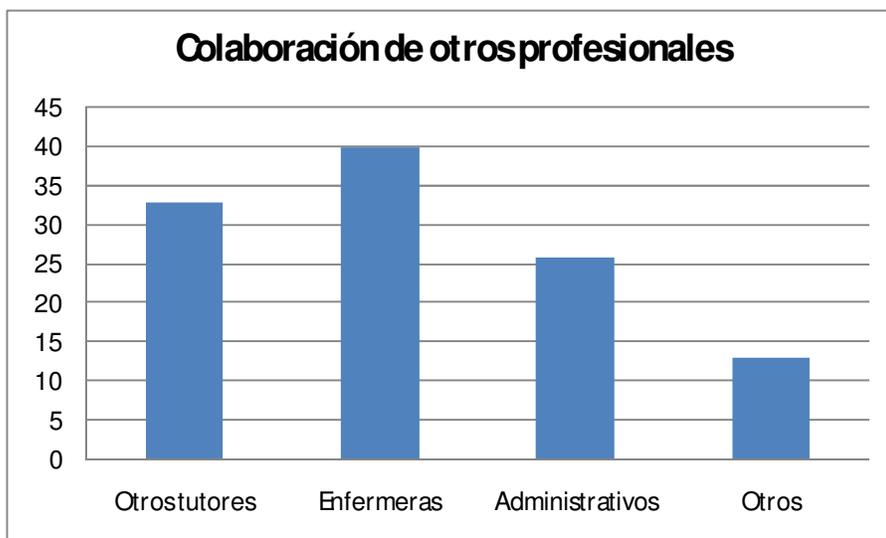


A la pregunta: ¿qué se tuvo en cuenta a la hora de tomar decisiones que afectaban a algún aspecto de tu formación como residente? Según la opinión ofrecida por los R3, en la toma de decisiones docentes prevalece en primer lugar el *acuerdo de ambos - tutor y residente-* (con un 45% del total), seguido de la *opinión de su propia opinión* (33%) y en último lugar de la *opinión de su tutor* (22%).

14. Colaboración de otros profesionales en la formación del residente

A la pregunta: ¿con qué otros profesionales del centro de salud colaboraste durante primer mes de formación en el centro de salud? Los residentes (R3) responden del siguiente modo:

Opciones	Frecuencia	% (112)	% (48)
Otros tutores y médicos	33	29,46	68,75
Enfermeras	40	35,71	83,33
Administrativos	26	23,21	54,16
Otros	13	11,60	27,08
Total	112	100,0	100,0



Según los gráficos la respuesta obtenida revela que la colaboración con las *enfermeras* constituye la opción más señalada por los residentes (R3) con 40 casos que constituyen el 36% del total. Le siguen en porcentaje de elección (29%) la colaboración con *otros tutores y médicos del equipo*. Con algo menos de incidencia

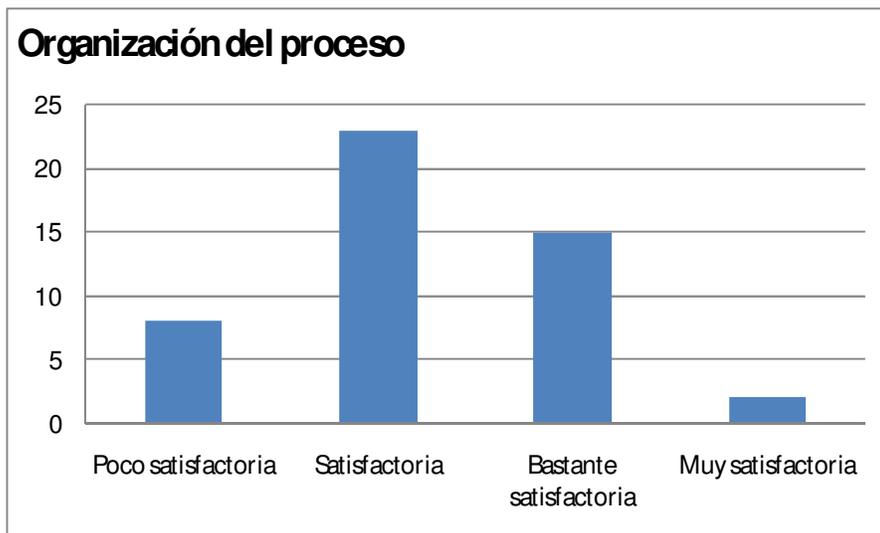
(23%) se sitúa la colaboración con el *personal administrativo*. Por último, señalar también que en la casilla de "otros" con cerca del 12% se han registrado un total de 13 respuestas con el siguiente contenido: trabajadores sociales, matronas, fisioterapeutas, pediatras, odontólogos, psicólogos y otros residentes.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

15. Valoración del grado de satisfacción con respecto a los siguientes aspectos

A. Organización del proceso formativo

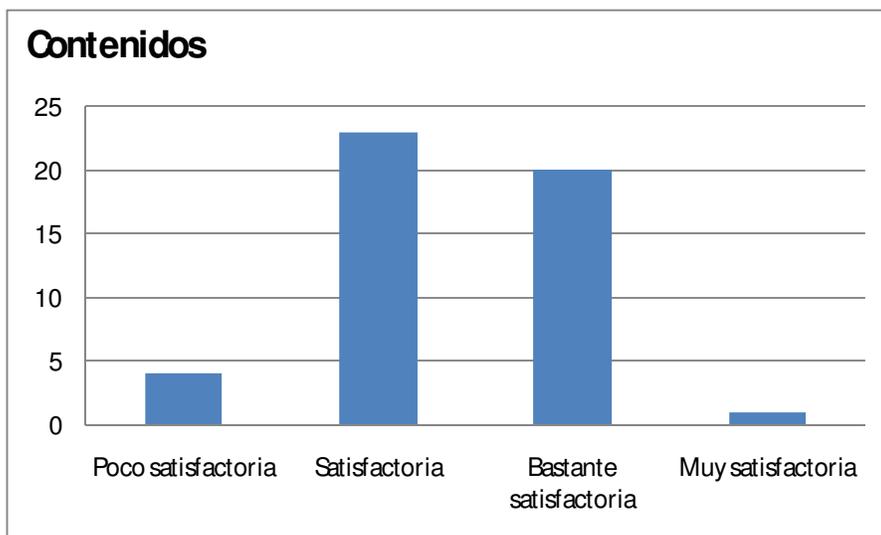
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Poco Satisfactoria	8	16,7	16,7	16,7
Satisfactoria	23	47,9	47,9	64,6
Bastante Satisfactoria	15	31,3	31,3	95,8
Muy Satisfactoria	2	4,2	4,2	100,0
Total	48	100,0	100,0	



De la información obtenida de los residentes (R3) en cuanto a su grado de satisfacción en lo que se refiere a la organización del proceso formativo se desprenden los siguientes resultados: la mayor parte de ellos (23 de 48, que representan el 48% del total) la valora de manera *satisfactoria*, otro grupo importante (15 concretamente) la valora como *bastante satisfactoria* e incluso 2 la consideran como *muy satisfactoria*. Por contra, son 8 los residentes identificados (17%) cuyo grado de satisfacción en esta cuestión es *poco satisfactorio*.

B. Contenidos tratados

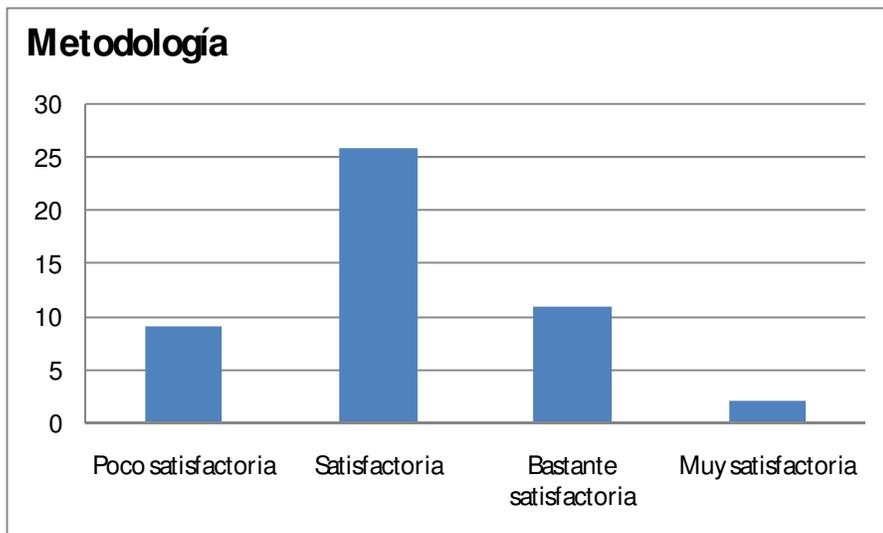
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	4	8,3	8,3	8,3
	Satisfactoria	23	47,9	47,9	56,3
	Bastante Satisfactoria	20	41,7	41,7	97,9
	Muy Satisfactoria	1	2,1	2,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



Por otro lado, en lo que concierne a los contenidos tratados, el grado de satisfacción de los residentes (R3) es el siguiente: la mayor parte de ellos (23 de 48, lo que supone el 48% del total) los valora de manera *satisfactoria*, otro grupo muy importante de ellos (20) como *bastante satisfactorios* y hasta hay 1 residente que los valora como *muy satisfactorios*. Por contra, son 4 los R3 (8%) cuyo grado de satisfacción en este asunto es un *poco* menor.

C. Metodología utilizada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	9	18,8	18,8	18,8
	Satisfactoria	26	54,2	54,2	72,9
	Bastante Satisfactoria	11	22,9	22,9	95,8
	Muy Satisfactoria	2	4,2	4,2	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

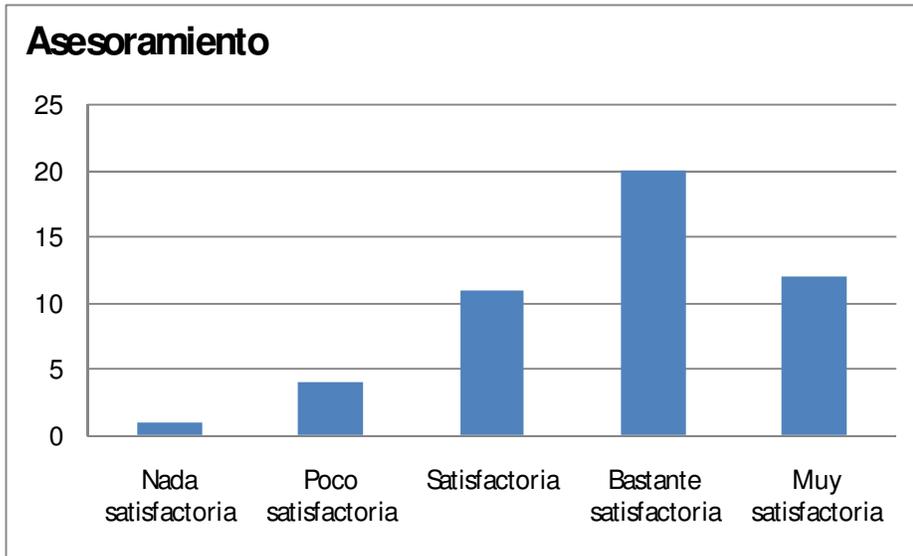


En lo que respecta a la metodología tratada, el grado de satisfacción de los residentes (R3) es el siguiente: la mayor parte de ellos (26 de los 48 y que representan el 42% del total) la valora de manera *satisfactoria*, otro grupo importante de R3 (11) como *bastante satisfactoria* e incluso 2 de ellos están *muy satisfechos* con la metodología empleada. Por contra, son 9 los residentes (19%) cuyo grado de satisfacción en esta cuestión es un *poco* menor.

D. Asesoramiento prestado al residente

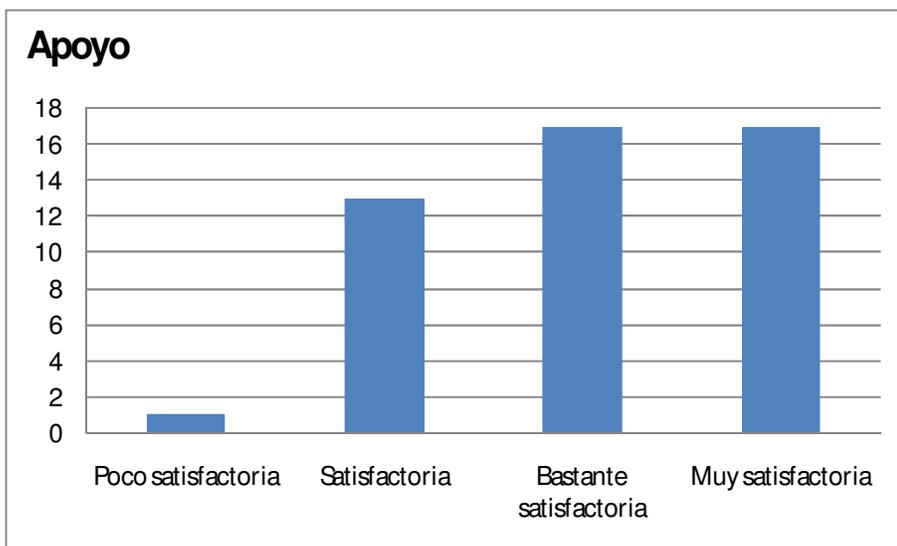
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Nada Satisfactoria	1	2,1	2,1	2,1
Poco Satisfactoria	4	8,3	8,3	10,4
Satisfactoria	11	22,9	22,9	33,3
Bastante Satisfactoria	20	41,7	41,7	75,0
Muy Satisfactoria	12	25,0	25,0	100,0
Total	48	100,0	100,0	

En lo que respecta al asesoramiento prestado por parte del tutor al residente, el grado de satisfacción manifestado por los propios residentes es el siguiente: 20 de ellos (42%) lo valora como *bastante satisfactorio*, 12 (25%) como *muy satisfactorio* y 11 simplemente como *satisfactorio*. Por contra, 5 residentes parecen estar menos satisfechos con el asesoramiento ofrecido por su tutor. De estos, 4 lo valoran como *poco satisfactorio* y 1 como *nada satisfactorio*.



E. Apoyo ofrecido al residente

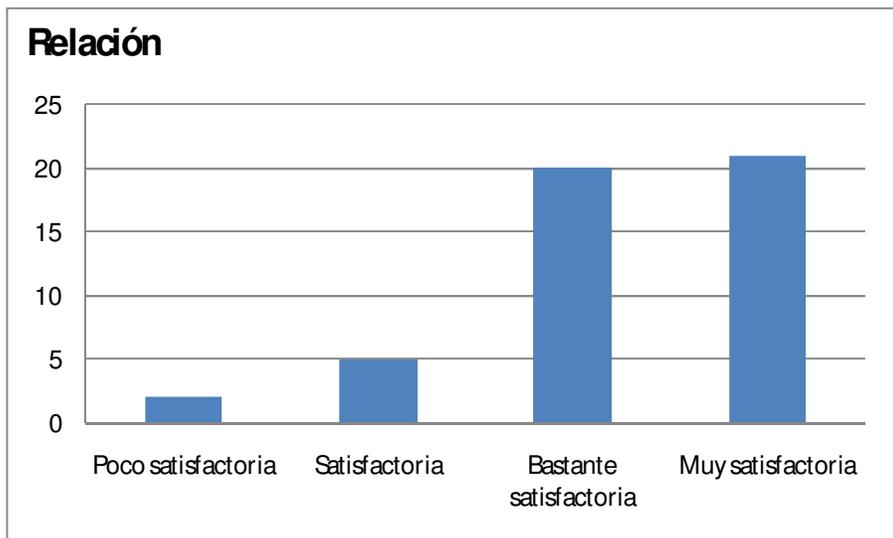
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	1	2,1	2,1	2,1
	Satisfactoria	13	27,1	27,1	29,2
	Bastante Satisfactoria	17	35,4	35,4	64,6
	Muy Satisfactoria	17	35,4	35,4	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



En lo que respecta al apoyo ofrecido del tutor al residente, el grado de satisfacción manifestado por los residentes (R3) es muy elevado y se manifiesta en los siguientes datos: 17 de ellos lo valoran de manera *muy satisfactoria* (35%), otros 17 lo hacen como *bastante satisfactorio* y 13 como *satisfactorio* (27%). Sólo se registra el caso de 1 residente que parece estar *menos satisfecho* que sus compañeros con el apoyo recibido de su tutor.

F. Relación mantenida con el residente

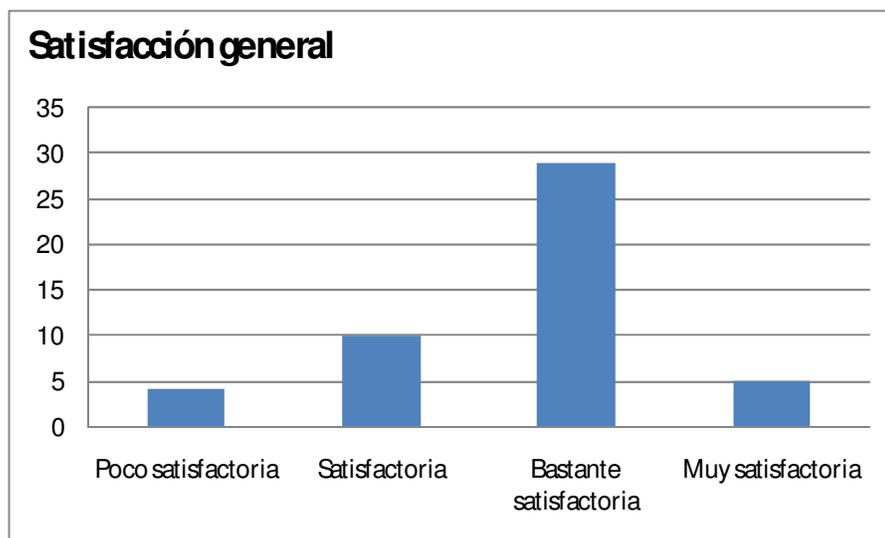
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	2	4,2	4,2	4,2
	Satisfactoria	5	10,4	10,4	14,6
	Bastante Satisfactoria	20	41,7	41,7	56,3
	Muy Satisfactoria	21	43,8	43,8	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



En lo que respecta a la relación mantenida con el tutor, el grado de satisfacción manifestado por los residentes es también muy positivo como lo se refleja en los siguientes resultados: 21 de los 48 residentes valora esta relación como *muy satisfactoria* (44%), 20 de ellos como *bastante satisfactoria* (42%) y 5 la valoran como *satisfactoria* (10%). Siendo sólo 2 los residentes que reconocen sentirse *poco satisfechos* con la relación mantenida con su tutor.

16. Valoración general del grado de satisfacción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	4	8,3	8,3	8,3
	Satisfactoria	10	20,8	20,8	29,2
	Bastante Satisfactoria	29	60,4	60,4	89,6
	Muy Satisfactoria	5	10,4	10,4	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



En términos generales el grado de satisfacción manifestado por los residentes (R3) es muy positivo (con una media de 2,72) y así se refleja en los siguientes resultados: 29 de los residentes consultados se definen en términos generales como *bastante satisfechos* (60%), otros 10 de ellos dicen estar *satisfechos* (21%) e incluso hay 5 que aseguran estar *muy satisfechos* (10%). Merece una especial atención el caso de los 4 residentes que dicen estar *poco satisfechos* con su proceso formativo.

Por otro lado, si calculamos la *media* de cada uno de los aspectos sometidos a valoración por parte de los R1 obtenemos los siguientes resultados:

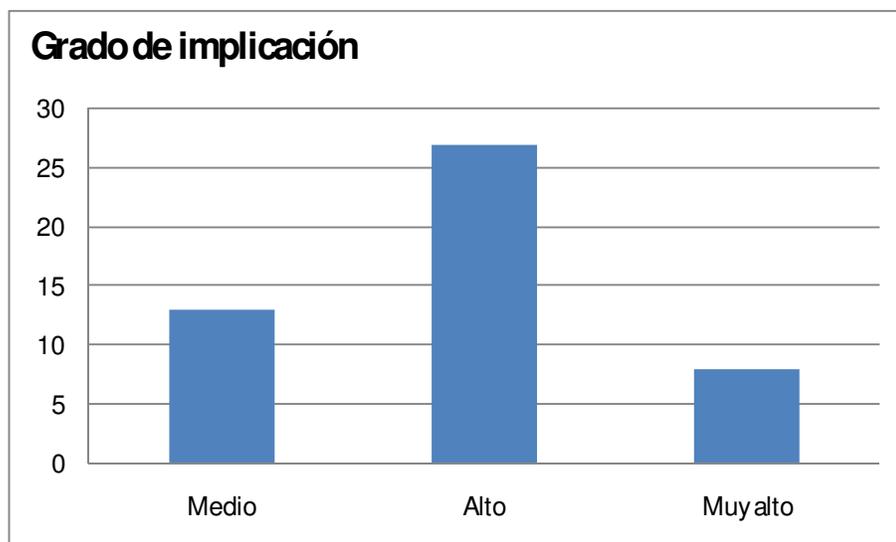
ORGANIZACIÓN	CONTENIDOS	METODOLOGIA	ASESORAMIENTO	APOYO	RELACION
2,22916667	2,375	2,125	2,79166667	3,04166667	3,25
5º	4º	6º	3º	2º	1º

4	Muy Satisfactorio
3	Bastante Satisfactorio
2	Satisfactorio
1	Poco Satisfactorio
0	Nada Satisfactorio

Estos resultados revelan que son precisamente aquellos elementos que dependen en mayor medida de la disposición y actitud del tutor los que obtienen una mayor valoración por parte de los residentes (R3). Como es el caso de la *relación mantenida*, el *apoyo ofrecido* y el *asesoramiento prestado* al residente (en este mismo orden). El resto de aspectos, que son más de tipo organizativo y metodológico, aunque, algo menor, también obtienen una alta valoración por parte de los R3.

17. Grado de implicación en la formación del residente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Medio	13	27,1	27,1	27,1
	Alto	27	56,3	56,3	83,3
	Muy Alto	8	16,7	16,7	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



En cuanto al grado de implicación mantenido en la formación del residente, las contestaciones recogidas de los R3 lo sitúan como bastante elevado (media: 2,89) y así se expresa en los resultados obtenidos: la mayor parte de ellos (27 de los 48 posibles y que constituyen el 56% del total) manifiestan que su implicación ha sido *alta* y otros 13 valoran como medio su grado de implicación. (27%). Es de destacar también el caso de los 8 residentes que aseguran haber mantenido un grado de implicación *muy alto* en su propia formación.

18. Tipo de planificación de la labor docente

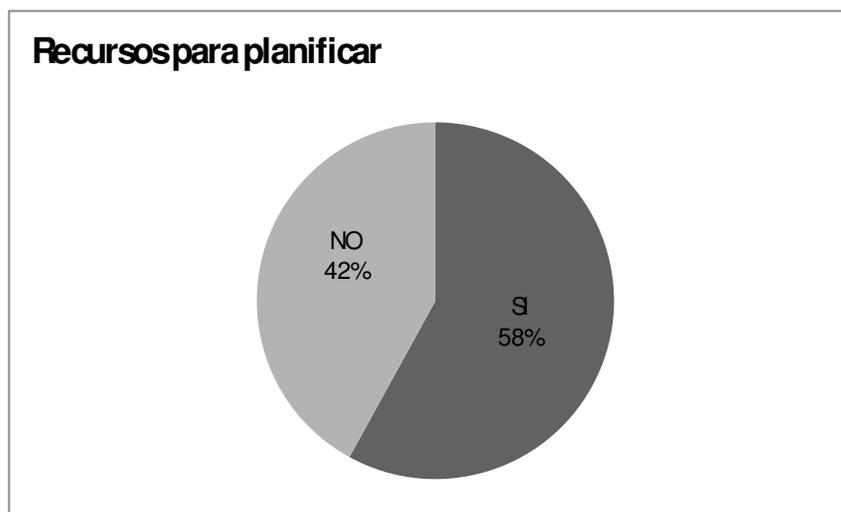
A la pregunta: ¿cómo definirías, en términos generales, la planificación de la labor docente efectuada por tutor? Según la respuesta dada por los residentes (R3) en la planificación docente de sus tutores ha prevalecido, por un lado, el oportunismo y la espontaneidad en un 53% y la sistematización y la preparación en el 47% restante.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Planificación de la labor docente: Oportunista-improvisada-espontánea	44	10	100	52,73	25,253
Planificación de la labor docente: Sistematizada-estructurada-preparada	44	0	90	47,27	25,253



19. *Dispone el tutor de los recursos necesarios para planificar*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	26	54,2	57,8	57,8
	No	19	39,6	42,2	100,0
	Total	45	93,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	6,3		
Total		48	100,0		



En relación a la pregunta ¿crees que tu tutor dispone de los recursos necesarios (tiempo, espacios, formación, y materiales) para planificar su actividad docente? La respuesta dada por los residentes refleja que no predomina excesivamente una opinión clara en este sentido: así, mientras el 58% (19 de 45) considera que su tutor no dispone de todos los recursos necesarios para planificar correctamente su labor, el 42% (26 de 45) restante opina lo contrario.

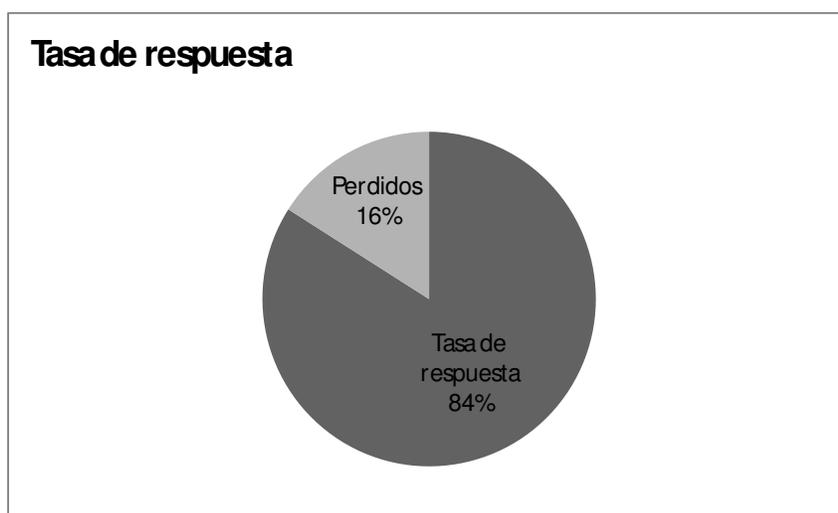
2. RESULTADOS DE LOS TUTORES DE RESIDENTES DE TERCER AÑO (R3)

Descripción de los participantes. Tasa de respuesta

El cuestionario se ha distribuido a la totalidad de los tutores de la Región de Murcia que cuentan con residente de tercer año (N=57) pertenecientes a la última promoción del antiguo programa de la especialidad (2004-2007). De ellos, 48 han contestado (n=48) lo que supone una tasa de respuesta de más del 84,2 % del total de la población. Un análisis más detallado de la tasa de respuesta por Unidad Docente podemos verlo en la tabla que sigue a continuación:

PORCENTAJE DE RESPUESTA DE T3 SEGÚN UNIDADES DOCENTES

	Población total (T3)	Tasa de respuesta	T%
UD MURCIA	31	24	77,4
UD CARTAG.	20	17	85
UD LORCA	7	7	100
TOTAL	58	48	84,2



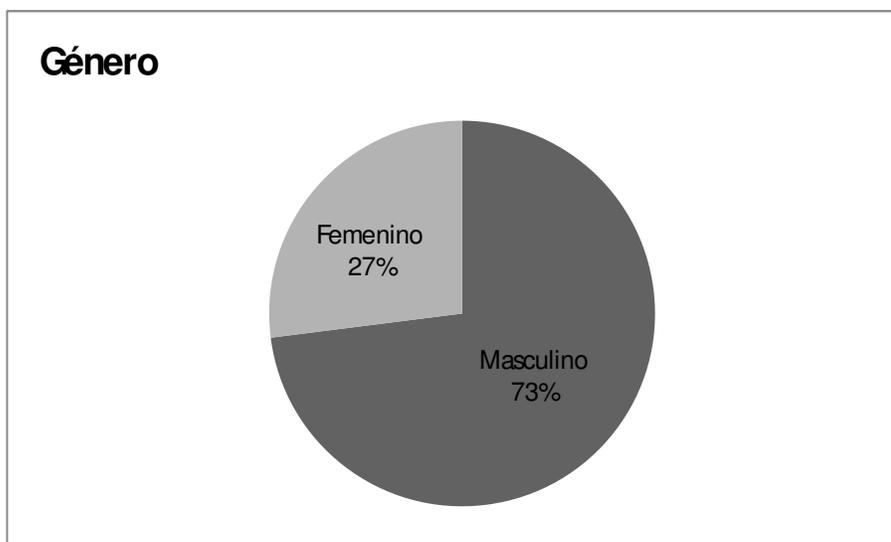
DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Porcentaje de respuestas según el género

La tasa de respuesta obtenida (35 hombres frente a 13 mujeres) en relación al género es representativa de la población de referencia (39 hombres que representan el 67% de la población frente a 19 mujeres que constituyen el 33% de la misma). Por tanto, podemos afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la población total y la respuesta obtenida.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	M	35	72,9	72,9	72,9
	F	13	27,1	27,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Su distribución puede observarse en el siguiente gráfico de sectores:



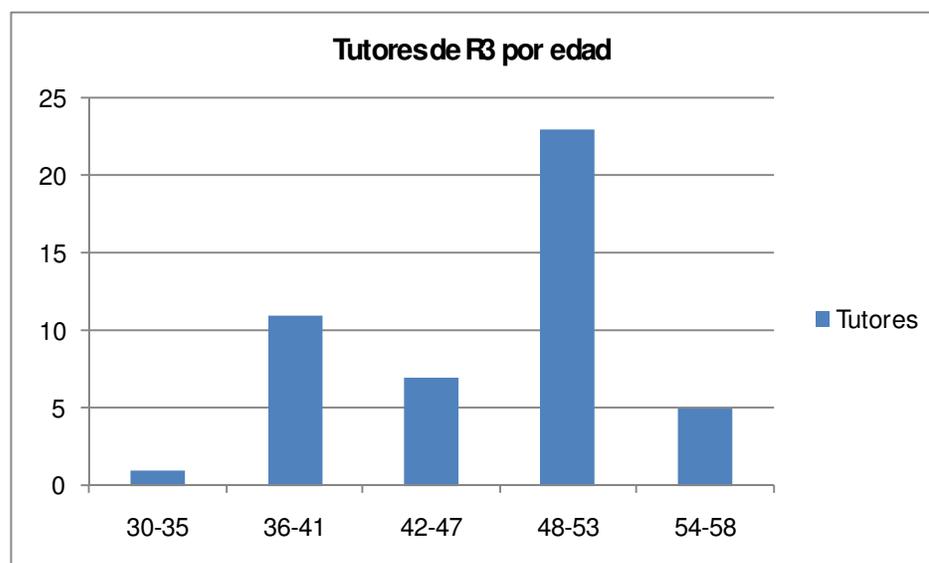
Porcentaje de respuestas según la edad

Al ser una distribución no normal, la descripción se hará básicamente con la media y los valores máximos y mínimos. (v. tabla). Con la respuesta obtenida se revela una media de edad de los tutores de unos 47 años y una desviación típica de 6,16.

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad	47	97,91%	1	2,08%	48	100,0%

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	47	31	57	47,15	6,164

Según el gráfico de barras que sigue a continuación, la mayor parte de los tutores tienen edades comprendidas entre los 48 y los 53 años. Este es el caso de 22 de ellos que constituyen el 46,8%. El resto del porcentaje aparece distribuido en menor proporción desde los 31 años que constituye el valor mínimo registrado hasta los 57 años que se trata del valor máximo de la serie. Tanto los valores mínimo (31 años) y máximo (57) registrados como la representación gráfica resultante de los datos obtenidos muestran una gran diversidad en las edades de los tutores de R3.



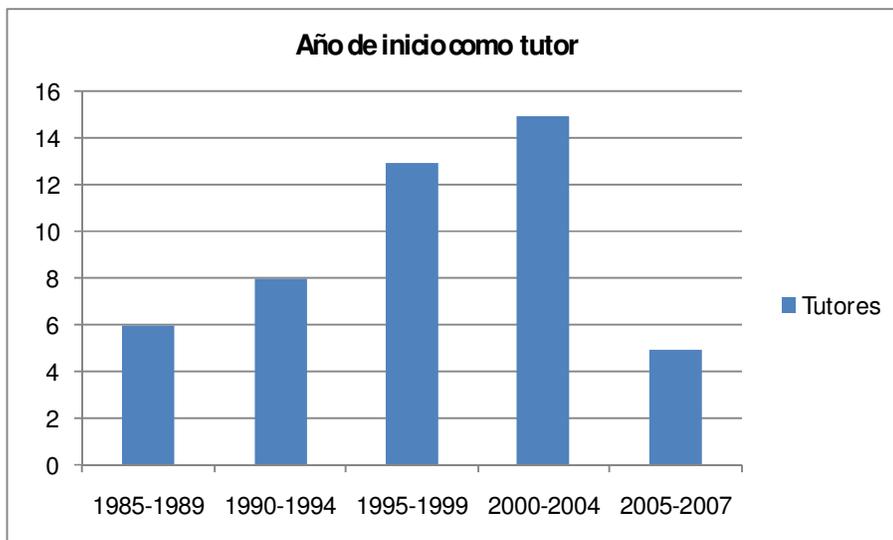
Año de inicio como tutor

Para analizar este dato de los participantes se ha creado una nueva variable que representa el número de años que llevan actuando como tutores, es decir, los años de experiencia en la tarea docente. La descripción se hará tanto con la frecuencia y los porcentajes como con el cálculo de la media y de los valores máximos y mínimos. (v. tabla).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1986	2	4,2	4,3	4,3
	1987	2	4,2	4,3	8,5
	1988	1	2,1	2,1	10,6
	1989	1	2,1	2,1	12,8
	1990	2	4,2	4,3	17,0
	1991	1	2,1	2,1	19,1
	1992	3	6,3	6,4	25,5
	1993	1	2,1	2,1	27,7
	1994	1	2,1	2,1	29,8
	1995	1	2,1	2,1	31,9
	1996	4	8,3	8,5	40,4
	1997	4	8,3	8,5	48,9
	1998	3	6,3	6,4	55,3
	1999	1	2,1	2,1	57,4
	2000	3	6,3	6,4	63,8
	2002	5	10,4	10,6	74,5
	2003	3	6,3	6,4	80,9
	2004	4	8,3	8,5	89,4
	2005	1	2,1	2,1	91,5
	2006	4	8,3	8,5	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		

La respuesta obtenida por parte de los tutores de R3 revela una media de unos 10 años de experiencia docente (en torno al año 1997).

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Año desde que es tutor	47	1986	2006	1997,46	6,024

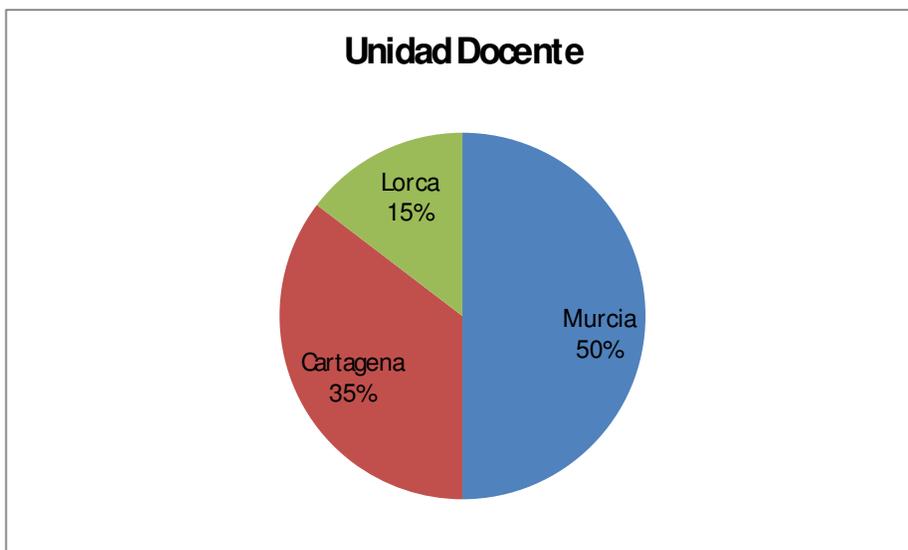


El gráfico de barras muestra claramente que existe una gran variabilidad con respecto a los años de experiencia docente de los tutores de R3: desde 6 tutores que llevan entre 19 y 22 años (1985-1989) hasta un grupo de 5 que apenas lleva un año y medio como tutores (desde el 2006). Destaca el período comprendido entre 2000-2004 por tratarse de los años en el que se produce una incorporación de tutores (15 de 47 que representan el 32% del total). Este último comentario refleja que la red docente de Murcia se mantiene activa en cuanto a la acreditación e incorporación de tutores se refiere y en una clara tendencia al alza muy positiva, que garantiza la disponibilidad de tutores en un futuro próximo.

Unidad Docente de referencia

En principio, la tasa de respuesta obtenida en relación a la Unidad Docente es representativa, pues no existen diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de los tutores de los R3 por las Unidades Docentes (53% de la UD de Murcia; 34% de la UD de Cartagena y 13% de la UD de Lorca) y la respuesta obtenida , que puede observarse en la siguiente tabla:

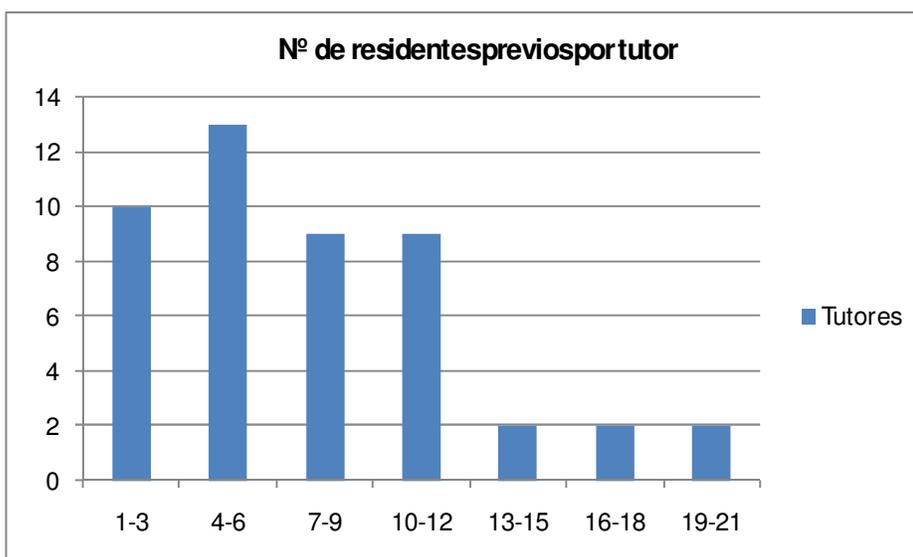
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cartagena	17	35,4	35,4	35,4
	Lorca	7	14,6	14,6	50,0
	Murcia	24	50,0	50,0	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



Número de residentes previos por tutor/a de R3

La respuesta obtenida de los tutores de (R3) a la pregunta del número de residentes tutorizados a lo largo de su trayectoria docente revela una media de unos 7 residentes y una desviación típica de 4,6.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nº de Residentes	47	1	20	7,32	4,696



Tanto los valores máximos (20) y mínimos (0) registrados como la distribución resultante del gráfico de barras reflejan la enorme variabilidad que presentan los tutores de R3 de la red docente en cuanto a su experiencia de tutorización. Vamos a destacar sólo algunos episodios. Según la respuesta ofrecida por los propios tutores existe un grupo importante de ellos (15 de 45 que suponen el 33%) que han tenido como mucho 3 residentes a lo largo de su trayectoria docente. Por otro lado, con una experiencia de tutorización mucho más dilatada se encuentra otro grupo de unos 7 tutores (15,5%) por los que han pasado entre 10 y 12 residentes. Y por último, nos aparece 1 tutor que manifiesta haber tenido a su cargo a 20 residentes.

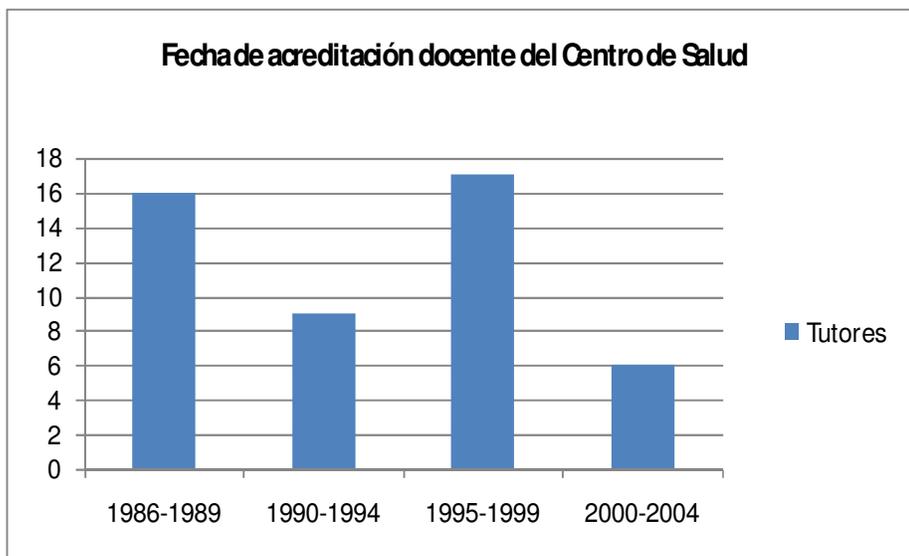
Fecha de acreditación docente del Centro de Salud¹

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos			
1986	10	20,8	20,8
1987	6	12,5	12,5
1992	9	18,7	18,7
1995	2	4,1	4,1
1996	5	10,4	10,4
1997	2	4,1	4,1
1998	3	7,3	7,3
1999	5	10,4	10,4
2000	6	12,5	12,5
Total	48	100,0	100,0

La respuesta obtenida de los tutores de R3 revela una media de 15 años de antigüedad de los centros (desde 1993) y una diferencia de 14 años entre el valor mínimo registrado (1986) y el valor máximo (2000). Esta importante diferencia se va a manifestar en la dispersión de los datos como ahora veremos gráficamente.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Fecha de acreditación CS	48	1986	2000	1993,00	5,413

¹ Esta variable (año de acreditación del CS) fue facilitada a los participantes en una tabla incluida dentro del mismo cuestionario como forma fiable de asegurarnos su cumplimiento. Por ello, y como no podía ser de otra manera, existe prácticamente plena coincidencia entre lo contestado en esta pregunta por los tutores de R3 como por la respuesta dada por sus respectivos residentes.



Tal y como muestra el gráfico correspondiente a estos datos, una parte importante de los tutores (17 que constituyen el 35%) ha señalado que pertenecen a centros de salud que obtuvieron su acreditación docente entre los años 1995 y 1999. Nos obstante, el gráfico refleja claramente que existen también tutores de R3 en centros con una mayor experiencia docente junto a otros que se encuentran en centros de más reciente acreditación. Así, existen 16 tutores (33%) que manifiestan encontrarse en centros que obtuvieron su acreditación docente en el período comprendido entre 1985 y 1989. Y en el caso opuesto, son 6 los tutores (13%) que dicen pertenecer a centros que cuentan con la acreditación docente desde el período comprendido entre los años 2000 y 2004.

RELACIONES PREVIAS ENTRE TUTOR Y RESIDENTE

1. Reuniones de seguimiento durante las rotaciones hospitalarias como R1 y R2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	28	58,3	58,3	58,3
	No	20	41,7	41,7	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

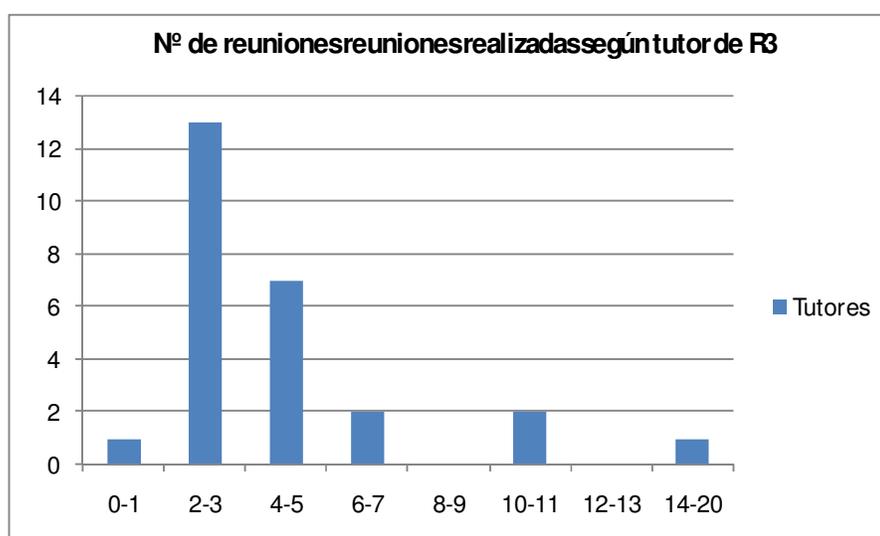


A la pregunta: ¿mantuviste con tu residente alguna reunión o entrevista de seguimiento en el centro de salud durante su período de formación hospitalaria? Los tutores de R3 responden en más de un 58% que si las mantuvieron y en un 41,7% que no. Por tanto, aunque más de la mitad de los tutores (28) aseguran haber mantenido contactos con su residente en el centro de salud también existe un número muy elevado (20) que han manifestado lo contrario. En este sentido, hay que tener en cuenta que el tiempo en el que estos residentes estuvieron rotando fuera del centro se produjeron muchos cambios de tutores motivados por la resolución de una oferta pública de empleo. Lo que explica, en algunos casos, el que no se hayan realizado estas reuniones de seguimiento.

A. Número de reuniones/entrevistas de tutorización realizadas

La respuesta obtenida revela una media de algo más de 4 reuniones realizadas y una desviación estándar de 3,898. Hay 22 sujetos que se pierden, es decir que no contestan: en 20 de los casos por haber reconocido en la pregunta anterior no haber mantenido dichas reuniones y en los otros 2 se desconocen los motivos.

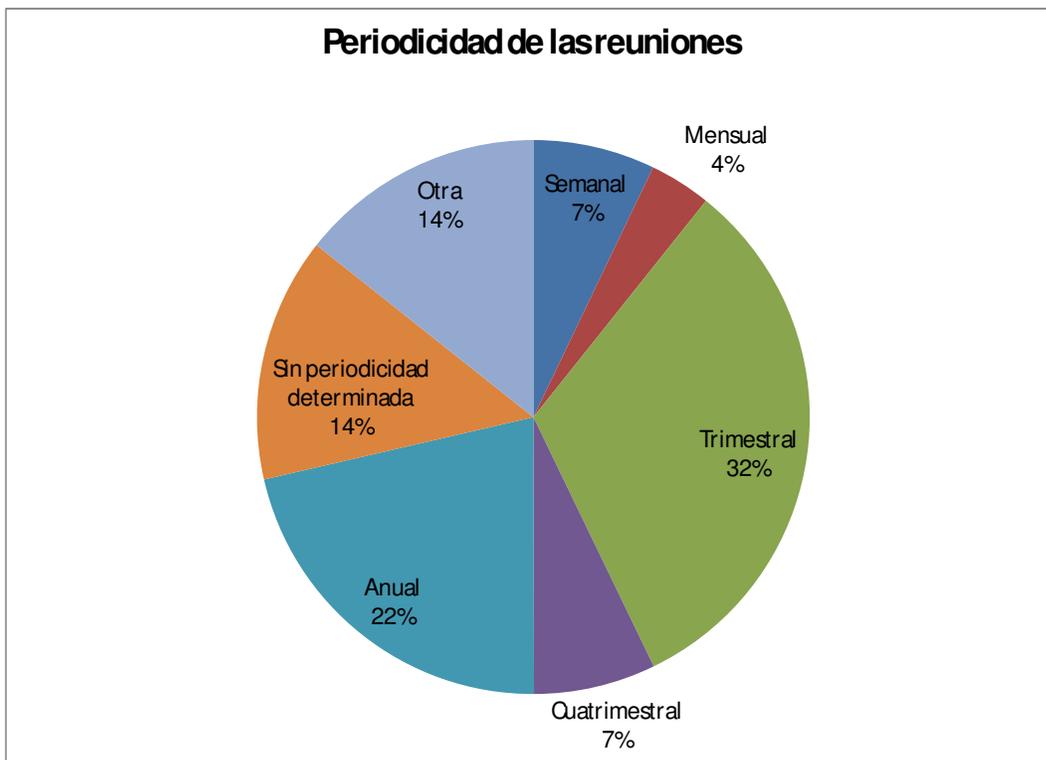
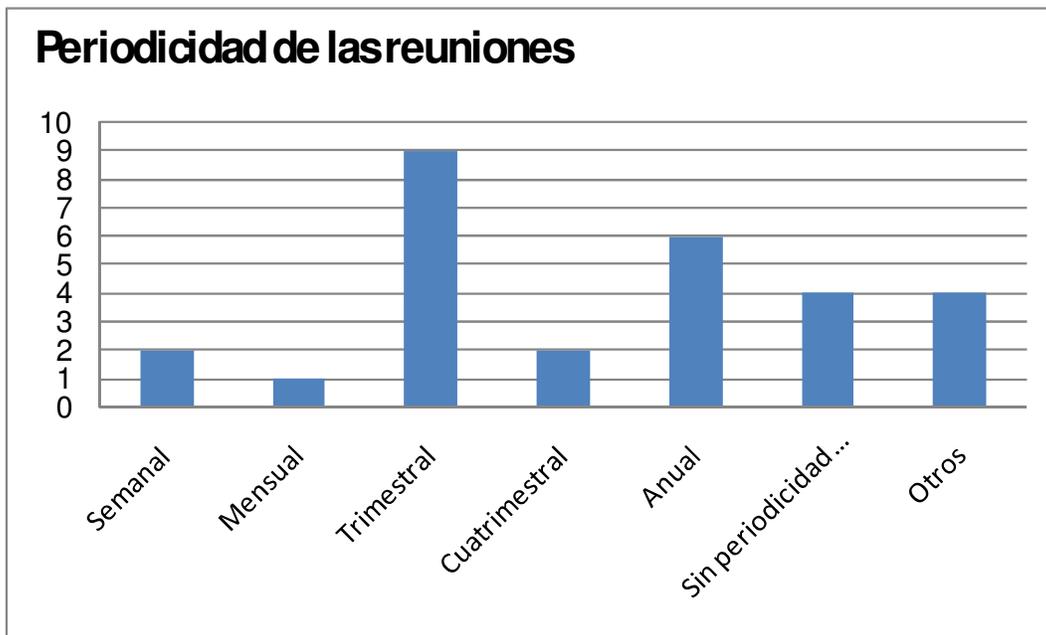
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nº de reuniones	26	1	20	4,35	3,898



Aunque los valores mínimos (1 reunión) y máximos (20) registrados reflejan un gran variabilidad en la contestación, el histograma muestra claramente que el número más repetido de reuniones de seguimiento mantenidas se sitúa entre 2 y 3 con 13 casos que constituyen la mitad justa del total de las realizadas.

B. Periodicidad de las reuniones/entrevistas realizadas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mensual	1	2,1	3,6	3,6
	Trimestral	9	18,8	32,1	35,7
	Anual	6	12,5	21,4	57,1
	Otros	12	25,0	42,9	100,0
	Total	28	58,3	100,0	
Perdidos	Sistema	20	41,7		
Total		48	100,0		



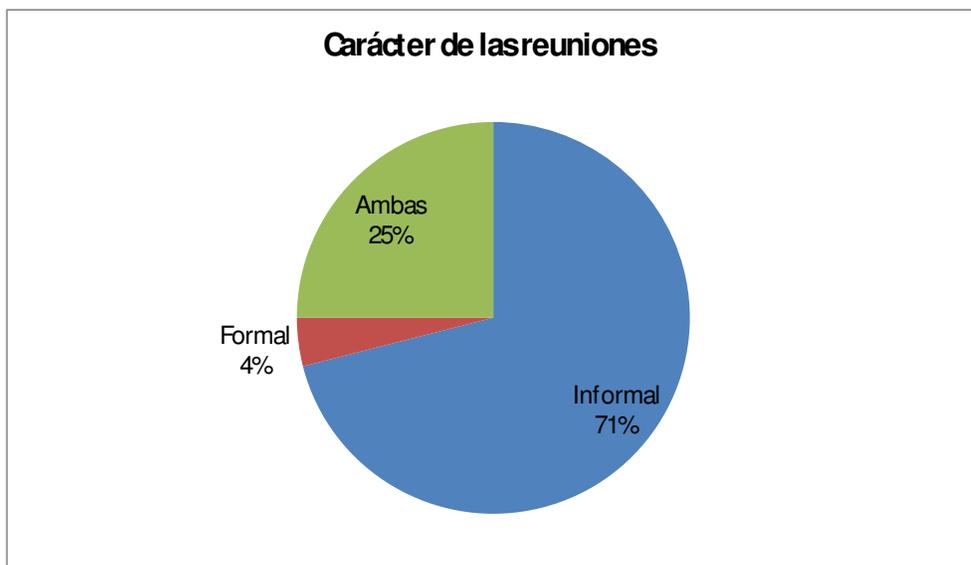
Según los gráficos resultantes la respuesta obtenida revela que la realización de reuniones con una periodicidad trimestral constituye la opción más señalada por los tutores con 9 casos que representan el 32% del total. Le siguen en porcentaje la frecuencia anual y en último lugar el mantenimiento de los contactos una vez al mes

(mensual) con sólo el 1 caso registrado. Señalar también que en la casilla de “otros” con un casi 50% se han recogido 12 respuestas: 2 semanal, 2 cuatrimestral, 4 a demanda o sin una periodicidad fija y 4 sin especificar.

Correlación entre el número de reuniones realizadas y la periodicidad de las mismas: Si tenemos en cuenta que la periodicidad manifiesta produce un número teórico de reuniones esperadas al cruzar dichas reuniones esperadas con las realmente tenidas vemos que existe una correlación positiva (r pearson 0,305) con una variabilidad de las entrevistas que se han producido explicadas por la periodicidad programada de un (r^2 0,093). Por tanto, los índices calculados (v. anexos: hoja de Excel) parecen indicar que existe una escasa dependencia y relación directa entre las dos variables estudiadas.

C. *Carácter de las reuniones/entrevistas de seguimiento realizadas*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Formal	1	2,1	3,6	3,6
	Informal	20	41,7	71,4	75,0
	Ambas	7	14,6	25,0	100,0
	Total	28	58,3	100,0	
Perdidos	Sistema	20	41,7		
Total		48	100,0		



El gráfico de sectores muestra claramente que según la respuesta dada por los tutores de R3 las reuniones o contactos de tipo informal son los más frecuentes (20 de ellos así lo manifiestan). El resto (7) aseguran haber mantenido tanto reuniones formales como informales. Y sólo 1 asegura haber realizado entrevistas estrictamente formales.

Correlación entre el número de reuniones realizadas y el carácter de las mismas: Si cruzamos ambas variables obtenemos los siguientes datos: 19 son los tutores que manifiestan haber mantenido reuniones de tipo informal resultando en total 64 reuniones a una media de 3,36 reuniones por tutor. Por otra parte, son 7 los tutores que manifiestan haber tenido reuniones tanto formales como informales, siendo su frecuencia media resultante de 6,57. Por tanto, prácticamente se duplica el número de contactos pues las reuniones o entrevistas formales se suman a las de tipo formal.

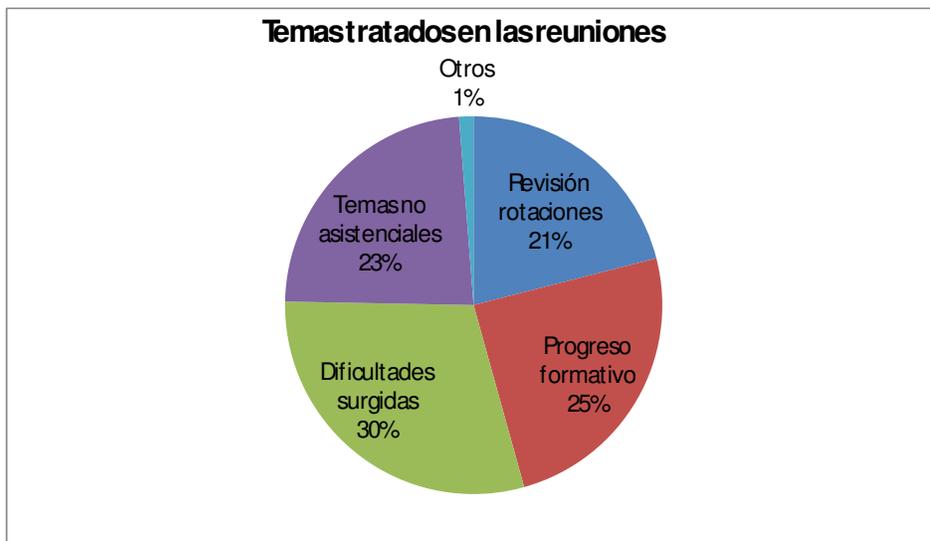
medias			
nº			
64	entrevistas	informales	
19	3,36842105		2
nº			
46	entrevistas	ambas	
7	6,57142857		3

D. Temas tratados en las reuniones/entrevistas realizadas

A la pregunta: ¿cuáles fueron los temas que se trataron en dichas reuniones-entrevistas de tutorización? La respuesta dada por los tutores aparece reflejada en la tabla resumen que sigue a continuación:

Opciones	Frecuencia	%(81)	%(48)
Revisión rotaciones	17	20,98	35,4
Progreso formativo	20	24,69	41,6
Dificultades surgidas	24	29,62	50
Temas no asistenciales	19	23,45	39,6
Otros	1	1,23	2,1
Total	81 ²	100,0	100,0

² El que en esta pregunta se hayan recogido más respuestas (n=81) que el número total de tutores que cumplimentaron finalmente el cuestionario (n=48) responde a que en ella estaba permitido marcar más de una opción.



El gráfico muestra una distribución muy equitativa en cuanto a los temas abordados en las distintas reuniones de tutorización realizadas según la respuesta dada por los tutores. El tratamiento de las dificultades surgidas a lo largo de las rotaciones hospitalarias del residente constituye el tema más recurrente de dichas reuniones con 24 casos registrados que representan el 30% del total.

Correlación entre el carácter de las reuniones realizadas y los temas abordados en las mismas: Si cruzamos ambas variables obtenemos los siguientes datos: De los 19 tutores que manifiestan haber mantenido reuniones de tipo informal, más del 84% dice que en ellas han hablado de las dificultades surgidas, el 73% de temas no directamente asistenciales, el 63% tanto de las rotaciones hospitalarias como del progreso formativo del residente y sólo uno de ellos dice haber hablado otro tema distinto de los anteriores. Por otra parte, son 7 los tutores que manifiestan haber tenido reuniones tanto formales como informales, de ellos, todos dicen haber tratado en ellas cuestiones relacionadas con las dificultades surgidas, también un 85% asegura haber tratado el progreso formativo del residente y en torno al 57% asegura haber abordado la revisión de las rotaciones y cuestiones no directamente asistenciales.

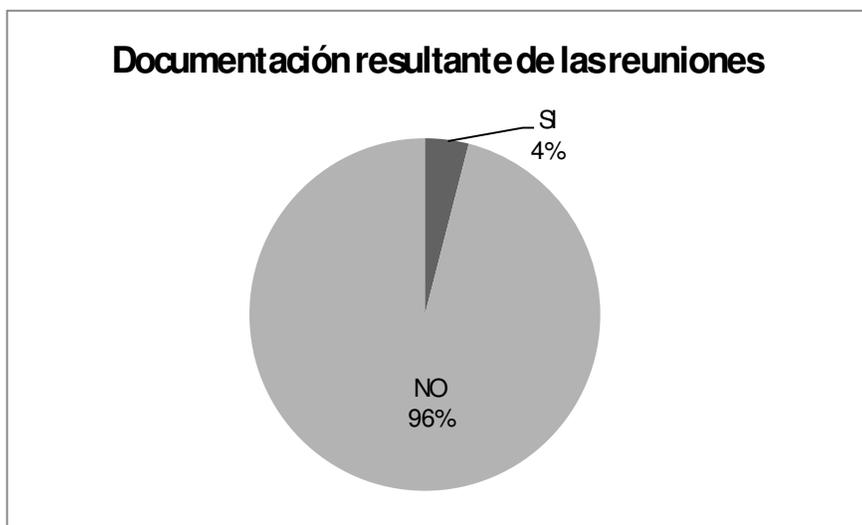
Opciones	Frecuencia	Informales	Ambas
Revisión rotaciones	17	12	4
Progreso formativo	20	12	6
Dificultades surgidas	24	16	7
Temas no asistenciales	19	14	4
Otros	1	1	0
Total	81		

	Revisión	Progreso	Dificultades	No asistenc.	Otros
Informales	12	12	16	14	1
	19	19	19	19	19
	0,63157895	0,63157895	0,84210526	0,73684211	0,05263158
Ambas	4	6	7	4	0
	7	7	7	7	7
	0,57142857	0,85714286	1	0,57142857	0

E. Documentación resultante de las reuniones/entrevistas realizadas

Como contestación a la pregunta: ¿se elaboró algún tipo de documento con los resultados de estas reuniones-entrevistas? se obtuvieron los siguientes datos:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	1	2,1	3,6	3,6
	No	27	56,3	96,4	100,0
	Total	28	58,3	100,0	
Perdidos	Sistema	20	41,7		
Total		48	100,0		



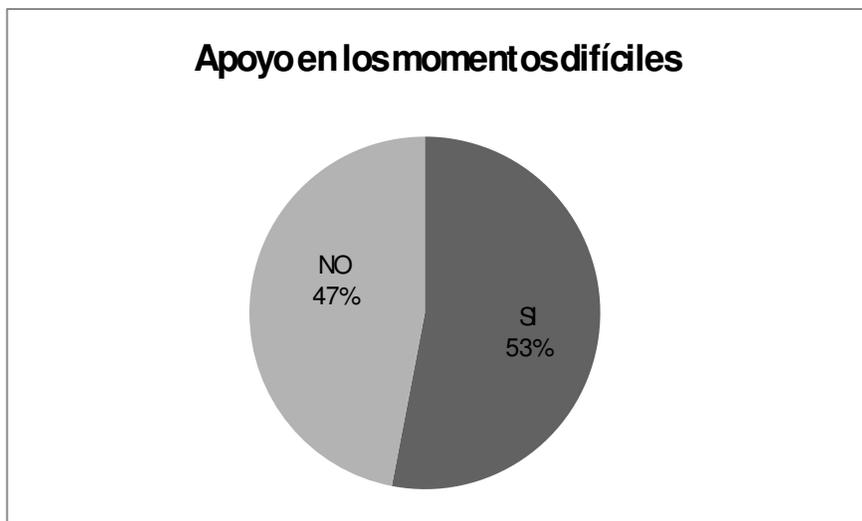
Correlación entre el carácter de las reuniones realizadas y la documentación resultante de las mismas: Si cruzamos ambas variables obtenemos los siguientes datos: De los 7 tutores que han tenido reuniones mixtas (formales e informales) con su residente, sólo 1 de ellos reconocen el haber elaborado algún tipo de documento al respecto.

	medias	
0	nº documentaciones	informales
19	0	
1	nº documentaciones	ambas
7	0,14285714	

2. Apoyo/ayuda del tutor al residente en los momentos difíciles

A la pregunta: Durante las rotaciones del residente como R1 y R2 ¿le prestaste tu apoyo y ayuda especialmente si se encontró con algún tipo de dificultad? Los tutores responden del siguiente modo:

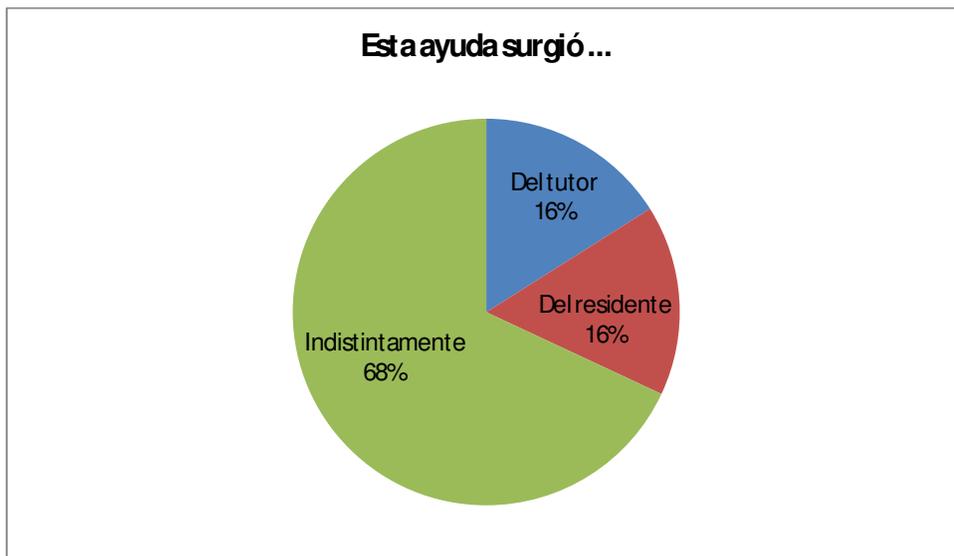
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	25	52,1	53,2	53,2
	No	22	45,8	46,8	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		



A. Forma en que se produjo esta ayuda/apoyo

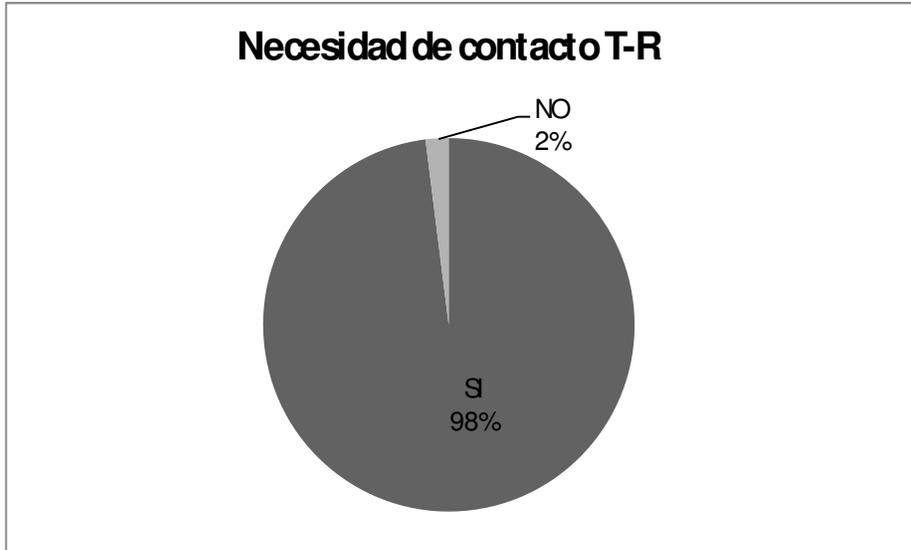
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Por iniciativa del tutor	4	8,3	16,0	16,0
	Porque tú se la solicitaste	4	8,3	16,0	32,0
	Indistintamente	17	35,4	68,0	100,0
	Total	25	52,1	100,0	
Perdidos	Sistema	23	47,9		
Total		48	100,0		

Según estos datos, la mayor parte de las relaciones de ayuda (68%) se producen en un contexto de reciprocidad, siendo compartida por ambos -tutor y residente- la percepción de esta relación constructiva. Es decir, que según la opinión de la mayor parte de los tutores (17), se reparte de un modo equitativo -y según las circunstancias- tanto el ofrecimiento de ayuda por parte del tutor como la demanda de ésta misma por parte del residente.



3. Valoración de la necesidad de contacto continuado entre tutor y residente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	47	97,9	97,9	97,9
	No	1	2,1	2,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



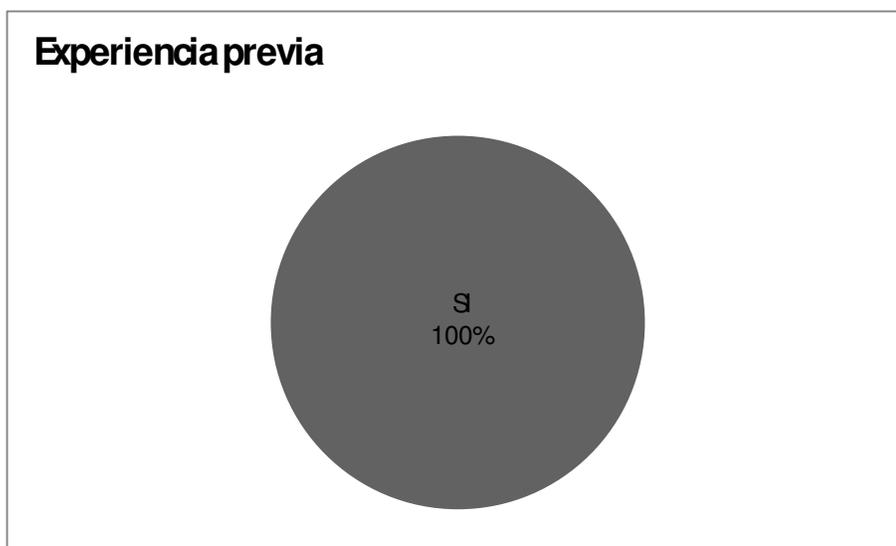
A la pregunta: en términos generales, hayas mantenido o no éste contacto continuado con tu residente durante los períodos de residencia de primer y segundo año ¿lo consideras necesario y positivo para su formación? La respuesta obtenida muestra un acuerdo prácticamente unánime de los tutores (salvo 1 caso) en considerar necesario y del todo conveniente el seguir manteniendo el contacto con su residente durante las rotaciones hospitalarias (en este caso, de R1 y R2).

PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE

4. Valoración inicial y diagnóstica del residente en lo que respecta a:

A. Experiencia previa

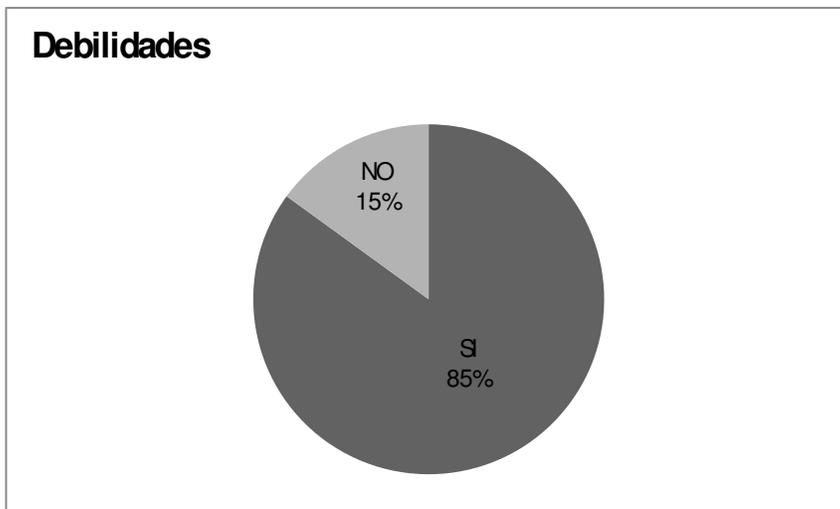
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	48	100,0	100,0	100,0



Todos los tutores de R3 consultados (48) aseguran el haberle preguntado a su residente, durante este primer mes de formación como R3 en el centro, por su *experiencia previa* en general y en concreto con la Medicina de Familia y con el ejercicio profesional desarrollado en Atención Primaria.

B. Debilidades

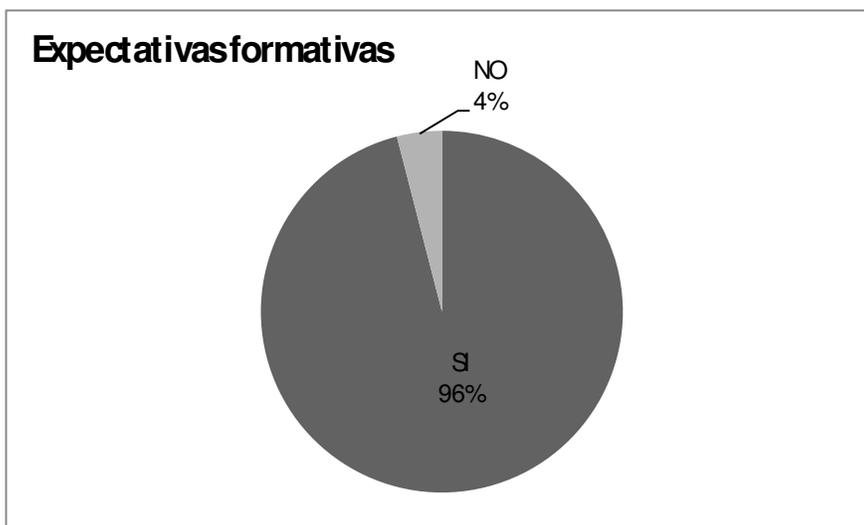
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	41	85,4	85,4	85,4
No	7	14,6	14,6	100,0
Total	48	100,0	100,0	



En cuanto a si se les preguntó a los residentes en algún momento durante este primer mes de formación en el centro por sus *debilidades* o las áreas en las que se sentían más flojos existe la mayoría de los tutores de R3 (41 de 48 que representan el 85%) afirman haberlo hecho y los 7 restantes (15%) aseguran lo contrario.

C. Expectativas formativas

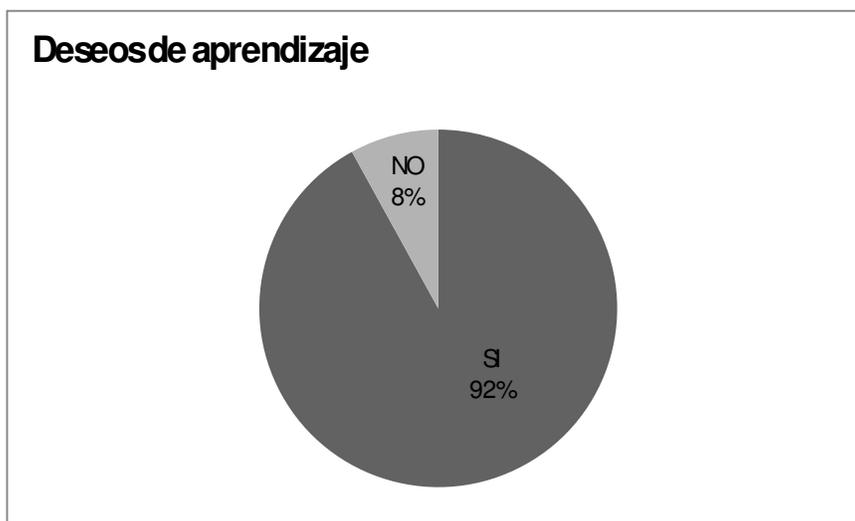
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	46	95,8	95,8	95,8
	No	2	4,2	4,2	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



El clarificar las *expectativas* entre tutor y residente durante los momentos iniciales al establecimiento de la relación de tutorización de R3 si que parece, a la luz de los resultados obtenidos, un tema muy importante y extendido entre los tutores de R1. Así, prácticamente todos ellos (46 de 48 que representan el 96% del total) aseguran haberlo hecho y sólo 2 (4%) reconocen lo contrario.

D. Deseos/preferencias de aprendizaje

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	44	91,7	91,7	91,7
	No	4	8,3	8,3	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



En cuanto a si se les preguntó a los residentes en algún momento durante este primer mes de formación en el centro por sus *preferencias* o deseos de aprendizaje los tutores de R3 contestan en un 92% que si (44 de 48) y en 8% que no (4).

Comentario general: Según los resultados obtenidos, los tutores de R3 en la evaluación inicial y/o diagnóstica que realizan al residente tienen muy en cuenta las 4 dimensiones exploradas en nuestro cuestionario y que son: la experiencia previa, las debilidades, las expectativas formativas y los deseos de aprendizaje. Ahora bien, no todas son consideradas igual. Así, la *experiencia previa* aparece en primer lugar, seguida de las *expectativas* y con algo menos de incidencia nos encontramos las *preferencias* y las *debilidades*.

La tabla que sigue a continuación confirma numéricamente este comentario:

	Experiencia	Debilidades	Expectativas	Preferencias
SI	50	36	48	42
%	100,00%	85,42%	95,83%	91,67%

5. *Comunicación de los objetivos formativos al residente*

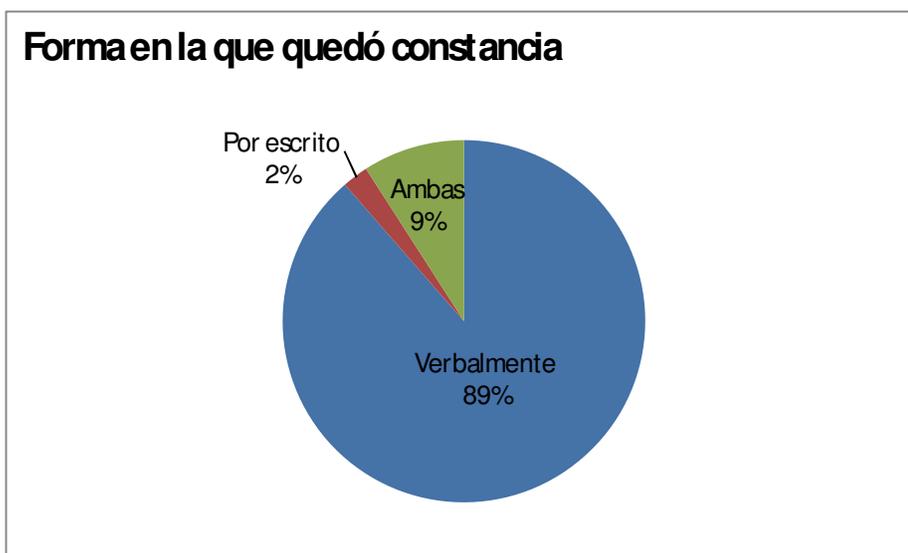
A la pregunta: ¿indicó a su residente lo que debía aprender durante la rotación? La mayor parte de los tutores consultados (44 de 48) responden afirmativamente como queda reflejado en la tabla resumen y en el gráfico de sectores que sigue a continuación:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	44	91,7	91,7	91,7
	No	4	8,3	8,3	100,0
	Total	48	100,0	100,0	



A. Forma en la que quedó constancia de la comunicación de los objetivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Verbalmente	39	81,3	88,6	88,6
	Por escrito	1	2,1	2,3	90,9
	De ambas formas	4	8,3	9,1	100,0
	Total	44	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4	8,3		
Total		48	100,0		



Según la respuesta ofrecida por los tutores (T3), la forma más común en la que se produjo la comunicación de los objetivos docentes hacia sus respectivos residentes fue *verbalmente* con un 89% de los casos registrados que corresponden a 39 tutores de los 44 posibles. El resto del porcentaje (11%) pertenece a 4 tutores que aseguran haber dejado constancia de los objetivos de *ambas formas*, es decir tanto verbalmente como por escrito. Se registra sólo el caso de 2 tutores que afirman haber indicado a su residente lo que debía aprender sólo *por escrito*.

B. Valoración de la comunicación de los objetivos formativos

En términos de cantidad:

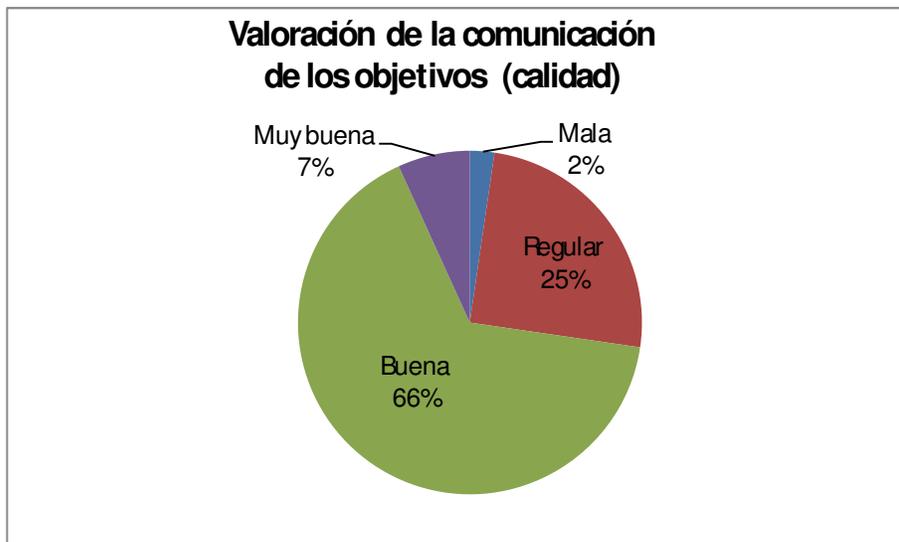
En cuanto a cómo fue, en términos de cantidad, esa comunicación de los objetivos docentes con los residentes, aunque la mayor parte de los tutores de R3 (30 de los 44 posibles) creen que esta comunicación fue *suficiente* (68%), hay 14 de ellos que consideran que fue *escasa* (32%).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Suficiente	30	62,5	68,2	68,2
	Escasa	14	29,2	31,8	100,0
	Total	44	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4	8,3		
Total		48	100,0		



En términos de calidad:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mala	1	2,1	2,3	2,3
	Regular	11	22,9	25,0	27,3
	Buena	29	60,4	65,9	93,2
	Muy Buena	3	6,3	6,8	100,0
	Total	44	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4	8,3		
Total		48	100,0		

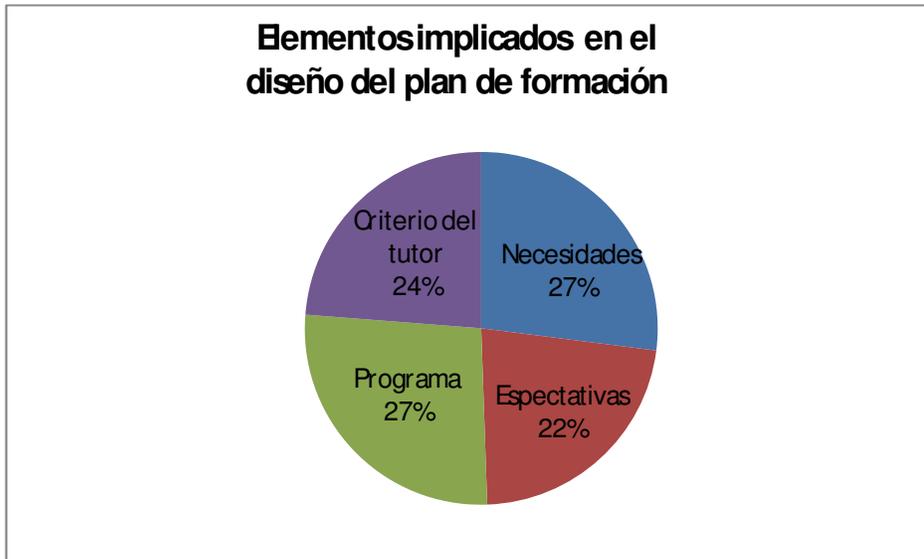


En cuanto a cómo fue, en términos de calidad, esa misma comunicación de los objetivos docentes con los residentes, los tutores (T3) consultados la valoran del siguiente modo: 29 de ellos como *buena* (66%) y 3 como *muy buena* (7%). Por el contrario, 11 de ellos consideran que dicha comunicación fue *regular* (25%) e incluso se registra el caso de 1 que cree que fue *mala*.

6. *Valoración del peso de una serie de elementos en el diseño del plan de formación del residente*

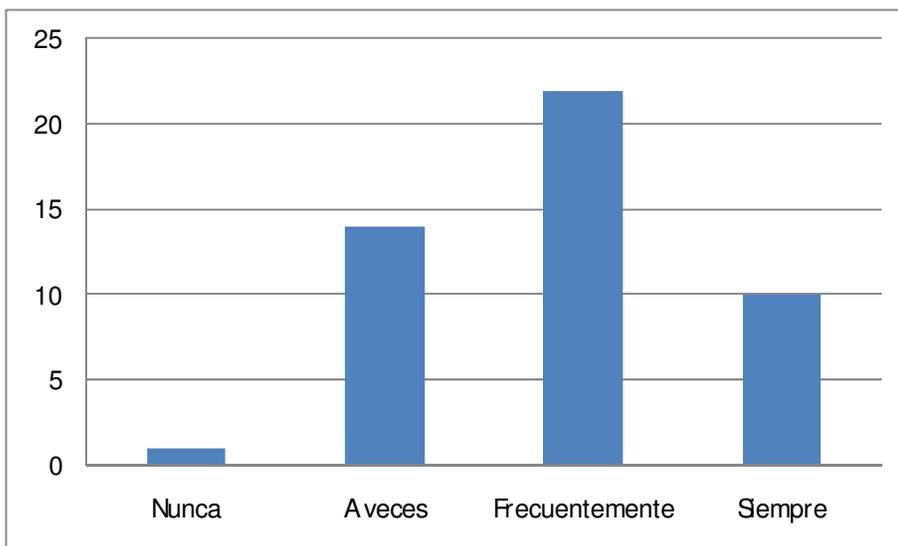
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Necesidades de aprendizaje	46	5	50	27,07	10,032
Expectativas formativas	46	5	70	22,50	11,292
Experiencia del tutor	46	10	80	26,85	13,596
El programa de la Especialidad	46	5	50	23,80	12,301

La respuesta obtenida de los tutores (T3) a la pregunta del peso que crees que tienen una serie de elementos en el diseño del plan de formación del residente revela los siguientes datos: las *necesidades de aprendizaje del residente* y el *criterio y experiencia del tutor* son las que tienen una mayor importancia con una media aproximada del 27% cada una; seguidas del *Programa* (24%). En último lugar los tutores sitúan las *expectativas formativas* del residente con un 22% de incidencia.



7. Consideración de los ritmos de aprendizaje del residente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	2,1	2,1	2,1
	A veces	14	29,2	29,8	31,9
	Frecuentemente	22	45,8	46,8	78,7
	Siempre	10	20,8	21,3	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		



A la pregunta: ¿tuviste en cuenta los ritmos de aprendizaje en la selección y secuenciación de lo que debía aprender tu residente en cada momento? La respuesta dada por los tutores consultados a esta cuestión es muy diversa y se expresa en los siguientes términos: 10 tutores (21%) aseguran que los tuvieron en cuenta *siempre*, 22 que de manera *frecuente* (47%), 14 (30%) que sólo en *determinadas ocasiones* y 1 (2%) reconoce incluso que *nunca*.

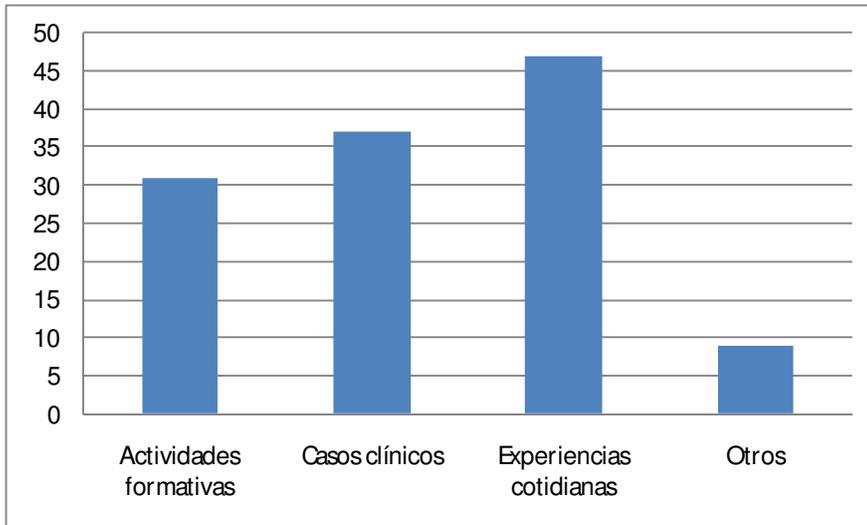
8. Recursos formativos utilizados por el tutor

A la pregunta: ¿qué recursos formativos utilizaste en el proceso de aprendizaje con tu residente? La respuesta dada por los tutores de R3 aparece reflejada en la tabla resumen que sigue a continuación:

Opciones	Frecuencia	% (124)	% (48)
Actividades formativas	31	25,00	64,58
Casos clínicos	37	29,83	77,08
Experiencias cotidianas	47	37,90	97,91
Otros	9	7,25	18,75
Total	124 ³	100,0	100,0

Los datos obtenidos revelan que el aprovechamiento por parte del tutor de las *experiencias cotidianas* del día a día como oportunidades de aprendizaje constituye la opción más señalada por los tutores con 47 casos (de los 48 posibles) que representan el 38% del total. Le siguen en porcentaje de elección (30%) el uso de *casos clínicos* como método formativo. Con algo menos de incidencia (25%) se sitúan aquellas *actividades diseñadas específicamente con fines formativos*. Por último, señalar también que en la casilla de “*otros*” con un 7% se han recogido 9 aportaciones distintas con el siguiente contenido: sesiones clínicas; actividades comunitarias; dinámicas de grupo (role playing); guías clínicas; recursos on-line; uso de Internet; lecturas; búsquedas bibliográficas y discusión de artículos.

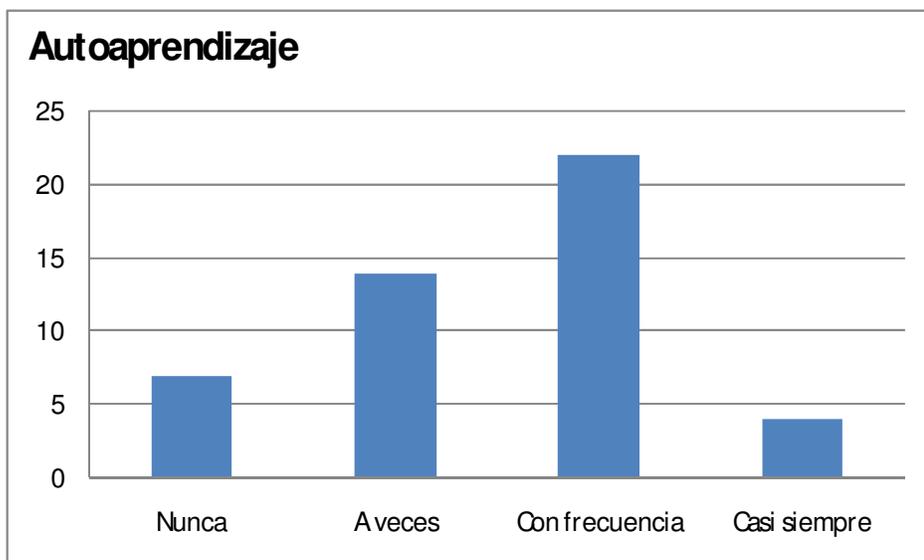
³ El que en esta pregunta se hayan recogido más respuestas (n=124) que el número total de tutores que cumplimentaron finalmente el cuestionario (n=48) responde a que en ella estaba permitido marcar más de una opción.



9. Frecuencia de utilización de determinados métodos docentes:

Autoaprendizaje:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	7	14,6	14,9	14,9
	A veces	14	29,2	29,8	44,7
	Con frecuencia	22	45,8	46,8	91,5
	Casi siempre	4	8,3	8,5	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		

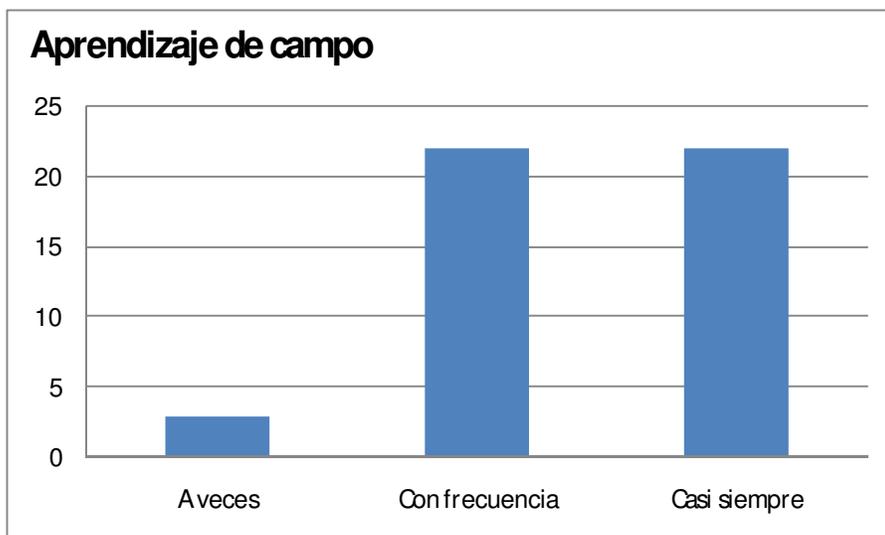


En cuanto a la pregunta ¿con qué frecuencia se utilizó el autoaprendizaje como método docente durante el primer mes de formación del residente? los tutores consultados responden del siguiente modo: 22 de ellos dicen que con frecuencia (47%), 14 que *a veces* (30%) y 4 que *casi siempre* (8%). Por el contrario, son 7 también los tutores (15%) que reconocen no haber utilizado *nunca* el autoaprendizaje con su residente.

Aprendizaje de campo:

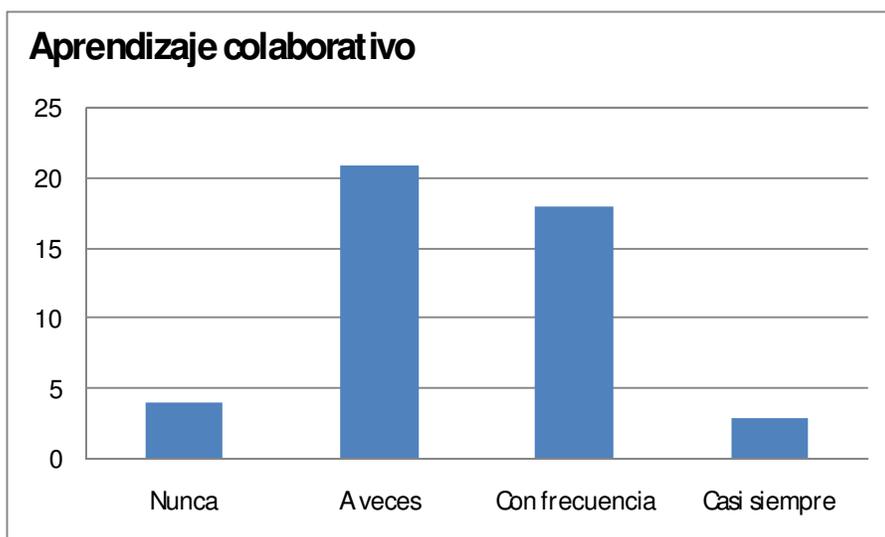
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A veces	3	6,3	6,4	6,4
	Con frecuencia	22	45,8	46,8	53,2
	Casi siempre	22	45,8	46,8	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		

En cuanto a la pregunta ¿con qué frecuencia se utilizó el aprendizaje de campo como método docente durante el primer mes de formación del residente? los tutores consultados responden del siguiente modo: 22 de ellos dicen que *casi siempre* (47%), 22 que *con frecuencia* (47%) y sólo 3 que *a veces* (6%). Podemos observar gráficamente esta distribución en el gráfico de barras que se muestra a continuación:



Aprendizaje colaborativo:

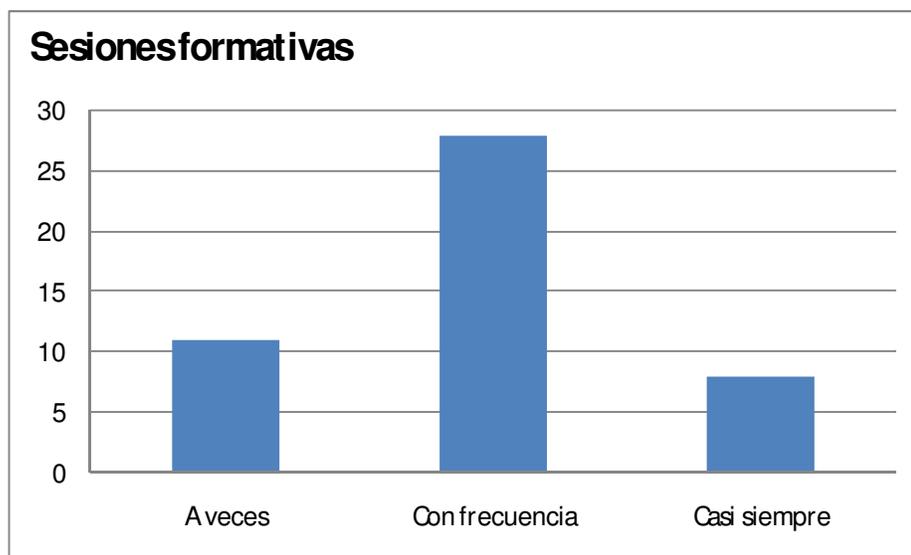
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	4	8,3	8,7	8,7
	A veces	21	43,8	45,7	54,3
	Con frecuencia	18	37,5	39,1	93,5
	Casi siempre	3	6,3	6,5	100,0
	Total	46	95,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	4,2		
Total		48	100,0		



En cuanto a la pregunta ¿con qué frecuencia se utilizó el aprendizaje colaborativo como método docente durante el primer mes de formación del residente? Existe una mayor dispersión en la respuestas dadas por los tutores consultados: 21 de ellos dicen que *a veces* (46%), 18 que *con frecuencia* (39%) y 3 que *casi siempre* (6%). Por el contrario, son 4 los tutores (9%) que reconocen que su residente *nunca* ha trabajado en grupo.

Sesiones formativas:

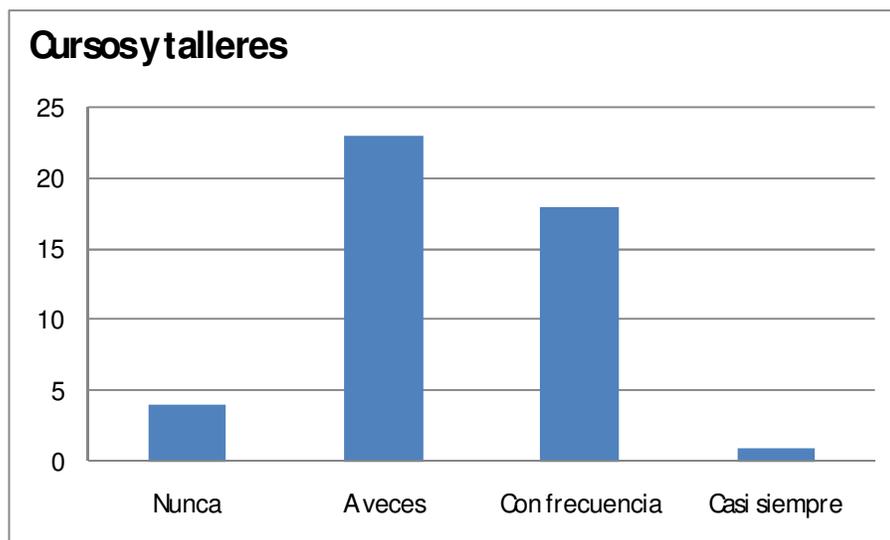
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A veces	11	22,9	23,4	23,4
	Con frecuencia	28	58,3	59,6	83,0
	Casi siempre	8	16,7	17,0	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		



En cuanto a la pregunta ¿con qué frecuencia se utilizaron las sesiones formativas como método docente durante el primer mes de formación del residente? los tutores consultados responden del siguiente modo: 28 de ellos dicen que *con frecuencia* (60%), 12 que *a veces* (23%) y 8 que *casi siempre* (17%).

Cursos, talleres:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	4	8,3	8,7	8,7
	A veces	23	47,9	50,0	58,7
	Con frecuencia	18	37,5	39,1	97,8
	Casi siempre	1	2,1	2,2	100,0
	Total	46	95,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	4,2		
Total		48	100,0		



En cuanto a la pregunta ¿con qué frecuencia se utilizaron los cursos/talleres como método docente durante el primer mes de formación del residente? los tutores consultados responden del siguiente modo: la mitad de ellos (23 de 46) dicen que *a veces* (50%), 18 que *con frecuencia* (39%), y 1 que *casi siempre* (2%). Por el contrario, son 4 los tutores (9%) que afirman que su residente *nunca* ha realizado cursos y/o talleres durante este primer mes de formación como R3 en el centro de salud.

En términos generales y, según la respuesta dada por los tutores (T3), en la rotación inicial del R3 por el centro de salud se emplearon todos los métodos docentes recomendados por el Programa Oficial de la Especialidad, aunque eso sí, unos en mayor medida o insistencia que otros. Así, el *aprendizaje en el contexto real o de campo aparece en primer lugar*, seguido de la realización de sesiones formativas (clínicas y bibliográficas). Después en una proporción parecida aparecen el resto (*el autoaprendizaje, el aprendizaje colaborativo y los cursos*).

La tabla que sigue a continuación confirma numéricamente este comentario:

MÉTODOS	AUTOAPR.	A. CAMPO	COLABOR.	SESIONES	CURSOS
Nunca	7	0	4	0	4
A veces	14	3	21	11	23
C frecuencia	22	22	18	28	18
Siempre	4	22	3	8	1

10. Reuniones de seguimiento / de evaluación formativa

A la pregunta: ¿en algún momento mantuviste reuniones con el residente para analizar cómo se estaba desarrollando su formación e intentar corregir los posibles puntos débiles? Los tutores de R3 mayoritariamente (42 de 46, lo que constituye el 91% del total) aseguran el haberlas mantenido y sólo 4 de ellos (9% restante) reconocen lo contrario.

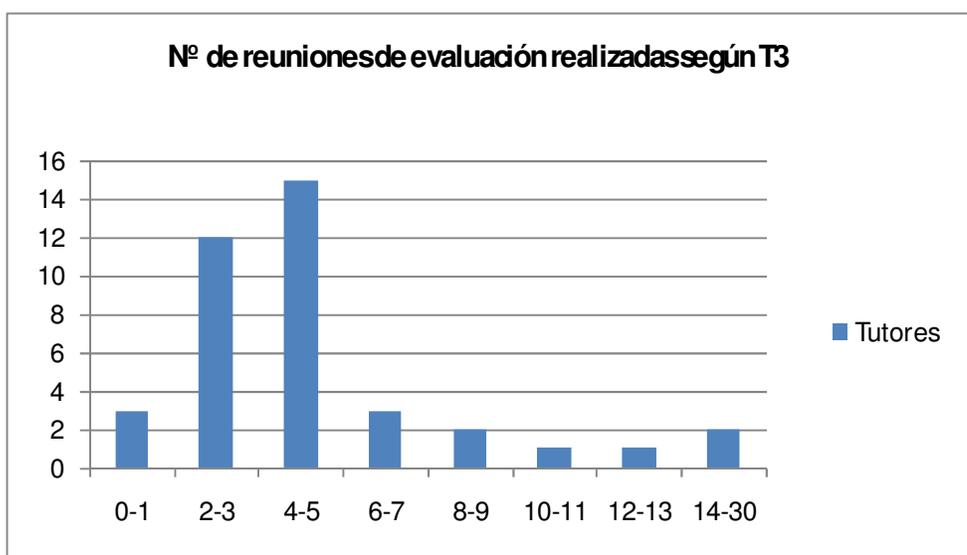
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	42	87,5	91,3	91,3
	No	4	8,3	8,7	100,0
	Total	46	95,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	4,2		
Total		48	100,0		



A. Número de reuniones/entrevistas de evaluación realizadas

La respuesta obtenida revela una media de 5 reuniones de seguimiento realizadas y una desviación típica en torno a 5. Son 9 los sujetos que se pierden, es decir, que no contestan por haber reconocido no haber mantenido dichas reuniones.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nº de reuniones	39	1	30	5,15	5,019

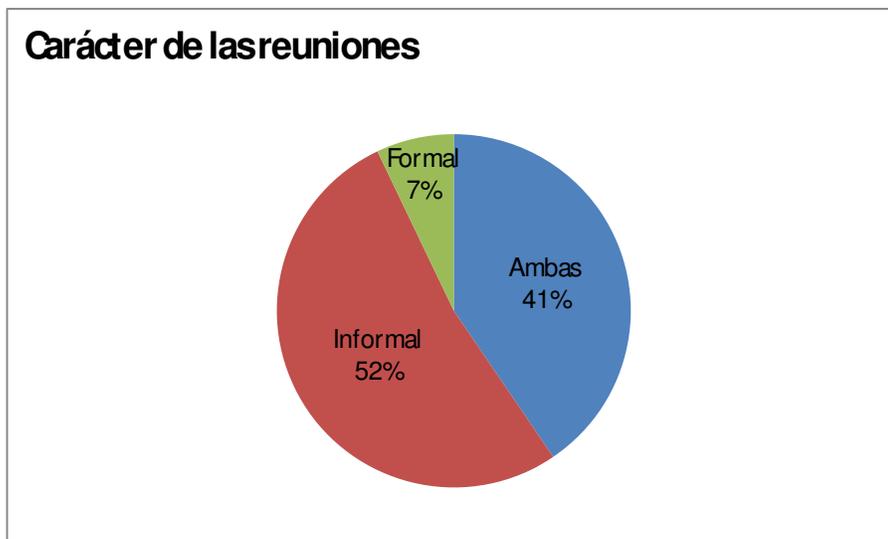


Aunque los valores mínimo (1 reunión) y máximo (30) registrados manifiestan una gran variabilidad en la contestación, el gráfico de barras muestra claramente que lo más normal, según la contestación de los tutores, es que durante este primer mes de formación del residente (R3) en el centro de salud, se realicen entre 1 y 5 de estas reuniones con un total de 30 casos computados en dicho intervalo que corresponde a un porcentaje superior al 77%. El resto del porcentaje corresponde a casos más aislados y por tanto, menos significativos que se reparten a lo largo de todo el mes.

B. *Carácter de las reuniones/entrevistas de evaluación realizadas*

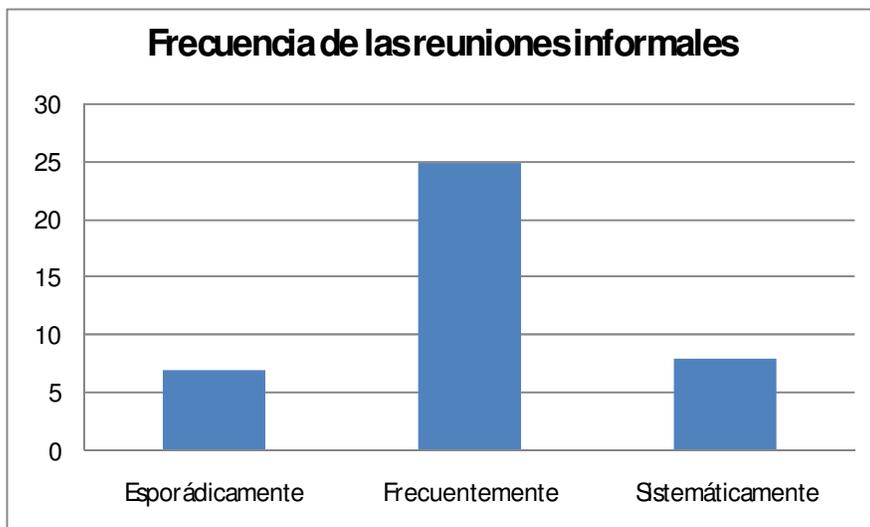
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ambas	17	35,4	40,5	40,5
	Informal	22	45,8	52,4	92,9
	Formal	3	6,3	7,1	100,0
	Total	42	87,5	100,0	
Perdidos	Sistema	6	12,5		
Total		48	100,0		

El gráfico que sigue a continuación muestra claramente que según la respuesta dada por los tutores de los R3, las reuniones o contactos de tipo *informal* son los más frecuentes (22 de los 42 posibles que representan el 52% del total). Por otro lado, 17 de ellos (41%) afirman haber mantenido *tanto reuniones formales como informales*. Y sólo 3 (7%) aseguran haber tenido solamente reuniones de tipo *formal*.



C. *Frecuencia de las reuniones informales realizadas*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Esporádicamente	7	14,6	17,5	17,5
	Frecuentemente	25	52,1	62,5	80,0
	Sistemáticamente	8	16,7	20,0	100,0
	Total	40	83,3	100,0	
Perdidos	Sistema	8	16,7		
Total		48	100,0		



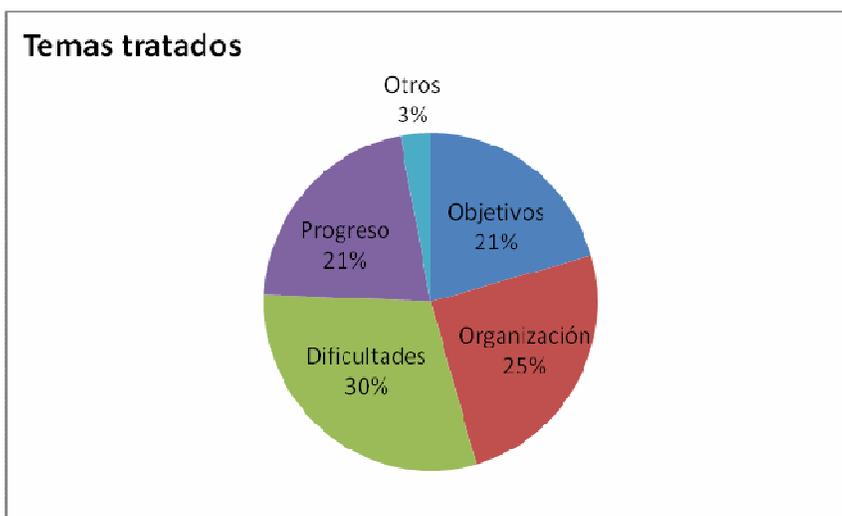
La respuesta obtenida revela que más de la mitad de los tutores que han contestado a esta pregunta (25 de 40 que representan el 62% del total) aseguran haber mantenido con su residente reuniones de evaluación de tipo informal de manera *frecuente*. No obstante, aunque la tendencia principal apunta en este sentido, se han registrado también otras respuestas que señalan una frecuencia distinta en que se produjeron dichas reuniones: una *esporádica* (con 7 casos que constituyen el 17%) y otra más *sistemática* (con 8 casos que suponen el 20% del total). Repartiéndose de forma bastante equitativa los dos porcentajes en un sentido y en el opuesto.

D. Temas tratados en las reuniones/entrevistas realizadas

A la pregunta: ¿cuáles fueron los temas que se trataron en dichas reuniones-entrevistas de tutorización? La respuesta dada por los tutores aparece reflejada en la tabla resumen que sigue a continuación:

Opciones	Frecuencia	% (136)	% (42)
Definición de objetivos	28	20,58	66,66
Organización actividad	34	25,00	80,95
Dificultades surgidas	41	30,14	97,61
Progreso del proceso	29	21,32	69,04
Otros	4	2,94	9,52
Total	136 ⁴	100,0	100,0

⁴ El que en esta pregunta se hayan recogido más respuestas (n=136) que el número total de tutores que cumplieron finalmente el cuestionario (n=42) responde a que en ella estaba permitido marcar más de una opción.

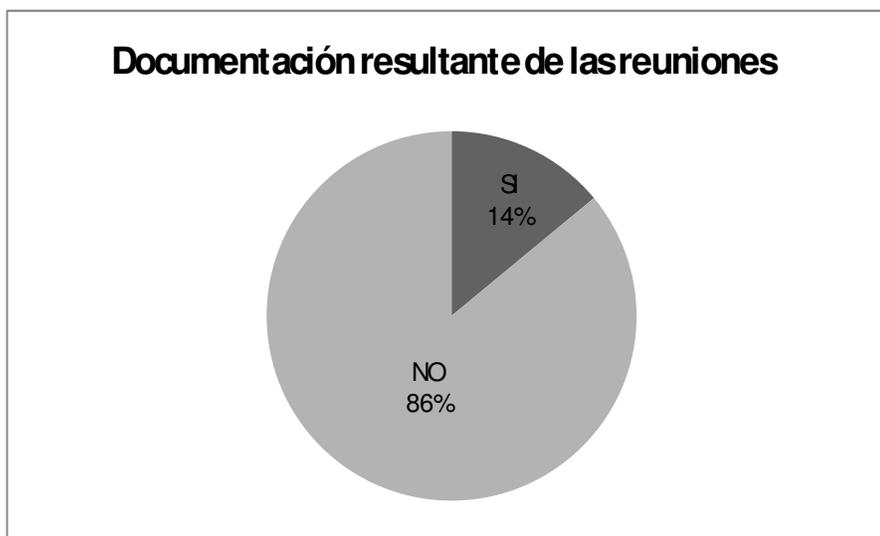


Según la respuesta obtenida de los tutores de R3 el tema más recurrente en las reuniones de seguimiento mantenidas con sus respectivos tutores fue el referido a las *dificultades o problemas surgidos* hasta ese momento con 41 casos que representan el 30% del total. Le siguen en porcentaje de elección (25%) las reuniones que tratan como tema principal *la organización de la actividad*. Con algo menos de incidencia y con el mismo porcentaje de elección (21%) se sitúan aquellos encuentros que tienen como tema principal *el progreso del proceso formativo y la definición de los objetivos docentes*. Por último, señalar también que en la casilla de “*otros*” con menos de un 3% se han recogido 4 respuestas con el siguiente contenido: comentario de los casos más relevantes atendidos; grado de satisfacción y motivación; adquisición de hábitos y emociones.

E. Documentación resultante de las reuniones/entrevistas realizadas

A la pregunta: ¿se elaboró algún tipo de documento con los resultados de estas reuniones-entrevistas? la respuesta obtenida revela que sólo 6 tutores (14%) aseguran haber emitido algún tipo de documentación referida a dichas reuniones. El resto (36 de los 42 posibles) reconocen lo contrario.

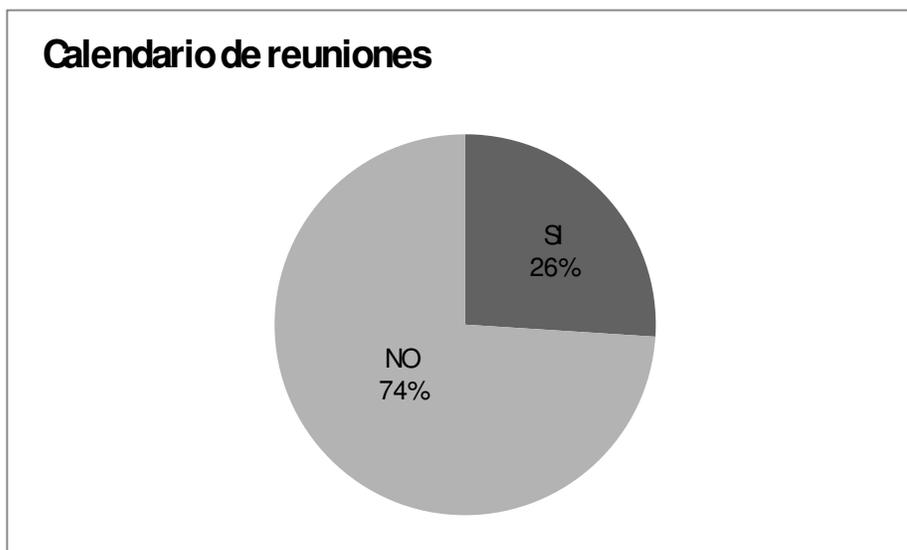
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	6	12,5	14,3	14,3
	No	36	75,0	85,7	100,0
	Total	42	87,5	100,0	
Perdidos	Sistema	6	12,5		
Total		48	100,0		



F. Realización de un calendario / cronograma de reuniones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	11	22,9	26,2	26,2
	No	31	64,6	73,8	100,0
	Total	42	87,5	100,0	
Perdidos	Sistema	6	12,5		
Total		48	100,0		

Aunque la mayor parte de los tutores (31 de los 42 que han contestado) reconocen no haber establecido con su residente ningún tipo de calendario de reuniones para el resto de la rotación, existe un porcentaje importante de ellos (11 que representan el 26% del total) que aseguran si haberlo establecido.



11. Valoración del progreso seguido por el residente

Como contestación a la pregunta: ¿le comunicaste al residente tu valoración acerca de lo que estaba consiguiendo hasta el momento y de las áreas en las que necesitaba mejorar? se obtuvieron los siguientes datos:

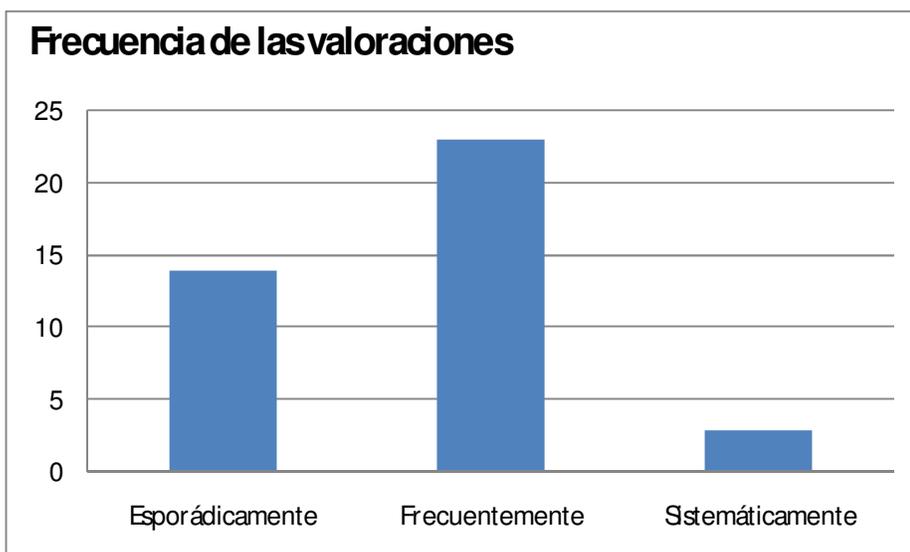
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	40	83,3	83,3	83,3
No	8	16,7	16,7	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Aunque la mayor parte de los tutores (40 de los 48 posibles) reconocen haber tenido sesiones formativas de feed-back con su residente, existe un grupo bastante importante de ellos (8 concretamente que suponen el 17% del total) que aseguran no haberlas realizado. Este dato lo interpretamos de manera negativa, ya que sólo a través de este tipo de encuentros de seguimiento tutor-residente puede detectarse si los objetivos se están alcanzando de forma adecuada y en caso contrario, realizarse los reajustes necesarios para que mejore el proceso formativo del residente.



A. Frecuencia de las valoraciones realizadas

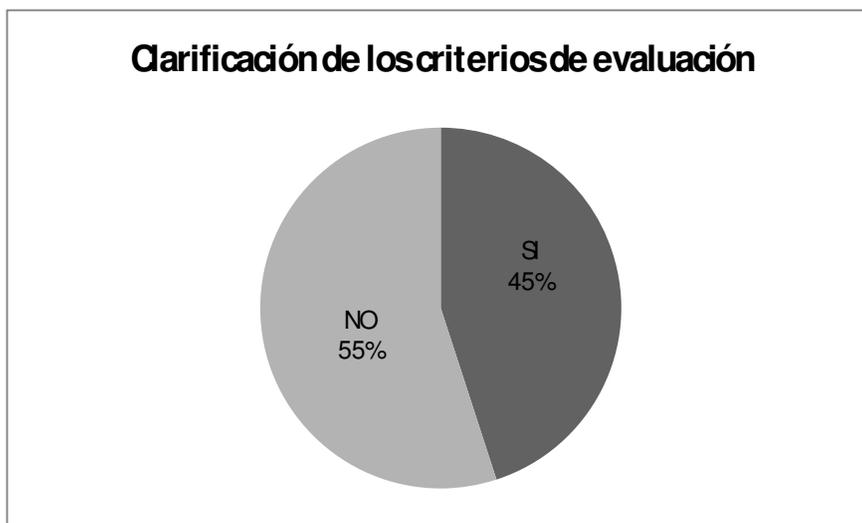
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Esporádicamente	14	29,2	35,0	35,0
	Frecuentemente	23	47,9	57,5	92,5
	Sistemáticamente	3	6,3	7,5	100,0
	Total	40	83,3	100,0	
Perdidos	Sistema	8	16,7		
Total		48	100,0		



La respuesta obtenida revela que la mayor parte de los tutores de R3 (23 de los 40 posibles que constituyen el 57%) aseguran haber valorado *frecuentemente* el progreso seguido por el residente mediante feed-back. Por otro lado, otros 14 tutores han señalado una frecuencia *esporádica* de este tipo de valoraciones. Y por último, señalar también que se ha registrado el caso de 3 tutores que aseguran realizar feed-back de manera *sistemática* con sus residentes.

12. Clarificación al residente de los criterios de evaluación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	21	43,8	44,7	44,7
	No	26	54,2	55,3	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		

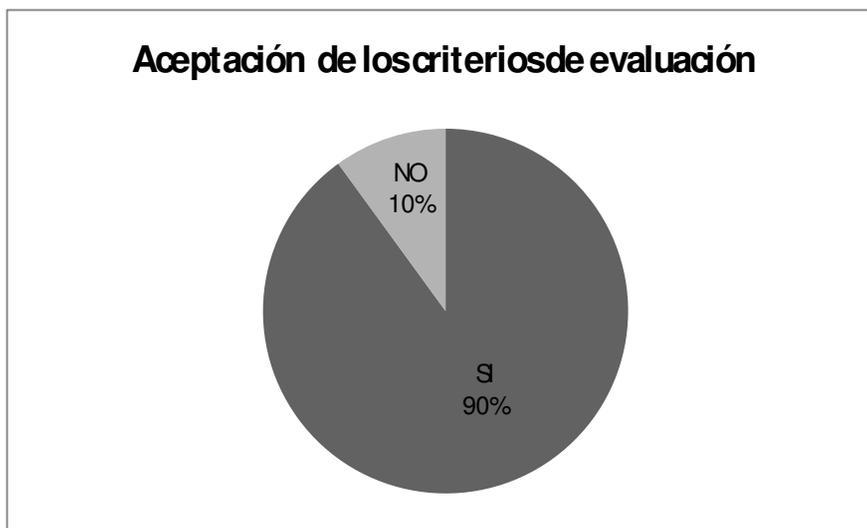


En este caso existe una distribución casi equitativa en los porcentajes de respuesta obtenidos entre aquellos tutores de R3 que afirman el haber aclarado con su residente los criterios en base a los cuales iba a ser evaluado (21 casos de los 47 posibles) y aquellos otros tutores (26) que aseguran que no. Este último dato lo interpretamos de manera negativa, ya que es fundamental el que los evaluados tomen parte y participen en su propio proceso de evaluación, discutiendo los criterios, su aplicación y el resultado de la misma. Esto exige un diálogo sincero y abierto, entre evaluador y evaluado, entre tutor y residente.

A. Aceptación de los criterios de evaluación por parte del residente

Como contestación a la pregunta: ¿crees que le parecieron oportunos al residente los criterios de evaluación? se obtuvieron los siguientes datos:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	18	37,5	90,0	90,0
	No	2	4,2	10,0	100,0
	Total	20	41,7	100,0	
Perdidos	Sistema	28	58,3		
Total		48	100,0		



El gráfico y la tabla anterior reflejan que, casi por unanimidad, los tutores coinciden en un 90% (salvo 2 casos) al afirmar que sus residentes se mostraron conformes con los criterios en base a los cuales iban a ser evaluados. Por tanto, se corrobora lo señalado anteriormente referente a la importancia de comunicar y negociar con los residentes las condiciones evaluativas, pues los datos confirman que cuando esto se hace suele ser acogido y aceptado de buen grado por parte de los residentes.

13. Toma de decisiones sobre cuestiones formativas

A la pregunta: ¿qué se tuvo en cuenta a la hora de tomar decisiones que afectaban a algún aspecto de la formación del residente? Según la opinión de los tutores, en la toma de decisiones docentes prevalece en primer lugar *el acuerdo de ambos* -tutor y residente- (con casi un 50%), seguido de *su propia opinión* (32%) y en último lugar de *la opinión del residente* (27%).

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
La opinión del residente	43	0	50	27,33	15,187
La opinión del tutor	43	0	60	31,98	17,201
El acuerdo de ambos	42	0	100	48,71	29,402

14. Colaboración de otros profesionales en la formación del residente

A la pregunta: ¿con qué otros profesionales del centro de salud colaboró tu residente durante su primer mes de formación? Los tutores de R3 responden en los siguientes términos:

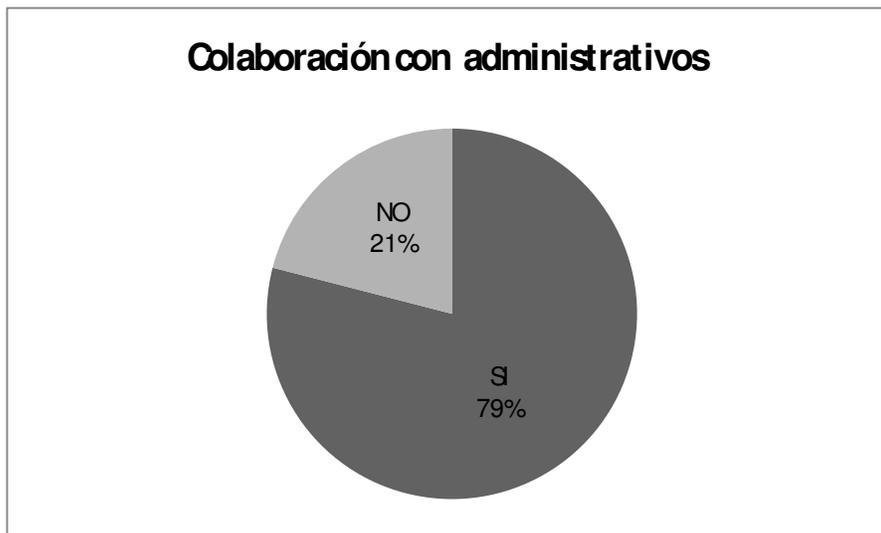
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Colaboré con médicos	37	77,1	77,1
No colaboré con médicos	11	23,0	23,0
Total	48	100,0	100,0



		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Colaboré con enfermeras	44	91,7	91,7
	No colaboré enfermeras	4	8,3	8,3
	Total	48	100,0	100,0



		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Colaboré con administrat.	38	79,2	78,4
	No colaboré administrativ.	10	21,6	21,6
	Total	48	100,0	100,0



Opciones	Frecuencia	% (138)	% (48)
Otros tutores y médicos	37	26,8	77,1
Enfermeras	44	31,9	91,7
Administrativos	38	27,5	79,2
Otros	19	13,8	39,6
Total	138	100,0	100,0



Por tanto, la respuesta obtenida revela que la colaboración con las *enfermeras* constituye la opción más señalada por los tutores con 44 casos que representan el 32% del total. Le siguen en porcentaje de elección (27%) la colaboración con el *personal administrativo*. Con prácticamente la misma incidencia (27%) se sitúa la

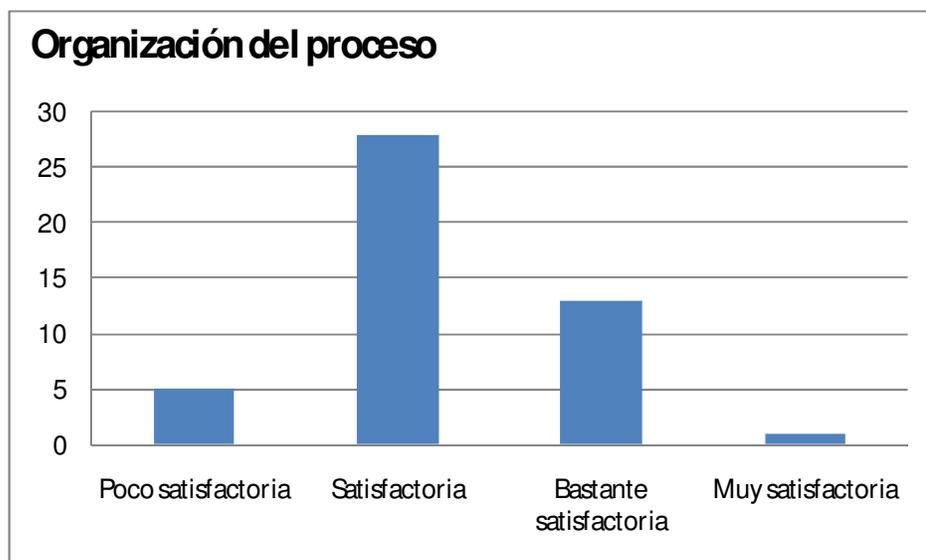
colaboración con *otros tutores y médicos del equipo*. Por último, señalar también que en la casilla de “*otros*” con cerca del 14% se han registrado un total de 19 respuestas con el siguiente contenido: trabajadores sociales, matronas, fisioterapeutas, técnicos de rayos y otros residentes.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

15. Valoración del grado de satisfacción con respecto a los siguientes aspectos

A. Organización del proceso formativo

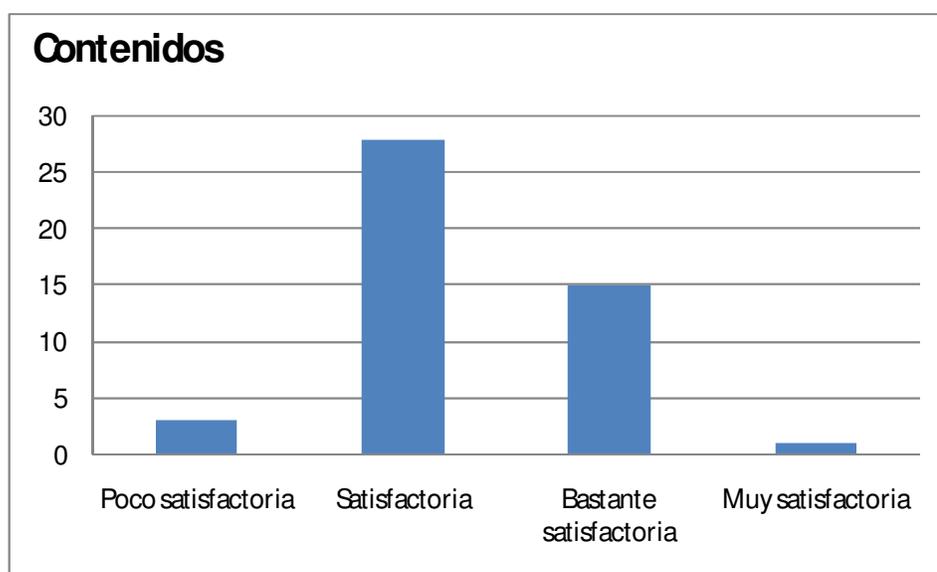
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	5	10,4	10,6	10,6
	Satisfactoria	28	58,3	59,6	70,2
	Bastante Satisfactoria	13	27,1	27,7	97,9
	Muy Satisfactoria	1	2,1	2,1	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		



De la información obtenida de los tutores de R3 en cuanto a su grado de satisfacción en lo que se refiere a la organización del proceso formativo se desprenden los siguientes resultados: la mayor parte de ellos (28 de 48, que constituyen el 60% del total) la valora de manera *satisfactoria*, otro grupo importante (13) como *bastante satisfactoria* e incluso hay 1 que la considera *muy satisfactoria*. Por contra, son sólo 5 los tutores (11%) cuyo grado de satisfacción en esta cuestión es un *poco* menor.

B. Contenidos tratados

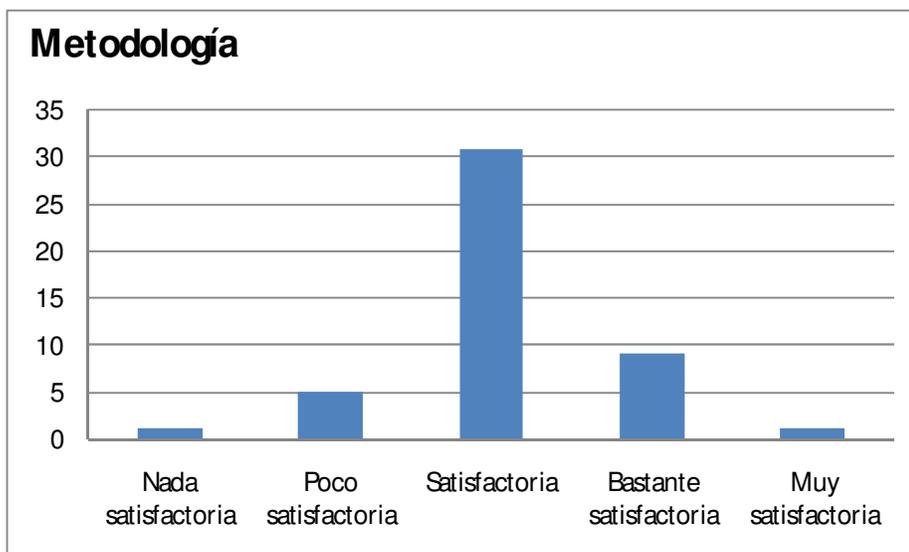
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	3	6,3	6,4	6,4
	Satisfactoria	28	58,3	59,6	66,0
	Bastante Satisfactoria	15	31,3	31,9	97,9
	Muy Satisfactoria	1	2,1	2,1	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		



Por otro lado, en lo que concierne a los contenidos tratados, el grado de satisfacción de los tutores de R3 es el siguiente: la mayor parte de ellos (28 de 48, lo que supone un 60% del total) los valora de manera *satisfactoria*, otro grupo importante de tutores (15) como *bastante satisfactorios* e incluso 1 como *muy satisfactorios*. Por contra, son 3 los tutores (6%) cuyo grado de satisfacción en este tema es un *poco* menor.

C. Metodología utilizada

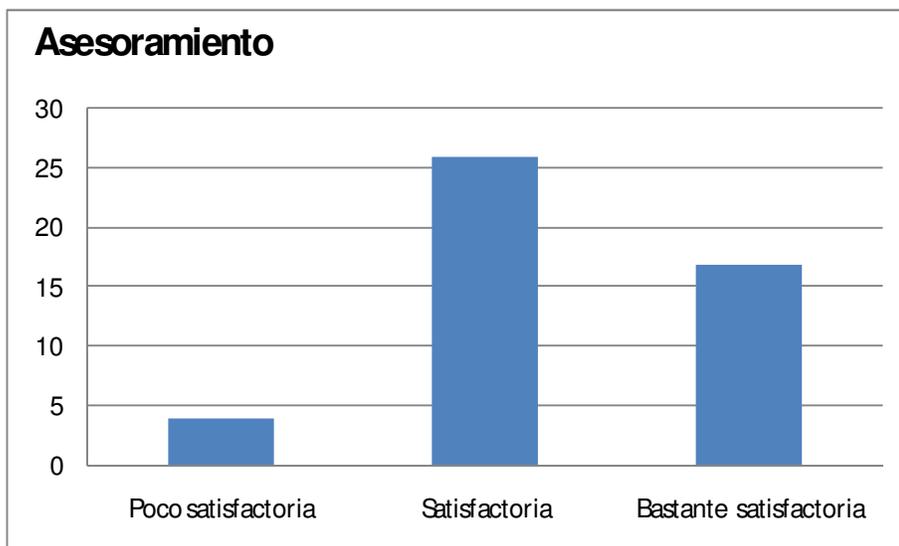
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada Satisfactoria	1	2,1	2,1	2,1
	Poco Satisfactoria	5	10,4	10,6	12,8
	Satisfactoria	31	64,6	66,0	78,7
	Bastante Satisfactoria	9	18,8	19,1	97,9
	Muy Satisfactoria	1	2,1	2,1	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		



En lo que respecta a la metodología tratada, el grado de satisfacción de los tutores de R3 es el siguiente: la mayor parte de ellos (31 de 48) la valora de manera *satisfactoria*, otro grupo importante de tutores (9) como *bastante satisfactoria* e incluso 1 como *muy satisfactoria*. Por contra, son 5 los tutores que manifiestan *poca satisfacción* con respecto a la metodología utilizada e incluso existe 1 tutor cuya satisfacción en este sentido es *nula*.

D. Asesoramiento prestado al residente

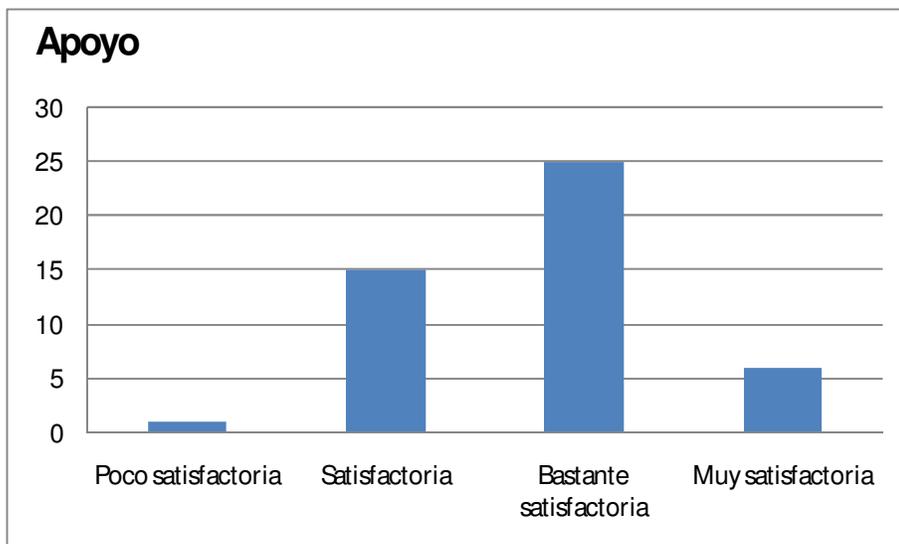
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	4	8,3	8,5	8,5
	Satisfactoria	26	54,2	55,3	63,8
	Bastante Satisfactoria	17	35,4	36,2	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		



En lo que respecta al asesoramiento prestado al residente, el grado de satisfacción manifestado por los tutores es el siguiente: 26 de ellos (55%) lo valora de manera *satisfactoria* y 17 como *bastante satisfactorio* (36%). Por contra, aparecen 4 tutores que parecen estar poco satisfechos con el asesoramiento ofrecido a sus residentes.

E. Apoyo ofrecido al residente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	1	2,1	2,1	2,1
	Satisfactoria	15	31,3	31,9	34,0
	Bastante Satisfactoria	25	52,1	53,2	87,2
	Muy Satisfactoria	6	12,5	12,8	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		

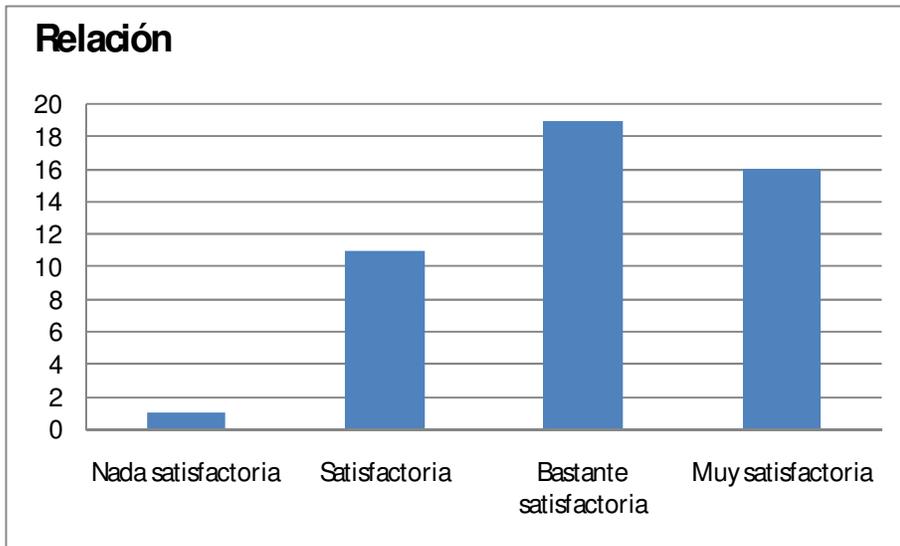


En lo que respecta al apoyo ofrecido al residente, el grado de satisfacción manifestado por los tutores de R3 es el siguiente: más de la mitad de ellos (25 de 48: 53%) lo valora como *bastante satisfactorio*, otros 15 lo consideran *satisfactorio* y hay 1 que incluso está *muy satisfecho* con esta cuestión. Por contra, aparece el caso de 1 tutor que se muestra *poco satisfecho* con el apoyo que ha ofrecido a su residente.

F. Relación mantenida con el residente

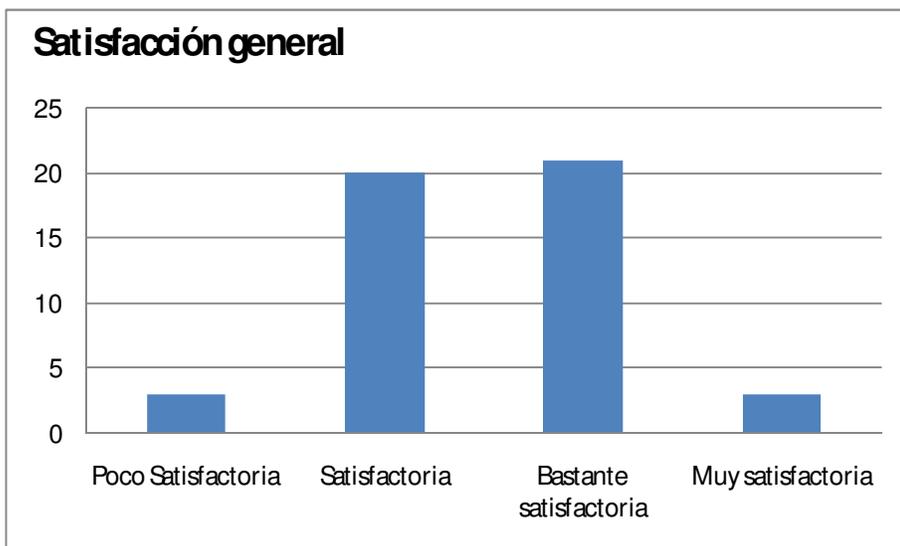
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada Satisfactoria	1	2,1	2,1	2,1
	Satisfactoria	11	22,9	23,4	25,5
	Bastante Satisfactoria	19	39,6	40,4	66,0
	Muy Satisfactoria	16	33,3	34,0	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		

En lo que respecta a la relación mantenida con el residente, el grado de satisfacción manifestado por los tutores de R3 es muy positivo y se refleja en los siguientes resultados: una parte importante de los tutores consultados (19 que representan el 40%) valora esta relación como *bastante satisfactoria*, 16 de ellos (34%) como *muy satisfactoria* y 11 (23%) como *satisfactoria*. Sólo aparece el caso aislado de un 1 tutor que reconoce estar *nada satisfecho* con la relación mantenida con su residente.



16. Valoración general del grado de satisfacción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco Satisfactoria	3	6,3	6,4	6,4
	Satisfactoria	20	41,7	42,6	48,9
	Bastante Satisfactoria	21	43,8	44,7	93,6
	Muy Satisfactoria	3	6,3	6,4	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		



En términos generales el grado de satisfacción manifestado por los tutores de R3 es muy positivo (con una media de 2,51) y así se refleja en los siguientes resultados: la mayor parte de los tutores consultados (21 que representan el 43% del total) lo valora como *bastante satisfactorio*, 20 de ellos (31%) como *satisfactorio* y 3 (6%) como *muy satisfactorio*. Por el contrario, sólo 3 tutores reconocen estar *poco satisfechos* con cómo se ha desarrollado este primer mes de formación del R3 en el centro de salud.

Por otro lado, si calculamos la *media* de cada uno de los aspectos sometidos a valoración por parte de los tutores obtenemos los siguientes resultados:

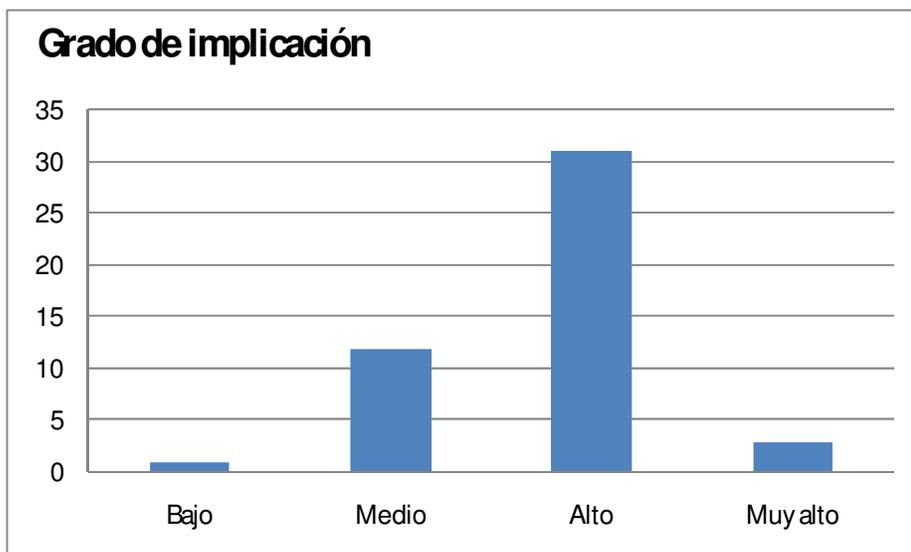
ORGANIZACIÓN	CONTENIDOS	METODOLOGIA	ASESORAMIENTO	APOYO	RELACION
2,21276596	2,29787234	2,08510638	2,27659574	2,76595745	3,04255319
5º	3º	6º	4º	2º	1º

4	Muy Satisfactorio
3	Bastante Satisfactorio
2	Satisfactorio
1	Poco Satisfactorio
0	Nada Satisfactorio

Estos resultados revelan que son precisamente aquellos elementos que dependen en mayor medida de la disposición y actitud del tutor los que obtienen una mayor valoración. Como *la relación mantenida, el apoyo ofrecido y el asesoramiento prestado* al residente (en este mismo orden). El resto de aspectos, que son más de tipo organizativo y metodológico, aunque algo menor también obtienen una alta valoración por parte de los tutores de R3.

17. Grado de implicación en la formación del residente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	1	2,1	2,1	2,1
	Medio	12	25,0	25,5	27,7
	Alto	31	64,6	66,0	93,6
	Muy Alto	3	6,3	6,4	100,0
	Total	47	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,1		
Total		48	100,0		



En cuanto al grado de implicación mantenido en la formación del residente, las contestaciones recogidas de los tutores de R3 lo sitúan como bastante elevado (media: 2,76) y así se expresa en los resultados obtenidos: la mayor parte de ellos (31 de los 48 posibles que constituyen el 66% del total) manifiestan que su implicación ha sido *alta* y para 12 de ellos *media* (25%). Existe también un grupo de 3 tutores que aseguran haber mantenido un grado de implicación *muy alto* en la formación de sus residentes.

18. Tipo de planificación de la labor docente

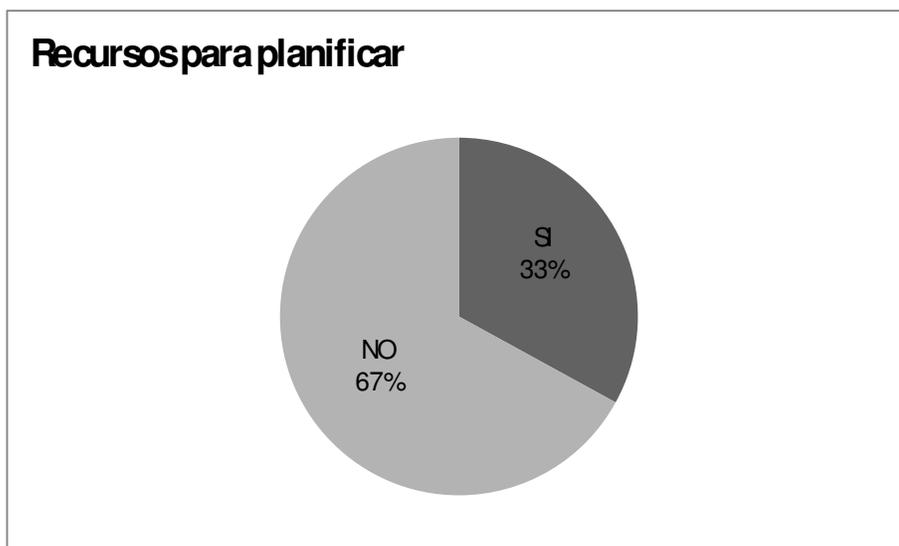
A la pregunta: ¿cómo definirías, en términos generales, la planificación de tu labor docente? Según la respuesta dada por los tutores de R3 en su planificación docente ha prevalecido, por un lado, el oportunismo y la espontaneidad en un 56% y la sistematización y la preparación en el 44% restante.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Planificación de la labor docente: Oportunista-improvisada-espontánea	47	10	100	56,06	17,905
Planificación de la labor docente: Sistematizada-estructurada-preparada	47	0	90	43,94	17,905



19. *Dispone el tutor de los recursos necesarios para planificar*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	15	31,3	32,6	32,6
	No	31	64,6	67,4	100,0
	Total	46	95,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	4,2		
Total		48	100,0		



Aunque la mayor parte de los tutores (31 de los 46 posibles que constituyen el 65%) aseguran no disponer de los recursos necesarios en materia de tiempo, espacios y materiales para planificar su actividad docente, existe un porcentaje importante de ellos (15 que representan el 33% del total) que manifiestan lo contrario.

3. RESULTADOS COMPARATIVOS DE RESIDENTES (R3) Y DE TUTORES (T3)

RELACIONES PREVIAS ENTRE TUTOR Y RESIDENTE

1. Reuniones de seguimiento durante las rotaciones hospitalarias como R1 y R2

ENTREVISTAS		
	Si	Media
T3	28	4,34615385
R3	29	4,18518519

Los residentes y los tutores responden en un 60% (R3) y en un 58% (T3) que si las han mantenido. Aunque más de la mitad de los residentes y de los tutores responden afirmativamente existe un porcentaje bastante elevado de más del 40% que han manifestado lo contrario en ambos casos. Existe, por tanto, coincidencia casi plena en la opinión de unos y de otros y coherencia en la respuesta obtenida.

B. Periodicidad de las reuniones/entrevistas realizadas

PERIODICIDAD				
	Mensual	Trimestral	Anual	Otras
T3	1	9	6	12
R3	4	7	12	6

En cuanto a la periodicidad en la realización de las reuniones las respuestas obtenidas de tutores y residentes es más diversa y no se da tanta coincidencia. Mientras para los tutores la opción *trimestral* es la más señalada en el caso de los residentes, este primer puesto lo ocupa la periodicidad *anual*.

C. Carácter de las reuniones/entrevistas de seguimiento realizadas

CARÁCTER			
	Formal	Informal	Ambas
T3	1	20	7
R3	0	23	6

La tabla anterior muestra claramente que apenas existen diferencias entre la respuesta dada por los R3 y la ofrecida por sus respectivos tutores. Además, ambos coinciden en señalar (prácticamente con el mismo número de casos 20 en T3 y 23 en R3) que las reuniones o contactos de tipo *informal* fueron los más frecuentes.

E. Documentación resultante de las reuniones

ENTREVISTAS	
	Documento
T3	1
R3	3

En cuanto a si se elaboró algún tipo de documento con los resultados de las reuniones-entrevistas realizadas apenas existen diferencias significativas entre tutores y residentes contestando de forma mayoritaria que no.

2. Apoyo/ayuda del tutor al residente en los momentos difíciles

En términos generales, los residentes parecen ser algo más conscientes que los tutores sobre el apoyo y la ayuda recibida en los momentos difíciles durante sus rotaciones externas al centro de salud como R1 y R2 y así queda puesto de manifiesto en los datos: 32 casos registrados en R3 frente a los 25 de T3.

A. Forma en que se produjo esta ayuda/apoyo

ENTREVISTAS	Si	Iniciativa		
		Tutor	Residente	Indistinto
T3	25	4	4	17
R3	32	5	7	20

No parecen existir grandes diferencias entre tutores y residentes en esta cuestión y parecen coincidir en que se reparte de un modo equitativo tanto el ofrecimiento de ayuda por parte del tutor como la demanda de ésta misma por parte del residente, siendo, por tanto, la opción más señalada la de *indistinto*.

3. Valoración de la necesidad de contacto continuado entre tutor y residente

ENTREVISTAS	
	Valoracion +
T3	47
R3	47

Tanto tutores como residentes coinciden plenamente en esta cuestión y la respuesta obtenida muestra un acuerdo unánime de ambos colectivos en considerar necesario y del todo conveniente el que el residente siga manteniendo el contacto con su tutor durante las rotaciones hospitalarias (en este caso, de R1 y R2).

PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE

4. Valoración inicial y diagnóstica del residente en lo que respecta a:

- A. Experiencia previa
- B. Debilidades
- C. Expectativas formativas
- D. Deseos de aprendizaje

T3	Experiencia	Debilidades	Expectativas	Preferencias
SI	50	36	48	42
%	100,00%	85,42%	95,83%	91,67%

R3	Experiencia	Debilidades	Expectativas	Preferencias
SI	42	36	37	35
%	87,50%	75,00%	77,08%	72,92%

EXPLORACION INICIAL				
	experiencia	debilidades	expectativas	preferencias
T3	48	41	46	44
R3	42	36	37	35

En términos generales, al igual que ocurría con R1 Y T1, los tutores (T3) parecen ser algo más conscientes que los residentes (R3) sobre la exploración inicial. Ambos colectivos coinciden en destacar la *experiencia previa y las expectativas formativas del residente* como los elementos más importantes de esta valoración inicial/diagnóstica.

5. *Comunicación de los objetivos formativos al residente*

OBJETIVOS				
INDICACION				
T3	44			
R3	40			
CONSTANCIA				
	VERBAL	ESCRITO	AMBAS	
T3	39	1	4	
R3	35	0	5	
CANTIDAD				
	SUFICIENTE	ESCASA		
T3	30	14		
R3	30	10		
CALIDAD				
	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
T3	1	11	29	3
R3	0	6	26	8

La visión de la información sobre objetivos docentes es similar entre tutores y residentes: la mayor parte de ellos coinciden en que se ha producido esa comunicación de los objetivos y que en la mayor parte de los casos ésta ha sido más que *suficiente*; existe coincidencia también en destacar la *forma verbal* como la más habitual en la que se produce dicha comunicación. Sobre su calidad se advierte la tendencia de los residentes a posicionarse sobre la opción “*muy buena*”, sobre una más numerosa elección de los tutores de las otras opciones.

6. *Valoración del peso de una serie de elementos en el diseño del plan de formación del residente*

PESO EN DISEÑO DE PLAN				
	NECESIDAD	EXPECTATIVAS	TUTOR	PROGRAMA
T3	27,0652174	22,5	26,8478261	23,8043478
R3	29,0217391	25	25,6521739	20,326087

La respuesta obtenida tanto de residentes (R3) como de tutores (T3) con respecto al peso que tienen en el diseño del plan de formación del residente una serie de elementos (necesidades, expectativas, experiencia del tutor y programa de la especialidad) revela la siguiente información: las cifras parecen entre equilibradas entre los dos grupos, siendo las *necesidades del residente* y la *experiencia del tutor* algo más valorados entre tutores y residentes que el resto.

Perfiles según predominancia:

PERFILES SEGUN PREDOMINANCIA										
	necesidad	expectativa	tutor	programa	Eje_residente	Eje_tutor	neutro	objetivo	subjetivo	neutro
T3	7	2	5	6	16	15	17	15	12	21
R3	10	4	8	3	17	11	20	11	11	26
CHI2							CHI2			
p=							p=			

La preponderancia selecciona los casos en los que un factor es señalado por encima del 40%. El “eje residente” se señala si la suma “necesidad” y “expectativa” supera el 55%, el “eje tutor” si la suma “experiencia del tutor” y “programa” es superior al 55%, y “neutro” si ambos están entre el 45% y 55%. Por otra parte, el criterio “objetivo” se señala si la suma “necesidades” y “programa” es mayor que 55%, el “subjetivo” si la suma de “expectativa” y “experiencia del tutor” supera el 55%, y “neutro” si ambas están entre 45% y 55%. En este caso, las cifras son más próximas que entre los T1 y R1

7. *Consideración de los ritmos de aprendizaje del residente*

RITMOS				
	NUNCA	A VECES	FRECUENTE	SIEMPRE
T3	1	14	22	10
R3	1	19	19	8
CHI2			7,88769711	
p=			0,04839059	

Con respecto a los ritmos de aprendizaje del residente parece que los tutores sienten que son algo mejor respetados que los residentes, decantándose más los T1 por la opción de “*siempre*” que sus respectivos residentes (10 frente a 8) que señalan mayoritariamente y en la misma proporción las opciones de “*frecuentemente*” y de “*a veces*” (en 19 casos en cada una de las opciones). Estos resultados no coinciden con los de los R1 que sienten sus ritmos mejor respetados que sus compañeros mayores.

8. Recursos formativos utilizados por el tutor

RECURSOS				
	Act. Docentes	Casos	Experiencias	Otras
T1	31	37	47	9
R3	16	27	44	6

La respuesta obtenida tanto de residentes (R3) como de tutores (T3) muestra claramente que los tutores son más conscientes de los recursos utilizados que los residentes o por lo menos dicen serlo por el porcentaje de elección registrado (124 respuestas de T3 frente a 93 de R3). Esta mayor contabilización de los tutores se hace más explícita en las *actividades docentes específicas* (31 de T3 frente a 16 de R3) y en los *casos clínicos* (37 de T3 frente a 27 de R3). En lo que sí existe coincidencia entre ambos colectivos es en destacar el aprovechamiento de las *experiencias cotidianas* del día a día como la opción más señalada de entre los recursos formativos utilizados por el tutor.

9. Frecuencia de utilización de determinados métodos docentes:

T3

METODOS	AUTOAPR.	A. CAMPO	COLABOR.	SESIONES	CURSOS
Nunca	7	0	4	0	4
A veces	14	3	21	11	23
C frecuencia	22	22	18	28	18
Siempre	4	22	3	8	1

R3

METODOS	AUTOAPR.	A. CAMPO	COLABOR.	SESIONES	CURSOS
Nunca	1	1	7	1	6
A veces	12	12	18	17	24
C frecuencia	23	24	13	19	13
Siempre	12	11	7	11	4

En términos generales, la respuesta obtenida tanto de residentes (R3) como de tutores (T3) muestra claramente que los residentes son más conscientes de su autoaprendizaje que los tutores y éstos más del *trabajo de campo*. También parece que los R3 refieren una mayor frecuencia en la asistencia a cursos. En lo que sí existe plena coincidencia entre ambos colectivos es en destacar tanto el *aprendizaje en el contexto real o de campo* como el *autoaprendizaje* como los métodos más utilizados

por el residente durante su estancia inicial de R3 en el centro de salud. En el resto (*las sesiones formativas y el aprendizaje colaborativo*) la distribución que hacen tanto tutores como residentes en cuanto a la frecuencia de utilización es muy similar.

10. Reuniones de seguimiento / de evaluación formativa

- A. Carácter
- B. Frecuencia
- C. Temas tratados

A

ENTREVISTAS	CARÁCTER		
	Formal	Informal	Ambas
T3: N° 42	3	22	17
R3: N° 36	2	28	6

Los tutores contabilizan más entrevistas de seguimiento que los residentes (42 frente a 36). En cuanto al carácter de las mismas tanto tutores como residentes coinciden en señalar claramente los contactos *informales* como los más frecuentes (con 22 casos de T3 y 28 de R3).

B

ENTREVISTAS	FRECUENCIA		
	Sistemático	Frecuente	Esporádico
T3	8	25	7
R3	5	14	17

En términos generales, los residentes consideran las reuniones de tipo informal menos frecuentes y más esporádicas que los tutores.

C

	ENTREVISTAS				TEMAS
	OBJETIVOS	ORGANIZACIÓN	DIFICULTADES	PROGRESO	OTROS
T3	28	34	41	29	4
R3	16	24	29	19	3

Los temas tratados reflejan al igual que en los casos anteriores mayor contabilidad por parte de los tutores con 136 respuestas frente a las 91 dadas por los R1. En lo que si existe acuerdo entre los dos colectivos es en señalar como tema más recurrente en dichas reuniones de seguimiento mantenidas el referido a las *dificultades o problemas surgidos* hasta ese momento. También coinciden en el orden de cuantificación del resto de temas: dificultades surgidas, organización de la actividad, progreso del proceso formativo y definición y cumplimiento de objetivos.

11. *Valoración del progreso seguido por el residente*

VALORACION	FRECUENCIA			
	realizada	esporadico	frecuente	sistemático
T3	40	3	23	14
R3	31	0	14	17

Más tutores reconocen realizar tareas de evaluación que residentes (40 de T3 frente a 31 de R3). Con respecto a la frecuencia de realización de estas sesiones evaluativas de feed-back, los tutores las refieren más como *frecuentes* (23 frente a 14) y los residentes más como *sistemáticas* (17 frente a 14).

12. *Clarificación al residente de los criterios de evaluación*

VALORACION	COMUNICACIÓN	
	criterios	oportunos
T3	21	18
R3	16	16

Más tutores (21) refieren haber comunicado los criterios de evaluación que residentes haberlos recibido (16), si bien a casi todos ellos les parecen oportunos (salvo a 2 de T1).

13. *Toma de decisiones sobre cuestiones formativas*

DECISIONES			
	RESIDENTE	TUTOR	AMBOS
T3	27,3255814	31,9767442	48,7142857
R3	33,5111111	22,2888889	45,2826087

A la pregunta: ¿qué se tuvo en cuenta a la hora de tomar decisiones que afectaban a algún aspecto de tu formación como residente? Según la opinión ofrecida por los R3, en la toma de decisiones docentes prevalece en primer lugar el *acuerdo de ambos -tutor y residente-* (con un 45% del total), seguido de su *propia opinión* (33%) y en último lugar de la *opinión del tutor* (22%). Y en el caso de los tutores, prevalece también *el acuerdo de ambos -tutor y residente-* (con casi un 50%), pero seguido de *su propia opinión* (32%) y en último lugar de *la opinión del residente* (27%). Por tanto, tanto residentes como tutores tienden a considerar su propia participación en la toma de decisiones por encima de lo considerado por su pareja docente. Pero ambos compensan esta diferencia refiriendo que comparten este protagonismo por encima de la opinión de uno o de otro.

14. Colaboración de otros profesionales en la formación del residente

OTROS PROFESIONALES				
	TUTORES	ENFERMERAS	ADMINISTRAT	OTROS
T3	37	44	38	19
R3	33	40	26	13

Como en el caso de R1 y T1, los tutores de R3 reconocen más colaboraciones en la docencia que los residentes con 138 respuestas de los T3 frente a las 112 dadas por los R3. En lo que si existe acuerdo entre los dos colectivos es en señalar como la opción más señalada la colaboración con las *enfermeras*. Por último, señalar que en la casilla de *“otros”* existe también prácticamente plena concordancia entre las respuestas de tutores y de residentes con el siguiente contenido: trabajadores sociales, matronas, fisioterapeutas y pediatras.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

15. Valoración del grado de satisfacción con respecto a los siguientes aspectos

A. Organización del proceso formativo

	SATISFACCIÓN			ORGANIZACIÓN		
	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy	
T3	0	5	28	13	1	
R3	0	8	23	15	2	

B. Contenidos tratados

	SISFACCÓN					CONTENIDOS
	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy	
T3	0	3	28	15	1	
R3	0	4	23	20	1	

C. Metodología utilizada

	SISFACCÓN					METODOLOGIA
	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy	
T3	1	5	31	9	1	
R3	0	9	26	11	2	

D. Asesoramiento prestado al residente

	SISFACCÓN					ASESORAMIENTO
	nada	poco	sat	bastante	muy	
T3	0	4	26	17	0	
R3	1	4	11	20	12	

E. Apoyo ofrecido al residente

	SISFACCÓN					APOYO
	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy	
T3	0	1	15	25	6	
R3	0	1	13	17	17	

F. Relación mantenida con el residente

	SISFACCÓN					RELACION
	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy	
T3	1	0	11	19	16	
R3	0	2	5	20	21	

Por otro lado, si calculamos la *media* de cada uno de los aspectos sometidos a valoración por parte de los T3 y de los R3 obtenemos los siguientes resultados:

T3

ORGANIZACIÓN	CONTENIDOS	METODOLOGIA	ASESORAMIENTO	APOYO	RELACION
2,21276596	2,29787234	2,08510638	2,27659574	2,76595745	3,04255319
5º	3º	6º	4º	2º	1º

R3

ORGANIZACIÓN	CONTENIDOS	METODOLOGIA	ASESORAMIENTO	APOYO	RELACION
2,22916667	2,375	2,125	2,79166667	3,04166667	3,25
5º	4º	6º	3º	2º	1º

4	Muy Satisfactorio
3	Bastante Satisfactorio
2	Satisfactorio
1	Poco Satisfactorio
0	Nada Satisfactorio

Por tanto, en términos generales, entre los tutores parece que la satisfacción se muestra bastante equilibrada en las distintas dimensiones, incrementándose solamente en el criterio “relación” y “apoyo”. Los residentes muestran más satisfacción, mayor tendencia que los tutores a marcar el “muy satisfecho”, incrementándose esta satisfacción en los aspectos relacionados con la acción directa del tutor, “asesoramiento”, “apoyo”, “relación”.

16. Valoración general del grado de satisfacción

	SATISFACCIÓN					GENERAL
	nada	poco	satisfactorio	bastante	muy	
T3	0	3	20	21	3	
R3	0	4	10	29	5	

En términos generales, el grado de satisfacción manifestado tanto por los residentes (R3) como por parte de sus tutores es muy positivo siendo un poco más elevado en el caso de los residentes (con una media de 2,72 frente a 2,51 obtenida por los tutores).

17. Grado de implicación en la formación del residente

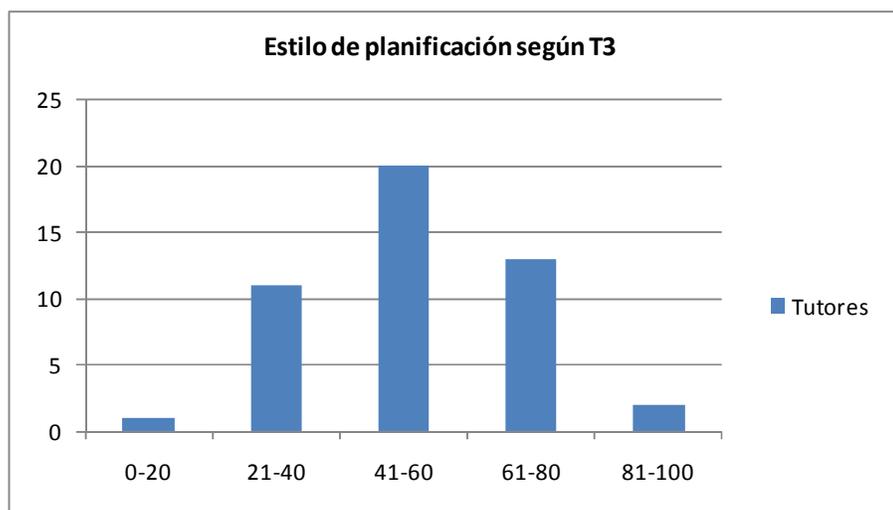
IMPLICACION					
	muy bajo	bajo	medio	alto	muy alto
T3	0	1	12	31	3
R3	0	0	13	27	8

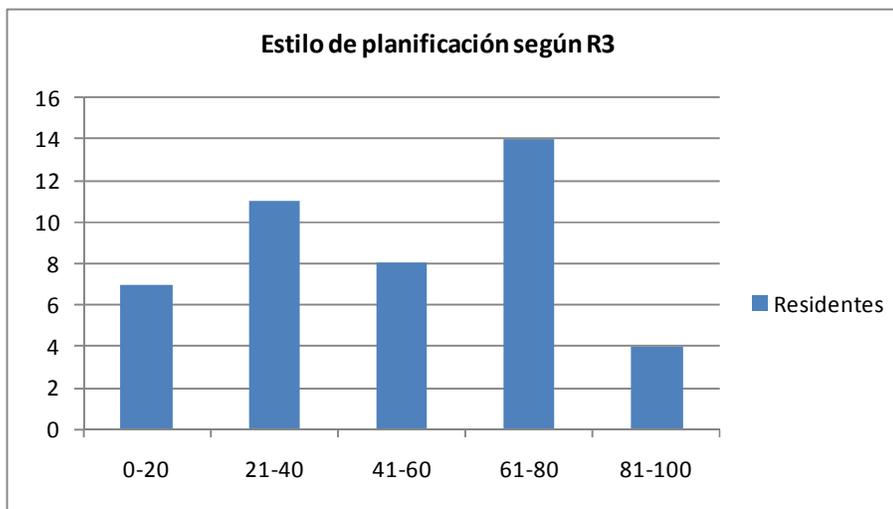
Las cifras de implicación de tutores y residentes son prácticamente equivalentes, aunque un poco más elevadas en el caso de los residentes con una media de media de 2,89 frente al 2,76 de los tutores.

18. Tipo de planificación de la labor docente

El estilo de planificación docente, planificado-oportunista, se ha clasificado en cinco grupos, por su distribución en la escala 0-100 en los siguientes intervalos (1 = 0-20; 2 = 21-40; 3 = 41-60; 4 = 61-80; 5 = 81-100). (v. anexo 26: Base de datos definitiva). La visión de tutores y residentes parece bastante equivalente. Llama la atención el número de residentes (7) que piensa que el estilo es *muy planificado*, frente a sólo 1 tutor.

	ESTILO				
	PLANIFICADO	1	2	3	OPORTUNISTA
T3		1	11	20	13
R3		7	11	8	14





Y si acudimos al cálculo de las medias obtenidas en cada colectivo observamos que esta simetría es casi plena.

	Media (T3)	Media (R3)
Planificación de la labor docente: Oportunista-improvisada-espontánea	56,06	52,73
Planificación de la labor docente: Sistematizada-estructurada-preparada	43,94	47,27

LA SATISFACCIÓN COMO RESULTADO DEL PROCESO

Correlación del grado de satisfacción con el estilo de planificación

Se ha analizado la relación de dependencia entre las puntuaciones de satisfacción y la puntuación en la dimensión “oportunista” (complementaria de “planificada”). La fuerza de la dependencia se ha evaluado con el coeficiente de correlación “r” (pearson), y su cuadrado.

Aquí al igual que en los resultados comparativos entre R1 y T1 también llama la atención el que todas las cifras de correlación sean negativas, lo que establece una mayor satisfacción con el estilo “planificado” de programación que “oportunista”. Las correlaciones son más potentes entre los residentes que entre los tutores.

T3

ORGANIZACIÓN	r	r2
OPORTUNISTA	-0,31953799	0,10210453
CONTENIDOS	r	r2
OPORTUNISTA	-0,14252044	0,02031208
METODOLOGIA	r	r2
OPORTUNISTA	-0,08018336	0,00642937
ASESORAMIENTO	r	r2
OPORTUNISTA	-0,28036032	0,07860191
APOYO	r	r2
OPORTUNISTA	-0,34571715	0,11952035
RELACION	r	r2
OPORTUNISTA	-0,28352943	0,08038894
GENERAL	r	r2
OPORTUNISTA	-0,13609302	0,01852131

R3

ORGANIZACIÓN	r	r2
OPORTUNISTA	-0,29431402	0,08662074
CONTENIDOS	r	r2
OPORTUNISTA	-0,43317202	0,187638
METODOLOGIA	r	r2
OPORTUNISTA	-0,24135326	0,0582514
ASESORAMIENTO	r	r2
OPORTUNISTA	-0,29961673	0,08977018
APOYO	r	r2
OPORTUNISTA	-0,30967458	0,09589834
RELACION	r	r2
OPORTUNISTA	-0,40901379	0,16729228
GENERAL	r	r2
OPORTUNISTA	-0,40878516	0,16710531

Correlación del grado de satisfacción con la valoración del progreso del residente y con la clarificación de los criterios de evaluación al mismo

Estas tablas nos muestran cómo se ha distribuido la puntuación de las distintas dimensiones de satisfacción estudiadas entre tutores y residentes en función de si reconocen que se *ha comunicado la valoración del proceso* (en la columna de la izquierda) y de si se han *clarificado los criterios de evaluación* (en la derecha).

En casi todas las dimensiones la satisfacción es superior entre los que reconocen la comunicación de la evaluación y la clarificación de los criterios, diferencias más relevantes entre los residentes que entre los tutores, y entre los que han clarificado criterios y no han hecho que entre los que sólo reconocen haber o no haber comunicado valoraciones.

El perfil de respuestas es también distinto entre el colectivo de residentes-tutores de 3º que entre los de 1º.

T3

VALORACIÓN	SATISFACCION ORG
	media
SI	2,2
NO	2

CRITERIOS	SATISFACCION ORG
	media
SI	2,047619048
NO	1,730769231

VALORACIÓN	SATISFACCION CONT
	media
SI	2,3
NO	2

CRITERIOS	SATISFACCION CONT
	media
SI	2,095238095
NO	1,884615385

VALORACIÓN	SATISFACCION MET
	media
SI	2,075
NO	1,875

CRITERIOS	SATISFACCION MET
	media
SI	1,857142857
NO	1,692307692

VALORACIÓN	SATISFACCION ASE
	media
SI	2,25
NO	2,125

CRITERIOS	SATISFACCION ASE
	media
SI	2,047619048
NO	1,846153846

VALORACIÓN	SATISFACCION APOY
	media
SI	2,675
NO	2,875

CRITERIOS	SATISFACCION APOY
	media
SI	2,476190476
NO	2,230769231

VALORACIÓN	SATISFACCION REL
	media
SI	2,85
NO	3,625

CRITERIOS	SATISFACCION REL
	media
SI	2,666666667
NO	2,5

VALORACIÓN	SATISFACCION GEN
	media
SI	2,425
NO	2,625

CRITERIOS	SATISFACCION GEN
	media
SI	2,238095238
NO	1,961538462

R3

VALORACIÓN	SATISFACCION ORG
	media
SI	2,258064516
NO	2,133333333

CRITERIOS	SATISFACCION ORG
	media
SI	2,375
NO	1,766666667

VALORACIÓN	SATISFACCION CONT
	media
SI	2,387096774
NO	2,4

CRITERIOS	SATISFACCION CONT
	media
SI	2,5
NO	1,8

VALORACIÓN	SATISFACCION MET
	media
SI	2,161290323
NO	2

CRITERIOS	SATISFACCION MET
	media
SI	2,25
NO	1,633333333

VALORACIÓN	SATISFACCION ASE
	media
SI	3
NO	2,4

CRITERIOS	SATISFACCION ASE
	media
SI	2,875
NO	2,233333333

VALORACIÓN	SATISFACCION APOY
	media
SI	3,225806452
NO	2,733333333

CRITERIOS	SATISFACCION APOY
	media
SI	3,125
NO	2,366666667

VALORACIÓN	SATISFACCION REL
	media
SI	3,483870968
NO	2,866666667

CRITERIOS	SATISFACCION REL
	media
SI	3,3125
NO	2,533333333

VALORACIÓN	SATISFACCION GEN
	media
SI	2,838709677
NO	2,466666667

CRITERIOS	SATISFACCION GEN
	media
SI	2,8125
NO	2,133333333

BLOQUE III: MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 11. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1. Conclusiones y respuesta a los objetivos planteados
2. Límites del estudio y líneas futuras de investigación
3. Implicaciones para la práctica y recomendaciones

1. CONCLUSIONES Y RESPUESTA A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

Resulta imprescindible e irrenunciable en cualquier estudio dedicar un apartado a la exposición de las conclusiones más destacadas y relevantes que se han derivado del trabajo desarrollado, relacionándolas con los objetivos de partida que se marcaban como explicaciones de los interrogantes del estudio.

Llegados a este punto podemos afirmar que, a nuestro juicio, se han cumplido los principales objetivos planteados al inicio de esta investigación. El primero de ellos, relacionado con *la descripción y el análisis de los principales componentes pedagógicos presentes en el sistema de formación MIR de especialistas en Medicina de Familia*, ha sido abordado a través de una extensa exploración y revisión bibliográfica que constituye el marco teórico de este trabajo y de las aportaciones obtenidas del panel de expertos. Al segundo objetivo, más concreto que el anterior y centrado en *la descripción y el análisis de las prácticas en el diseño y la puesta en marcha de los procesos formativos de los residentes de MFyC de primer y tercer año al inicio de su rotación por el centro de salud*, se ha pretendido dar respuesta a través de un riguroso proceso metodológico y empírico. Su desarrollo y explotación nos ha permitido conocer cómo se desarrolla y se hace efectivo el plan individual de formación del residente de MFyC en los centros de salud docentes de la Región de Murcia, que es donde se ha situado el emplazamiento del estudio.

Seguidamente exponemos las conclusiones derivadas del trabajo desarrollado:

- En términos generales, la valoración realizada -tanto por los residentes (R1) como por los tutores (T1) participantes en nuestra investigación- de la *primera acogida y orientación del residente* en el centro de salud es muy positiva en todos los aspectos consultados. Este conocimiento inicial facilitado al residente de las personas, espacios, normas y cultura organizacional en que va a desarrollarse su formación favorecerá, sin lugar a dudas, tanto el proceso de adaptación del mismo a su nueva situación, como el inicio de la relación de tutorización y su integración en el Equipo de Atención Primaria (EAP). Únicamente señalar como área de mejora la explicación ofrecida al residente sobre los aspectos de la comunidad y de la zona de salud en los que se encuentra el centro que le ha sido asignado por constituir el aspecto más deficitario señalado tanto por tutores como por residentes.

- En cuanto al tipo de *relación y/contacto mantenido entre tutor y residente durante las rotaciones hospitalarias* que van a durar la mayor parte del primer año y segundo de residencia (antiguo Programa Oficial de la Especialidad) señalar que sólo en un 60% (según los R3) y en un 58% (T3) ha existido algún tipo de continuidad en la relación tutor-residente durante este periodo, influyendo indudablemente la distancia física y el tiempo. Una continuidad, que en los casos en que ha existido, se ha manifestado la mayor parte de las veces en reuniones o contactos de tipo informal y sin la elaboración de ningún tipo de documentación al respecto. Por otro lado, se advierte también que, durante este período de rotaciones externas al centro, los residentes en varios casos no contaron con el apoyo necesario de su tutor para colaborar en la solución de situaciones adversas. No obstante, existe la opinión unánime tanto de tutores (R1) como de residentes (R1) en considerar necesario y del todo conveniente para la formación de estos últimos el seguir manteniendo un contacto continuado y estructurado durante su estancia fuera del centro de salud. Por tanto, existen elementos esperanzadores para seguir trabajando en aras de una tutorización activa y continua.
- En general, tanto tutores como residentes reconocen la práctica de una *evaluación diagnóstica* efectuada por parte del tutor a su residente tanto en los primeros días de su estancia inicial como R1 en el centro de salud, como también al inicio de su rotación como R3 por AP. Una primera valoración en la que ambos colectivos destacan como elementos más importantes es el conocer la experiencia previa y las expectativas formativas del residente.
- En términos generales, la mayor parte de los participantes de esta investigación reconocen que el tutor comunicó al residente lo que debía aprender durante la rotación. Una *indicación de los objetivos docentes* que casi siempre se produjo de forma verbal y que fue bien valorada tanto en términos de cantidad como de calidad por ambos colectivos.
- En el *diseño del plan de formación del R* tanto tutores como residentes de primer y tercer año le otorgan a las necesidades del residente y al criterio y experiencia del tutor un mayor peso que al resto de elementos explorados (expectativas formativas del R y programa de la especialidad). Coinciden los

T1 y los T3 en conferirle mayor importancia al programa de la especialidad que sus respectivos residentes.

- En general, tanto tutores como residentes manifiestan que en el proceso formativo del residente se tuvieron en cuenta sus *ritmos de aprendizaje* de una manera bastante frecuente.
- Todos los participantes del estudio coinciden en destacar el aprovechamiento de las experiencias cotidianas del día a día como el *recurso formativo más utilizado* por los tutores por encima de los casos clínicos y de las actividades específicamente diseñadas con fines formativos.
- En general, existe plena coincidencia entre tutores y residentes en destacar tanto el aprendizaje en el contexto real o de campo como el autoaprendizaje como los *métodos más empleados* por el residente durante su estancia inicial en el centro de salud de entre los propuestos por el Programa Oficial de la Especialidad. Se advierte también que los residentes (R1 y R3) son más conscientes de su autoaprendizaje que sus tutores.
- Los tutores (tanto T1 como T3) aseguran haber mantenido más *reuniones de seguimiento y/o de valoración formativa* con sus residentes que las que reconocen haber tenido éstos últimos. La mayor parte de las reuniones ha sido de tipo informal, y siendo el tema más abordado en las mismas el referido a las dificultades o problemas surgidos al residente en su formación hasta ese momento. En la mayor parte de los casos, no suelen estructurarse estas reuniones mediante un calendario o cronograma, realizándose más sobre la marcha.
- Existe tanto entre residentes como entre tutores un porcentaje bastante elevado de coincidencia que reconocen no haber mantenido *sesiones formativas de feed-back* tutor-residente. Es preciso trabajar en este sentido, pues este tipo de encuentros de valoración del progreso seguido por el residente constituyen el mejor modo para detectar si los objetivos se están alcanzando de forma adecuada y, en caso contrario, realizar los reajustes necesarios para que mejore el proceso formativo del residente.

- Se debe perfilar más y mejor en la *comunicación y clarificación de los criterios de evaluación* por parte del tutor al residente, pues existen porcentajes muy elevados que reconocen no haber realizado esta tarea. Una labor fundamental para que los residentes formen parte y participen en su propio proceso de evaluación, discutiendo los criterios, su aplicación y el resultado de la misma.
- Tanto residentes como tutores tienden a considerar su propia participación en *la toma de decisiones* sobre cuestiones formativas por encima de lo considerado por su pareja docente. Pero ambos compensan esta diferencia refiriendo que comparten este protagonismo por encima de su propia opinión.
- En general, las enfermeras del cupo docente son las que más *colaboran en la formación del residente* después del propio tutor y por encima de otros profesionales del centro como otros tutores, administrativos, trabajadores sociales, matronas, fisioterapeutas, pediatras, otros residentes, etc.
- La *valoración general del grado de satisfacción* tanto de tutores como de residentes es muy positiva, siendo un poco más elevada en el caso de los residentes. En cuanto a los aspectos consultados a un nivel más específico, todos los participantes muestran una mayor satisfacción en aquellos elementos que dependen en mayor medida de la disposición y actitud del tutor como son: la relación mantenida, el apoyo ofrecido y el asesoramiento prestado al residente (en este mismo orden). Por contra, son los aspectos de tipo organizativo y metodológico los que obtienen una peor valoración.
- En términos generales, todos los participantes manifiestan un alto *grado de implicación en el proceso formativo*, siendo un poco más elevado el manifestado por los residentes que por los tutores.
- En general, tanto para tutores como para residentes *el estilo de planificación docente del tutor* se caracteriza por ser algo más oportunista que planificado, pero siendo las diferencias muy poco significativas como para poder definir un perfil claro. Por otro lado, los residentes (tanto los R1 como los R3) perciben la planificación del tutor como más sistematizada y estructurada que los tutores y éstos, a su vez, la perciben como más oportunista y espontánea que los residentes.

- *La carencia de recursos* para la correcta planificación de la actividad docente (tiempo, espacios, formación y materiales) es mucho más percibida por los tutores que por los residentes. Quizás, se debería averiguar si esta queja está fundamentada en todos los casos o es utilizada por los tutores para justificar su falta de competencia clínica y docente.
- Se reconoce una *mayor satisfacción de los implicados cuando el proceso formativo está más planificado*, apareciendo los aspectos “humanos” de la tutorización (asesoramiento, apoyo, relación) como más relevantes en conseguir la satisfacción que los más propios de la programación (métodos, contenidos, organización).
- En términos generales, se reconoce un *sistema consistente* (elevada coincidencia entre tutores y residentes), *rico en programación* de la actividad docente y *con gran variabilidad*.
- Según la opinión de los expertos consultados¹ la forma en que los tutores programan su labor docente está caracterizada por la improvisación, la voluntad individual (tanto de residentes como de tutores) y la observación directa. Expresado en sus mismas palabras:

“Creo que el modelo teórico de programación didáctica no es explícito o suficientemente explícito en el día a día entre residente y tutor...”

“No creo que en la realidad ningún tutor o centro o unidad de forma deliberada, consciente y real se dirijan hacia las competencias que tiene que aprender el médico de familia, sino más bien en la adaptación del residente al modelo de práctica que realiza el tutor en ese centro....”

“Mira como hago, pregunta y aprende. Haz lo que puedas y cuando tengas dudas preguntas. Considero que los tutores no se plantean un modelo práctico ni teórico de programación didáctica....”

“Al no poseer la formación pedagógica necesaria, en la mayoría de los casos, la formación del residente de MFyC se basa en actividades que no presuponen demasiada estructuración....”

- La información obtenida del cuestionario aplicado nos permite matizar en parte la opinión ofrecida por los expertos. Si bien en la actividad docente de los tutores está muy presente la espontaneidad y la improvisación, existen importantes elementos de programación que hay que saber extraerlos e identificarlos porque son propios de un contexto práctico de formación.

¹ Información obtenida de las aportaciones realizadas por los expertos participantes en el panel desarrollado en las primeras fases de esta investigación (v. anexo 14: Análisis de contenido de la información obtenida).

A continuación se aportan también una serie de consideraciones y líneas de reflexión que ha suscitado el estudio realizado:

- La aplicabilidad, en nuestro estudio, se traduce en la descripción de la realidad existente para un posterior diseño de propuestas de mejora, que propicien la construcción de un modelo eficiente de formación MIR de MFyC que contribuya a la consecución de futuros profesionales de la salud valiosos para su práctica profesional con los pacientes y la Comunidad.
- El trabajo realizado constituye una evaluación de la programación real y de la satisfacción en la rotación inicial del residente de MFyC por el centro de salud a caballo entre el antiguo y el nuevo Programa de la Especialidad.
- Por tanto, se trata de un trabajo que puede servir para ordenar mejor la función docente en el contexto estudiado (la formación MIR de MFyC) desde sus fortalezas. Es decir, aunque es necesario adaptar y mejorar la estructura y el proceso docente no se ha de olvidar que el sistema MIR es un sistema natural de aprendizaje cuyo éxito está más que demostrado.
- La red docente de la Región de Murcia (tutores, residentes y UU.DD), parece con la suficiente riqueza de actividades y matices docentes, para asumir con éxito los retos que plantea la implantación del nuevo programa e ir incorporando los métodos de programación y evaluación formativa propuestos (Libro del Residente y el Portafolio Docente).
- Todo el proceso de investigación se ha caracterizado por el diálogo y la cooperación con los expertos, sociedades científicas, especialistas en formación, profesionales de los centros acreditados, etc., es decir, con todos cuantos constituyen el dispositivo docente, al servicio de la atención sanitaria.
- Esta investigación supone un paso más hacia la garantía de la calidad en la formación de los futuros especialistas al: aumentar la participación de los implicados (tutores y residentes); favorecer y desarrollar el intercambio de información y de experiencias; promover la cooperación de las autoridades responsables, y añadir a la reflexión interna que tiene lugar en cada una de las Unidades Docentes y centros de salud, un elemento de reflexión externa, que

se constituye en un proceso de cooperación, consulta y asesoramiento pedagógico.

- La comunicación de las experiencias docentes desde el punto de vista del residente no se ha prodigado mucho. El denominador común de lo que se presenta es una satisfacción importante del colectivo, que valora de manera muy especial el estrecho vínculo del residente con su tutor, cargado de relación interpersonal-profesional con indudables repercusiones en un mutuo enriquecimiento. Sin duda, en los próximos años el mantenimiento de la calidad del colectivo va a implicar la exigencia de un adecuado entrenamiento en metodología docente, herramientas de tutorización e incluso elementos pedagógicos aplicados a la tutorización.
- Una planificación de la formación individual puede aportar muchas ventajas sobre la formación general, que básicamente se resumen en más motivación y compromiso, más conocimiento y control sobre los resultados de aprendizaje y, en definitiva, mayor calidad de la formación.
- La incorporación del residente en la actividad del centro sin un plan de formación individual, deja el aprendizaje del residente expuesto a las circunstancias azarosas del contexto, lo que se ha denominado aprendizaje oportunista, de modo que la presión asistencial, sus preferencias o temores, pueden hacer que finalice el período de residencia sin que su programa se haya completado en determinadas áreas o que no haya desarrollado alguna de las competencias básicas.
- Las estrategias docentes que se basan en una mera transmisión de la información sobre la marcha sin haberlas planificado ni preparado no son siempre las más idóneas. Es decir, el modelo por el que el residente aprende por el mero hecho de acompañar a su tutor y seguir las actividades diarias para al cabo de cuatro años de residencia considerarse ya capacitado no es el más conveniente. La espontaneidad y la flexibilidad son importantes, ya que la adquisición de las competencias ha de estar por encima del método o de cómo se llegue a esa formación con las distintas rotaciones requeridas, pero se han de concretar unos objetivos, contenidos y estrategias en el proceso de aprendizaje.

2. LÍMITES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Cabe mencionar que la mayoría de las veces, los resultados y conclusiones que se plantean en una investigación no resuelven en su totalidad las cuestiones que propiciaron su nacimiento y desarrollo. Más aún, resultan provisionales y necesitadas de profundización, sobre todo cuando emergen de una realidad amplia y compleja como la que nos ocupa. A su vez, todo proceso de investigación suscita nuevos problemas e interrogantes y por lo tanto, es fuente y apertura de nuevas líneas de investigación.

En nuestro caso, las principales limitaciones del estudio están relacionadas con la *valoración y optimización del diseño y el desarrollo del plan de formación individual del residente de MFyC*. En este sentido, hay mucho análisis pendiente por realizar con los datos de este estudio sobre los resultados del cuestionario, en relación con la satisfacción, con el estilo de programación, etc. También el trabajo desarrollado plantea nuevos interrogantes sobre:

- Prácticas específicas de programación y proceso docente en la red señaladas como relevantes en este estudio.
- La evolución de la programación docente tras la implantación del nuevo programa y el aprendizaje producido.
- La variabilidad de la práctica docente de los tutores y los resultados obtenidos.

Por tanto, la riqueza de la reflexión y de las propuestas que se presentan en esta investigación son de gran utilidad de cara a orientar las líneas de acción y los objetivos en materia de formación de especialistas. La investigación también habría de ir a buscar las relaciones entre calidad de enseñanza y resultados de aprendizaje, que permitieran orientar la formación de tutores y los procesos de acreditación y reacreditación para esta tarea. En este sentido, sería conveniente seguir profundizando en la tutorización, en relación a cómo piensa y actúa un tutor que diera más pistas sobre la vivencia de esta tarea, sobre la excelencia, sobre como se fomenta el aprendizaje reflexivo, etc.

3. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se sugieren para mejorar la formación y la planificación de la formación MIR en MFyC se hacen desde la conciencia que han de ir acompañadas de otros cambios vinculados a mejoras en las condiciones de trabajo y en recursos (más tiempo para la docencia, menos presión asistencial...) puesto que de poco sirve desarrollar medidas o instrumentos de planificación formativa si el contexto no posibilita ponerlas en práctica y, por lo tanto, actuar con competencia. Algunas de las recomendaciones que se hacen en este sentido son sólo una reafirmación de las que ya se han adelantado por otros autores y que los responsables de la formación se han ocupado, en algunos casos y en otros no, de poner en marcha.

Dichas recomendaciones aparecen presentadas de dos formas. Primero, a un nivel general, y que afectan a toda la estructura del sistema de formación especializada de MFyC y después, a un nivel más específico y que se concretan en propuestas de mejora de los programas de formación de especialistas en Medicina de Familia.

Propuestas de carácter general:

A nivel estatal (Administraciones de Sanidad y Educación y Comisión Nacional)

- Valorar y reconocer al sistema MIR como un pilar fundamental en la mejora de calidad del sistema sanitario español.
- Mejorar la regulación, concreción y control de las condiciones de acreditación y de desarrollo de los requisitos y obligaciones docentes, con el fin de que se garantice una mínima calidad clínica y docente y una cierta homogeneidad en la formación alcanzada.
- Modificar y mejorar el sistema de evaluación de los residentes. Modificación que se plantea en la línea de profundizar en los sistemas de evaluación formativa.
- Reconocer e incentivar la participación docente de los tutores.

A nivel de los órganos de gestión de los centros (Gerencias, Coordinadores,...)

- Considerar la docencia postgrado como objetivo de primer orden para la institución, componente principal del contrato social de la misma con la comunidad y motivo de prestigio para la institución y sus profesionales.
- Cumplir el programa docente desde de la institución y no modificarlo por necesidades asistenciales.
- Considerar el tiempo dedicado a la docencia como tiempo productivo.

A nivel de los responsables docentes de los centros (Unidad Docente):

- Elaborar protocolos docentes, entendidos como la adaptación del desarrollo del Programa Docente a los respectivos servicios y unidades.
- Elaborar, por parte de los tutores, programas individualizados para cada residente, que deben entregarse al interesado, a la Unidad Docente y a la Comisión Docente.
- Participar en el proceso de evaluación continuada de los residentes, y asimismo facilitar que los residentes pongan en marcha un proceso de autoevaluación de la Unidad.
- Recoger la opinión y las principales necesidades tanto de tutores como de residentes en la formulación de los objetivos formativos de cada Unidad Docente e ir actualizando continuamente dicha información.

A nivel de los tutores de MFyC:

- Participar en el proceso de evaluación continuada de los residentes, y asimismo facilitar que los residentes pongan en marcha un proceso de autoevaluación de la Unidad.
- Tratar de conocer personalmente al residente, de una forma básica, de acuerdo a las necesidades que tiene el tutor para intentar ayudarlo a su formación.
- Conocer sus expectativas formativas y personales.

- Identificar sus fortalezas y sus debilidades desde el punto de vista profesional.
- Identificar los posibles problemas y dificultades que pudieran surgir y establecer medidas correctoras.
- Establecer unos objetivos específicos de formación dentro de los objetivos que marca el programa docente.
- Elaborar y pactar con el residente una programación formativa o Plan de Formación Individualizado, para llevar a cabo en su periodo de residencia.
- Llevar a cabo actividades y tareas docentes incluidas dentro de su proceso formativo.
- Tratar que el residente se implique al máximo y participe en su proceso de formación.
- Intentar que todos los residentes en formación tengan las mismas oportunidades de aprendizaje y un reparto de recursos docentes igualitario.

Propuestas de mejora de los programas de formación de especialistas de MFyC

Identificar los puntos fuertes y los puntos débiles de los programas permitirá adoptar medidas para potenciar el óptimo desarrollo de los mismos. Una buena parte de los puntos débiles en la aplicación de los programas se debe a cuestiones estructurales que se han señalado anteriormente y, que deben resolverse con una política para la mejora de la estructura docente de formación de especialistas y un proyecto docente de centro, si bien hay muchas acciones que deben y pueden realizarse en el seno de las Unidades Docentes, fundamentalmente por los tutores y otros colaboradores docentes.

A nivel estatal (Administraciones de Sanidad y Educación y Comisión Nacional)

- La elaboración de un buen Programa Formativo para la Especialidad constituye el mejor punto de partida para el diseño del programa de formación individual del residente. Este es el caso del último programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC. Aunque se trata de programa muy amplio especifica

perfectamente las competencias y objetivos necesarios para alcanzar el perfil profesional del Médico de Familia. Además no es nada prescriptivo ni rígido, lo que permite su adaptación al contexto de las Unidades Docentes y de los centros de salud.

A nivel autonómico (Administración Autonómica)

- Una política autonómica sería sobre formación de especialistas que asuma su protagonismo en este tema, complemente las competencias nacionales y se oriente a la mejora de la estructura docente y de los procesos formativos a través de las siguientes tareas²: participación en los sistemas de acreditación y reacreditación de centros y de tutores; gestión de los recursos necesarios; colaboración en la formación específica de los tutores y desarrollo de la carrera profesional para aquellos que colaboran en la formación de especialistas.

A nivel de los órganos de gestión de los centros (Gerencias y Unidades Docentes)

- Un proyecto docente de centro para el desarrollo de los programas de formación en los hospitales y centros de salud. En este un nivel intermedio en el que cobra especial importancia la estructura organizativa y los recursos disponibles, ya que en el contexto de centro o UDD son muchas las variables conflictivas que afectan al desarrollo del programa (presión asistencial, falta de recursos, distribución de las cargas de trabajo, relaciones personales, intereses corporativos, deficiente organización, etc.)³. En este sentido, es esencial la colaboración de todos los actores que intervienen en la docencia (Dirección Médica, Coordinador de la UD, Comisión de Docencia, tutores, residentes...) para definir correctamente el proyecto de acción docente. Dicho proyecto debe hacerse explícito en un documento donde quede definida la misión docente del centro/UD, declaración de principios y valores, partiendo de los que se reflejan en la LOPS (arts. 11 y 12), características del centro, estructura organizativa de la docencia, equipo de tutores y de gestión de la docencia, órganos de representación de los residentes y tutores

² Asociación de Redes de Comisiones de Docencia y Asesoras (2007): La evaluación de la formación especializada como garantía de la calidad del sistema de salud. *Educación Médica*; 10 (1).

³ Vicent, M. D. (2003): "Estructura organizativa y propuestas de futuro de la Formación Especializada en la Comunidad de Madrid". En: *Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid: Agenda Laín Entralgo; p. 62-68.

(Comisión Asesora), normas comunes de funcionamiento (planificación de guardias), objetivos relacionados con la docencia en los planes estratégicos y de calidad de los centros, plan de acogida de los residentes, programa de formación transversal/común a las distintas especialidades que deben realizar los residentes, sesiones generales, organización de actividades de formación y actualización pedagógica, etc. En definitiva, un proyecto que haya analizado su realidad concreta y permita dar a conocer a todos los implicados en la docencia el compromiso del centro con esta labor.

A nivel de los tutores de MFyC:

- El tutor debe establecer su propio proceso de desarrollo profesional continuo con la ayuda institucional que precise, de modo que pueda estar perfectamente actualizado en la propia especialidad, así como en la metodología docente y de investigación. Asimismo, debe tener un conocimiento exhaustivo del POE, con objeto de realizar la adaptación al contexto de su centro, la individualización a su residente concreto y para la clara identificación de los resultados de aprendizaje que se pretende alcanzar. Es también fundamental la información y la negociación del programa definitivo con los residentes, tal como se ha expuesto anteriormente, y es imprescindible evaluar el aprendizaje y el desarrollo del programa, ya que es muy importante que tanto tutores como residentes perciban que el aprendizaje producido es resultado de su esfuerzo personal y colegiado.

RELACIÓN DE SIGLAS

ABS: Área Básica de Salud

AMEE: Association of Medical Schools in Europe

AP: Atención Primaria

APS: Atención Primaria de Salud

BOE: Boletín Oficial del Estado

CNE: Comisión Nacional de la Especialidad

CARM: Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

CS: Centro de Salud

EAP: Equipo de Atención Primaria

IES: Instituto de Estudios de la Salud

LOPS: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

MEF: Médico Especialista en Formación

MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria

MIR: Médico Interno Residente

OMS: Organización Mundial de la Salud

PIFR: Plan Individual de Formación del Residente

POE: Programa Oficial de la Especialidad

R 1: Residente de primer año

R 2: Residente de segundo año

R 3: Residente de tercer año

SEDEM: Sociedad Española de Educación Médica

SemFyC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

SMMFyC: Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria

T1: Tutor de residente de primer año

T3: Tutor de residente de tercer año

UD: Unidad Docente

UUDD: Unidades Docentes

WFME: World Federation of Medical Education

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INDICE

EXPERIENCIAS DOCENTES EN MATERIA DE PLANIFICACIÓN

1. La elaboración de una guía docente	653
2. ¿Cómo realizar un plan de aprendizaje del tercer año con mi residente?	660
3. El contrato de residentes	663
4. La planificación docente en Educación Médica.....	668
5. La planificación de la formación desde una organización	670
6. ¿Cómo elaborar un proyecto docente?.....	672
7. La planificación de la formación sanitaria especializada	674

PANEL DE EXPERTOS

8. Perfil de selección de la muestra	681
9. Protocolo de información a la muestra.....	683
10. Cuestionario para el panel de expertos.....	685
11. Comunicación via-mail con los expertos	687
12. Carta de presentación del cuestionario	689
13. Respuesta de los expertos.....	693
14. Análisis de contenido de la información recogida.....	711
15. Devolución a los expertos de los resultados obtenidos	715

CUESTIONARIO

16. Versión inicial del cuestionario	717
17. Carta de presentación del cuestionario	723
18. Análisis de fiabilidad del cuestionario.....	725
19. Versión definitiva del cuestionario de R1.....	729
20. Versión definitiva del cuestionario de T1	741
21. Versión definitiva del cuestionario de R3.....	753
22. Versión definitiva del cuestionario de T3.....	765
23. Protocolo de cumplimentación del cuestionario.....	777

8. Anexo: Perfil de selección de la muestra

PERFIL DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Definición de la población de la muestra:

- Pedagogos relacionados con la formación MIR de MFyC
- Médicos de Familia relacionados con la formación MIR de MFyC

Definición de la muestra:

Médicos de Familia:

- De España
- De distintas Comunidades Autónomas
- Mujeres y hombres: por sexo
- Relacionados con la formación MIR de MFyC:

Pertenciente a Sociedades científicas (MFyC, Educación Médica,...)

Coordinación de Unidad Docente de MFyC

Colaborador con Unidad Docente de MFyC

Técnico de Salud de Unidad Docente de MFyC

Tutores de Atención Primaria

Pertenciente a la Comisión Nacional de la Especialidad

Pertenciente a Unidades de Educación Médica

Pedagogos:

- Del ámbito universitario
- De España
- De distintas Comunidades Autónomas
- Mujeres y hombres: por sexo
- Relacionados con la formación MIR a través de su colaboración en:

Sociedades Científicas de Educación Médica

Unidades Docentes de MFyC

Institutos de Ciencias de la Salud

Unidades de Educación Médica

8. Anexo: Perfil de selección de la muestra

PROTOCOLO DE INFORMACIÓN A LA MUESTRA

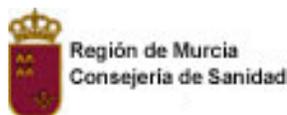
- Buenos días, hablo con D./Dña...., muy bien. Mi nombre es Eduardo Romero Sánchez y soy Becario de Investigación de la Universidad de Murcia. Hemos contactado con usted en su calidad de experto como ...
- Actualmente desde la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e investigación de la Región de Murcia y en coordinación con las 3 Unidades Docentes se está desarrollando un Proyecto de investigación que pretende “analizar el proceso de enseñanza-aprendizaje en el tercer año de formación de los residentes de Medicina de Familia en los Centros de Salud”

En este sentido:

- ¿Participaría usted como experto en la cumplimentación de un cuestionario acerca de un asunto relacionado con la formación de especialistas sanitarios y más concretamente con la programación didáctica como función docente de los médicos de MFyC?
- ¿Está conforme con que se le envíe por correo electrónico la documentación necesaria, con todas las indicaciones, para poder responder?
- Esta información la recibirá usted durante la semana del 20 al 24 de junio.
- Y será a principios de septiembre, cuando procederemos a enviarle el primer cuestionario con 15 días de plazo para contestarlo.
- Le garantizamos en todo momento el anonimato y confidencialidad de la información recogida.
- Y por ultimo, quisiéramos manifestarle nuestro más sincero agradecimiento por la atención prestada y/o por su predisposición y desinteresada colaboración.

9. Anexo: Protocolo de información a la muestra

10. Anexo: Cuestionario para el panel de expertos



Plazo de Respuesta:

De entrada queremos manifestarle nuestro más sincero agradecimiento por su predisposición y desinteresada colaboración en la cumplimentación de este cuestionario.

Es importante aclarar desde el principio que la información recogida en el mismo va a ser custodiada en todo momento por el Grupo de Investigación para su análisis y tratamiento con fines exclusivamente científicos por lo que se garantiza el anonimato y confidencialidad de la misma.

En el grupo de expertos seleccionado existe una amplia representación tanto de profesionales del ámbito médico como del pedagógico/educativo, ya que la información requerida se encuentra estrechamente relacionada con la aplicación de procesos de enseñanza/aprendizaje en el contexto médico (los Centros de Salud acreditados para la docencia MIR). No obstante, todos los expertos cuentan con una amplia experiencia en docencia en la práctica clínica.

Reciba un cordial saludo de:



Fdo. Francisco Molina Durán

Francisco Molina Durán
Investigador Principal



Eduardo Romero Sánchez
Universidad de Murcia

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

10. Anexo: Cuestionario para el panel de expertos

CUESTIONES:

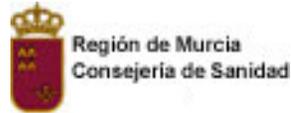
- 1. ¿Qué modelo teórico de programación didáctica subyace en la formación postgrado de la especialidad de MFyC, concretamente la que se establece al inicio del tercer año de residencia (antiguo programa de la especialidad) y/o al inicio del primer año de residencia (nuevo programa de la especialidad)? Intente identificarlo y explicar de qué manera se expresa en la realidad.**

Los descriptores en los que se encuadra dicho modelo podrían ser:

- Aprendizaje mediante la práctica profesional programada y supervisada
- Entrenamiento profesional en el lugar de trabajo
- Adquisición de competencias profesionales
- Perfil profesional del médico de familia
- Autoaprendizaje
- Aprendizaje de campo
- Aprendizaje colaborativo
- Relación residente-tutor
- Evaluación formativa

- 2. Fundamentar un modelo de programación didáctica coherente con las finalidades y objetivos de la docencia MIR de MFyC y con el nuevo Programa de la Especialidad.**

11. Anexo: Comunicación vía mail con los expertos



Estimado Sr./Sra.:

Desde la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y en coordinación con las tres Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria se está llevando a cabo un proyecto de investigación que pretende “analizar el proceso de enseñanza-aprendizaje en el tercer año de formación de los residentes de Medicina de Familia en los Centros de Salud”.

En este sentido, nos gustaría invitarle a participar como experto en la cumplimentación de un cuestionario acerca de un asunto relacionado con la formación de especialistas sanitarios y más concretamente con la programación didáctica como función docente de los médicos de MFyC.

Para ello, se le envían dos archivos adjuntos: por un lado, una carta de presentación de esta iniciativa y de su invitación y por el otro, el cuestionario en sí.

Queda garantizado en todo momento el anonimato y confidencialidad de la información recogida.

Y por último, quisiéramos manifestarle nuestro más sincero agradecimiento por la atención prestada y/o por su predisposición y desinteresada colaboración. Reciba un cordial saludo de:

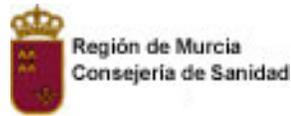
Fdo. Francisco Molina Durán

Francisco Molina Durán
Investigador Principal

Eduardo Romero Sánchez
Universidad de Murcia

11. Anexo: Comunicación vía mail con los expertos

12. Anexo: Carta de presentación del cuestionario



En Murcia, a 28 de septiembre de 2005

Estimado amigo/a:

En Mayo de 1997, la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, constituye un grupo de investigación multiprofesional denominado “Aprendiendo Juntos”, integrado por Médicos Tutores, Enfermeras, Residentes, Técnicas de Salud, el Coordinador de la Unidad Docente y profesionales de la Educación¹. Desde entonces, se pone en marcha una línea de investigación con la finalidad de “analizar y mejorar los procesos formativos durante la residencia de MFyC en los centros de salud docentes”.

En la actualidad, se trabaja en un proyecto de investigación² con el objetivo de “analizar el proceso de enseñanza-aprendizaje en el tercer año de formación de los residentes de Medicina de Familia en los Centros de Salud”. Y más concretamente, pretende: “indagar en las expectativas y los valores de Tutores, Residentes y Enfermeras, en la Programación Didáctica que diseñan y desarrollan los primeros, la percepción y satisfacción de todos ellos y el Clima Organizacional creado”.

Como acabamos de comentar, uno de los aspectos en los que pretende profundizar dicha investigación es en la *programación didáctica* que se establece entre tutor y residente durante el período de formación especializada, concretamente al inicio del tercer año de residencia (antiguo programa de la especialidad) y al inicio del primer año de residencia (nuevo programa de la especialidad).

¹ Concretamente de los Departamentos de Didáctica y Organización Escolar y de Teoría e Historia de la Educación de la Universidad de Murcia.

² Proyecto de Investigación (2004-2007) al amparo del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I) y financiado por el Instituto de Salud Carlos III - Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS).

12. Anexo: Carta de presentación del cuestionario

Y es que una de las principales funciones del tutor de Medicina de Familia es responsabilizarse de la ejecución del programa docente de la especialidad en los centros de salud con su residente. Para lo cual, deberá adecuar el cronograma del período formativo a las necesidades y características personales de cada residente mediante la elaboración de un Plan Individual de Formación.

Este “contacto de aprendizaje” o Plan Individual de Formación como tal debería ser un documento consensuado que contenga unos mínimos para el tutor y el residente, y que ambos se comprometan a respetar y realizar. Una programación temporalizada y estructurada en base a las competencias profesionales (asistenciales, docentes e investigadoras) que se pretenden adquirir por el residente durante su período de especialización.

La primera tarea que realizamos para aproximarnos a nuestro objeto de estudio consistió en una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre programación didáctica/diseño y desarrollo curricular tanto en la literatura pedagógica como en la médica (libros, revistas de impacto y artículos científicos). Así, obtuvimos un primer boceto de aproximación a la realidad.

Pero necesitamos un modelo teórico de referencia que desde el campo de la pedagogía nos permita explicar de la forma más adecuada posible la información que deseamos recoger.

Sin embargo, pensamos que el reconocimiento de este modelo no sería suficiente si no se recogiera la opinión y la experiencia de los verdaderos expertos en la materia (los tutores de formación, las sociedades científicas y los responsables directos en la organización de la formación de especialistas) es decir, con todos cuantos constituyen el dispositivo docente, al servicio de la atención sanitaria de los ciudadanos.

Por este motivo, optamos por desarrollar la técnica del panel de expertos consistente en la selección de un grupo de expertos a los que se les pregunta su opinión sobre cuestiones referidas a un tema concreto mediante un cuestionario. Las opiniones de los expertos se realizan en sucesivas rondas, anónimas, al objeto de tratar de conseguir consenso, pero con la máxima autonomía por parte de los participantes.

12. Anexo: Carta de presentación del cuestionario

En el grupo de expertos seleccionado existe una amplia representación tanto de profesionales del ámbito médico como del pedagógico/educativo, ya que la información requerida se encuentra estrechamente relacionada con la aplicación de procesos de enseñanza/aprendizaje en el contexto médico (los Centros de Salud acreditados para la docencia MIR). No obstante, todos los expertos cuentan con una amplia experiencia en docencia en la práctica clínica.

Desde la dirección de este proyecto animamos a todos los expertos seleccionados, como usted, a participar y colaborar con nosotros en este apasionante proceso de trabajar en la formación de nuestros especialistas que, en definitiva, protagonizarán el futuro de nuestro sistema sanitario.

Compartir el conocimiento es un acto de generosidad pero, sobre todo, es el cumplimiento de un compromiso ético y una característica vocacional que nos debería distinguir a todos nosotros como profesionales sanitarios en continuo proceso de aprendizaje.

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

Muchas gracias por la atención prestada y por su colaboración.



Fdo. Francisco Molina Durán

Francisco Molina Durán
Investigador Principal



Eduardo Romero Sánchez
Universidad de Murcia

12. Anexo: Carta de presentación del cuestionario

13. Anexo: Respuesta de los expertos

CUESTIONARIO: 1MD

Creo que el modelo teórico de programación didáctica no es explícito o suficientemente explícito en el día a día entre residente y tutor (y/o centro de salud). Creo que en la realidad se construye como un modelo basado en el aprendizaje de adultos en la práctica entre tutor y residente con la estrategia docente de la tutoría.

Aunque creo que “invisible” (más o menos) existen elementos de la teoría de aprendizaje social profesional donde hay elementos de aprendizaje cooperativo entre residentes y este autoaprende fijándose en un modelo que es el tutor centrándose la docencia en la relación residente tutor.

Por otro lado el programa oficial habla claramente de aprendizaje orientado en competencias y cuyo eje es la práctica del residente tutelado por un profesional experimentado (tutor). Aunque, insisto, no creo que en la realidad ningún tutor o centro o unidad de forma deliberada, consciente y real se dirijan hacia las competencias que tiene que aprender el médico de familia, sino más bien en la adaptación del residente al modelo de práctica que realiza el tutor en ese centro que puede ser diferente o igual a otro tutor del mismo u otro centro y que probablemente ellos se han adaptado a las demandas del servicio de salud correspondiente.

Creo que no existe realmente aprendizaje multiprofesional, aunque desde un modelo teórico si debiera existir por las competencias y desempeño profesional del médico de familia.

En todo caso la ideología o paradigma teórico creo es el constructivismo (con las variantes o matizaciones que se quieran) mediante el aprendizaje significativo de adultos en la práctica y con la estrategia docente de tutoría .

CUESTIONARIO: 2PT

Se podría definir como un modelo que engloba todos los descriptores sugeridos más abajo. Según los casos (es decir el nivel de capacitación docente de cada tutor/a y dependiendo también de la relación tutor/residente que se establezca y el contexto asistencial en que se desarrolla el aprendizaje) el modelo se ve modulado.

13. Anexo: Respuesta de los expertos

En general creo que se trata de un aprendizaje compartido (colaborativo) tutor/residente, complementado con las directrices marcadas desde:

- *La Unidad Docente de MFyC, teniendo en cuenta entre otras:*
 - a. *Programa de la especialidad y Legislación vigente*
 - b. *Recomendaciones y mandatos del Servicio de Salud autonómico*
 - c. *Comisión de Docencia del Hospital*
 - d. *Análisis de necesidades detectadas en talleres de tutores y en la relación tutor/MIR*
 - e. *Análisis evaluativos previos*
 - f. *Encuestas y entrevistas con MIR...*

En mi opinión el modelo fundamental debería basarse en un Aprendizaje Basado en Resolución de Problemas en la etapa inicial (para identificación de lagunas formativas en MIR –adultos-), complementado fundamentalmente con estrategias de formación en escenarios de bajo riesgo y con aportaciones metodológicas de los tutores y otros responsables del programa que permitan básicamente:

1. *Disminuir la incertidumbre (y asumir la que sea razonable) para la toma de decisiones clínicas y el razonamiento clínico*
2. *Disminuir la Variabilidad de causa común*
3. *Implicando al paciente (ACP)*
4. *Promover herramientas de autoformación eficientes*
5. *Evaluación formativa continua*
6. *Reflexión de los principios éticos pertinentes en cada situación y contexto legal pertinente*
7. *Análisis y evaluación continua de la metodología comunicativa empleada en la relación médico paciente*
8. *Mejorar la gestión clínica de los MIR*

En resumen creo que lo oportuno es un aprendizaje colaborativo, supervisado (tutelado) que emplee métodos de enseñanza/aprendizaje centrados en el MIR y con transmisión de los valores y competencias fundamentales para un MF. Potenciar escenarios de aprendizaje colegiado y de evaluación democrática.

13. Anexo: Respuesta de los expertos

CUESTIONARIO: 3RG

En primer lugar señalaré algunos de los descriptores que, desde mi punto de vista, están presentes, en el modelo teórico de programación didáctica que subyace en la actual formación de la especialidad de MFyC:

- *Es una formación que potencia el entrenamiento profesional en el lugar de trabajo.*
- *Este entrenamiento va dirigido a la adquisición de competencias.*
- *El autoaprendizaje es una realidad que se da en los procesos de formación, aunque no siempre está debidamente orientado desde las unidades docentes o desde los tutores.*

Si tuviera que definir el modelo teórico de programación didáctica que ha estado presente y que todavía subyace en la formación, pondría el énfasis en un modelo caracterizado claramente por "haz lo que puedas". Con esto quiero decir que el modelo ha estado en manos de la improvisación y en la voluntad individual (tanto de residentes como de tutores y tutoras). La idea que ha estado presente es que la mera observación de lo que se ve en el contexto profesional, así como la asistencia a pacientes nos está profesionalizando y especializándonos en nuestra profesión. No se ha tenido en cuenta que el medio laboral aunque es el medio ideal para profesionalizar también puede tener un gran poder desprofesionalizador.

En este modelo de programación basado en la improvisación tiene un gran peso la observación abierta y la transmisión de información. También es importante, aunque en muchas ocasiones no es así, la relación tutor/residente en la que se ponen en común cuestiones relevantes para su profundización.

En este modelo el proceso de enseñanza-aprendizaje no está claramente estructurado, en cuanto a las estrategias adecuadas ni los contextos en los que se va a dar importancia a un elemento u otro de este binomio.

La evaluación no es formativa, al menos no está pautada como tal. Por lo que es una evaluación final que normalmente consiste en rellenar un formulario y en la corrección de los trabajos asignados.

13. Anexo: Respuesta de los expertos

El nuevo programa de la especialidad pone más el énfasis en el autoaprendizaje y el desarrollo competencial específico. Esto traducido al modelo de programación didáctica supone:

La formación es cuestión tanto de los tutores como de los residentes. Los tutores tendrán un papel de orientadores, facilitadores en la construcción del conocimiento científico, procedimental y actitudinal. Los residentes son los verdaderos protagonistas y responsables de la formación.

La programación didáctica ha de contar con los objetivos, contenidos, estrategias de enseñanza-aprendizaje y la evaluación formativa necesaria para cada una de las etapas y de los contextos en los que va a trabajar el residente. En este proceso formativo se requiere que la formación esté claramente pautada y definida. Esto hará que el residente se comprometa claramente con su formación.

CUESTIONARIO: 4MR

En el nuevo programa de la especialidad de MFyC aparece un apartado que hace referencia a la metodología docente a utilizar (autoaprendizaje, aprendizaje de campo, clases, trabajo grupal y talleres), pero el programa da más importancia al cumplimiento de los objetivos docentes que a la metodología a utilizar, quizás esto pone de manifiesto el desconocimiento de médicas y médicos de familia en materia docente.

Yo considero que el modelo teórico que subyace en el nuevo programa de la especialidad de MFyC y también en el anterior, es el aprendizaje mediante la práctica profesional programada y supervisada que utiliza diferentes métodos docentes y con un papel muy importante del tutor.

*¿Cómo se expresa este modelo en la realidad? “Mira como hago, pregunta y aprende”
“Haz lo que puedas y cuando tengas dudas preguntas”*

Considero que los tutores no se plantean un modelo práctico ni teórico de programación didáctica, desconocen bastante el programa de la especialidad, el antiguo y el nuevo, y no prestan mucha atención a instrumentos como el “libro amarillo” (en extinción).

13. Anexo: Respuesta de los expertos

CUESTIONARIO: 5SLL

Por este planteamiento entiendo que se me pide una reflexión, definición o concepto sobre el modelo que utilizamos o deberíamos utilizar los médicos de familia para formar a otros médicos de familia. Tal como yo lo veo...

Dentro del gran capítulo de la formación de adultos, el modelo de formación de los especialistas de Medicina familiar y Comunitaria, yo creo que corresponde a una estrategia de aprendizaje basada en la práctica profesional programada y supervisada, por medio del entrenamiento en el lugar de trabajo, a fin de adquirir las competencias profesionales (dentro del perfil profesional del médico de familia), que son necesarias para atender a las demandas de la atención a la salud de la población en Atención primaria.

El resto de conceptos corresponden a métodos o técnicas docentes, es decir a instrumentos o herramientas que podemos utilizar para llevar a cabo dicho modelo.

Como marco general contamos con el actual Programa Oficial de la Especialidad, que describe el Curriculum del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, y como se debe realizar para llegar a conseguir su título; por lo tanto es una docencia curricular (o que se debe adaptar a un Curriculum). Basada en un perfil profesional fijado previamente, y que detalla los conocimientos, habilidades y actitudes deseables para el perfil que tratamos de conseguir.

En el programa docente se fija como criterio que cada residente debe estar adscrito a un tutor, por lo tanto se trata de una actividad tutorizada, con el compromiso de que esa tutorización se prolongue y sea efectiva a lo largo de los tres años de residencia, es decir que sea continuada en ese periodo de tiempo.

Existe además una opinión generalizada de que se debe establecer una relación de un residente por cada tutor, es por lo tanto una docencia individualizada, basada en la relación con un tutor que debe dar cada vez más responsabilidad al Residente (con un incremento progresivo de la responsabilidad).

13. Anexo: Respuesta de los expertos

Docencia evaluada por los mecanismos también descritos en el Programa de la Especialidad; y que es una evaluación continuada a lo largo de todo el periodo formativo.

Además esta docencia e incluso la relación que se establece entre el residente y el tutor, debe ser personalizada, a fin de adaptarse a las necesidades específicas de cada alumno con el objetivo final de mejorar esa docencia y conseguir los mejores resultados posibles.

Posteriormente este modelo ha seguido desarrollándose en otras iniciativas (textos, libros, artículos, etc.), de uso exclusivamente voluntario. En ellas se especifica con más detalle, aunque ya están esbozadas en el programa docente, cuales deben ser las tareas o actividades a través de las que se van a conseguir los conocimientos, habilidades y actitudes deseables para un MF.

Así los objetivos docentes de la rotación por AP, y cumpliendo una serie de condiciones, dan lugar a un catálogo de actividades, cada una de las cuales ha de alcanzar un estándar mínimo de cumplimiento. A la vista de esta información, yo creo que...

Asumiendo el planteamiento anterior se debería basar en varias fases:

1º Tratar de conocer personalmente al residente, de una forma básica, de acuerdo a las necesidades que tiene el tutor para intentar ayudarlo a su formación.

2º Conocer sus expectativas formativas y personales.

3º Identificar sus fortalezas y sus debilidades desde el punto de vista profesional.

4º Establecer unos objetivos específicos de formación dentro de los objetivos que marca el programa docente.

5º Elaborar y pactar con el residente una programación formativa o Plan de Formación Individualizado, para llevar a cabo en su periodo de residencia.

5º Llevar a cabo actividades y tareas docentes incluidas dentro de su proceso formativo.

6º Evaluación continuada.

7º Identificación de problemas y dificultades.

8º Explicación de las mismas.

9º Propuesta y puesta en marcha de medidas correctoras.

10º Reevaluación e informe final.

13. Anexo: Respuesta de los expertos

CUESTIONARIO: 6VG

El modelo teórico de programación didáctica del programa de formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en mi opinión, se fundamenta principalmente en las teorías cognoscitivas y constructivistas del aprendizaje, así como en las teorías de aprendizaje del adulto.

PUNTOS DE VISTA COGNOSCITIVO Y CONSTRUCTIVISTA DEL APRENDIZAJE

En los años 60 se produjo una auténtica revolución cognoscitiva. El aprendizaje se enfocó de manera creciente en el aprendizaje humano de contenido significativo y su base teórica cambió de modelos conductuales de transmisión, a modelos cognoscitivos y, posteriormente, a modelos constructivistas (que tienen sus raíces en la Teoría de la Percepción de la Gestalt en Dewey y Piaget).

Posteriormente son muchos los autores que siguen desarrollando dichas teorías, entre ellos, David Ausubel, aunque sigue siendo transmisivo, insiste en el cambio de rol del profesor, que debe presentar el contenido de modo que los estudiantes encuentren y den sentido a lo que están aprendiendo, al relacionarlo con lo que ya conocen; defiende el “aprendizaje significativo” frente a memorístico puesto que el aprendizaje significativo permite la transferencia de lo aprendido, es decir que permite la generalización de modo que lo aprendido puede ser usado en contextos nuevos.

Más tarde, Jerome Bruner pone el énfasis en la exploración activa y la solución de casos concretos y reales como forma de aprendizaje natural y eficiente por medio del “descubrimiento guiado”. Bruner también señala el papel positivo que pueden desempeñar los errores cometidos en el proceso de aprendizaje.

En resumen, los constructivistas cambian el énfasis de la transmisión del conocimiento a la construcción del mismo, que implica la estructuración por medio de discusiones reflexivas de los significados e implicaciones del contenido, partiendo del conocimiento existente (procesos de construcción activa que vincula el conocimiento nuevo con el conocimiento previo).

13. Anexo: Respuesta de los expertos

Favorecen los modelos de aprendizaje en red en lugar de los jerárquicos. Asimismo creen que la construcción del conocimiento funciona mejor en ámbitos sociales, por eso defienden métodos que presenten discusiones prolongadas de los participantes (las sesiones clínicas,...).

También enfatizan el aprendizaje contextualizado y las tareas auténticas y aplicaciones a la vida real, sobre todo los constructivistas sociales, interesados por el conocimiento procedural y condicional (saber como y cuando usar las habilidades y otros procedimientos) además de la transferencia de la responsabilidad en el estudiante/ aprendiz de modo progresivo a medida que desarrolla sus conocimientos y habilidades.

II- APRENDIZAJE DE ADULTOS

Las investigaciones de la psicología del aprendizaje, han superado ampliamente el tradicional concepto de que la educación consiste en la transmisión de conocimientos de una persona a otra. Se ha pasado a una enseñanza que da participación a los estudiantes en el diagnóstico, planificación, dirección y evaluación de su propio proceso educativo.

En relación con el aprendizaje de adultos destaca la obra de M. Knowles, que utiliza la expresión "Andragogía" para describir las diferencias entre el aprendizaje de los niños (Pedagogía) y el de los adultos. Básicamente, describe que estas diferencias estriban en:

- *Autoconcepto: a diferencia del niño, el adulto se considera responsable independiente y capaz de autodirigir su vida y tienen necesidad de que se le trate con respeto y se le comprenda.*
- *Experiencia: debido a su experiencia previa dependen menos del profesor y aprenden más rápido al relacionar los conocimientos nuevos con las experiencias pasadas.*
- *Disponibilidad para aprender las cosas que le son necesarias para avanzar en su fase de desarrollo.*
- *Perspectiva temporal: en general lo que es importante para el adulto es lo que le permite una aplicación inmediata.*

13. Anexo: Respuesta de los expertos

Algunos elementos y estrategias definitorias del enfoque teórico de la formación de adultos son:

- *El fin fundamental de la Formación es desarrollar a personas competentes y eso solo es posible si se adquieren los conocimientos en el contexto real de trabajo donde han de aplicarse.*
- *Naturaleza de la Formación: la formación es un proceso personal de adquisición de conocimientos, habilidades, modificación de comportamientos,.. que debe hacerse con la ayuda de un facilitador. La decisión de qué aprender y cómo hacerlo se negocia entre ambas partes (Tutor- Residente).*
- *La naturaleza de la formación del adulto: la andragogía atribuye a los adultos un papel más activo en su propia formación.*
- *El entorno de la formación requiere que se disponga de un ambiente propicio, clima de confianza, ...*
- *Desarrollo profesional: los continuos cambios sociales y tecnológicos hacen obsoletos los conocimientos adquiridos, por lo que es necesario que la organización colabore para crear una motivación para el aprendizaje continuo a lo largo de la vida.*

Knowles propone el concepto de “contrato de desarrollo personal” estrategia voluntaria que permite a los adultos establecer su propio plan de formación y a la organización optimizar los recursos. El docente (tutor) guía al alumno, ayudándole a diagnosticar sus necesidades de formación, estableciendo con él sus objetivos, eligiendo conjuntamente los medios más adecuados y determinando las estrategias de evaluación más importantes.

Fases o etapas:

- 1- *Diagnóstico de necesidades*
- 2- *Redacción de los objetivos de aprendizaje*
- 3- *Elaboración de la lista de recursos disponibles y métodos de trabajo aplicables*
- 4- *Criterios de evaluación de los objetivos*
- 5- *Sistema de validación*
- 6- *Revisión del plan con el tutor*
- 7- *Seguimiento del plan Evaluación de los resultados*

13. Anexo: Respuesta de los expertos

III- EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

En este apartado se destacan algunos fragmentos del programa de MFyC que orientan claramente sobre el marco teórico que subyace.

En la página 5 del programa de MFyC, en relación con los contenidos se resalta que éstos, “se adecuan a las necesidades actuales y futuras de la Atención Primaria adaptando los contenidos de rotación a los niveles de competencia que requiere el perfil profesional del médico de familia de una forma flexible e individualizado, 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”.

En el apartado en el que se comentan las características del programa de MFyC se resaltan las siguientes: el objetivo del programa es la adquisición de competencias por parte del residente, pluripotencialidad, ampliación de espacios docentes, evaluación formativa, formación flexible, individualizada y personalizada mediante la adaptación a las necesidades del residente.

En cada área competencial del programa se establecen niveles de prioridad y de responsabilidad (transferencia de responsabilidad) que pueden servir de guía al tutor y al residente.

Asimismo el programa hace énfasis en la importancia del tutor, que es el eje fundamental para su desarrollo, en la medida en que la formación por el sistema de residencia implica una formación teórico-práctica, programada y tutelada con una participación personal y progresiva del especialista en formación en las actividades y responsabilidades propias de la especialidad.

El tutor es facilitador y canalizador del proceso de aprendizaje. El tutor debe adaptar el programa formativo de la especialidad a las necesidades formativas y las características personales de cada residente, teniendo en cuenta los entornos docentes, para la elaboración del plan individual de formación.

El Médico de familia: “profesional en continuo proceso de formación que mantiene y mejora constantemente su competencia profesional”.

13. Anexo: Respuesta de los expertos

IV- DESCRIPTORES

Respecto a los descriptores propuestos entiendo que todos podrían ser adecuados ya que en su conjunto nos dan información sobre los distintos elementos de la estructura del programa, en base al modelo teórico que subyace.

Los dos primeros 1-Aprendizaje mediante la práctica profesional programada y supervisada y 2- Entrenamiento profesional en el lugar de trabajo, nos dan idea del núcleo del sistema de aprendizaje (sistema de residencia,..) y de su enfoque teórico.

El 3º- adquisición de competencias profesionales y 4º- Perfil profesional del médico de familia, hacen referencia a la finalidad de la docencia, del programa formativo

El 5º- Autoaprendizaje y 6º- Aprendizaje de campo, se refieren especialmente a la metodología docente recomendada. Cabe preguntarse si sería más adecuado denominar al 5º como “aprendizaje autodirigido”.

El 7º- Aprendizaje colaborativo y 8º- Relación residente- tutor, orientan respecto al rol del docente-tutor (eje fundamental para el desarrollo del programa de formación) y sobre el estilo de tutoría recomendable en la enseñanza de adultos y acorde con el enfoque teórico y con la metodología docente recomendada (“El proceso de aprendizaje se basa en un modelo colaborativo centrado en el que aprende”).

Finalmente el 9º- evaluación formativa, nos informa sobre el método de evaluación necesario.

Sin duda encontramos suficientes “evidencias” sobre las bases de las teorías constructivistas y del aprendizaje de adultos, en todo el programa, aunque mi impresión es que son poco conocidas por los tutores y seguramente ello influye en la dificultad existente para darles “el sentido y el valor” necesarios para desarrollar el programa adecuadamente.

13. Anexo: Respuesta de los expertos

CUESTIONARIO: 7CV

El nuevo programa se fundamenta en el aprendizaje de competencias de un perfil profesional determinado. Se fundamenta en las premisas que, según Eisenberg y Greco, presentan evidencias en el aprendizaje que son la educación interactiva, el feed-back, un programa formativo riguroso, participación y motivación.

Tiene como características la flexibilidad, la pluripotencialidad, la personalización y la adquisición progresiva de responsabilidades.

Pivota en el eje tutor residente y las metodologías sobre las que se sustenta son básicamente dos: el autoaprendizaje dirigido y el aprendizaje de campo que se completa con los cursos (para el aprendizaje de conocimientos nuevos) los talleres (para el aprendizaje de habilidades y los grupos de trabajo (para el trabajo de las actitudes).

El marco en todo momento es el programa de la especialidad que define:

- *Los valores profesionales*
- *El perfil profesional*
- *Las competencias profesionales con niveles de prioridad y responsabilidad*
- *Las metodologías formativas*
- *Los tiempos de aprendizaje recomendados y el cronograma formativo*
- *Los lugares de aprendizaje recomendados*
- *La evaluación recomendada*
- *Las lecturas recomendadas*

En la programación didáctica el tutor ejerce un:

- *Rol organizador: gestión de tiempos y recursos de aprendizaje del residente y suyos*
- *Rol social: crea un entorno favorable de aprendizaje que anima, motiva.*
- *Rol intelectual: Facilitador del aprendizaje más que dispensador de conocimientos*

Para la consecución de estos objetivos precisa el tutor y el residente realizar una programación (si es explícita mejor) y utilizar herramientas que favorecen la tutorización continuada.

13. Anexo: Respuesta de los expertos

Se precisa por lo tanto unos requisitos que son:

- *Tiempo específico de tutorización*
- *Competencia para desempeñar el rol social, intelectual y organizador*
- *Herramientas facilitadoras:*
 - *Estandarización*
 - *Tutorización continuada y estructurada*

El marco para la programación didáctica lo constituye:

- *El programa formativo*
- *El libro del residente*
- *La autoevaluación del residente, la evaluación del tutor y las pruebas objetivas*

Los Objetivos del libro del residente que está actualmente en desarrollo son:

- *Servir de guía para hacer operativo el programa formativo*
- *Cada residente realizará un portafolio sobre el proceso de aprendizaje en las competencias del programa oficial*
 - *Competencias esenciales*
 - *Competencias relacionadas con la Atención al Individuo*
 - *Competencias relacionadas con la Atención a la Familia*
 - *Competencias relacionadas con la Atención a la Comunidad*
 - *Competencias relacionadas con la Formación, Docencia e Investigación*

El portafolio es una recopilación de información y documentación en la que es posible encontrar evidencias que reflejan que un proceso de aprendizaje ha sido realizado y/o que se han alcanzado los objetivos docentes previstos. El marco del portafolio es el programa de la especialidad y su finalidad es guiar la formación del residente hacia la competencia profesional.

¿Qué es el portafolio?

Es un instrumento de formación y evaluación formativa.

- *Incluye el análisis y la reflexión sobre la actuación realizada*
- *Promueve la objetivación de las competencias ya adquiridas y la valoración del error y puntos débiles*

13. Anexo: Respuesta de los expertos

- *Es el punto de partida para la planificación de estrategias de mejora,*
- *Incorpora metodologías de autoaprendizaje*

Permite al que aprende mostrar qué ha aprendido y cómo lo ha aprendido de una forma muy personal y completa, documentándolo con material representativo.

El contenido básico del portafolio del residente debe tener como elemento principal la guía de autorreflexión que consiste en la reflexión sobre la adquisición de competencias de forma progresiva que están contenidas en las fichas del programa. Se debe incluir un informe de autorreflexión periódico con un plan de aprendizaje que deberá ser tutelado y supervisado por el tutor.

A esto se debe añadir por cada área competencial la inclusión de tareas propuestas que han sido definidas como útiles para el seguimiento concreto de una competencia. Así según los objetivos de cada competencia se pueden incluir:

- *Registros clínicos*
- *Auditoría, autoauditorías*
- *Audio, videgrabaciones*
- *Datos curriculares*
- *Incidentes críticos*
- *Evaluaciones externas*
- *Resultados exámenes*
- *Publicaciones*
- *Proyectos de investigación*
- *Proyectos comunitarios*
- *Premios y logros personales o profesionales*

El tutor del residente tiene la responsabilidad de guiar y supervisar la elaboración del portafolio participando activamente mediante feed-back en los momentos de reflexión (sesiones de tutorización)

Aunque desde las UDD se establece el marco global de la programación didáctica del programa, tutor y residente deben individualizar el aprendizaje y su seguimiento debe ser estructurado, planificado y supervisado, mediante las sesiones de tutorización, que se convierten en piezas clave.

13. Anexo: Respuesta de los expertos

CUESTIONARIO: 8PF

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA ACTUAL DE MFY C

- *La estructura implícita en el programa es que la formación en MF es una actividad regulable técnicamente y que consiste en Programar-Realizar-Evaluar.*
- *Esta actividad técnica se pretende bajo parámetros de control y racionalización científica.*
- *Parte de una concepción mosaical del aprendizaje: lo complejo se aprende juntando las partes más simples y pequeñas, cuanto más pequeñas mejor. Si se conocen las partes se llega a conocer el todo.*
- *Los conocimientos que en él se proponen están parcelados en campos especializados y parcialmente transmitidos.*
- *El currículo se concibe como un proceso técnico para conseguir en el alumno unos resultados demasiado preestablecidos. El currículo está constituido por los objetivos. Los demás elementos se subordinan a ellos.*
- *La evaluación determina en qué medida se alcanzan los objetivos. Se transforman en criterios de evaluación. La prueba objetiva se convierte en el deseo de los promotores del programa.*
- *El tutor de residentes de medicina de familia se ve como un técnico, ejecutor de programas curriculares ajenos (consumidores de programas de otros), realizados por los expertos.*
- *Centrado en sí mismo (en el propio programa), no en los alumnos. Los alumnos se conciben como materia prima que ha de ser moldeado hasta lograr un producto previamente definido.*

Percibo, entonces, en el programa de MF una orientación hacia un marco teórico general Racional-Tecnológico de la educación. En resumen este marco concibe la realidad educativa como externa a los sujetos que la realizan, y, por tanto, objetivable, cuantificable mediante métodos estadístico-experimentales, y verificable. Su teoría pedagógica sería así, universal, ajena a contextos y sujetos concretos, predictiva de las conductas, prescriptiva para los profesores, que se conciben como expertos eficaces de la educación, desinteresada y neutra, en cuanto que por ser objetiva no está afectada ni condicionada por las ideologías, los intereses políticos o económicos. Este marco se ha plasmado, consecuentemente, en una concepción también racionalista de la teoría curricular que subyace en el actual programa.

13. Anexo: Respuesta de los expertos

En la carta de presentación del proyecto que suscita estos comentarios se explica que “una de las principales funciones del tutor de Medicina de Familia es responsabilizarse de la ejecución del programa docente de la especialidad en los centros de salud con su residente. Para lo cual, deberá adecuar el cronograma del período formativo a las necesidades y características personales de cada residente mediante la elaboración de un Plan Individual de Formación. Este “contacto de aprendizaje” o Plan Individual de Formación como tal debería ser un documento consensuado que contenga unos mínimos para el tutor y el residente, y que ambos se comprometan a respetar y realizar. Una programación temporalizada y estructurada en base a las competencias profesionales (asistenciales, docentes e investigadoras) que se pretenden adquirir por el residente durante su período de especialización”.

Como se puede observar en la apreciación que hago del marco teórico que subyace en el actual programa de MF, no es fácil compatibilizar este marco con uno más deliberativo para la realización de esa mini-programación tutor-residente. Esta programación, en la medida en que lo permitan los determinantes del programa general, debería incluir, a mi juicio, características de estos otros modelos de diseño, desarrollo y evaluación curricular:

- *Educación no solo transmisora sino de reelaboración colaborativa y compartida del conocimiento.*
- *Alta valoración de los “juicios prácticos” de los tutores.*
- *Visión constructivista del aprendizaje donde el alumno aprende cuando se modifica y enriquecen sus esquemas de conocimientos previos insertándoles en los nuevos que se le presentan si le son significativos.*
- *No importa sólo el desarrollo del resultado del aprendizaje, sino cómo se adquiere el conocimiento.*
- *Interés práctico, apoyado en el consenso y deliberación como proceso de compartir, construir y desarrollar significados de cada currículo. En el aprendizaje se construye conocimiento mediante la interacción social. Es un conocimiento compartido. Debe ser una opción basada en la interacción comunicativa entre los agentes curriculares: negociación. Por tanto, se optaría por procedimientos de participación democráticos en el diseño y desarrollo curricular.*
- *Esta razón práctica o filosofía de la práctica lleva a cabo las acciones de acuerdo con un juicio prudente del tutor y no en función de reglas preestablecidas.*
- *Se vertebra en torno a los procesos mismos de enseñanza-aprendizaje.*

13. Anexo: Respuesta de los expertos

- *Es flexible y abierto.*
- *Los objetivos son un elemento más del currículo, enlazados dinámicamente con el resto pero sin enfatizarlos.*
- *Las actividades son amplias, contextualizadas, apoyadas en las concepciones previas de los alumnos, reflexivas, constructivas y significativas.*
- *El objetivo de la evaluación no es tanto el resultado como el proceso. No sólo es medir, sino investigar: qué obstáculos han surgido, por qué, cómo superarlos, etc.,. Es cualitativa, continua, formativa y deliberativa.*
- *El tutor es un investigador en la acción que reflexiona, elabora y diseña su propia práctica. Es un mediador del currículo, esto es, entre la cultura de la población general, la cultura de los residentes y la cultura de los médicos de familia expertos teóricos elaboradores del programa de MF. El tutor puede ser visto como un intelectual reflexivo (creador de teoría desde la práctica).*

CUESTIONARIO: 9PA

Primera pregunta:

El tutor en su actividad docente debería:

- 1. Identificar los objetivos del residente*
- 2. Planificar el aprendizaje del residente*
- 3. Garantizar que el residente aprenda el contenido*
- 4. Evaluar el aprendizaje del residente*

Para ello debería conocer muy bien cuales son los objetivos de las diferentes áreas competenciales del programa de formación y disponer de una mínima formación pedagógica que le permita saber cuales son las metodologías más adecuadas para asegurar la consecución de las diferentes competencias requeridas.

Si bien esta mínima formación seguramente se da en parte de los tutores, hay muchos tutores que no la poseen. Al no poseerla, en la mayoría de los casos, la formación del residentes MFyC y en las demás especialidades se basa en actividades que no presuponen demasiada estructuración.

Así por ejemplo el aprendizaje autónomo es uno de las herramientas fundamentales mediante bibliografía, recursos en Internet, etc. La otra herramienta sería el aprendizaje en el contexto, mientras desarrollan su actividad asistencial diaria que en

13. Anexo: Respuesta de los expertos

muchos casos es otra forma de aprendizaje autónomo; se aprende mientras se va haciendo. El trabajo en grupo, fundamentalmente en la celebración de sesiones clínicas, o sesiones bibliográficas es otra herramienta fundamental y quizás la más estructurada. Finalmente no hay que olvidar la educación informal a base de conversaciones con colegas respetados (tutores u otros), diálogos, discusiones, reconstrucción crítica de la práctica etc.).

Es evidente que fuera del centro de trabajo los residentes también adquieren formación mediante la participación en diferentes actividades docentes como pueden ser los talleres específicos, cursos, simposio o congresos.

Segunda pregunta

El modelo de programación didáctica ideal a adoptar pasa fundamentalmente por identificar claramente las diferentes competencias que se espera que el residente adquiera. Si se identifican estas necesidades, la adquisición de cada una de ellas o cada grupo de ellas, tiene, sin duda, una metodología más idónea.

Respecto a las actividades en cuestión, considero que el apartado de metodología docente del programa formativo de MFyC, publicado en la Guía de formación de la Comisión Nacional de la Especialidad recoge de forma clara y bastante completa estos métodos y para que tipo de área competencial son adecuados. De las 5 posibilidades apuntadas en dicha guía si tuviera que ponerlas por orden de importancia optaría por el siguiente:

- *Aprendizaje en el contexto clínico siempre que estuviera estructurado y programado y sometido a evaluación continua por el tutor, mediante supervisión y observación.*
- *Trabajo en grupo (PBL, discusión de casos, sesiones clínicas)*
- *Talleres para el aprendizaje de habilidades dirigidos y supervisados o en forma de aprendizaje autónomo para entreno sucesivo*
- *Aprendizaje autónomo*
- *Clases (en casos muy concretos y en pocas ocasiones)*

14. Anexo: Análisis de contenido de la información obtenida

PLAN DE ANÁLISIS DE ANALISIS DE CONTENIDO

Definición

El análisis de contenido es una técnica documental que nos permite conocer objetiva, sistemática y cuantitativamente el contenido manifiesto de los mensajes. Según esta descripción el análisis de contenido es uno de los procedimientos que más se acercan a los postulados cualitativos desde sus propósitos; busca analizar mensajes, rasgos de personalidad, preocupaciones y otros aspectos subjetivos. Otra de las características que acercan el análisis de contenido con el paradigma cualitativo es que el examen de los datos se realiza mediante la codificación.

El análisis de contenido requiere de algunos pasos para su puesta en práctica como son:

- Lo primero es determinar que contenido se estudiará y por qué es importante. Obviamente, esto está muy relacionado con la necesidad de tener un tema previo, una o varias preguntas de investigación y objetivos claramente definidos.
- En segundo lugar, debe tenerse claro los elementos que vamos a buscar. Esto nos remite necesariamente a una guía de análisis. Es importante recalcar que esta guía es una propuesta inicial, como en toda investigación cualitativa, y puede, conforme marcha el proyecto, modificarse de acuerdo con la experiencia en la obtención de datos.
- Aquí importa decidir como definimos nuestro campo de observación de contenido. Será útil buscar un muestreo aleatorio, aunque esta no sea una preocupación central de la investigación cualitativa.
- Dependiendo del propósito de nuestra investigación, se debe decidir la forma de recabar la información. Por ejemplo en hojas de reporte de observación o mediante transcripciones.
- Por último, habrá que asegurarse de unificar criterios para la observación y para la codificación, en el caso de que sean varios los observadores o codificadores.

14. Anexo: Análisis de contenido de la información obtenida

Fases:

1. PREANÁLISIS: Lectura individual y reiterativa de cada uno de los cuestionarios y vaciado general de contenido.
2. PREPARACIÓN PARA EL ANÁLISIS: Numerar los cuestionarios y poner un código para la identificación de cada experto (Numeración por orden de recogida y Codificación por las siglas de los apellidos).

C1MD

C2PT

C3RG

C4MR

C5SLL

C6VG

C7CV

C8PF

C9PA

3. ANÁLISIS: Segunda lectura más minuciosa y exploratoria de los cuestionarios o parte de los cuestionarios asignados.
 - Identificación y selección individual de Temas ó Unidades de análisis preliminares y vinculación al texto que contiene.
 - Identificación y selección individual de Categorías preliminares y vinculación con el texto que las fundamenta (de forma literal; citas textuales).
 - Identificación y selección individual de Subcategorías preliminares y vinculación con el texto que las fundamenta (de forma literal; dos ó tres citas textuales acompañadas del código de transcripción)
 - Elaboración de la matriz de vaciado de la información incluyendo a pié de página la leyenda – interpretación de los códigos que acompañan a las citas textuales.
 - Volcado de la información en la matriz.

14. Anexo: Análisis de contenido de la información obtenida

4. **COMPROBACIÓN:** Comprobar que todo el texto esté incluido en todas las categorías y subcategorías; que cada fragmento significativo esté incluido en una sola subcategoría y que ésta tenga relación con la categoría y unidad bajo la que está representada.

5. **VALIDACIÓN:** Encuentro del investigador con el grupo completo para presentar las distintas propuestas de categorización individuales (triangulación de investigador ó verificación intersubjetiva). Tras esto, definición de una propuesta definitiva y Codificación de la misma. Sometimiento de la propuesta de categorización al principio de “univocación”, según el cual cada categoría tiene el mismo sentido para todos los investigadores.

6. **INFERENCIAS:** Pensar en implicaciones teóricas o prácticas de la información, evocar ideas y relacionarlas con las del texto (transcripciones).
 - Inferencias a priori. Extraer ideas principales del texto.
 - Inferencias lógicas. Deducir ideas principales y temáticas a partir de las categorizaciones, resultados y conclusiones.
 - Inferencias pragmáticas. Generar nuevas proposiciones producto de la integración de lo analizado con el conocimiento previo: Proyecciones a futuro, implicaciones de lo expuesto en el material analizado, aplicación de las ideas o planteamientos del análisis, vigencia del tema, etc.

7. **RESULTADOS:** Elaboración de informe definitivo de resultados y conclusiones.

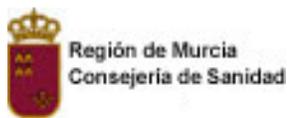
8. **COMUNICACIÓN:** Feed-back a la muestra, es decir a los expertos que han participado en el estudio.

Bibliografía

- López-Aranguren, Eduardo (1986) «El análisis de contenido» En: El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Compilación de Manuel García Ferrando, Jesús Ibañez y Francisco Alvira. Alianza Editorial. Madrid. p. 365-396.

14. Anexo: Análisis de contenido de la información obtenida

15. Anexo: Feed-back a la muestra: Devolución a los expertos de los resultados obtenidos



Estimado Sr./Sra.:

Desde la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y más concretamente desde la coordinación del Proyecto 030596 “Análisis del proceso de enseñanza-aprendizaje en el tercer año de formación de los residentes de medicina de familia en los Centros de Salud” nos ponemos de nuevo en contacto con usted en calidad de experto en la programación didáctica de la función docente de los médicos de MFyC, objeto de nuestra investigación.

Como recordará, durante el mes de noviembre pasado, usted participó en la cumplimentación de un cuestionario que incluía dos preguntas abiertas. El tiempo transcurrido desde entonces nos ha permitido llevar a cabo un riguroso análisis de contenido de las respuestas obtenidas. El resultado nos obliga a felicitarle por la valía y riqueza de sus aportaciones.

A continuación, le enviamos en un archivo adjunto una tabla resumen que recoge y clasifica la información obtenida. Hemos creído conveniente que los participantes contéis con los contenidos aportados por todo el grupo que ha colaborado en esta fase del estudio. El análisis de los contenidos nos ha permitido organizar los elementos de programación que nos proponemos analizar en nuestro Proyecto de Investigación.

Por cuestiones de energía y tiempo hemos limitado la asesoría para este objetivo a algunos de los participantes en el grupo y finalmente la estructura de análisis ha quedado configurada según el fichero que también os remitimos.

También opinamos que los contenidos aportados por el grupo han tenido gran valor y pueden tener más utilidad que la que hemos conseguido hasta el momento.

15. Anexo: Feed-back a la muestra: Devolución a los expertos de los resultados obtenidos

De nuevo, quisiéramos manifestarle nuestro más sincero agradecimiento por la atención prestada y/o por su predisposición y desinteresada colaboración.

Reciba un cordial saludo de:



Francisco Molina Durán
Investigador Principal



Eduardo Romero Sánchez
Universidad de Murcia

**EL PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE
EN LA FORMACIÓN MIR DE MFyC**

A CUMPLIMENTAR POR EL R1

Nº:

DATOS PERSONALES

- Género: Masculino Femenino

- Estudios de licenciatura cursados en la Universidad de _____

- Año en que has finalizado la licenciatura:

--	--	--	--

- Año de residencia: R1

- Al acabar la carrera, ¿elegiste la especialidad de MFyC como primera opción?:
 Si No

- Perteneces a la Unidad Docente de la Gerencia de AP de:
 Lorca
 Cartagena
 Murcia

- Hospital en que has realizado las rotaciones hospitalarias: _____

- El Centro de Salud donde has estado como residente pertenece a una zona:
 Urbana (> 15.000 hab.)
 Semiurbana (5.000 – 15.000)
 Rural (< 5.000 hab.)

16. Anexo: Versión inicial del Cuestionario

PROGRAMACIÓN

- Durante tu primer mes como residente en el Centro de Salud, ¿te han informado de tus objetivos de aprendizaje?

Sí No

Si tu respuesta ha sido afirmativa, indica ¿cómo se han construido dichos objetivos formativos?

- Desde tus necesidades y expectativas
- Desde la experiencia de tu tutor
- Desde el Programa de la Especialidad

- ¿Cómo ha sido la comunicación entre tu tutor y tú para la definición de dichos objetivos?

Marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión.

- Muy buena
- Buena
- Suficiente
- Insuficiente
- Nula

Por favor, explica tu respuesta:

- ¿Qué porcentaje de tu trabajo en el Centro de Salud durante estos meses ha tenido un objetivo claro de aprendizaje?

- < 25 %
- 25-50 %
- 50-75 %
- >75 %

- ¿Has realizado con tu tutor algún tipo de evaluación previa? (evaluación de conocimiento, de expectativas y necesidades, ...)

Sí No

Si tu respuesta es afirmativa, indica cuál/es:

16. Anexo: Versión inicial del Cuestionario

- El proceso que habéis seguido para conseguir los objetivos propuestos, ¿se adaptan a tus necesidades y expectativas formativas?

Si No

Por favor, explica tu respuesta:

- ¿Habéis analizado (entre tú y tu tutor) el cumplimiento de objetivos utilizando criterios de evaluación previamente definidos?

Si No

Si tu respuesta es afirmativa, escribe alguno de estos criterios:

- ¿Con que frecuencia habéis utilizado los siguientes métodos formativos en este período de tiempo?

Marca con una X la casilla correspondiente

	NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
Autoaprendiaje (Aprendizaje individual y autónomo)				
Tutoría individual (Aprendizaje supervisado)				
Trabajo de campo (Aprendizaje y colaboración en otros entornos)				
Aprendizaje colaborativo (Trabajo en grupo entre iguales)				
Sesiones formativas (clínicas, bibliográficas, otras)				

16. Anexo: Versión inicial del Cuestionario

- Durante este período, ¿tu tutor te ha informado de tus progresos en la consecución de los objetivos fijados?

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Cómo lo ha hecho?

- Verbalmente
- En un documento (si esta es tu respuesta especifica en que tipo)

- ¿Has mantenido alguna reunión formativa con tu tutor durante este periodo?

- Si No

Si tu respuesta es afirmativa, señala la frecuencia:

- < 3
- 3 - 6
- 6 - 9
- > 9

- ¿Cómo se han desarrollado estas reuniones?

Formales: Entrevistas programadas:

- Si No

Informales: Encuentros ocasionales:

- Si No

16. Anexo: Versión inicial del Cuestionario

- ¿En esas reuniones que temas se han tratado?

Objetivos docentes:

Si No

Organización de la actividad:

Si No

Dificultades surgidas:

Si No

Progreso del proceso formativo:

Si No

- Para la toma de decisiones formativas ¿qué se ha tenido en cuenta?

Elije y marca con una X la respuesta correcta

- El punto de vista del tutor:
- Tu punto de vista:
- El acuerdo de ambos:

- ¿Se ha elaborado algún documento con los resultados de la entrevista?

Si No

- En tu aprendizaje, ¿con qué profesionales del centro has colaborado?

Elije y marca con una X la respuesta correcta (pueden ser varias)

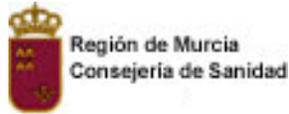
- Otros tutores y/o médicos de familia del equipo
- Enfermeras
- Personal auxiliar
- Trabajador social
- Fisioterapeuta

16. Anexo: Versión inicial del Cuestionario

- ¿Estás interesado/a en participar en una reunión de grupo para conocer y comentar estos resultados?

Sí No

En caso afirmativo, te agradecería que rellenases la ficha que aparece en el interior del sobre y no la envíases para ponerme en contacto contigo. Muchas gracias.



EL PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA

Esta iniciativa es fruto de un Proyecto de Investigación desarrollado entre julio de 2004 y septiembre de 2007 al amparo del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I), financiado por el Instituto de Salud Carlos III y el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) y desarrollado en coordinación con la Universidad de Murcia y con las Unidades Docentes de MFyC de las Gerencias de Atención Primaria de Murcia, Lorca y Cartagena.

Estimado/a compañero/a:

Este grupo investigador tiene como objetivo desarrollar conocimiento sobre la programación didáctica en la rotación que los residentes realizan por los centros de salud con sus tutores, tanto en el primer año de residencia, como en el último año de la especialidad.

Para recoger información de la realidad tal como se desarrolla en los Centros Docentes hemos diseñado y validado un cuestionario que deseamos que respondas como tutor o residente según tu experiencia vivida en la rotación. Para que participes en el estudio te invitamos a una sesión en la que te explicaremos el alcance del proyecto, la seguridad que te ofrecemos, y en la que tendrás la oportunidad de cumplimentar el cuestionario con el apoyo de un miembro del equipo investigador.

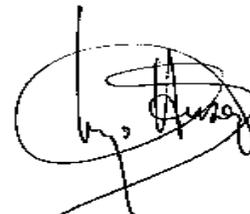
Te agradecemos de antemano tu colaboración



Francisco Molina Durán
Investigador Principal



Eduardo Romero Sánchez
Universidad de Murcia



Iñigo Anza Aguirrezabala
Coord. grupo investigador

17. Anexo: Carta de presentación del cuestionario

18. Anexo: Análisis de fiabilidad (Alfa de Cronbach)

1. Pregunta 1: Dimensión: Relaciones previas entre tutor y residente

RELIABILITY

```
/VARIABLES=@1A @1B @1C @1D @1E @1F
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.
```

Notas

Resultados creados	21-APR-2007 09:44:38	
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\UAMIS\FFIS\Eduardo2\R1_Todos.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos2
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	55
	Entrada matricial	
Tratamiento de los datos perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratarán como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos se basan en todos los casos con datos válidos para todas las variables del procedimiento.
Sintaxis	RELIABILITY /VARIABLES=@1A @1B @1C @1D @1E @1F /SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.	

[Conjunto_de_datos2] D:\UAMIS\FFIS\Eduardo2\R1_Todos.sav

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	51	92,7
	Excluidos(a)	4	7,3
	Total	55	100,0

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,879	6

18. Anexo: Análisis de fiabilidad (Alfa de Cronbach)

2. Preguntas (2-12): Dimensión: Plan de formación del residente

RELIABILITY

```
/VARIABLES @2A @2B @2C @2D @3A @3A.1 @3B.1 @3B.2 V27 @7.1 @7.2 @7.3
@7.4 @7.5 @8.A @8.B @8.C @8.D.1 @8.D.2 @8.D.3 @8.D.4 @8.E @8.F V48
@9.1 V50 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.
```

Notas

Resultados creados	21-APR-2007 09:34:38	
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\UAMIS\FFIS\Eduardo2\R1_Todos.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos2
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	55
	Entrada matricial	
Tratamiento de los datos perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratarán como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos se basan en todos los casos con datos válidos para todas las variables del procedimiento.
Sintaxis	RELIABILITY /VARIABLES@2A @2B @2C @2D @3A @3A.1 @3B.1 @3B.2 V27 @7.1 @7.2 @7.3 @7.4 @7.5 @8.A @8.B @8.C @8.D.1 @8.D.2 @8.D.3 @8.D.4 @8.E @8.F V48 @9.1 V50 @13.1 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.	

[Conjunto_de_datos2] D:\UAMIS\FFIS\Eduardo2\R1_Todos.sav

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,425	40

18. Anexo: Análisis de fiabilidad (Alfa de Cronbach)

3. Preguntas (13-15): Dimensión: Valoración de la satisfacción

```
RELIABILITY
/VARIABLES=@13.1 @13.2 @13.3 @13.4 @13.5 @13.6 V65 V66
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.
```

Notas

Resultados creados	21-APR-2007 09:34:38	
Comentarios		
Entrada	Datos	D:\UAMIS\FFIS\Eduardo2\R1_Todos.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos2
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	55
	Entrada matricial	
Tratamiento de los datos perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratarán como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos se basan en todos los casos con datos válidos para todas las variables del procedimiento.
Sintaxis	RELIABILITY /VARIABLES=@13.1 @13.2 @13.3 @13.4 @13.5 @13.6 V65 V66 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA.	

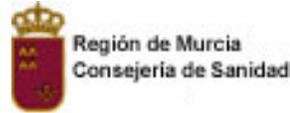
Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	51	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
	Total	51	100,0

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,889	7

18. Anexo: Análisis de fiabilidad (Alfa de Cronbach)



CUESTIONARIO

LAS RELACIONES PREVIAS Y EL PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE EN LA FORMACIÓN MIR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA

A CUMPLIMENTAR POR EL RESIDENTE DE PRIMER AÑO (R1)

Estimado/a compañero/a:

Este grupo investigador tiene como objetivo desarrollar conocimiento sobre la programación didáctica en la rotación que los residentes realizan por los Centros de Salud con sus tutores, tanto en el primer año de residencia, como en el último año de la especialidad. Para recoger información de la realidad tal como se desarrolla en los Centros Docentes hemos diseñado y validado un cuestionario que deseamos que respondas como tutor/a o residente según tu experiencia vivida en la rotación. Cumplimentarlo no te llevará más de 10 minutos.

Agradecemos que respondas a este cuestionario anónimo con la máxima sinceridad, para tratar de garantizar la fiabilidad del estudio. Por nuestra parte, te aseguramos en todo momento el anonimato y la confidencialidad de la información recogida. Tu colaboración es fundamental para este estudio y esperamos que sirva para avanzar en la mejora de la calidad de la formación MIR.



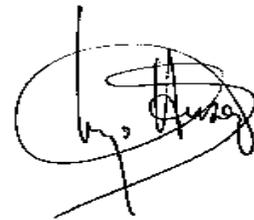
Fdo. Francisco Molina Durán

Francisco Molina Durán
Investigador Principal



Eduardo Romero Sánchez

Eduardo Romero Sánchez
Universidad de Murcia



Iñigo Anza Aguirrezabala
Coord. grupo investigador

19. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (R1)

DATOS DEMOGRÁFICOS Y ACADÉMICOS

- **Género:** Masculino Femenino (dicotómica)

- **Edad:**

- **¿Elegiste la especialidad de MFyC como primera opción?:**
 Si No (dicotómica)

- **Perteneces a la Unidad Docente de MFyC de la Gerencia de AP de: (politómica)**
 Cartagena
 Lorca
 Murcia

- **¿Sabrías indicar el número aproximado de residentes que ha tenido tu tutor/a a lo largo de toda su trayectoria docente?**
 residente/s

- **¿Sabrías decirme cuántos años lleva acreditado como docente el Centro de Salud que elegiste o que te fue asignado? (Ver última hoja del cuestionario)**
 año/s

- **¿Qué tiempo transcurrió desde tu toma de posesión en la Unidad Docente hasta tu incorporación al Centro de Salud?**
 día/s

- **¿Qué período de tiempo pasó entre tu incorporación al Centro de Salud y la asignación de tu tutor/a?**
 día/s

RELACIONES PREVIAS ENTRE TUTOR Y RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA

Estimado/a compañero/a:

Las preguntas que siguen a continuación tienen el propósito de identificar y analizar el tipo de relación y/o contacto que has mantenido durante el período que comprende aproximadamente desde que llegaste por primera vez de R1 al Centro de Salud hasta que te fue asignado tu tutor/a de referencia. Te rogamos que hagas el esfuerzo de acotar las respuestas en relación a tu experiencia durante este período.

CUESTIONES

1. ¿Cómo valorarías tu primera acogida y orientación en el Centro de Salud en lo que respecta a: (Politécnica)

Marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

A. Tu bienvenida y recibimiento:

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

B. Las presentaciones del personal del Centro:

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

C. La explicación de los aspectos estructurales y logísticos del Centro:

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

19. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (R1)

D. La explicación de los principales aspectos de la Comunidad y de la zona de Salud (características, recursos y servicios, ...)

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

E. La orientación inicial de tu actividad en el Centro de Salud

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

F. El primer contacto con tu tutor/a

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo

EL PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA

Estimado/a compañero/a:

Las preguntas que siguen a continuación tienen el propósito de conocer de qué manera se planificó tu proceso de formación al inicio de tu rotación de R1 en el Centro de Salud. Un inicio que vamos a situar aproximadamente desde el mismo momento en que se te fue asignado tu tutor/a hasta completar con en él tu primer mes de formación en el Centro. Te rogamos de nuevo que hagas el esfuerzo de acotar las respuestas en relación a tu experiencia durante este período.

CUESTIONES

2. Durante tu primer mes de formación con tu tutor/a en el Centro de Salud, ¿en algún momento te preguntó por: (Dicotómica)

Marca con una X la casilla correspondiente en cada caso

A. Tu experiencia previa

Si No

B. Las áreas en las que te sentías más flojo

Si No

C. Tus expectativas formativas

Si No

D. Tus deseos de aprendizaje (preferencias o gustos según tu perfil individual)

Si No

19. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (R1)

3. En alguna ocasión ¿estableciste con tu tutor/a o te indicó lo qué debías aprender durante la rotación?

Por favor, antes de contestar esta pregunta lee detenidamente el resto de apartados que incluye la misma.

Si No (Dicotómica)

Si tu respuesta es afirmativa:

A. Indica de qué manera quedó constancia de ello: (Politómica)

Verbalmente
 Por escrito
 De ambas formas

B. ¿Cómo crees que ha sido esta comunicación para llegar a definir lo que debías aprender?

En ambos casos, marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

En términos de cantidad: (Dicotómica)

Suficiente
 Escasa

En términos de calidad: (Politómica)

Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

4. Valora cada uno de los siguientes elementos según el peso que crees hayan tenido en el diseño de tu plan de formación:

Da un valor a cada uno de los cuatro ítems de forma que el total sume 100

Tus necesidades de aprendizaje	<input type="text"/>
Tus expectativas formativas	<input type="text"/>
El criterio y experiencia de tu tutor/a	<input type="text"/>
El Programa de la Especialidad	<input type="text"/>
Total	100%

19. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (R1)

5. ¿Crees que en la selección y secuenciación de lo que debías aprender en cada momento tu tutor/a tuvo en cuenta tus ritmos de aprendizaje? (Politómica)

- Nunca
 A veces
 Frecuentemente
 Siempre

6. ¿Qué recursos formativos utilizó tu tutor/a en tu proceso de aprendizaje? (Politómica)

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una).

- Actividades previamente diseñadas con fines formativos
 Casos clínicos
 Experiencias del día a día
 Otros (especifica cuáles) _____

7. ¿Con qué frecuencia utilizasteis los siguientes métodos docentes durante el primer mes de formación en el Centro de Salud?

Marca con una X la casilla correspondiente en cada caso

	NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
AUTOAPRENDIZAJE (Aprend. individual y autónomo)				
APRENDIZAJE DE CAMPO (Aprendizaje en el contexto real)				
APRENDIZAJE COLABORATIVO (Trabajo en grupo entre iguales)				
SESIONES FORMATIVAS (Clínicas, bibliográficas, otras)				
CURSOS, TALLERES, ...				

19. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (R1)

8. **A lo largo de este primer mes, ¿tu tutor/a, en algún momento, mantuvo contigo reuniones o entrevistas para analizar cómo se estaba realizando la formación e intentar corregir los puntos débiles?**

Por favor, antes de contestar esta pregunta lee detenidamente el resto de apartados que incluye la misma.

Si No

Si tu respuesta es afirmativa:

A. Señala el número aproximado de reuniones-entrevistas realizadas:

B. ¿Cómo fue el carácter de estas reuniones-entrevistas de tutorización?

Marca con una X la casilla que corresponda

- Formal (estructuradas y pactadas previamente)**
 Informal (abiertas y surgidas espontáneamente)
 Ambas (formal e informal)

C. En el caso de haberse producido reuniones de tipo informal ¿con qué frecuencia tuvieron lugar?

- Sistemáticamente**
 Frecuentemente
 Esporádicamente

D. ¿Cuáles fueron los temas que se trataron en dichas reuniones-entrevistas de tutorización?

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una)

- Definición de objetivos docentes**
 Organización de la actividad
 Dificultades surgidas
 Progreso del proceso formativo
 Otros (especifica cuáles) _____

E. En alguna ocasión ¿se elaboró algún tipo de documento con los resultados de estas reuniones-entrevistas?

Si No

F. ¿Establecisteis algún calendario o cronograma de reuniones-entrevistas para el resto de la rotación?

Si No

19. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (R1)

9. Tu tutor/a ¿en algún momento te manifestó su valoración acerca de lo que estabas consiguiendo hasta ese momento y de las áreas en las que necesitabas mejorar a lo largo de la rotación?

Si No

Si tu respuesta es afirmativa, indica la frecuencia en la que se produjeron:

- Sistemáticamente
 Frecuentemente
 Esporádicamente

10. Tu tutor/a ¿te clarificó los criterios en base a los cuales ibas a ser evaluado?

Si No

Si tu respuesta es afirmativa, ¿te parecieron oportunos?

Si No

11. A la hora de tomar decisiones que afectaban a algún aspecto de tu formación ¿qué se tuvo en cuenta?

Da un valor a cada uno de los tres ítems de forma que el total sume 100

La opinión de tu tutor/a	<input type="text"/>
Tu propia opinión	<input type="text"/>
El acuerdo de ambos	<input type="text"/>
TOTAL	100%

12. Durante tu primer mes de formación con tu tutor/a ¿con qué otros profesionales del Centro colaboraste?

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una)

- Otros tutores y/o médicos del equipo
 Enfermeras
 Personal administrativo
 Otros (especifica cuáles) _____

19. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (R1)

13. Valora tu grado de satisfacción con respecto a los siguientes aspectos:

En cada caso, marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

La organización del proceso formativo:

- Muy satisfactoria
- Bastante satisfactoria
- Satisfactoria
- Poco satisfactoria
- Nada satisfactoria

Los contenidos tratados:

- Muy satisfactorios
- Bastante satisfactorios
- Satisfactorios
- Poco satisfactorios
- Nada satisfactorios

La metodología utilizada:

- Muy satisfactoria
- Bastante satisfactoria
- Satisfactoria
- Poco satisfactoria
- Nada satisfactoria

El asesoramiento recibido por tu tutor/a:

- Muy satisfactorio
- Bastante satisfactorio
- Satisfactorio
- Poco satisfactorio
- Nada satisfactorio

19. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (R1)

El apoyo recibido por tu parte de tu tutor/a:

- Muy satisfactorio
- Bastante satisfactorio
- Satisfactorio
- Poco satisfactorio
- Nada satisfactorio

La relación mantenida con tu tutor/a:

- Muy satisfactoria
- Bastante satisfactoria
- Satisfactoria
- Poco satisfactoria
- Nada satisfactoria

14. Por tanto, en términos generales tu grado de satisfacción ha sido:

- Muy satisfactorio
- Bastante satisfactorio
- Satisfactorio
- Poco satisfactorio
- Nada satisfactorio

15. ¿Y cómo dirías que ha sido tu grado de implicación en tu formación?

Marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

- Muy alto
- Alto
- Medio
- Bajo
- Muy bajo

16. En términos generales, ¿cómo definirías la planificación de la labor docente efectuada por tu tutor/a?

Da un valor a cada uno de los dos ítems de forma que el total sume 100

Oportunista – improvisada – espontánea	<input type="text"/>
Sistematizada – estructurada – preparada	<input type="text"/>
TOTAL	100%

19. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (R1)

17. ¿Crees que tu tutor/a dispone de los recursos necesarios (tiempo, espacios, formación, recursos materiales,...) para planificar su actividad docente?

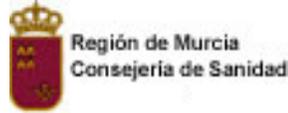
Si No

MUCHAS GRACIAS

FECHAS ACREDITACIÓN
CENTROS DE SALUD DOCENTES

<i>Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo</i>	1986
<i>Centro de Salud San Javier</i>	1987
<i>Centro de Salud Torre Pacheco</i>	1987
<i>Centro de Salud La Unión</i>	1992
<i>Centro de Salud San Antón</i>	1995
<i>Centro de Salud del Barrio de Peral</i>	1996
<i>Centro de Salud Virgen de la Caridad (Cartagena Oeste)</i>	1997
<i>Centro de Salud Virgen de la Caridad (Cartagena Este)</i>	2005
<i>Centro de Salud Los Alcázares</i>	2005
<i>Centro de Salud Los Barreros</i>	2005

Este cuestionario es fruto de un Proyecto de Investigación desarrollado entre julio de 2004 y septiembre de 2007 al amparo del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I), financiado por el Instituto de Salud Carlos III y el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) y desarrollado en coordinación con la Universidad de Murcia y con las Unidades Docentes de MFyC de las Gerencias de Atención Primaria de Murcia, Lorca y Cartagena.



CUESTIONARIO

LAS RELACIONES PREVIAS Y EL PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE EN LA FORMACIÓN MIR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA

A CUMPLIMENTAR POR EL TUTOR/A DE R1

Estimado/a compañero/a:

Este grupo investigador tiene como objetivo desarrollar conocimiento sobre la programación didáctica en la rotación que los residentes realizan por los Centros de Salud con sus tutores, tanto en el primer año de residencia, como en el último año de la especialidad. Para recoger información de la realidad tal como se desarrolla en los Centros Docentes hemos diseñado y validado un cuestionario que deseamos que respondas como tutor/a o residente según tu experiencia vivida en la rotación. Cumplimentarlo no te llevará más de 10 minutos.

Agradecemos que respondas a este cuestionario anónimo con la máxima sinceridad, para tratar de garantizar la fiabilidad del estudio. Por nuestra parte, te aseguramos en todo momento el anonimato y la confidencialidad de la información recogida. Tu colaboración es fundamental para este estudio y esperamos que sirva para avanzar en la mejora de la calidad de la formación MIR.



Fdo. Francisco Molina Durán

Francisco Molina Durán
Investigador Principal



Eduardo Romero Sánchez
Universidad de Murcia

Iñigo Anza Aguirrezabala
Coord. grupo investigador

20. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (T1)

DATOS DEMOGRÁFICOS Y ACADÉMICOS

- **Género:** Masculino Femenino

- **Edad:**

- **Eres tutor/a de medicina de familia desde**

- **Perteneces a la Unidad Docente de MFyC de la Gerencia de AP de:**
 - Cartagena
 - Lorca
 - Murcia

- **Indica el número aproximado de residentes que has tenido a tu cargo desde que eres tutor/a**
 residente/s

- **El Centro de Salud en el que trabajas actualmente desde que año cuenta con la acreditación docente: (Ver última hoja del cuestionario)**

- **¿Qué tiempo transcurrió desde la toma de posesión en la Unidad Docente de tu último residente hasta su incorporación al Centro de Salud?**
 día/s

- **¿Qué período de tiempo pasó entre la incorporación de tu residente al Centro y el momento en que te fue asignado para tutorizarlo?**
 día/s

RELACIONES PREVIAS ENTRE TUTOR Y RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA

Estimado/a compañero/a:

Las preguntas que siguen a continuación tienen el propósito de identificar y analizar el tipo de relación y/o contacto mantenido durante el período que comprende aproximadamente desde que tu residente llegó al Centro de Salud como R1 hasta que te fue asignado para tutorizarlo durante toda su residencia. Te rogamos que hagas el esfuerzo de acotar las respuestas en relación a tu experiencia durante ese primer mes.

CUESTIONES

1. ¿Cómo valorarías la primera acogida y orientación en el Centro de Salud de tu residente en lo que respecta a:

Marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

A. Su bienvenida y recibimiento

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

B. Las presentaciones del personal del Centro

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

C. La explicación de los aspectos estructurales y logísticos del Centro

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

20. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (T1)

D. La explicación de los principales aspectos de la Comunidad y de la zona de Salud (características, recursos y servicios,...)

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

E. La orientación inicial de su actividad en el Centro de Salud

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

F. El primer contacto contigo como su tutor/a

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo

EL PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA

Estimado/a compañero/a:

Las preguntas que siguen a continuación tienen el propósito de conocer de qué manera se planificó el proceso de formación entre tú y tu R1 al inicio de su rotación en el Centro de Salud. Un inicio que vamos a situar aproximadamente desde el mismo momento en que se te fue adscrito el residente hasta completar con en él su primer mes de formación en el Centro. Te rogamos de nuevo que hagas el esfuerzo de acotar las respuestas en relación a tu experiencia durante ese primer mes.

CUESTIONES

2. Durante el primer mes de formación con tu residente en el Centro de Salud, ¿en algún momento le preguntaste por:

Marca con una X la casilla correspondiente en cada caso

Su experiencia previa

Si No

Las áreas en las que se sentía más flojo/a

Si No

Sus expectativas formativas

Si No

Sus deseos de aprendizaje (preferencias o gustos según su perfil)

Si No

20. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (T1)

3. En alguna ocasión ¿indicaste a tu residente lo qué debía aprender durante la rotación?

Por favor, antes de contestar esta pregunta lee detenidamente el resto de apartados que incluye la misma.

Si No

Si tu respuesta es afirmativa:

A. Indica de qué manera quedó constancia de ello:

- Verbalmente
 Por escrito
 De ambas formas

B. ¿Cómo crees que ha sido esta comunicación para llegar a definir lo que debía aprender?

En ambos casos, marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

En términos de cantidad:

- Suficiente
 Escasa

En términos de calidad:

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

4. Valora cada uno de los siguientes elementos según el peso que crees hayan tenido en el diseño del plan de formación de tu residente:

Da un valor a cada uno de los cuatro ítems de forma que el total sume 100

Sus necesidades de aprendizaje	<input type="text"/>
Sus expectativas formativas	<input type="text"/>
Tu criterio y experiencia personal	<input type="text"/>
El Programa de la Especialidad	<input type="text"/>
Total	100%

20. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (T1)

5. ¿Tuviste en cuenta los ritmos de aprendizaje del residente en la selección y secuenciación de lo que debía aprender en cada momento?

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

6. ¿Qué recursos formativos utilizaste en el proceso de aprendizaje de tu residente?

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una).

- Actividades previamente diseñadas con fines formativos
- Casos clínicos
- Experiencias del día a día
- Otros (especifica cuáles) _____

7. ¿Con qué frecuencia utilizasteis los siguientes métodos docentes durante el primer mes de formación en el Centro de Salud?

Marca con una X la casilla correspondiente en cada caso

	NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
AUTOAPRENDIZAJE (Aprend. individual y autónomo)				
APRENDIZAJE DE CAMPO (Aprendizaje en el contexto real)				
APRENDIZAJE COLABORATIVO (Trabajo en grupo entre iguales)				
SESIONES FORMATIVAS (Clínicas, bibliográficas, otras)				
CURSOS, TALLERES, ...				

20. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (T1)

8. A lo largo de este primer mes, ¿en algún momento mantuviste reuniones o entrevistas con tu residente para analizar cómo se estaba realizando la formación e intentar corregir los puntos débiles?

Por favor, antes de contestar esta pregunta lee detenidamente el resto de apartados que incluye la misma.

Si No

Si tu respuesta es afirmativa:

A. Señala el número aproximado de reuniones-entrevistas realizadas:

B. ¿Cómo fue el carácter de estas reuniones-entrevistas de tutorización?

Marca con una X la casilla que corresponda

- Formal (estructuradas y pactadas previamente)
 Informal (abiertas y surgidas espontáneamente)
 Ambas (formal e informal)

C. En el caso de haberse producido reuniones de tipo informal ¿con qué frecuencia tuvieron lugar?

- Sistemáticamente
 Frecuentemente
 Esporádicamente

D. ¿Cuáles fueron los temas que se trataron en dichas reuniones-entrevistas de tutorización?

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una)

- Definición de objetivos docentes
 Organización de la actividad
 Dificultades surgidas
 Progreso del proceso formativo
 Otros (especifica cuáles) _____

E. En alguna ocasión ¿se elaboró algún tipo de documento con los resultados de estas reuniones-entrevistas?

Si No

F. ¿Establecisteis algún calendario o cronograma de reuniones-entrevistas para el resto de la rotación?

Si No

20. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (T1)

9. En algún momento ¿le comunicaste al residente tu valoración acerca de lo que estaba consiguiendo hasta ese momento y de las áreas en las que necesitaba mejorar a lo largo de la rotación?

Si No

Si tu respuesta es afirmativa, indica la frecuencia en la que se produjeron:

- Sistemáticamente
 Frecuentemente
 Esporádicamente

10. ¿Le clarificaste al residente los criterios en base a los cuales iba a ser evaluado?

Si No

Si tu respuesta es afirmativa, ¿crees que le parecieron oportunos?

Si No

11. A la hora de tomar decisiones que afectaban a algún aspecto de la formación del residente ¿qué se tuvo en cuenta?

Da un valor a cada uno de los tres ítems de forma que el total sume 100

La opinión del residente	<input type="text"/>
Tu propia opinión	<input type="text"/>
El acuerdo de ambos	<input type="text"/>
TOTAL	100%

12. Durante su primer mes de formación ¿con qué otros profesionales del Centro de Salud colaboró tu residente?

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una)

- Otros tutores y/o médicos del equipo
 Enfermeras
 Personal administrativo
 Otros (especifica cuáles) _____

20. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (T1)

13. Valora tu grado de satisfacción con respecto a los siguientes aspectos:

En cada caso, marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

La organización del proceso formativo:

- Muy satisfactoria
- Bastante satisfactoria
- Satisfactoria
- Poco satisfactoria
- Nada satisfactoria

Los contenidos tratados:

- Muy satisfactorios
- Bastante satisfactorios
- Satisfactorios
- Poco satisfactorios
- Nada satisfactorios

La metodología utilizada:

- Muy satisfactoria
- Bastante satisfactoria
- Satisfactoria
- Poco satisfactoria
- Nada satisfactoria

El asesoramiento prestado por tu parte al residente:

- Muy satisfactorio
- Bastante satisfactorio
- Satisfactorio
- Poco satisfactorio
- Nada satisfactorio

20. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (T1)

El apoyo ofrecido al residente:

- Muy satisfactorio**
- Bastante satisfactorio**
- Satisfactorio**
- Poco satisfactorio**
- Nada satisfactorio**

La relación mantenida con tu residente:

- Muy satisfactoria**
- Bastante satisfactoria**
- Satisfactoria**
- Poco satisfactoria**
- Nada satisfactoria**

14. Por tanto, en términos generales tu grado de satisfacción ha sido:

- Muy satisfactorio**
- Bastante satisfactorio**
- Satisfactorio**
- Poco satisfactorio**
- Nada satisfactorio**

15. ¿Y cómo dirías que ha sido tu grado de implicación en la formación del residente?

Marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

- Muy alto**
- Alto**
- Medio**
- Bajo**
- Muy bajo**

16. En términos generales, ¿cómo definirías la planificación de tu labor docente?

Da un valor a cada uno de los dos ítems de forma que el total sume 100

Oportunista – improvisada – espontánea

Sistematizada – estructurada – preparada

TOTAL	100%

20. Anexo: Versión definitiva del cuestionario (T1)

17. ¿Crees que dispones de los recursos necesarios (tiempo, espacios, formación, recursos materiales,...) para planificar tu actividad docente?

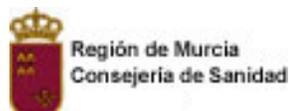
Si No

MUCHAS GRACIAS

FECHAS DE ACREDITACIÓN CENTROS DE SALUD DOCENTES

<i>Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo</i>	1986
<i>Centro de Salud San Antón</i>	1987
<i>Centro de Salud Torre Pacheco</i>	1987
<i>Centro de Salud San Javier</i>	1992
<i>Centro de Salud La Unión</i>	1995
<i>Centro de Salud del Barrio de Peral</i>	1996
<i>Centro de Salud Virgen de la Caridad (Cartagena Oeste)</i>	1997
<i>Centro de Salud Virgen de la Caridad (Cartagena Este)</i>	2005
<i>Centro de Salud Los Alcázares</i>	2005
<i>Centro de Salud Los Barreros</i>	2005

Este cuestionario es fruto de un Proyecto de Investigación desarrollado entre julio de 2004 y septiembre de 2007 al amparo del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I), financiado por el Instituto de Salud Carlos III y el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) y desarrollado en coordinación con la Universidad de Murcia y con las Unidades Docentes de MFyC de las Gerencias de Atención Primaria de Murcia, Lorca y Cartagena.



CUESTIONARIO

LAS RELACIONES PREVIAS Y EL PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE EN LA FORMACIÓN MIR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA

A CUMPLIMENTAR POR EL RESIDENTE DE TERCER AÑO (R3)

Estimado/a compañero/a:

Este grupo investigador tiene como objetivo desarrollar conocimiento sobre la programación didáctica en la rotación que los residentes realizan por los Centros de Salud con sus tutores, tanto en el primer año de residencia, como en el último año de la especialidad. Para recoger información de la realidad tal como se desarrolla en los Centros Docentes hemos diseñado y validado un cuestionario que deseamos que respondas como tutor/a o residente según tu experiencia vivida en la rotación. Complimentarlo no te llevará más de 10 minutos.

Agradecemos que respondas a este cuestionario anónimo con la máxima sinceridad, para tratar de garantizar la fiabilidad del estudio. Por nuestra parte, te aseguramos en todo momento el anonimato y la confidencialidad de la información recogida. Tu colaboración es fundamental para este estudio y esperamos que sirva para avanzar en la mejora de la calidad de la formación MIR.

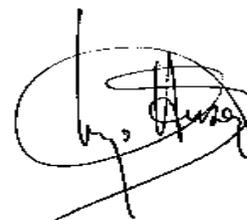


Fdo. Francisco Molina Durán

Francisco Molina Durán
Investigador Principal



Eduardo Romero Sánchez
Universidad de Murcia



Iñigo Anza Aguirrezabala
Coord. grupo investigador

21. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (R3)

DATOS DEMOGRÁFICOS Y ACADÉMICOS

- Género: Masculino Femenino

- Edad:

- ¿Elegiste la especialidad de MFyC como primera opción?:

Si No

- Perteneces a la Unidad Docente de MFyC de la Gerencia de AP de:

Cartagena

Lorca

Murcia

- ¿Sabrías indicar el número aproximado de residentes que ha tenido tu tutor/a?

residente/s

- ¿Sabrías decirme cuántos años lleva acreditado como docente el Centro de Salud que elegiste o que te fue asignado? (Ver última hoja del cuestionario)

año/s

21. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (R3)

RELACIONES PREVIAS ENTRE TUTOR Y RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA

Estimado/a compañero/a:

Las preguntas que siguen a continuación tienen el propósito de identificar y analizar el tipo de relación y/o contacto que has mantenido con tu tutor/a en el período que corresponde aproximadamente desde que saliste del Centro de Salud después del primer mes de formación como R1 hasta que volviste de nuevo al Centro como R3. Te rogamos que hagas el esfuerzo de acotar las respuestas en relación a tu experiencia durante este período.

CUESTIONES

1. ¿Has mantenido con tu tutor/a del Centro de Salud alguna reunión o entrevista de seguimiento durante tus rotaciones como R1 y R2?

Por favor, antes de contestar esta pregunta lee detenidamente el resto de apartados que incluye la misma.

Sí No

Si tu respuesta es afirmativa:

A. Señala el número aproximado de reuniones-entrevistas realizadas:

B. Indica la periodicidad aproximada en que se produjeron:

Marca con una X la casilla que corresponda

Mensual

Trimestral

Anual

Otra (especifica cuál) _____

C. ¿Cómo fue el carácter de estas reuniones-entrevistas de tutorización?

Marca con una X la casilla que corresponda

Formal (estructuradas y pactadas previamente)

Informal (abiertas y surgidas espontáneamente)

Ambas (formal e informal)

21. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (R3)

D. ¿Cuáles fueron los temas que se trataron en dichas reuniones-entrevistas de tutorización?

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una)

- Revisión de las rotaciones hospitalarias
- Progreso del proceso formativo
- Dificultades surgidas
- Intercambio de impresiones sobre temas no directamente asistenciales
- Otros (especifica cuáles) _____

E. En alguna ocasión ¿se elaboró algún tipo de documento con los resultados de estas reuniones-entrevistas?

- Si No

2. Durante tus rotaciones de R1 y R2, tu tutor/a del Centro de Salud ¿te prestó su apoyo y ayuda especialmente si tuviste algún tipo de dificultad?

- Si No

Si tu respuesta es afirmativa, indica como surgió esta ayuda:

Marca con una X la casilla que corresponda

- Por iniciativa del tutor/a
- Porque tú se la solicitaste
- Indistintamente

3. En términos generales, hayas mantenido o no éste contacto continuado con tu tutor/a del Centro de Salud durante los periodos de residencia de primer y segundo año ¿lo consideras necesario y positivo para tu formación?

- Si No

EL PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA

Estimado/a compañero/a:

Las preguntas que siguen a continuación tienen el propósito de conocer cómo se planificó tu proceso de formación al inicio de tu rotación de R3 en el Centro de Salud. Un inicio que vamos a situar aproximadamente desde el mismo momento en que llegas como R3 al Centro hasta completar el primer mes de formación con tu tutor/a. Te rogamos de nuevo que hagas el esfuerzo de acotar las respuestas en relación a tu experiencia durante este período.

CUESTIONES

4. Durante tu primer mes de formación con tu tutor/a en el Centro de Salud, ¿en algún momento te preguntó por:

Marca con una X la casilla correspondiente en cada caso

Tu experiencia previa

Si No

Las áreas en las que te sentías más flojo/a

Si No

Tus expectativas formativas

Si No

Tus deseos de aprendizaje (preferencias o gustos según tu perfil individual)

Si No

21. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (R3)

5. En alguna ocasión ¿estableciste con tu tutor/a o te indicó lo que debías aprender durante la rotación?

Por favor, antes de contestar esta pregunta lee detenidamente el resto de apartados que incluye la misma.

Si No

Si tu respuesta es afirmativa:

A. Indica de qué manera quedó constancia de ello:

- Verbalmente
 Por escrito
 De ambas formas

B. ¿Cómo crees que ha sido esta comunicación para llegar a definir lo que debías aprender?

En ambos casos, marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

En términos de cantidad:

- Suficiente
 Escasa

En términos de calidad:

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

6. Valora cada uno de los siguientes elementos según el peso que crees hayan tenido en el diseño de tu plan de formación:

Da un valor a cada uno de los cuatro ítems de forma que el total sume 100

Tus necesidades de aprendizaje	<input type="text"/>
Tus expectativas formativas	<input type="text"/>
El criterio y experiencia de tu tutor/a	<input type="text"/>
El Programa de la Especialidad	<input type="text"/>
Total	100%

21. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (R3)

7. ¿Crees que en la selección y secuenciación de lo que debías aprender en cada momento tu tutor/a tuvo en cuenta tus ritmos de aprendizaje?

- Nunca
 A veces
 Frecuentemente
 Siempre

8. ¿Qué recursos formativos utilizó tu tutor/a en tu proceso de aprendizaje?

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una).

- Actividades previamente diseñadas con fines formativos
 Casos clínicos
 Experiencias del día a día
 Otros (especifica cuáles) _____

9. ¿Con qué frecuencia utilizasteis los siguientes métodos docentes durante el primer mes de formación en el Centro de Salud?

Marca con una X la casilla correspondiente en cada caso

	NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
AUTOAPRENDIZAJE (Aprend. individual y autónomo)				
APRENDIZAJE DE CAMPO (Aprendizaje en el contexto real)				
APRENDIZAJE COLABORATIVO (Trabajo en grupo entre iguales)				
SESIONES FORMATIVAS (Clínicas, bibliográficas, otras)				
CURSOS, TALLERES, ...				

21. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (R3)

10. A lo largo de este primer, ¿tu tutor/a, en algún momento, mantuvo contigo reuniones o entrevistas para analizar cómo se estaba realizando la formación e intentar corregir los puntos débiles?

Por favor, antes de contestar esta pregunta lee detenidamente el resto de apartados que incluye la misma.

Si No

Si tu respuesta es afirmativa:

- A. Señala el número aproximado de reuniones-entrevistas realizadas:

- B. ¿Cómo fue el carácter de estas reuniones-entrevistas de tutorización?

Marca con una X la casilla que corresponda

- Formal (estructuradas y pactadas previamente)
 Informal (abiertas y surgidas espontáneamente)
 Ambas (formal e informal)

- C. En el caso de haberse producido reuniones de tipo informal ¿con qué frecuencia tuvieron lugar?

- Sistemáticamente
 Frecuentemente
 Esporádicamente

- D. ¿Cuáles fueron los temas que se trataron en dichas reuniones-entrevistas de tutorización?

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una)

- Definición de objetivos docentes
 Organización de la actividad
 Dificultades surgidas
 Progreso del proceso formativo
 Otros (especifica cuáles) _____

- E. En alguna ocasión ¿se elaboró algún tipo de documento con los resultados de estas reuniones-entrevistas?

Si No

- F. ¿Establecisteis algún calendario o cronograma de reuniones-entrevistas para el resto de la rotación?

Si No

21. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (R3)

11. Tu tutor/a ¿en algún momento te manifestó su valoración acerca de lo que estabas consiguiendo hasta ese momento y de las áreas en las que necesitabas mejorar a lo largo de la rotación?

Si No

Si tu respuesta es afirmativa, indica la frecuencia en la que se produjeron:

- Sistemáticamente
 Frecuentemente
 Esporádicamente

12. Tu tutor/a ¿te clarificó los criterios en base a los cuales ibas a ser evaluado?

Si No

Si tu respuesta es afirmativa, ¿te parecieron oportunos?

Si No

13. A la hora de tomar decisiones que afectaban a algún aspecto de tu formación ¿qué se tuvo en cuenta?

Da un valor a cada uno de los tres ítems de forma que el total sume 100

La opinión del tutor/a	<input type="text"/>
Tu propia opinión	<input type="text"/>
El acuerdo de ambos	<input type="text"/>
TOTAL	100%

14. Durante tu primer mes de formación con tu tutor/a ¿con qué profesionales del Centro de Salud colaboraste?

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una).

- Otros tutores y/o médicos del equipo
 Enfermeras
 Personal administrativo
 Otros (especifica cuáles) _____

21. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (R3)

15. Valora tu grado de satisfacción con respecto a los siguientes aspectos:

En cada caso, marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

A. La organización del proceso formativo:

- Muy satisfactoria
- Bastante satisfactoria
- Satisfactoria
- Poco satisfactoria
- Nada satisfactoria

B. Los contenidos tratados:

- Muy satisfactorios
- Bastante satisfactorios
- Satisfactorios
- Poco satisfactorios
- Nada satisfactorios

C. La metodología utilizada:

- Muy satisfactoria
- Bastante satisfactoria
- Satisfactoria
- Poco satisfactoria
- Nada satisfactoria

D. El asesoramiento recibido por tu tutor/a:

- Muy satisfactorio
- Bastante satisfactorio
- Satisfactorio
- Poco satisfactorio
- Nada satisfactorio

21. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (R3)

E. El apoyo recibido por tu parte de tu tutor/a:

- Muy satisfactorio
- Bastante satisfactorio
- Satisfactorio
- Poco satisfactorio
- Nada satisfactorio

F. La relación mantenida con tu tutor/a:

- Muy satisfactoria
- Bastante satisfactoria
- Satisfactoria
- Poco satisfactoria
- Nada satisfactoria

16. Por tanto, en términos generales tu grado de satisfacción ha sido:

- Muy satisfactorio
- Bastante satisfactorio
- Satisfactorio
- Poco satisfactorio
- Nada satisfactorio

17. ¿Y cómo dirías que ha sido tu grado de implicación en tu formación?

Marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

- Muy alto
- Alto
- Medio
- Bajo
- Muy bajo

18. En términos generales, ¿cómo definirías la planificación de la labor docente efectuada por tu tutor/a?

Da un valor a cada uno de los dos ítems de forma que el total sume 100

Oportunista – improvisada – espontánea	<input type="text"/>
Sistematizada – estructurada – preparada	<input type="text"/>
TOTAL	100%

21. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (R3)

19. ¿Crees que tu tutor/a dispone de los recursos necesarios (tiempo, espacios, formación, recursos materiales,...) para planificar su actividad docente?

Si No

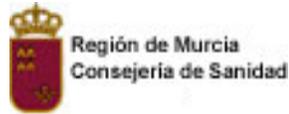
MUCHAS GRACIAS

FECHAS ACREDITACIÓN

CENTROS DE SALUD DOCENTES

CENTRO	FECHA
Alcantarilla-Sangonera	29 julio 1992
Bº del Carmen	28 agosto 1986
Cieza	15 diciembre 1987
Espinardo	6 abril 1999
La Ñora	9 febrero 1996
Molina "La Consolación"	28 agosto 1986
Moratalla	28 julio 1999
Mu-San Andrés	5 abril 2000
Stª Mª de Gracia	15 diciembre 1987
Santomera	23 abril 1992
Yecla	26 febrero 1998
Mu-Centro	16 marzo 2005
Vistalegre	16 marzo 2005

Este cuestionario es fruto de un Proyecto de Investigación desarrollado entre julio de 2004 y septiembre de 2007 al amparo del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I), financiado por el Instituto de Salud Carlos III y el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) y desarrollado en coordinación con la Universidad de Murcia y con las Unidades Docentes de MFyC de las Gerencias de Atención Primaria de Murcia, Lorca y Cartagena.



CUESTIONARIO

LAS RELACIONES PREVIAS Y EL PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE EN LA FORMACIÓN MIR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA

A CUMPLIMENTAR POR EL TUTOR/A DE R3

Estimado/a compañero/a:

Este grupo investigador tiene como objetivo desarrollar conocimiento sobre la programación didáctica en la rotación que los residentes realizan por los Centros de Salud con sus tutores, tanto en el primer año de residencia, como en el último año de la especialidad. Para recoger información de la realidad tal como se desarrolla en los Centros Docentes hemos diseñado y validado un cuestionario que deseamos que respondas como tutor/a o residente según tu experiencia vivida en la rotación. Complimentarlo no te llevará más de 10 minutos.

Agradecemos que respondas a este cuestionario anónimo con la máxima sinceridad, para tratar de garantizar la fiabilidad del estudio. Por nuestra parte, te aseguramos en todo momento el anonimato y la confidencialidad de la información recogida. Tu colaboración es fundamental para este estudio y esperamos que sirva para avanzar en la mejora de la calidad de la formación MIR.

Francisco Molina Durán
Investigador Principal

Eduardo Romero Sánchez
Universidad de Murcia

Iñigo Anza Aguirrezabala
Coord. grupo investigador

22. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (T3)

DATOS DEMOGRÁFICOS Y ACADÉMICOS

▪ Género: Masculino Femenino

▪ Edad:

▪ Eres tutor/a de medicina de familia desde

▪ Pertenece a la Unidad Docente de MFyC de la Gerencia de AP de:

Cartagena

Lorca

Murcia

▪ Indica el número aproximado de residentes que has tenido a tu cargo desde que eres tutor/a

residente/s

▪ El Centro de Salud en el que trabajas actualmente desde que año cuenta con la acreditación docente: (Ver última hoja del cuestionario)

RELACIONES PREVIAS ENTRE TUTOR Y RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA

Estimado/a compañero/a:

Las preguntas que siguen a continuación tienen el propósito de identificar y analizar el tipo de relación y/o contacto mantenido durante el período que comprende aproximadamente desde que tu R1 salió del Centro de Salud después de su primer mes de formación hasta que volvió de nuevo al Centro de R3 contigo como su tutor/a de referencia. Te rogamos que hagas el esfuerzo de acotar las respuestas en relación a tu experiencia durante ese primer mes.

CUESTIONES

1. ¿Mantuviste con tu residente alguna reunión o entrevista de seguimiento en el Centro de Salud durante su período de formación hospitalaria?

Sí No

Si tu respuesta es afirmativa:

A. Señala el número aproximado de reuniones-entrevistas realizadas:

B. Indica la periodicidad aproximada en que se produjeron:

Marca con una X la casilla que corresponda

- Mensual
 Trimestral
 Anual
 Otra (especifica cuál) _____

C. ¿Cómo fue el carácter de estas reuniones-entrevistas de tutorización?

Marca con una X la casilla que corresponda

- Formal (estructuradas y pactadas previamente)
 Informal (abiertas y surgidas espontáneamente)
 Ambas (formal e informal)

22. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (T3)

D. ¿Cuáles fueron los temas que se trataron en dichas reuniones-entrevistas de tutorización?

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una)

- Revisión de las rotaciones hospitalarias**
- Progreso del proceso formativo**
- Dificultades surgidas**
- Intercambio de impresiones sobre temas no directamente asistenciales**
- Otros (especifica cuáles) _____**

E. En alguna ocasión ¿se elaboró algún tipo de documento con los resultados de estas reuniones-entrevistas?

- Si** **No**

2. Durante las rotaciones del residente como R1 y R2 ¿le prestaste tu apoyo y ayuda especialmente si se encontró con algún tipo de dificultad?

- Si** **No**

Si tu respuesta es afirmativa, indica como surgió esta ayuda:

Marca con una X la casilla que corresponda

- Por iniciativa tuya**
- Por que él te lo solicitó**
- Indistintamente**

3. En términos generales, hayas mantenido o no éste contacto continuado con tu residente durante los períodos de residencia de primer y segundo año ¿lo consideras necesario y positivo para su formación?

- Si** **No**

EL PLAN DE FORMACIÓN TUTOR-RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA

Estimado/a compañero/a:

Las preguntas que siguen a continuación tienen el propósito de conocer de qué manera se planificó el proceso de formación entre tú y tu R3 al inicio de su rotación en el Centro de Salud. Un inicio que vamos a situar aproximadamente desde el mismo momento en que el residente llega al Centro hasta completar contigo como su tutor/a su primer mes de formación. Te rogamos de nuevo que hagas el esfuerzo de acotar las respuestas en relación a tu experiencia durante ese primer mes.

CUESTIONES

4. Durante el primer mes de formación con tu residente en el Centro de Salud, ¿en algún momento le preguntaste por:

Marca con una X la casilla correspondiente en cada caso

Su experiencia previa

Si No

Las áreas en las que se sentía más flojo/a

Si No

Sus expectativas formativas

Si No

Sus deseos de aprendizaje (preferencias o gustos según su perfil)

Si No

22. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (T3)

5. En alguna ocasión ¿indicaste a tu residente lo qué debía aprender durante la rotación?

Por favor, antes de contestar esta pregunta lee detenidamente el resto de apartados que incluye la misma.

Si No

Si tu respuesta es afirmativa:

A. Indica de qué manera quedó constancia de ello:

- Verbalmente
 Por escrito
 De ambas formas

B. ¿Cómo crees que ha sido esta comunicación para llegar a definir lo que debía aprender?

En ambos casos, marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

En términos de cantidad:

- Suficiente
 Escasa

En términos de calidad:

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

6. Valora cada uno de los siguientes elementos según el peso que crees hayan tenido en el diseño del plan de formación de tu residente:

Da un valor a cada uno de los cuatro ítems de forma que el total sume 100

Sus necesidades de aprendizaje	<input type="text"/>
Sus expectativas formativas	<input type="text"/>
Tu criterio y experiencia personal	<input type="text"/>
El Programa de la Especialidad	<input type="text"/>
Total	100%

22. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (T3)

7. ¿Tuviste en cuenta los ritmos de aprendizaje del residente en la selección y secuenciación de lo que debía aprender en cada momento?

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

8. ¿Qué recursos formativos utilizaste en el proceso de aprendizaje de tu residente?

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una).

- Actividades previamente diseñadas con fines formativos
- Casos clínicos
- Experiencias del día a día
- Otros (especifica cuáles) _____

9. ¿Con qué frecuencia utilizasteis los siguientes métodos docentes durante el primer mes de formación en el Centro de Salud?

Marca con una X la casilla correspondiente en cada caso

	NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
AUTOAPRENDIZAJE (Aprend. individual y autónomo)				
APRENDIZAJE DE CAMPO (Aprendizaje en el contexto real)				
APRENDIZAJE COLABORATIVO (Trabajo en grupo entre iguales)				
SESIONES FORMATIVAS (Clínicas, bibliográficas, otras)				
CURSOS, TALLERES, ...				

22. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (T3)

10. A lo largo de este primer, ¿en algún momento mantuviste reuniones o entrevistas con tu residente para analizar cómo se estaba realizando la formación e intentar corregir los puntos débiles?

Por favor, antes de contestar esta pregunta lee detenidamente el resto de apartados que incluye la misma.

Si No

Si tu respuesta es afirmativa:

A. Señala el número aproximado de reuniones-entrevistas realizadas:

B. ¿Cómo fue el carácter de estas reuniones-entrevistas de tutorización?

Marca con una X la casilla que corresponda

- Formal (estructuradas y pactadas previamente)
 Informal (abiertas y surgidas espontáneamente)
 Ambas (formal e informal)

C. En el caso de haberse producido reuniones de tipo informal ¿con qué frecuencia tuvieron lugar?

- Sistemáticamente
 Frecuentemente
 Esporádicamente

D. ¿Cuáles fueron los temas que se trataron en dichas reuniones-entrevistas de tutorización?

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una)

- Definición de objetivos docentes
 Organización de la actividad
 Dificultades surgidas
 Progreso del proceso formativo
 Otros (especifica cuáles) _____

E. En alguna ocasión ¿se elaboró algún tipo de documento con los resultados de estas reuniones-entrevistas?

Si No

F. ¿Establecisteis algún calendario o cronograma de reuniones-entrevistas para el resto de la rotación?

Si No

22. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (T3)

11. En algún momento ¿le comunicaste al residente tu valoración acerca de lo que estaba consiguiendo hasta ese momento y de las áreas en las que necesitaba mejorar a lo largo de la rotación?

Si No

Si tu respuesta es afirmativa, indica la frecuencia en la que se produjeron:

- Sistemáticamente
 Frecuentemente
 Esporádicamente

12. ¿Le clarificaste al residente los criterios en base a los cuales iba a ser evaluado?

Si No

Si tu respuesta es afirmativa, ¿crees que le parecieron oportunos?

Si No

13. A la hora de tomar decisiones que afectaban a algún aspecto de la formación del residente ¿qué se tuvo en cuenta?

Da un valor a cada uno de los tres ítems de forma que el total sume 100

La opinión del residente	<input type="text"/>
Tu propia opinión	<input type="text"/>
El acuerdo de ambos	<input type="text"/>
TOTAL	100%

14. Durante su primer mes de formación ¿con qué otros profesionales del Centro de Salud colaboró tu residente?

Marca con una X las casillas que correspondan (puedes marcar más de una)

- Otros tutores y/o médicos del equipo
 Enfermeras
 Personal administrativo
 Otros (especifica cuáles) _____

22. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (T3)

15. Valora tu grado de satisfacción con respecto a los siguientes aspectos:

En cada caso, marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

A. La organización del proceso formativo:

- Muy satisfactoria
- Bastante satisfactoria
- Satisfactoria
- Poco satisfactoria
- Nada satisfactoria

B. Los contenidos tratados:

- Muy satisfactorios
- Bastante satisfactorios
- Satisfactorios
- Poco satisfactorios
- Nada satisfactorios

C. La metodología utilizada:

- Muy satisfactoria
- Bastante satisfactoria
- Satisfactoria
- Poco satisfactoria
- Nada satisfactoria

D. El asesoramiento prestado por tu parte al residente:

- Muy satisfactorio
- Bastante satisfactorio
- Satisfactorio
- Poco satisfactorio
- Nada satisfactorio

22. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (T3)

E. El apoyo ofrecido al residente:

- Muy satisfactorio
- Bastante satisfactorio
- Satisfactorio
- Poco satisfactorio
- Nada satisfactorio

F. La relación mantenida con tu residente:

- Muy satisfactoria
- Bastante satisfactoria
- Satisfactoria
- Poco satisfactoria
- Nada satisfactoria

16. Por tanto, en términos generales tu grado de satisfacción ha sido:

- Muy satisfactorio
- Bastante satisfactorio
- Satisfactorio
- Poco satisfactorio
- Nada satisfactorio

17. ¿Y cómo dirías que ha sido tu grado de implicación en la formación del residente?

Marca con una X la casilla que mejor muestre tu opinión

- Muy alto
- Alto
- Medio
- Bajo
- Muy bajo

18. En términos generales, ¿cómo definirías la planificación de tu labor docente?

Da un valor a cada uno de los dos ítems de forma que el total sume 100

Oportunista – improvisada – espontánea	<input type="text"/>
Sistematizada – estructurada – preparada	<input type="text"/>
TOTAL	100%

22. Anexo: Versión definitiva del Cuestionario (T3)

19. ¿Crees que dispones de los recursos necesarios (tiempo, espacios, formación, recursos materiales,...) para planificar tu actividad docente?

Si No

MUCHAS GRACIAS

FECHAS ACREDITACIÓN

CENTROS DE SALUD DOCENTES

CENTRO	FECHA
Alcantarilla-Sangonera	29 julio 1992
Bº del Carmen	28 agosto 1986
Cieza	15 diciembre 1987
Espinardo	6 abril 1999
La Ñora	9 febrero 1996
Molina "La Consolación"	28 agosto 1986
Moratalla	28 julio 1999
Mu-San Andrés	5 abril 2000
Stª Mª de Gracia	15 diciembre 1987
Santomera	23 abril 1992
Yecla	26 febrero 1998
Mu-Centro	16 marzo 2005
Vistalegre	16 marzo 2005

Este cuestionario es fruto de un Proyecto de Investigación desarrollado entre julio de 2004 y septiembre de 2007 al amparo del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I), financiado por el Instituto de Salud Carlos III y el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) y desarrollado en coordinación con la Universidad de Murcia y con las Unidades Docentes de MFyC de las Gerencias de Atención Primaria de Murcia, Lorca y Cartagena.

23. Anexo: Protocolo de cumplimentación del cuestionario

PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN Y CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO

- Los cuestionarios serán cumplimentados totalmente por:
 1. Tutores que tengan actualmente R3.
 2. Tutores que tengan actualmente R1.

- Los cuestionarios cumplimentados se enviarán por correo ordinario en el mismo sobre con el sello que se entrega junto a los cuestionarios sin cumplimentar o serán recogidos por el investigador en el mismo Centro de Salud.

- Insistir en:
 1. La importancia del proyecto.
 2. El aseguramiento de la confidencialidad.
 3. La sinceridad de las respuestas.

- No dudes en ponerte en contacto conmigo para cualquier duda ó cuestión:
 - Tfno. Movil: 699 858 844
 - E-mail: eromero@um.es

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN