



EL NUEVO PROGRAMA  
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

## El tutor opina

Dr. Jesús Melchor Delgado González  
*COORDINADOR DEL GRUPO DE TUTORES DE SEMERGEN*

Desde el año 1978, que se inició la andadura de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en este país, hasta el momento actual, hemos asistido a una importante evolución en nuestra especialidad, que ha logrado, cuando menos, una mejor y reconocida gestión de los recursos sanitarios asistenciales.

La Atención Primaria, como espacio de desarrollo profesional, ha adquirido unos niveles de calidad necesarios para adecuarse al correcto funcionamiento del sistema sanitario, incorporando nuevas tecnologías y funciones y adquiriendo una formación adaptada a las necesidades de la población a la que atienden.

La MFyC es el primer eslabón de una cadena asistencial, que en la mayoría de los casos sólo tiene uno y, en otros, se engrana de una forma más o menos perfecta con otros requerimientos asistenciales dentro de cada una de las patologías, a que nos enfrentamos día a día.

Los garantes de esta evolución han sido los profesionales médicos de la Atención Primaria, que han sabido adaptarse tanto a las nuevas exigencias de los usuarios, como a los avances que la ciencia y la tecnología pone a nuestro alcance, o a los planes estratégicos de la administración con éxito.

Para lograr los estándares de calidad que cada día son más exigente, es necesario e imprescindible un adaptado método de formación pregrado, postgrado y, posteriormente, de formación continuada que favorezca los mecanismos científico-técnicos de puesta al día y otras habilidades.

Estas evoluciones, la reforma del programa de la especialidad de MFyC, han dado respuesta a las peticiones que desde los distintos estamentos de la Atención Primaria se habían realizado insistentemente desde hace años, facilitando un nuevo desarrollo formativo que, a priori y hasta su rodaje definitivo, parece integrador de las necesidades del residente y del sistema sanitario, pero que necesariamente debe conjugar algunos aspectos que sólo su puesta en marcha definirá.

Objetivo de este informe es aportar la opinión que merece desde el grupo de tutores de SEMERGEN, añadiendo las sugerencias técnicas que, en una modesta opinión, se plantean tras la lectura detallada del programa. Para lo cual, siguiendo el orden del citado nuevo programa de la especiali-

dad, se analizarán aquellos apartados que no han quedado claros o sobre los que se sugiera una opinión.

## 1. Características del programa

Se ha vinculado el desarrollo del programa en áreas docentes en virtud del perfil de competencias profesionales del médico de familia, consiguiendo un adecuado paralelismo entre ambos que lo dota, en principio, de un enfoque práctico interesante.

Otra característica del programa es su flexibilidad, muy importante porque las condiciones particulares de cada área docente, en los distintos puntos del país, obligan a que las recomendaciones sean sólo eso, y que sobre ellas se haga un ajuste en función de que en cada centro existan unas especialidades u otras, que sean centros mayoritariamente urbanos o rurales, la tradición formativa previa, facilidades de comunicación, distancias intercentros... No obstante, parece lógico establecer un perfil de mínimos que garantice los resultados del aprendizaje obtenidos en cada área docente, para que tengan la suficiente cantidad, y sobre todo calidad, de apartados de cada una de las áreas docentes, para que la diferencia entre formarse en un lugar u otro sea lo más reducida posible.

Otra de las novedades interesantes del programa de la especialidad ha sido la incorporación de niveles de prioridad y responsabilidad de cada una de las áreas docentes, que pueden servir perfectamente de guía a utilizar por los tutores para centrar el aprendizaje o, incluso, para valorar el cumplimiento de los objetivos docentes.

## 2. Duración de la formación

La MFyC abarca el abordaje directo de distintas patologías de todas especialidades médicas; esto hace que el período formativo, hasta ahora en vigor, de tres años de duración, resultase excesivamente corto, en especial, cuando se compara con la extensión en tiempo de otros programas formativos de distintas especialidades que, en general, se extienden a 4 ó 5 años.

Considerando, además, que el objetivo principal es la formación de médicos de Atención Primaria, el programa anterior debía repartirse entre

la adquisición de conocimientos en las rotaciones de especializada y su aplicación en las consultas del primer nivel para adaptarlos a unos condicionantes distintos. Esto obliga a repartir su duración entre ambos niveles asistenciales, quedando seriamente disminuida la estancia en el centro de salud.

Éstas son algunas de las razones que hacían de imperiosa necesidad que con la reforma del programa se prolongase la duración de la residencia de MFyC, se asegurase la realización de alguna de las rotaciones especializadas que anteriormente se obviaban por «falta de tiempo» y la ampliación en tiempo, de algunas de las rotaciones, que son prioritarias por manejar problemas de salud muy prevalentes, en la consulta de Atención Primaria y para los que en ocasiones un mes se podría pensar irrelevante para adquirir conocimientos de manejo.

Por otro lado, y a pesar de que las salidas laborales para el médico de familia actualmente son diversas, no se debe perder de vista que el objetivo principal de esta formación es obtener profesionales adecuadamente preparados para ejercer la asistencia sanitaria primaria; por lo tanto, es de buena lógica pensar que la mayor parte del programa se realice en el centro de salud, y no como hasta ahora sólo un tercio, en el mejor de los casos.

Se incide en el programa en la importancia de obtener un adecuado perfil de competencia profesional, en el que se adquieran compromisos con el usuario de la sanidad pública, con la sociedad en la adecuada gestión de recursos y con la mejora formativa continua con la propia especialidad. La consecución de estos compromisos sólo puede llevarse a cabo si se articulan unos mecanismos de aprendizaje basados en la continuidad de una atención integral, eje sobre el que gira el modelo biopsicosocial, y sólo cuando así se realiza se podrá obtener un completo aprovechamiento en todas las áreas competenciales de un buen médico de familia. Estos conceptos son más sencillos de obtener cuando se practican directamente en las consultas, y ello requiere un tiempo de estancia mayor en el centro de salud, del que, hasta ahora, los residentes se podían permitir.

### 3. Metodología docente

Si bien la especificación de la distinta metodología docente, tal y como se presenta en el programa, facilita la planificación de las tareas de apo-

yo a la parte meramente asistencial, interesa realizar algunas consideraciones de aspecto organizativo.

Se especifican en cara área docente los cursos, talleres, etc., más apropiados como técnica de apoyo, pero podría resultar interesante que se concretasen, también contenidos en función de los niveles de prioridad, que permitan diferenciar aquellos que deben ser imprescindibles de los que sean aconsejables y de otros que marquen la excelencia.

Por otro lado, y a pesar de las dificultades estructurales y de organización, se deben hacer esfuerzos para colocar estos métodos de apoyo docente, en tiempo y forma, para que su aprovechamiento sea el mayor posible, adaptándolos a los años de rotación, labor que seguro tendrá en cuenta la unidad docente correspondiente.

Cada vez existen más recursos de los que obtener formación continuada; por ello, quizá no estaría de más establecer una especie de convalidación dentro de un programa docente estructurado, para que el residente sea capaz de acudir a los organizados por unidades docentes o, bien, a través de otras instituciones acreditadas: Colegio de Médicos, Sociedades Científicas, Servicios de Salud autonómicos, Universidades, etc., para lo que se exigirá presentar el certificado de asistencia y/o aprovechamiento, siempre que se trate de cursos acreditados y adecuadamente validados por la unidad docente o, en su caso, por la Comisión Nacional de la Especialidad.

Ello facilitaría ampliar la flexibilidad del programa, de forma que se eviten solapamientos de conocimientos, repeticiones innecesarias y déficit en algunas áreas.

## 4. Cronograma

### 4.1. Distribución del tiempo de formación

En lo que se refiere a la distribución del trabajo, en cada uno de los 4 años de duración del programa de la especialidad de MFyC, puede considerarse equilibrado desde el punto de vista de la carga científica, pero podrían tenerse en cuenta algunos matices que lo harían más operativo.

Hasta ahora, el residente iniciaba la toma de contacto con el trabajo de Atención Primaria durante un mes, que desde todo punto de vista se tornaba insuficiente y más cuando por la inoportuna fecha de incorporación (período estival en los últimos años), coincidía con vacaciones del tutor y del personal habitual del centro de salud, solapado con la finalización de otros residentes en su último año... Inconvenientes todos ellos que convertían la toma de contacto en un tiempo poco aprovechado.

La extensión de este período, a los 3-6 meses, parece una adecuada forma de salvar incidencias como las anteriormente citadas. No obstante, y a pesar de la flexibilidad que abandera el programa, la recomendación más adecuada debe dirigirse hacia la mayor estancia posible (6 meses), permitiendo iniciar una dinámica correcta de gestión de consulta y manejo de tecnologías informáticas, iniciación en competencias esenciales, que facilitan el posterior trabajo durante el último año de residencia que, en su totalidad, se realiza en el centro de salud.

También, y a pesar de esta mayor estancia inicial, es bueno que se prevean unas fechas de incorporación más acordes con la vida social y el funcionamiento del centro de salud, por lo que no parece que los períodos vacacionales (verano, Navidades) sean el momento más adecuado para la incorporación.

## 4.2. Guardias

En cuanto al período de guardias, la proporcionalidad porcentual a lo largo de cada uno de los 4 años parece tener una distribución adecuada, que mantiene el equilibrio del período formativo en función del tiempo de estancia en cada especialidad.

Quizá, y apelando a la flexibilidad, deba replantearse, en muchos casos, la pertinencia de repartir durante todo el primer año las guardias Primaria/Urgencias, porque, en algunos casos, puede suponer un trastorno para el residente, en cuanto a desplazamientos, si el hospital de referencia no se encuentra próximo al centro de salud al que se ha adscrito. Puede ser más operativo que, aprovechando la estancia inicial de 6 meses en centro de

salud, se realice un mayor número de guardias en Primaria y que, en contrapartida, se hagan más guardias de urgencia hospitalaria, mientras se encuentra en el período de rotaciones hospitalarias.

Sería importante velar en los períodos de guardia (también en las rotaciones) porque los distintos responsables o colaboradores docentes, en cada caso, se impliquen adecuadamente en las labores formativas, dado que en ocasiones deben compartirse experiencias con profesionales no siempre concienciados de la importante labor de formación que realizan para el residente de primaria o, simplemente, en servicios, donde por la coincidencia con residentes de otras especialidades relega a los de Primaria a un nivel formativo inferior.

El circuito formativo de un médico de Atención Primaria es de suma trascendencia, por lo que todos los agentes que participan en él deben comprender e integrar tal responsabilidad. La puesta en marcha del nuevo programa otorga la oportunidad para informar y dar la valía que merece la especialidad, y sería buen momento para lograr el máximo conocimiento por todas las especialidades.

### 4.3. Clases, talleres, cursos formativos

La organización de períodos de cursos, talleres, etc., como se adelantó anteriormente, debe cuidarse meticulosamente para que se realicen ajustados al momento de mayor necesidad, que probablemente es durante el primer año de formación, sobre todo, aquellos que dotan de competencias clínicas aún a costa de restar tiempo de estancia incluso en el centro de salud, dado que son imprescindibles en algunos casos para los períodos de guardia, donde la necesidad de atención urgente exige unos conocimientos teórico-prácticos, que no siempre se han facilitado previamente y que el residente puede echar en falta a la hora de enfrentarse a estas situaciones. Formación en soporte vital básico y avanzado, atención al politraumatizado, electrocardiografía básica, radiología básica, entre otros, deberían tener una cierta prioridad de impartición, para dotar de las herramientas básicas al residente para su adecuada supervivencia en sus primeros meses.

#### 4.4. Rotaciones en Centros Rurales

Las distintas necesidades poblacionales, en función del entorno en el que se vive, establece claras diferencias en la asistencia, ya sea medio rural o urbano. Es desde todo punto lógico que un programa formativo debe aportar los recursos necesarios, para dotar al futuro médico de los recursos necesarios para ejercer en uno u otro ámbito.

La dispersión geográfica del usuario, la distancia a centros de especializada, las patologías laborales propias de entornos rurales, las características de gestión de consulta, difieren en función de que se trate de una consulta de medio rural o urbana y, por ello, parece acertado realizar un período de medicina rural, que complete al máximo la formación del médico de familia.

Para dar respuesta a estas variabilidades en el nuevo programa, se ha contemplado la posibilidad de realizar durante el segundo y tercer año un período de rotación en centros rurales.

Surge la duda, sobre todo en los primeros años de instauración del programa, de si existirán el número de centros suficientes y acreditados para incorporar a cada una de las promociones de residentes. Aunque se propone, desde el propio programa en estos casos, la utilización de recursos de otras áreas, incluso pertenecientes a otras unidades docentes adyacentes, no es fácil organizar la infraestructura necesaria, obligando en estos casos a desplazamientos al residente con los costes económicos, sociales y/o familiares que a título personal le acarreen.

Por otro lado, el utilizar áreas lejanas a donde cada residente se le ha adscrito, dificulta la comunicación entre los tutores encargados (principal, de apoyo.), que se hace, desde todo punto necesaria para, por ejemplo, el seguimiento evaluativo.

Por otro lado, la premura que inicialmente exige la puesta en marcha del programa, no debe hacer caer en la tentación de facilitar acreditación, a centros rurales o no, que simplemente por cuestión de una oferta y demanda sea necesarios. Es imprescindible que los criterios de acreditación de centros sean respetados, aun a costa de disminuir la oferta rural de centros,

donde los residentes puedan realizar su rotación rural con las máximas garantías formativas y de uniformidad en los criterios elegidos.

Para garantizar esto, y dado que se trata de una de las novedades en el programa formativo, se echa de menos mayor profundidad en las recomendaciones de cómo llevar a cabo dicha rotación: objetivos a alcanzar, forma de desarrollar la estancia, métodos de trabajo, apoyo con cursos-talleres, grupos de trabajo, necesidad de realizar guardias durante la estancia rural (número o porcentaje), si es preceptivo cumplir dicha estancia con consulta ordinaria, con atención continuada, entre otros, deberían ser proyectos a alcanzar desde la Comisión Nacional de la Especialidad o desde las Unidades Docentes.

Del mismo modo, una vez acreditados los centros donde se ejerce la rotación rural, también es aconsejable facilitar acreditación de tutores en la misma medida que si del tutor principal se tratase que, para este primer año de implantación del programa, parece que se llega tarde, dado que, hasta el momento, no se ha observado por parte de las unidades docentes un interés en dar publicidad a la acreditación de tutores, aun pensando que la necesidad de ellos debería incrementarse sustancialmente. Queda, al menos, uno o dos años por delante en los que dirigir los esfuerzos, a formalizar la reunión de un grupo de tutores que, ejerciendo en medio rural, sean capaces de integrarse en el modelo formativo, capacidades que, sin duda, ya se tienen.

## 5. Tutores

### 5.1. El papel del tutor

Toda la responsabilidad formativa recae en la figura del tutor o tutores con los que el residente debe ir pasando, aprendiendo por distintos métodos el saber hacer de cada profesional.

Hasta ahora, parecía que la figura del tutor era un simple añadido que acompañaba al residente, hasta el punto de que entre el colectivo de tutores no era extraño alcanzar un nivel de desmotivación, cuya conse-

cuencia es la petición de años sabáticos o la desvinculación de la formación en un momento determinado.

Los tutores, en general, se sienten abandonados por la Administración, que, más que premiar el interés para que sus centros, además de asistenciales, sean docentes, con el prestigio profesional que ello comporta, «castigan» a sus tutores mediante la denegación de permisos, sustituciones, asistencia a eventos científicos, etc.

Pero en cierto modo también se sienten abandonados por las Unidades Docentes que, aunque se deben a la formación de residentes, no deben olvidar que sin tutores ese objetivo difícilmente se podrá conseguir.

Esta situación tiene algún viso de cambio en cuanto que, al menos, en el nuevo programa se ha dado un capítulo a la figura del tutor, hasta ahora poco reconocida. En cualquier caso, y si esto es un primer avance, no debe caer en saco roto. En el nuevo programa se deja claro que los tutores son la parte más importante de la formación del residente; seamos consecuentes y activemos las medidas necesarias para dotar a esta figura del reconocimiento del que se considera merecedor.

Implícitamente el tutor ha debido nutrirse de la única satisfacción profesional y personal de ver pasar por sus manos distintas promociones de residentes, que posteriormente se han convertido en buenos profesionales, que ejercen la medicina de familia, garantizando a sus pacientes unos altos niveles de competencia profesional. Pero no olvidemos que esta satisfacción va unida a un alto grado de responsabilidad, para lograr ese objetivo último de formar buenos médicos.

No se puede olvidar que el tutor obtiene un beneficio formativo, en cuanto a que, indirectamente, se le obliga a estar a la altura del papel que representa, por lo que es imprescindible estar al día de todas las novedades que en esta profesión son muchas y aprovecharse de la motivación y responsabilidad del que se prepara para ser médico especialista y que, por tanto, tiene más facilidad para devolverle al tutor nuevos conocimientos.

Hasta ahora, el nivel de responsabilidad que exige una correcta y adecuada tutorización no se corresponde con el reconocimiento que esta fun-

ción ha tenido en el sistema sanitario. No es objetivo de este informe, indicar cuáles deben ser los métodos más adecuados, para reconocer esta labor, pero sí es aconsejable, buscar algún sistema que impida la desmotivación de unos profesionales que han aceptado participar en el proceso formativo desinteresadamente.

Se necesita cubrir las necesidades de los tutores, cuando menos, y mientras se logra el mejor modo de reconocimiento, sería exigible para mantener unos estándares de calidad adecuados que se estableciese un plan formativo para el tutor que lo adecúe a las nuevas estrategias que propone el programa, que renueve aquellas áreas más deficitarias, que todos tengamos y que articule los mecanismos adecuados para que la Administración facilite la participación en cursos, talleres, jornadas, congresos, períodos de reciclaje y todos los eventos que signifiquen una mejora profesional, tanto desde el punto de vista asistencial, como del docente...

Si somos parte del programa, por qué no tener un subprograma formativo, para el tutor, claramente especificado que de pie a unas acreditaciones y reacreditaciones de calidad y que faciliten la mejora en los contenidos del programa: competencias esenciales (comunicación asistencial, razonamiento clínico, bioética, gestión de la atención), competencias asistenciales (atención al individuo, familia y comunidad) y, sobre todo, en metodología docente y en el gran caballo de batalla en Atención Primaria, la investigación (metodología e implantación) que siempre parece escasa.

Se incorpora una nueva figura al colectivo de tutores, el tutor de apoyo. Hasta ahora toda la responsabilidad recaía en el tutor del centro de salud (formativa y evaluativa). Los tutores de apoyo pueden convertirse en un instrumento de suma importancia desde el punto de vista formativo; también puede encargarse de mantener el seguimiento, mientras se pierde el contacto con el residente, durante la realización de las rotaciones hospitalarias, electivas, ahora rurales, etc. Estos largos períodos de tiempo pueden minimizarse si existe un contacto con otros tutores que, en algún momento, colaboren activamente en el seguimiento del aprendizaje del residente.

Y esta función puede extenderse a otros profesionales que también participan sectorialmente en la formación del residente: colaboradores

docentes, tutores hospitalarios, técnicos de salud y todos aquellos que de alguna forma participan en esta labor.

Pero para ello debe mejorarse la comunicación entre los distintos estamentos docentes, favoreciendo la posibilidad de reuniones o contactos entre todos ellos, que hasta ahora sólo se realiza con fines evaluativos, pero que quizá también tenga un elevado valor para solucionar incidencias, conflictos o, simplemente, redirigir el programa formativo individualmente en los casos que lo precise, reorganizar rotaciones buscando un orden lógico. Y quizá el mejor nexo de unión sean las Unidades Docentes que, sin perder de vista su objetivo final, son los residentes, deben dar un mayor espacio en su actividad al colectivo de tutores.

A las Unidades Docentes debe exigírseles una implicación y participación directa en el correcto desarrollo y funcionamiento de los distintos colectivos que participan en la formación. Impulsar actividades externas al programa puede ser uno de los objetivos y, quizá, como ya se ha señalado antes, una especial dedicación al colectivo de tutores y a la dirección de proyectos de investigación puede convertirse en una función muy válida para proteger el programa e incentivar, a través de publicaciones, el estímulo de tutor y residente.

Por último, señalar el interés que podría tener la negociación de unos incentivos en el currículum, carrera profesional o baremos de contrataciones para lograr que la tutorización tuviera un peso en puntuación, y saber de antemano la rentabilidad de cara a la mejora profesional que cada uno de los participantes en la formación del residente de MFyC pudiera obtener: tutor principal, tutor de apoyo, colaborador docente.

## 5.2. Acreditación. Reacreditación

Si se quiere mantener la calidad en el aprendizaje es imprescindible establecer unos criterios unánimes y equitativos para la acreditación y reacreditación de tutores que no sean modificados en función de las necesidades de la demanda, sino, y aun a costa de reducir el número de residentes, que se establezcan unos requisitos más o menos exigentes y factibles que garanticen la mejor formación para nuestros médicos.

Si se ha readaptado el programa de la especialidad, y dado que, como se expone a continuación, los métodos de evaluación tienden a renovarse, probablemente una revisión de los métodos de acreditación de tutores implicaría una mayor capacitación de los aspirantes.

Hay una parte técnica en las acreditaciones que no dependen en exclusiva del profesional. ¿Cómo se valora en su justa medida que un médico es un buen médico de familia? La masificación de las consultas no siempre, y sobre todo en medios urbanos, puede garantizar los ratios asistenciales recomendados, por muy buena gestión asistencial de consulta que se haya logrado. La publicación de artículos, participación en proyectos de investigación debe ser valorada, pero quizá más por su calidad que no por su cantidad.

## 6. Evaluación

Quizá una de las partes más importantes del programa formativo hace referencia a la evaluación.

Si bien queda claro que la Unidad Docente de cada área será la encargada de planificar un plan global evaluativo, no debe perderse de vista que son los tutores, en última instancia, quienes asumen la mayor responsabilidad de la evaluación final del programa de formación de cada residente.

No estaría de más que, por tanto, una vez definidos los criterios de evaluación, se establezcan los medios para lograr un consenso en la aplicación de dichos criterios, que garanticen la máxima equidad interárea a la hora de alcanzar el título de MFyC, y evitar las diferencias de objetividad en función del lugar donde se realice la residencia.

En este sentido es muy importante concienciar adecuadamente a todos los estamentos que participan en la formación de un residente, en especial a aquellos que, sin ser tutores o ni siquiera tener la intención de participar en la docencia, han de supervisar y, por tanto, evaluar rotaciones. Y dar las instrucciones necesarias para que los sistemas de evaluación sean lo más objetivos posibles, porque la evaluación no sólo obtiene los resultados de los residentes, sino que secundariamente está analizando la validez de todo el programa formativo.

Debe quedar claro que no se trata de eludir la responsabilidad del tutor principal, el de apoyo y probablemente también el tutor hospitalario, que finalmente son los encargados de elaborar el informe de evaluación final, cada año y previa obtención del título.

Por ello, debería pensarse la importancia de que, periódicamente, los tutores que desempeñan un papel más presente en la formación de cada residente, reciban cumplida información de los resultados parciales de las hojas evaluativas, que se van cumplimentando en el paso por las distintas rotaciones, lo cual facilitaría, en el caso de malos resultados, rectificaciones en el planteamiento formativo.

Aunque siguiendo las recomendaciones del nuevo programa de la especialidad, hay que tener en cuenta que la mayor presencia del residente en Atención Primaria facilita enormemente que se lleven a cabo entrevistas con ellos, que recojan información de las estancias progresivas, de los avances en el aprendizaje, del interés por las especialidades o de las incidencias más comunes. Hasta ahora, se hacía muy difícil realizar un contacto periódico con el residente durante sus dos primeros años de formación, porque era improbable que acudiese a su centro de salud hasta su tercer año.

En este momento es adecuado hacer una parada en el papel que el tutor, como responsable de la calidad de la formación recibida, también sea facultado para emitir algún tipo de informe a la unidad docente, que comunique las deficiencias que detecten los residentes en las distintas rotaciones, en el ánimo de establecer una crítica constructiva que sirva para que se introduzcan los medios de mejora posibles, para elevar la calidad a los límites que se merece, la formación de médicos. Bien seguro que, previamente, el residente también debe poder informar de esos déficits detectados y emitir su propio informe, que será avalado, por los datos objetivos, que en las sucesivas entrevistas que se proponen se recojan de ellas.

La integración de nuevos modelos evaluativos, que se han incorporado con fuerza en los últimos años, debe tenerse en cuenta si se quiere que el programa formativo cumpla unos estándares de calidad a los que aspira. Aunque debe evaluarse previamente la factibilidad y la aceptación que estos métodos van a tener o su dificultad de implantación. Lo cierto es que en distintos países europeos, americanos y asiáticos muchas especia-



lidades incorporan estos métodos. Y en España ya existen algunas experiencias con algunos colectivos.

No es extraño que, poco a poco, tengamos que adaptarnos a dicho método y, por tanto, hay que adelantarse al desconocimiento que una nueva mecánica pueda generar entre los protagonistas de la formación: residentes y tutores.

La mejor manera es incorporar al programa de cursos y talleres la divulgación de métodos, como la ECOE, por ejemplo; método que ha empezado a aplicarse y que todavía puede formar parte de una manera natural de la metodología de examen para acceder a determinados puestos de responsabilidad o, simplemente, para cambiar de grado en la carrera profesional, tan debatida en los últimos años.

No se nos puede olvidar que, hasta ahora, sólo se ha hecho referencia a la evaluación del residente, pero los propios tutores no pueden eludir la responsabilidad de ser evaluados, porque también son susceptibles de presentar déficit de formación que impidan un correcto desarrollo de la formación de residentes.

Se pide para la acreditación que los médicos de familia que quieren ser tutores sean buenos médicos, buenos comunicadores, que, quizá, sean conceptos difíciles de medir por su subjetividad. Por ello, es importante que los residentes evalúen esos términos sobre sus tutores y que esos informes sean capaces de modificar actitudes.

Si además se ha solicitado un plan estratégico de formación para los tutores, no estará demás que seamos capaces de someternos a modelos evaluativos tradicionales, y, por qué no, también a los nuevos métodos evaluativos comentados previamente.

Por otro lado, es importante que la unidad docente, y sobre todo su método de evaluación, sea sometida a rigurosos controles, no sólo en forma de auditorías, como se propone, sino también observando las opiniones que de dicho funcionamiento aporten tutores y residentes, siempre, y como antes se ha propuesto, en el ánimo de corregir los errores que impidan un derecho de igualdad entre las garantes de la formación médica nacional.

## 7. Bibliografía

Los anexos y apéndices que de cada módulo formativo recogen las fuentes bibliográficas son sumamente interesantes y facilitan, en sumo grado, las consultas de los implicados en este programa.

No obstante, desde el punto de vista operativo, quedan serias dudas de que tanto centros de salud, por su escaso presupuesto, como hospitales, porque probablemente la adquisición de fondos de medicina familiar no sea prioritaria, sean capaces de lograr fondos bibliográficos extensos.

Además del listado orientativo, hay que buscar las fórmulas para recomendar a estos centros la adquisición, si no de todos, de algunos que parecen más imprescindibles. Debería articularse el mecanismo para acercar y facilitar al residente la consulta de esos fondos, la inscripción a las revistas científicas que se entiendan como un imprescindible apoyo a su correcta formación. ¿Por qué no se puede facilitar, desde el primer momento, estas inscripciones?

Puede implicarse a la administración (Ministerio de Sanidad, de Educación, Servicios de Salud autonómicos, Gerencias), para que se aprovisionen de estas sugerencias bibliográficas, pero para ello es imprescindible organizar algunas partidas presupuestarias que lo garanticen.

Grandes de estos problemas estructurales se pueden solventar con la instauración de las nuevas tecnologías, de las que se disfruta ya en prácticamente todos los centros asistenciales, en mayor o menor medida. Pero, a pesar de la aparente accesibilidad a internet, no es difícil encontrarse con que los residentes no pueden acceder porque no se les facilitan claves de acceso.

Deben garantizarse que, al inicio de la residencia, a cada uno de ellos se les facilite, no sólo un anexo de bibliografía y páginas de interés, sino también una guía de utilización, donde deben dirigirse para poder acceder a la red y claves de acceso para ello, incluyendo una dirección de correo electrónico donde reciban puntual información desde la unidad docente, la comisión nacional de la especialidad, su gerencia de Atención Primaria o sus socie-

dades científicas, y reciban, también, actualización de los sitios de interés para su especialidad y la actualización de la bibliografía.

Cuál es el problema de facilitar claves de acceso. No creo que en estos momentos de evolución tecnológica haya ningún problema para establecer una cierta temporalidad a cada acceso, con una fecha de caducidad coincidente con la finalización de la residencia, o bien el uso de una clave, más o menos universal, válida para el acceso a la red.

Existen muchas formas de solucionar todos estos pequeños problemas, pero importa que se tenga voluntad para hacerlo, poniendo el mayor interés en mejorar la calidad formativa que ofrece el programa.

## 8. Resumen

A grandes rasgos, la expectativa que ha creado la instauración del programa formativo interesa a todos los implicados: residentes, tutores, administración, otros médicos de Atención Primaria.

Aunque su puesta en marcha será el mejor sistema de evaluación para ver sus posibles deficiencias, a priori, la extensión en su duración y la distribución más equitativa de ese tiempo, entre la formación en Atención Especializada y en Atención Primaria, parece mucho más adecuada que hasta ahora.

Vivimos en momentos de intentos de reforma profesional tendentes a un mismo objetivo, mejorar la asistencia al paciente y dotar a la profesión médica de los instrumentos adecuados para su reconocimiento en su justa medida.

Algún otro dato destacado, entre las novedades del programa, hace que la perspectiva formativa sea positiva. Se ha tenido en cuenta un apartado para los tutores, a los cuales hasta ahora, a pesar de su papel clave como responsables directos de la docencia, no se les tenía en cuenta. Ahora sólo es necesario activar los mecanismos apropiados para que el reconocimiento a su labor alcance el nivel que se merece.