



MODELOS DE CALIDAD  
ASISTENCIAL  
EN ATENCIÓN PRIMARIA

# Aplicación de la calidad asistencial en el proyecto formativo y docente del residente de MFyC. Opina el tutor de Medicina de Familia

Dr. Armando Santo González  
*MÉDICO DE FAMILIA. TUTOR DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.  
C.S. LA ÑORA. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MURCIA. MIEMBRO  
DEL GRUPO DE GESTIÓN DE CALIDAD ASISTENCIAL DE SEMERGEN*

# 1. La calidad en el nuevo programa de la especialidad de MFyC

En los sistemas sanitarios, la implantación de la cultura de la calidad ha ido evolucionando reproduciendo su desarrollo histórico en la industria. Se inició con la introducción del concepto «control de calidad» referido básicamente al estudio y control de los defectos asistenciales que, una vez ya atendido el paciente, detectábamos en una auditoría clínica. Tras esto, se planteó la necesidad de introducir medidas que aseguraran que las cosas se harían bien. Se comenzaron a diseñar «guías de práctica clínica», a desarrollar «unidades de calidad» en los organismos sanitarios, dando paso al concepto de «aseguramiento de la calidad». Aunque esta nueva filosofía ha mejorado en algunos aspectos la calidad de la oferta sanitaria, se sigue percibiendo como algo externo a la práctica clínica diaria, por lo que es necesario adoptar un enfoque más global, introduciendo el concepto de «gestión de la calidad». Este enfoque introduce los conceptos de mejora continua, orientación a procesos asistenciales, satisfacción tanto de pacientes (clientes externos) como de profesionales (clientes internos), y basando las decisiones a tomar en datos objetivos, en evidencias.

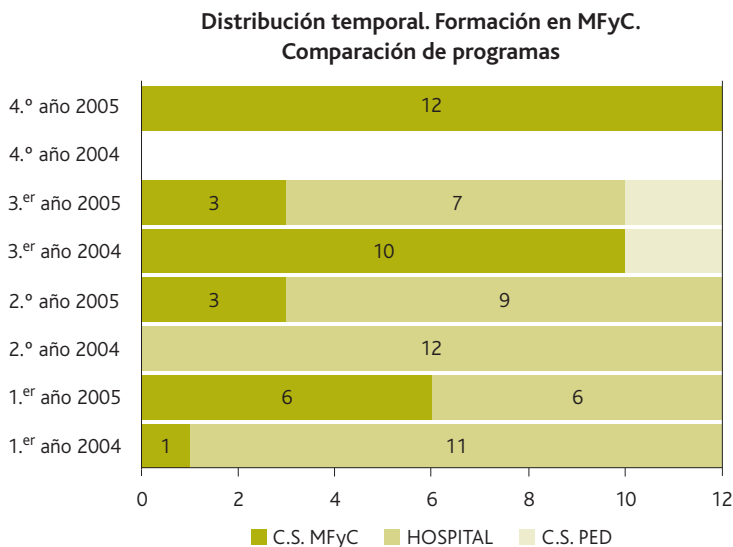
Esta concepción global de la calidad debe ser también lo que motive y dirija la formación de los nuevos médicos de familia.

A lo largo de la residencia, el tutor debe conseguir que un residente se transforme en un médico de familia competente, implicado y satisfecho de la elección que realizó y el esfuerzo que le ha supuesto su formación. Para alcanzar este objetivo debemos plantearnos la formación del residente en función de sus necesidades y expectativas. Aplicar la filosofía de la calidad desde el primer día nos obliga a tener en cuenta estos aspectos.

La implantación del nuevo programa de la especialidad supone un hito histórico por su cambio de filosofía. Hemos pasado de una formación básicamente hospitalaria a una formación más integrada en el contexto de la Atención Primaria, lo que va a permitir al residente desarrollar sus habilidades en contacto con su medio laboral natural.

En la figura 1 observamos la distribución del período formativo, a realizar en centros de salud u hospital, en función del año de inicio de la residencia.

Figura 1. **Distribución temporal de la formación MFyC.  
Comparativo de los programas**



Aunque parezca una paradoja, la Atención Primaria y la labor a ella encomendada es en gran parte una desconocida para los recién licenciados. La práctica inexistencia de formación pregrado en esta disciplina implica que los futuros MIR de familia accedan a la residencia con una idea no siempre acorde con la realidad de la especialidad. El tutor, ayudado por el nuevo programa, tiene la oportunidad de dar a conocer al nuevo residente en qué consiste su futuro profesional en el primer año de su formación. El primer contacto con la especialidad va a durar el tiempo suficiente como para que la decisión de seguir o no en este ámbito asistencial se tome con mayor conocimiento de causa.

La figura del tutor toma mayor protagonismo. Es el responsable de toda la formación del residente, participando activamente en la planificación, supervisión y evaluación de todas las actividades docentes. Por ese motivo tanto la administración como el propio tutor deben fomentar un nivel de formación que permita a éste mantener y mejorar sus propias competencias.

A la par de una buena formación clínica y científico-técnica, el médico de familia debe adquirir una serie de valores propios de la especialidad.



Por ese motivo el programa docente, ya desde la introducción, establece el perfil profesional del médico de familia, así como los valores que debe poseer, agrupándolos en cinco compromisos básicos, compromiso con la persona, con la sociedad en general, con la mejora continua de su trabajo, compromiso con la propia especialidad y con la ética.

En la formulación de este perfil profesional encontramos, implícitamente, las diferentes dimensiones que habitualmente analizamos en los estudios de calidad:

- El compromiso con la persona implica asumir el postulado de la **calidad total** por el que todo servicio o producto se desarrolla tomando como referente al consumidor del mismo, teniendo en cuenta sus intereses, creencias, expectativas, etc.
- El compromiso social supone la asunción del concepto de **eficiencia** y las implicaciones que esto implica. No es simplemente la obtención de un beneficio al mínimo coste posible, si no tener presente que el consumo de un recurso existente implica la pérdida de la oportunidad de aplicar ese u otro recurso en otra circunstancia, paciente, actividad, etc. (coste-oportunidad).
- El compromiso con la mejora continua implica asegurar un **nivel científico-técnico** suficiente para garantizar que la toma de decisiones se realizan sobre la base de las evidencias científicas más actualizadas.
- El compromiso con la propia especialidad comporta colaborar con el desarrollo del cuerpo doctrinal y científico de la especialidad, asumiendo la formación de nuevos especialistas y teniendo conciencia que el proceso docente supone, a su vez, un proceso de autoaprendizaje.
- El compromiso ético conlleva mantener una **actitud crítica** con todos los actores de la atención sanitaria, desde la administración hasta la propia actividad. Esta actitud crítica se basa en el principio de autonomía del paciente, el derecho a la intimidad y confidencialidad, «anteponiendo de manera especial el principio de no-maleficencia al de beneficencia del paciente».

El programa se estructura en una secuencia de actividades en las que intervienen diferentes profesionales y que discurren por diferentes

Tabla 1. **Niveles de prioridad y responsabilidad establecidos en las diferentes áreas competenciales**

| Niveles de prioridad   |
|--|
| Prioridad I. Indispensable: las competencias deben ser adquiridas por todos los residentes. Su ausencia cuestiona su aptitud.  |
| Prioridad II. Importante: las competencias deben ser adquiridas por la mayoría de residentes.  |
| Prioridad III. De excelencia: la adquisición de estas competencias, si los anteriores niveles se han alcanzado, puede ser criterio de excelencia.  |
| Niveles de responsabilidad   |
| Nivel primario: el médico de familia debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin apoyo de otro nivel asistencial en el 90% de los casos.  |
| Nivel secundario: una consulta a otro nivel es habitualmente requerida en el curso de evaluación o del tratamiento de este tipo de problemas.  |
| Nivel terciario: el diagnóstico y tratamiento de estos problemas es competencia de otros especialistas, pero el MF debe ser capaz de informar, de apoyar al paciente y a la familia y de asegurar la coordinación y la continuidad de la atención. |

departamentos o servicios, estableciendo unos estándares para evaluar la consecución de los objetivos docentes, con el objetivo de garantizar el nivel de calidad alcanzado por el residente. Así mismo, especifica claramente los contenidos de cada área competencial indicando niveles de prioridad en el manejo, así como grado de responsabilidad que deben asumir (tabla 1).

En concreto, en el área de la calidad el residente debe dominar los siguientes aspectos:

- Conocer el concepto de calidad y de mejora continua de la calidad, y los distintos componentes que la integran.
- Conocer y aplicar los pasos del ciclo general de la calidad: detección de situaciones mejorables, análisis de causas, análisis de soluciones, implantación de la mejora y evaluación de los resultados obtenidos.
- Conocer y emplear los distintos instrumentos que se utilizan en cada fase del ciclo.
- Conocer los aspectos de la atención sanitaria que valora el cliente, distintos de la calidad científico-técnica.
- Comprender la utilidad de las situaciones mejorables, de los errores, como instrumentos de mejora de la atención (la cultura de la evaluación para la mejora).

## 2. Aplicación de la calidad en la metodología docente y formativa del tutor de MFyC

Como hemos visto, contamos con un programa formativo que va definiendo, punto por punto, las habilidades, conocimientos y valores que un médico de familia debe poseer para poder afrontar su actividad con un nivel mínimo de calidad.

La formación de un nuevo médico de familia es un proceso que se puede diseñar utilizando la metodología del diseño de la calidad (figura 2).

El primer paso a realizar en el desarrollo de este proceso es la exploración de las expectativas que tiene el residente, como cliente del proceso, en el momento de la elección de especialidad. En función de si la elección de MFyC ha sido por convicción o por imposición («era lo que quedaba»), de cuál es el nivel de conocimiento previo de la especialidad, así como de su grado de interés en progresar en ella, la orientación del tutor debe ser distinta. No es lo mismo formar a un residente convencido de que su futuro se orienta en esta disciplina que a otro que considera su elección como un fracaso.

Figura 2. **Proceso formativo de un especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**



En el caso del residente «por imposición», tras introducirlo en la especialidad, intentando que consiga un conocimiento más en profundidad de la misma, así como de las posibilidades laborales y de desarrollo personal que ésta ofrece, se plantean dos posibilidades: ilusionarlo con la decisión tomada y que termine su formación o, si por el contrario decide cambiar de especialidad, facilitarle un período de aprendizaje en técnicas comunes a otras disciplinas clínicas (entrevista clínica, razonamiento clínico, gestión de consulta, calidad...) que le sean útiles en un futuro.

Llegados a este punto nos debemos preguntar ¿cómo puede ayudar al proceso formativo la aplicación de la metodología de la gestión de la calidad?

En principio la acreditación, tanto de un centro como de un tutor docente, implica cumplir unos requisitos mínimos de calidad establecidos por la Comisión Nacional de la Especialidad. Básicamente hablamos de una evaluación externa en la que se valoran criterios de estructura (medios materiales, condiciones de las consultas, presión asistencial, etc.), criterios de proceso (nivel de implantación de cartera de servicios, número de sesiones clínicas y bibliográficas realizadas por año, líneas de investigación, etc.) y de resultados (número de publicaciones y comunicaciones científicas, evaluación de los residentes ya formados, evaluación de los tutores por parte de sus propios residentes, etc.).

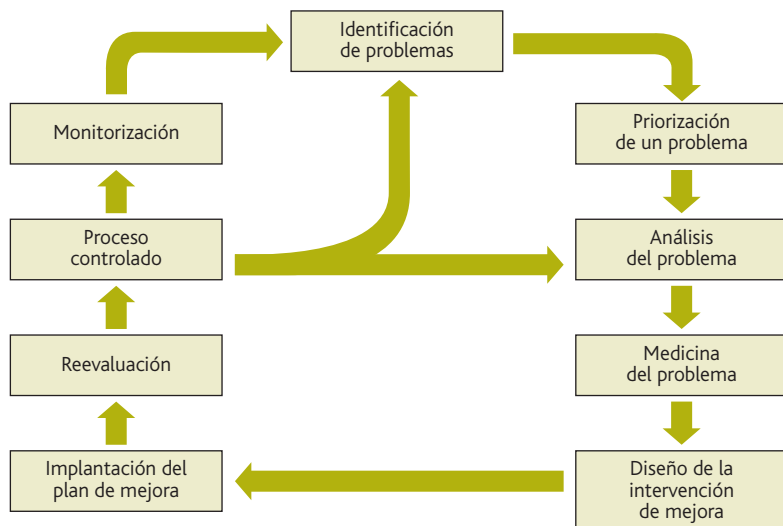
Por otra parte, la programación de las actividades formativas responde implícitamente a la estructura de los ciclos de mejora, ya que, partiendo de unas necesidades de formación del residente (problemas detectados), se planifican una serie de actividades (plan de mejora) para alcanzar el nivel formativo que marca el Programa (proceso controlado).

El ciclo de mejora consiste en una metodología sencilla dirigida a propiciar el cambio. Consta de unos pasos que establecen la secuencia lógica de desarrollo de una estrategia de mejora (figura 3).

El ciclo parte de la identificación de problemas, en este caso de las necesidades formativas. Se pueden explorar a partir de diferentes métodos, tanto cuantitativos (*medición de indicadores prediseñados, encuestas de opinión, etc.*) como cualitativos (métodos grupales, como la *lluvia de ideas* o los *grupos nominales, análisis de situaciones críticas, etc.*) e, inclu-



Figura 3. **Ciclo de mejora**



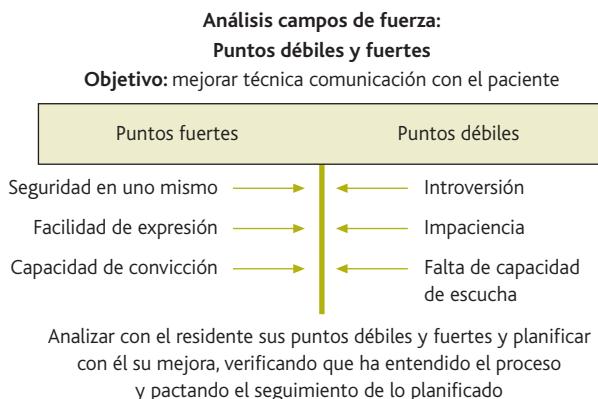
so, **subjetivos** (*análisis del contacto con los pacientes, videograbaciones, resolución de eventos críticos, etc.*).

La siguiente acción a emprender es la **priorización** de los problemas. Tras la identificación de las necesidades, se debe implantar un plan de formación priorizado, tomando como base las directrices que marca el programa. Los métodos a emplear podrían ser la ordenación simple, la comparación por pares, la priorización por criterios (método de Hanlon, método de CMQ, matriz decisional) (figura 4).

Figura 4. **Priorización basada en una matriz decisional sobre los problemas detectados en la primera semana de consulta**

| Problema                                   | Gravedad (de 0 a 4) | Frecuencia (de 0 a 4) | Posibilidad de medida | Posibilidad de solución | Coste de solución |
|--|---------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------|
| Comunicación ineficiente con los pacientes | 3                   | 3                     | Sí                    | Sí                      | Bajo              |
| Deficiente técnica exploratoria            | 3                   | 2                     | Sí                    | Sí                      | Medio             |
| Racionamiento clínico poco desarrollado    | 4                   | 2                     | Sí                    | Sí                      | Medio             |

Figura 5. **Análisis de causas según el método de campos de fuerza**



El análisis de causas: una vez decidido qué problema se ha de afrontar en primer lugar debemos plantear una estrategia de mejora que debe partir del conocimiento de las causas del déficit detectado. Las técnicas que nos pueden ayudar, en función del tipo de método a emplear, pueden ser cualitativas como los análisis de campos de fuerza (figura 5), diagrama de Ishikawa (de espina de pescado o causa-efecto), flujograma, diagrama de flujo o de Pert.

Para no redundar en la exposición, los siguientes pasos del ciclo de mejora los desarrollaremos en los próximos apartados del presente capítulo.

### 3. La calidad aplicada al desarrollo integral del residente de MFyC

Como ya hemos comentado con anterioridad, nos encontramos ante un nuevo reto en la historia de la formación de los médicos de familia. Podemos seguir realizando dicha formación como hasta ahora, aumentando en un año más la rotación por los centros de salud, o podemos diseñar un proceso formativo empleando la metodología que pone a nuestro alcance el diseño de la calidad.

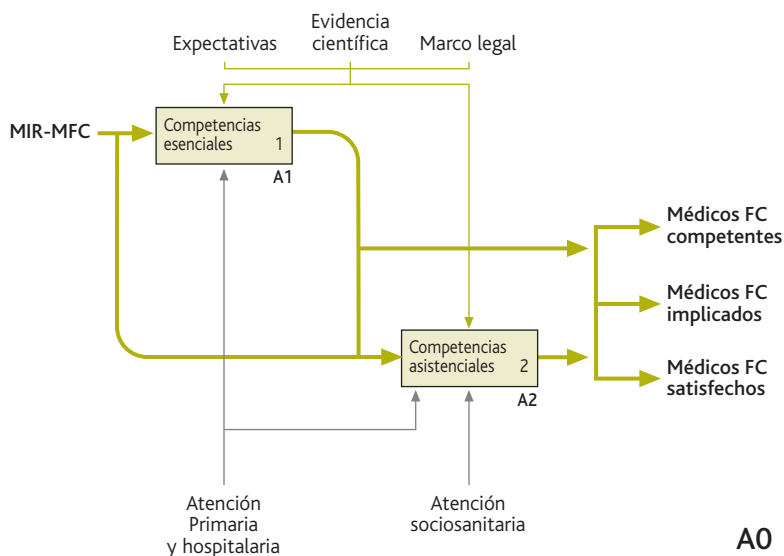
Una herramienta de diseño de procesos que consideramos de gran interés en el desarrollo del programa de MFyC es el modelo IDEFO (Integration Definition for Function Modeling).

Este modelo sirve para desarrollar un modelo de funciones integrado, con un diseño básicamente gráfico, y de sencilla comprensión. Se basa en el desarrollo progresivo, de mayor a menor complejidad, de un proceso.

La figura 2 muestra lo que sería el gráfico 0 o inicial de un modelo IDEFO aplicado al desarrollo del proceso formativo de un residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Como podemos observar parte de una caja en la que consta el proceso a desarrollar, con una entrada, el MIR de familia, y unas salidas que expresan lo que se espera conseguir tras aplicar el proceso. También se tiene en cuenta quiénes son los responsables de desarrollar el proceso (flechas de entrada inferiores) así como qué circunstancias actúan como mecanismos de control del proceso (flechas de entrada superiores). Otro detalle a destacar es la presencia de la numeración de la caja (en este caso el dígito 0) así como la numeración que aparece bajo la misma (código A0). Este código indica que esta caja será desarrollada en un gráfico posterior.

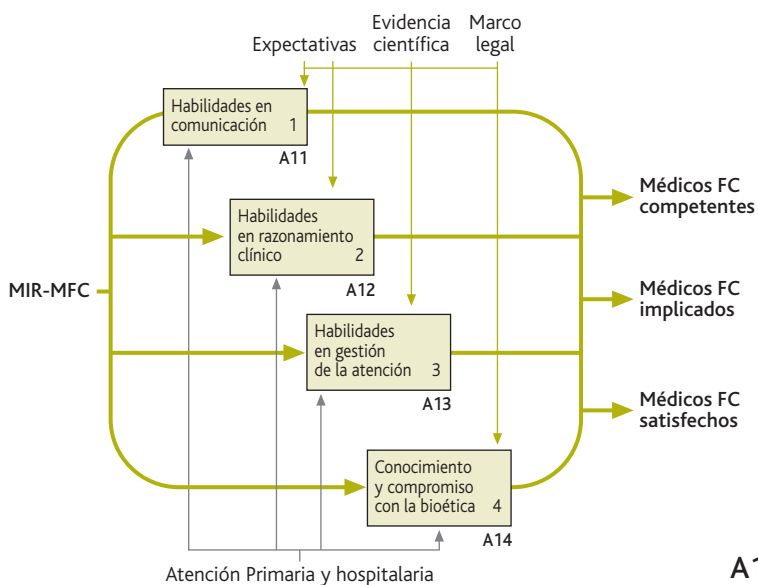
A modo de ejemplo se presenta lo que podría ser el desarrollo del proceso formativo del residente de MFyC en el campo de la calidad

Figura 6. **Modelo de desarrollo formativo en calidad asistencial del residente de Medicina de Familia**



asistencial (figura 6). El modelo inicia su despliegue con el gráfico A0 en el que la caja anterior se desglosa en dos niveles de formación, la formación en competencias esenciales de la especialidad y en las propias competencias asistenciales, dando paso a dos nuevos gráficos de despliegue.

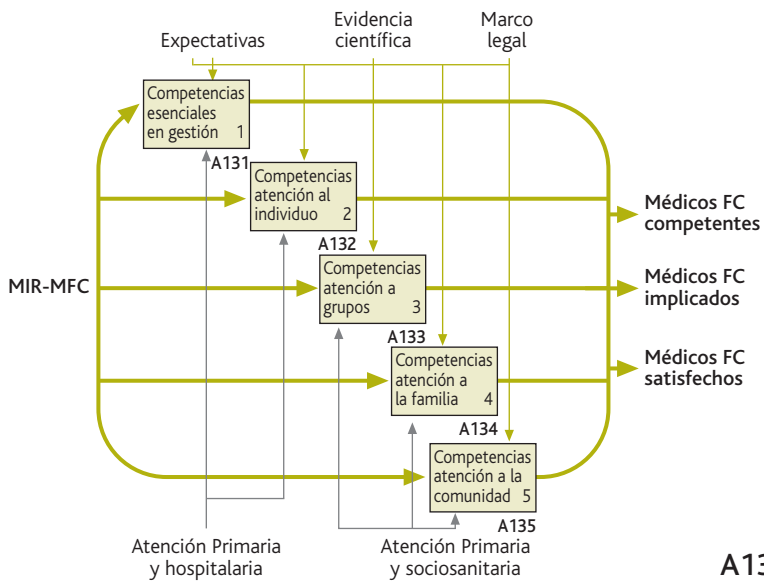
Seguiremos avanzando por las competencias esenciales para pasar al gráfico A1, donde observamos que éstas se desglosan en cuatro actividades diferentes, la consecución de habilidades en comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y conseguir conocimiento y compromiso con la bioética.



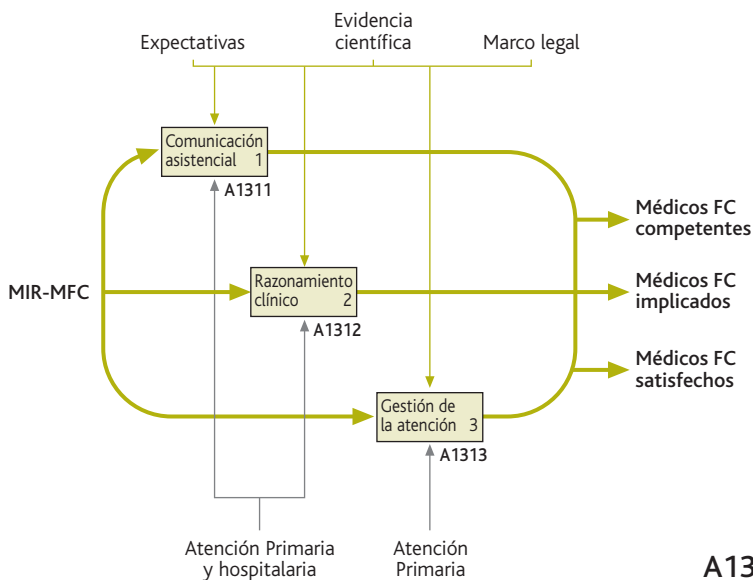
**A1**

Profundizando en el proceso, pasamos al gráfico A13 que despliega las actividades a realizar en la consecución de habilidades en la gestión de la atención, donde se destacan cinco nuevas cajas que establecen las competencias que debe alcanzar el residente.

El siguiente paso es avanzar al gráfico A131 que despliega las competencias específicas de la gestión de consultas. Aquí se aprecia que el residente debe alcanzar la competencia en comunicación asistencial, razona-



A13

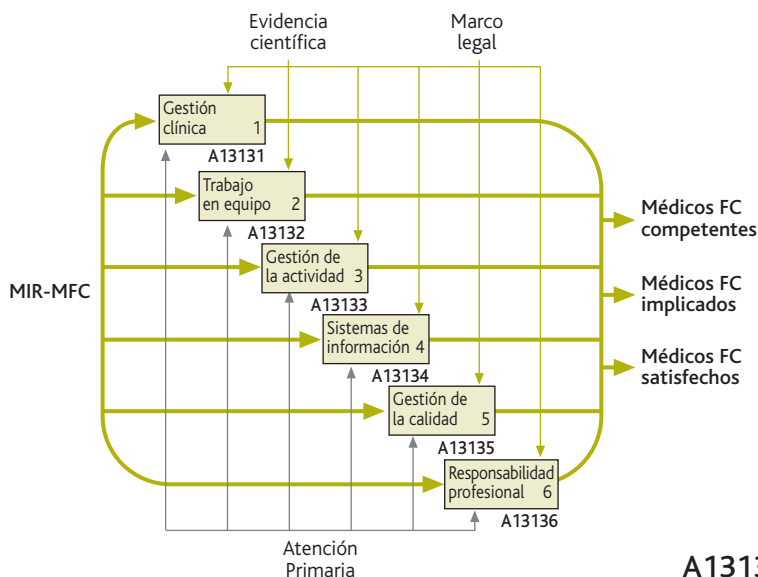


A131

miento clínico y gestión de la atención. Hasta este momento observamos que la responsabilidad de suministrar la formación corresponde tanto al ámbito hospitalario como a Atención Primaria.

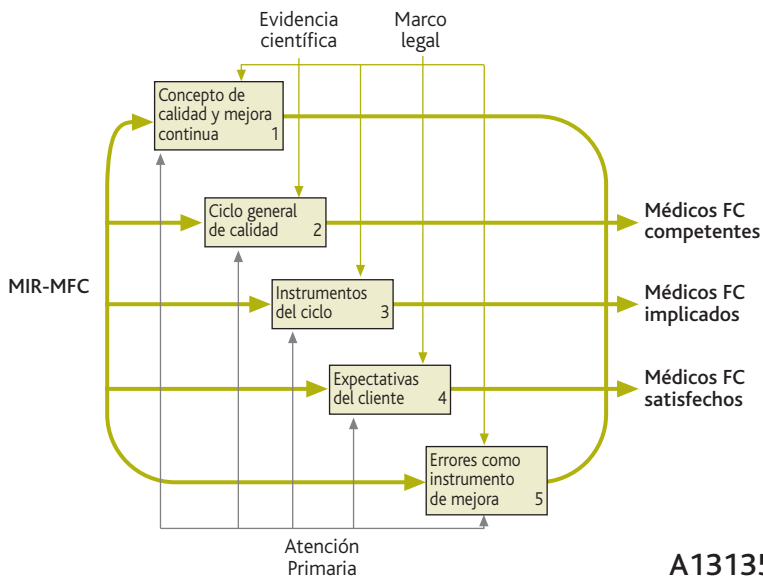


Al seguir el proceso a través de la caja A131, pasamos al siguiente gráfico, el A1313 en el que encontramos unos aspectos formativos más concretos que incluyen las competencias en gestión clínica, trabajo en equipo, gestión de la actividad asistencial, manejo de sistemas de información, gestión de la calidad y aspectos relacionados con la responsabilidad profesional.



Llegados a este punto sólo queda desplegar el último gráfico relacionado con la formación en gestión de la calidad, el A13135. En él quedan explicitadas todas las áreas de conocimiento que el residente debe conocer y dominar. Podemos observar que es responsabilidad de Atención Primaria dar esta formación y las actividades deben determinarse teniendo en cuenta, tanto la evidencia científica, como el marco legal en el que nos movemos (controles del proceso).

A modo de resumen y tal como se puede observar, el proceso se va desgranando de lo genérico a lo específico. De las habilidades esenciales pasamos a las habilidades en la gestión de la asistencia y así paulatinamente hasta llegar al mayor nivel de especificidad, donde se plantean claramente las actividades concretas que se han de realizar.



Conforme avanzamos en el proceso nos indica quién es el responsable de impartir cada disciplina (Atención Primaria, Atención Hospitalaria y/o Atención Sociosanitaria), así como qué aspectos (controles) se deben de tener en cuenta para el correcto cumplimiento de la acción docente (marco legal actual, el contenido del programa formativo, la evidencia científica disponible y las expectativas, tanto del tutor como del residente).

Una vez alcanzado el mayor nivel de especificación se pueden añadir al modelo cualquier documento que se considere necesario para garantizar que la actividad se realizará con la mayor calidad posible. Se pueden anejar flujogramas que indiquen la secuencia temporal de una actividad concreta, documentos de distribución de tareas y responsabilidades, cronogramas de ejecución, etc.

La aportación de este modelo a la formación del residente consiste en ser un método rápido y de fácil comprensión del proceso en su conjunto, incluso para no iniciados, sencillo para establecer en qué puntos se debe evaluar y crea un estándar de referencia que nos permitirá comparar entre diferentes proveedores e incluso entre diferentes residentes, disminuyendo la subjetividad en la evaluación actual.

## 4. Implantación de herramientas de calidad en la evaluación del tutor y del residente de MFyC

La evaluación de los tutores que se realiza en la actualidad en la mayoría de las Unidades Docentes de nuestro país, se basa en unos criterios que evalúan, en un período de cuatro años, el número de publicaciones y comunicaciones científicas realizadas, las horas docentes recibidas en técnicas docentes, de comunicación, etc., actividades docentes impartidas y la encuesta que, tras la finalización de la residencia, es contestada por el médico recién titulado.

Como se aprecia a simple vista es un método que aporta pocas posibilidades de mejora ya que no está diseñado para evaluar los defectos del tutor y, por tanto, es difícil poder intervenir para modificarlos. Aunque la encuesta del residente sí es un instrumento que puede detectar problemas en la formación, en la actualidad los resultados de la misma no son comunicados al tutor, por lo que su efectividad real dirigida a la mejora es prácticamente nula.

El diseño de un plan de evaluación del tutor basado en la filosofía de la calidad, que introduzca técnicas de detección de errores o deficiencias docentes como piedras angulares para el desarrollo de estrategias de mejora, debe ser uno de los retos actuales de todas las Unidades Docentes. Esta evaluación debe realizarse con una periodicidad menor a la actual (pasar de cuatrienal a anual) basada en sistemas objetivos de evaluación y con un sistema de retroalimentación de la información que permita al docente tomar las medidas necesarias para corregir su déficit y a las Unidades Docentes diseñar planes de formación específicos dirigidos a solventar aquellos problemas que se presenten con mayor frecuencia en los tutores.

En el caso del residente nos encontramos con una situación similar. La evaluación de su formación se basa en la apreciación subjetiva de los diferentes actores de su formación. La cumplimentación de los diferentes apartados del «libro amarillo» no se realiza con el rigor que en un principio se planteó. Algunos residentes se han quejado de que dicha cumplimentación no ha sido realizada por el médico que se responsabilizó de su formación, siendo cumplimentado en ocasiones por el Jefe de Servicio corres-

pondiente (al que ni conocían en el peor de los casos) o por otro adjunto que en ese momento se encontraba disponible. Lo mismo ocurre con las rotaciones en Atención Primaria. La puntuación se ajusta más a la implicación, nivel de compromiso y dedicación que a una evaluación seria y objetiva del progreso en conocimientos y habilidades. La detección de déficit se basa en la observación ocasional, no en la búsqueda activa de esas deficiencias.

Se habla mucho de la potestad del tutor a la hora de dirigir la formación del residente en función de sus defectos formativos, pero hasta el momento no tenemos acceso a una herramienta objetiva que detecte esas necesidades. El desarrollo de esta herramienta objetiva debe ser una de las prioridades de las Unidades Docentes.

En la actualidad la única prueba objetiva a la que se debe presentar un residente de MFyC es una prueba ECOE en el caso de que al finalizar su período formativo no haya superado las evaluaciones realizadas por sus tutores. Esto supone que sólo se realiza una evaluación objetiva si se le deniega el título de especialista, un poco tarde para remediar el defecto de calidad en la formación que se haya podido cometer.

La evaluación sistemática y objetiva del avance formativo del residente es el único camino para conseguir el producto final deseado, médicos de familia competentes, implicados y satisfechos.

Un método objetivo de evaluación puede ser el Informe de Usuarios. Utiliza la estructura de una encuesta personal en la que las preguntas se dirigen a actividades que se han debido realizar durante el período de formación con el tutor correspondiente y cuya respuesta sólo acepta las opciones Sí o No. Se debería emplear tanto para evaluar a los residentes como a los tutores. Aplicado a la evaluación de tutores, se preguntaría a los residentes sobre qué aspectos fundamentales de la formación MIR no han sido abordados por ese docente. Este método debería ser aplicado no sólo al tutor de Atención Primaria sino también a los diferentes servicios hospitalarios que acogen a los residentes para su formación específica. En la evaluación del residente se podría emplear el modelo de Informe de Usuario mediante dos líneas de información. Por una parte, solicitar a los pro-

pios pacientes información sobre la actuación realizada en consulta por el residente, o de modo directo, que el tutor evaluara qué aspectos asistenciales no se han cumplido en las consultas evaluadas.

El informe de usuarios nos permitirá detectar áreas problema sobre los que podremos aplicar la metodología del ciclo de mejora, camino útil y sencillo para provocar el cambio esperado.

Para conseguir estos objetivos la filosofía de la Mejora Continua de la Calidad debe impregnar todas las actividades docentes, desde las que realizan las Unidades Docentes como las de los tutores y los propios residentes.

La implicación en este modo de pensar y actuar debe ser instaurado en el residente desde el primer día en que se inicia su formación, debe ser entendida como una herramienta que ayuda a progresar en la línea correcta de la formación prevista, no como un mecanismo de control impuesto con el fin de penalizar la formación.

Si seguimos haciendo lo mismo que hemos hecho hasta ahora, obtendremos lo mismo que obteníamos, buenos médicos de familia. Si somos capaces de introducir esta forma de afrontar la profesión conseguiremos que las próximas promociones de médicos de familia sean de mayor calidad, o lo que es lo mismo, mejores promociones de médicos de familia.

