

ACREDITACION DE TUTORES DE MEDICINA DE FAMILIA

Partiendo de la premisa, de que todos los médicos que trabajan en AP, deben contribuir a la mejora de la formación de la especialidad y, que la experiencia es un grado, que se transmite y se adquiere con el trabajo en equipo y en el que es fundamental el periodo de formación.

Muchas veces, no se solicita la acreditación por falta de información, o por estimar, erróneamente, que es un proceso largo y difícil, todo lo contrario, es fundamental para mejorar el ámbito de la AP, el incremento en el número de tutores, diversifica la oferta para los médicos en formación, y amplía nuestra propia carrera profesional.

A continuación se presentan los requisitos necesarios para la acreditación como tutor de medicina de familia y un ejemplo práctico de la documentación que se exige.

Definición: es el proceso de aplicación de las normas y criterios de acreditación de una Unidad Docente a un médico de familia que solicita ser tutor por primera vez.

Tutor: es la figura fundamental del proceso enseñanza-aprendizaje del residente en formación de la especialidad de medicina de familia.

El candidato a tutor debe ser acreditado por la Unidad Docente

Requisitos básicos para solicitar la acreditación como tutor:

1. Rellenar el documento de solicitud (solicitarlo en el propio centro de salud al coordinador o director del mismo o a la dirección o gerencia del área, distrito o zona básica) Anexo 1
2. Acompañarla de un proyecto docente para cuatro años Anexo 2
3. Enviar la solicitud y el proyecto a la comisión asesora de la unidad docente.
4. Rellenar los requisitos mínimos exigidos por la CNE (comisión nacional de la especialidad) que se reseñan a continuación
 - Especialista en MFyC con título reconocido a nivel del Ministerio de Educación y Ciencia, con validez en la Unión Europea. No obstante, hasta que concluya el proceso de homologación del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, contemplado en el RD 1753/1998 o posteriores, podrán ser tutores, sin ser especialistas, los licenciados en Medicina con anterioridad al 1 de enero de 1995 siempre que superen el proceso de acreditación.
 - Experiencia profesional de al menos un año en su centro de salud. Se valora la titularidad en la plaza ya que garantiza la continuidad en el desarrollo de la actividad.

- Conocer el programa de la Especialidad de Medicina Familiar
 - Participar en actividades de formación continuada, investigación y mejora de la calidad.
 - Ejercer en un EAP acreditado y con unas condiciones de trabajo adecuadas (acceso amplio a pruebas complementarias, presión asistencias 30 pacientes por día, colaboración del resto del equipo)
5. El dictamen de la comisión asesora en el caso de considerarla positiva, la remite a la Gerencia de AP para su nombramiento. El Coordinador de la UD lo comunica a la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC y a la Comisión Regional de UU.DD.

Tiempo de validez de la acreditación: cuatro años, transcurrido ese tiempo se debe solicitar la reacreditación

Anexo 1

S r. /Sra. Director/a A.P.:

EXPONGO:

Que deseo ser tutor de MFyC y me comprometo a mantener dicha condición durante CUATRO años desde la fecha de la concesión, excepto variaciones sustanciales de mis condiciones laborales.

Que conozco el programa oficial de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria (2005), considero que cuento con el perfil profesional descrito en el apartado 2.2 del mismo y estoy capacitado para favorecer el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Que me comprometo a someterme a los mecanismos de evaluación y de auditoría de mi labor profesional y actividad docente.

Que realizaré periódicamente las evaluaciones correspondientes y que participaré en la evaluación anual de mis residentes.

Que adjunto los méritos que señalo en [a siguiente documentación, los cuales puedo justificar en caso de ser solicitados.

SOLICITO:

Que me sea concedida la tutoría de Medicina Familiar y Comunitaria del programa docente de esta especialidad.

Firmado,

Fecha

Anexo 2

CUESTIONARIO DE ACREDITACIÓN DE TUTORES DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

DATOS DEL SOLICITANTE

* Centro de Salud:

* Nombre y apellidos:

* Fecha de nacimiento:

SITUACIÓN

• Tiempo de experiencia como médico de EAP (excepto MIR)

• Fecha en la que se incorporó a su puesto actual:

• Propietario de plaza en el EAP:

- si:

- no:

• Prevé estabilidad en la plaza durante los próximos 3 años:

- si:

- no

• Coordinador Médico del Centro:

- no:

- si: ¿desde cuándo?:

• Es Coordinador responsable de algún Programa:

- no:

- si: ¿de cuál?

- Es responsable docente del Centro:
- si:
- no:

TITULACIÓN

- Año licenciatura en Medicina:
- Año titulación en Medicina Familiar:
- Otras titulaciones que posee:

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

1. **Población** que tiene Vd. **asignada** actualmente (TIS):
2. Número medio de **consultas a demanda/día** durante el último año:
3. El **tiempo** dedicado diariamente a la **consulta asistencial a demanda** es de: minutos/día
4. Número medio de **visitas domiciliarias a demanda/semana** durante el último año:
5. Número medio de **consultas programadas-concertadas/semana** durante el último año:
6. El **tiempo** dedicado diariamente a la **consulta asistencial programada** es de: minutos/día
7. Número medio de **visitas domiciliarias programadas/semana** durante el último año:
8. Estime aproximadamente en qué % **registra en la Historia clínica, las consultas a demanda** que tiene diariamente: %
9. Las **consultas administrativas**, partes de IT y recetas de largo tratamiento, las realiza:
 - * El médico en la consulta asistencial
 - * El médico fuera de la consulta asistencial
 - * Otro personal fuera de la consulta asistencial

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

- no

- si:

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

- Nivel 3 (emplea instrumentos para identificar acontecimientos familiares);

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

- Nivel 5 (intervención familiar):

11. Empleo de técnicas de comunicación sistematizadas y evaluación de **entrevistas clínicas**:

- no

- si:

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

- no:

- si: Precisar:

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

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

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

- no:

- si: ¿cuántas al mes? :

ASPECTOS DOCENTES

1. **Experiencia docente**:

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

- no:

- si: N°. De años que ha tenido Residente a su cargo:

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

- Discusión regular de casos clínicos:

- Realiza sesiones con otros miembros del equipo:

- Muestra disponibilidad para discutir métodos docentes con otros tutores:

• Participa regularmente en las **sesiones clínicas/bibliográficas** que se realizan en su centro:

- No:

- Si: N° sesiones presentadas por usted en el último año:

• Participación **como docente en otras actividades de formación** (conferencias, cursos, seminarios, etc.) en los últimos años:

- No:

- Si:

Enumere temas impartidos, organización a cargo de, dirigido a en los dos últimos años:

• Otras experiencias como docente que desee señalar:

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

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

- Alta:

- Media:

- Baja:

- Señale a continuación sus áreas de preferencias para realizar esta actividad como docente:

ANEXO II (4)

III. ASPECTOS DE INVESTIGACIÓN

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

* Especificar:

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

* Especificar:

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

- no:

- si: especificar:

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

- no:

- si: especificar:

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

- no:

- si: Especificar el título:

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

El abajo firmante, tal y como contempla el programa oficial de la especialidad de MFyC acepta la posible inspección y/o auditoría de su trabajo clínico y docente y a colaborar en su análisis y discusión.

En....., a.....de..... de 20....
Coordinador Médico del C.S.

VºBº

Firmado

ANEXO III:

VALORACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA ACREDITACIÓN DE TUTORES

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

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

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

2. Tiempo medio dedicado a cada paciente en consulta:

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

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

- * Del 70 a 80%: 2
- * Del 80 al 90%: 4
- * Superior al 90%: 6

4. Utilización del enfoque familiar:

- * Nivel 2 ó 3: 2
- * Nivel 4 ó 5: 4

5. Utilización de técnicas sistematizadas de entrevista clínica:

- * 2 puntos

6. Realiza visitas domiciliarias programadas:

- * Número de visitas mensuales entre 3 y 5: 1
- * Número de visitas mensuales entre 6 y 7: 2
- * Número de visitas mensuales superior a 7: 3

7. Número de consultas programadas/concertadas registradas en la historia clínica informatizada:

- * Menos de 5 a la semana: 0
- * Entre 5 y 10 a la semana: 1
- * Entre 11 y 20 a la semana: 2
- * Entre 21 y 30 a la semana: 3
- * Mas de 30 a la semana: 5

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

- * No: 0
- * Si: 2

ASPECTOS DOCENTES y DE INVESTIGACIÓN

1. Grado de experiencia en docencia:

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

2. Métodos docentes:

- * Discusión regular de casos clínicos :1

* Realiza sesiones con otros miembros del equipo: 3

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

* 1 sesión: 1

* 2 - 3 sesiones: 3

* Más de 3 sesiones: 5

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

* No: 0

* Si: 1

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

* Uno o dos cursos: 1

* Más de dos cursos de 30 ó más horas: 2

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

* Una o dos: 2

* Más de dos: 4

7. Publicaciones científicas realizadas en los últimos 3 años.

* Una o dos: 3

* Más de dos: 5

8. Otros trabajos o proyectos de investigación

* Si: 2

SITUACIÓN:

1. Propietario: 2

2. Coordinador Medico: 2

3. Responsable de algún Programa: 1

4. Responsable docente del Centro: 2

VALORACION GLOBAL:

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