



Atención Primaria en Salud

REQUISITOS EUROPEOS DE FORMACIÓN PARA ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

Resumen efectuado por Adriana Galindo, Ángela María Álvarez H., Camilo Rodríguez, Mayer Cahuasango⁺⁺
Adecuación: Juan Carlos González Q.^{§§}

A continuación se presenta un resumen del documento “*Requisitos Europeos de Formación para la Formación de Especialistas de Medicina Familiar*”, recomendando la lectura completa del documento original, a quienes les interese el tema, que se puede encontrar en: <https://goo.gl/gkh34T>



European Training Requirements for GP/FM specialist training

1. ¿Qué tienen que aprender los residentes de Medicina Familiar?

Las doce características de la Medicina Familiar



⁺⁺ Residentes Medicina Familiar FUJNC.

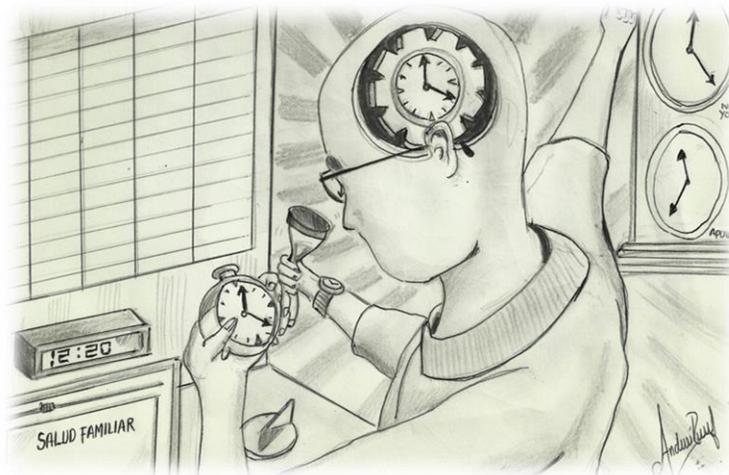
^{§§} MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



Tabla 1. Las 12 características principales de la disciplina

A	Normalmente es el punto de primer contacto médico dentro del sistema de atención médica, que brinda acceso abierto e ilimitado a sus usuarios y que se ocupa de todos los problemas de salud sin importar la edad, el sexo o cualquier otra característica de la persona.
B	Hace uso eficiente de los recursos a través de la coordinación de la atención médica, trabajando con otros profesionales en el entorno de la atención primaria y gestionando la comunicación con otras especialidades, asumiendo el rol de defensor del paciente cuando sea necesario.
C	Desarrolla un enfoque centrado en la persona , orientado al individuo, su familia y su comunidad.
D	Promueve el empoderamiento del paciente .
E	Tiene un proceso de consulta único, que establece una relación en el tiempo , a través de una comunicación efectiva entre el médico y el paciente.
F	Es responsable de la provisión de la continuidad longitudinal de la atención , según lo que determinen las necesidades del paciente.
G	Tiene un proceso específico de toma de decisiones determinado por la prevalencia e incidencia de la enfermedad en la comunidad .
H	Maneja simultáneamente los problemas de salud agudos y crónicos de pacientes individuales.
I	Maneja la enfermedad que se presenta de manera indiferenciada en una etapa temprana de su desarrollo , la cual puede requerir intervención urgente.
J	Promueve la salud y el bienestar mediante una intervención apropiada y efectiva.
K	Tiene una responsabilidad específica hacia la salud de la comunidad .
L	Se ocupa de los problemas de salud en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial.

Las competencias



Las doce características se pueden agrupar en seis competencias fundamentales (con referencia a las características):

1. Gestión de la atención primaria (A, B).
2. Atención centrada en la persona (C, D, E, F).
3. Habilidades específicas para resolver problemas (G, H).
4. Enfoque integral (I, J).
5. Orientación comunitaria (K).
6. Modelo holístico (L).



Las habilidades

A su vez, cada competencia central se puede describir mediante ciertas habilidades.

Tabla 2. Las habilidades incluidas en las seis competencias

Competencias principales del médico familiar	Habilidades incluidas
1. Administración de atención primaria	1.1. Gestiona el contacto primario con los pacientes tratando todo tipo de problemas. 1.2. Abarca todo el rango de las condiciones de salud. 1.3. Coordina la atención con otros profesionales en atención primaria y con otros especialistas. 1.4. Hace uso apropiado y efectivo de la provisión y los servicios de salud. 1.5. Pone a disposición del paciente los servicios apropiados dentro del sistema de cuidado de la salud. 1.6. Actúa como defensor del paciente.
2. Atención centrada en la persona	2.1. Plantea intervenciones con base en la realidad del paciente. 2.2. Desarrolla la práctica de la consulta general para proporcionar una relación médico-paciente efectiva respetando la autonomía del paciente. 2.3. Comunica, establece prioridades y actúa de manera cooperativa. 2.4. Provee continuidad longitudinal en la atención de acuerdo a las necesidades del paciente. 2.5. Provee una continua y coordinada gestión sanitaria.
3. Resolución de problemas	3.1. Relaciona procesos específicos de toma de decisiones con la prevalencia e incidencia de la enfermedad en la comunidad. 3.2. Recopila e interpreta selectivamente información de la historia clínica, el examen físico y la investigación y la aplica en un plan de manejo apropiado en colaboración con el paciente. 3.3. Usa la indagación racional para resolver la incertidumbre a la que se enfrenta en los diferentes casos. 3.4. Interviene de inmediato cuando es necesario. 3.5. Maneja las condiciones que se presentan de forma temprana e indiferenciada. 3.6. Usa de forma racional los medios diagnósticos y las intervenciones con medicamentos.
4. Enfoque integral	4.1. Maneja simultáneamente problemas agudos y crónicos de sus pacientes. 4.2. Promueve la salud y el bienestar mediante el manejo apropiado de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 4.3. Maneja y coordina la promoción de la salud, la prevención, la mejoría, el cuidado, la paliación y la rehabilitación.
5. Orientación comunitaria	5.1. Concilia las necesidades de salud de los pacientes individuales con las de la comunidad en la que viven en equilibrio con los recursos disponibles.
6. Modelado holístico	6.1 Utiliza un modelo biopsicosocial teniendo en cuenta los aspectos culturales y dimensiones existenciales.

Condiciones donde está incrustado el ejercicio de la Medicina Familiar

La Medicina Familiar es una disciplina científica centrada en la persona, cuyas competencias están sujetas a tres aspectos:

- I. Contextual:** comprende el contexto de los propios médicos y el entorno en el que ejercen sus funciones, incluidas sus condiciones de trabajo, comunidad, cultura, finanzas y marcos normativos.
- II. Actitudinal:** basado en las capacidades, los valores y la ética profesional del médico.
- III. Científico:** adopta un enfoque crítico y basado en la investigación aplicándolo y manteniéndolo a través del aprendizaje permanente y la mejora de la calidad.



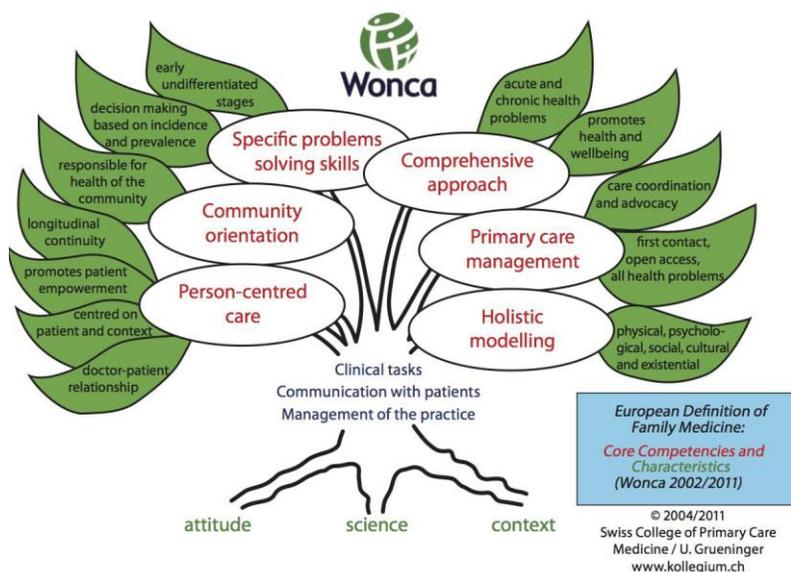
Tabla 3. Descripción detallada de las tres características en las que la Medicina Familiar está embebida

I. Contextual	<ul style="list-style-type: none"> • Usa el contexto de la persona, la familia, la comunidad y su cultura en el diagnóstico, la toma de decisiones y la planificación del manejo. • Muestra un interés personal en el paciente y su entorno y está alerta a las posibles consecuencias de la enfermedad para los miembros de la familia y el medio ambiente (incluido el entorno de trabajo) del paciente.
II. Actitudinal	<ul style="list-style-type: none"> • Es consciente de las propias capacidades y valores. • Identifica los aspectos éticos de la práctica clínica (prevención/diagnóstico/terapia/factores que influyen en los estilos de vida). • Justifica y clarifica la ética personal. • Es consciente de la interacción mutua del trabajo y la vida privada y se esfuerza por lograr un buen balance entre estos.
III. Científico	<ul style="list-style-type: none"> • Está familiarizado con los principios generales, métodos y conceptos de la investigación y los fundamentos de la estadística (incidencia, prevalencia, predicción valor, etc.). • Tiene un conocimiento profundo de los antecedentes científicos de la patología, los síntomas, el diagnóstico, la terapia, el pronóstico, la epidemiología, la teoría de la decisión, las teorías de la formación de hipótesis y resolución de problemas y el cuidado preventivo de la salud. • Tiene la capacidad de acceder, leer y evaluar la literatura médica de manera crítica. • Adopta un enfoque crítico y basado en la investigación, lo practica y mantiene a través del aprendizaje continuo y la mejora de la calidad.

Una imagen vale más que mil palabras

Todo esto, las características, las competencias centrales y las características adicionales, están interrelacionadas como se ilustra en el árbol WONCA producido por Swiss College (2004).

2. ¿Cómo deben aprender los futuros médicos familiares?



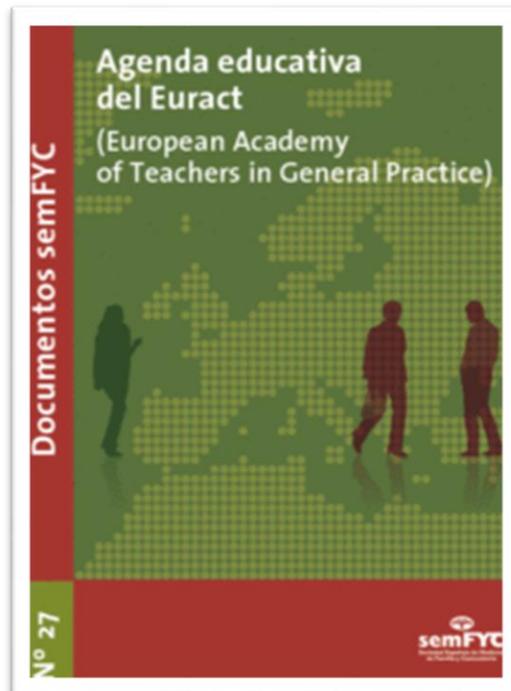


Imagen tomada de: <https://goo.gl/Z5PZzV>

Todo está debidamente registrado en el texto *The EURACT Educational Agenda*, visualizado en la imagen anterior y al cual se puede acceder en la dirección: <https://goo.gl/1Y4ETG>

Los principios generales

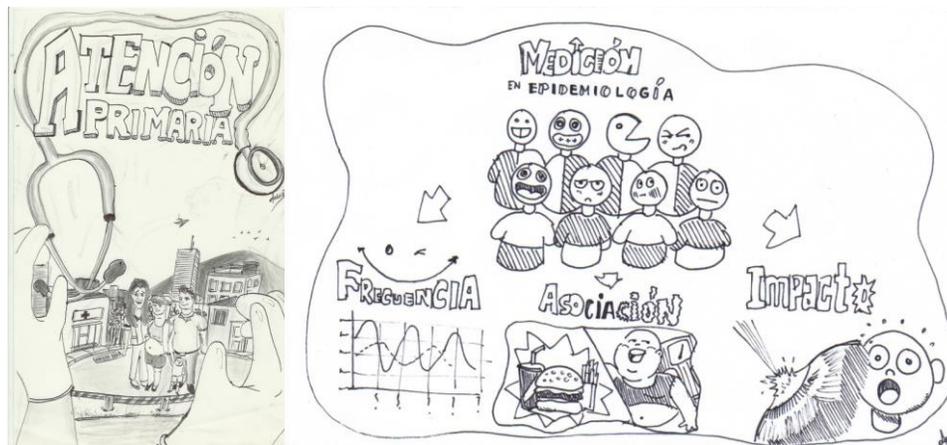
1. La capacitación debe basarse en los **resultados**: el enfoque en los objetivos debe prevalecer sobre los plazos establecidos.
2. La capacitación debe estar **centrada en el alumno**. Debe basarse en los objetivos de aprendizaje individuales, de acuerdo con las necesidades discutidas con el capacitador. De esto surge un plan de aprendizaje individual, que se actualiza regularmente.
3. Los aprendices deben capacitarse durante el trabajo diario en la práctica o clínica.
4. Los alumnos deben realizar las prácticas en **interacción con entrenadores** que estén especialmente capacitados en entrenamiento especializado.
5. Se debe **proporcionar** a los alumnos **tiempo exclusivo para el estudio**.
6. Se deben promover el **aprendizaje autodirigido** y la práctica reflexiva, así como los grupos pequeños de reflexión sobre incidentes críticos y/o interacciones concretas médico-paciente.
7. **Los entornos de aprendizaje** deben ser seguros y considerarse como espacios de desarrollo para los aprendices; es decir, deben estar orientados teniendo en cuenta lo social y lo emocional.
8. La retroalimentación se debe proporcionar continuamente y de manera constructiva.
9. Se debe enfatizar explícitamente el fortalecimiento del "doctor como persona". Esto significa desarrollar fortalezas personales y tratar de equilibrar los valores personales y la función como prestadores de salud.



¿Cómo cumplir con las competencias?

Competencias principales	Formas de aprenderlas o enseñarlas
<p>1. Gestión de atención primaria</p>	<p>1.1. Observación directa del aprendiz al entrenador que se desempeña en la práctica general. 1.2. Realización de tareas de práctica general por parte del alumno durante su inserción. 1.3. Simulación de tareas de práctica general con comentarios de retroalimentación sobre el rendimiento. 1.4. Realización de un portafolio de aprendizaje que motive a los estudiantes a documentar el desempeño en una amplia gama de actividades de aprendizaje en la práctica tales como presentaciones de casos, auditorías y lectura guiada.</p>
<p>2. Cuidado centrado en la persona</p>	<p>2.1. Enseñanza que comienza a partir de los problemas presentados por el paciente, dando un lugar central en los diferentes momentos educativos a sus narraciones e historias. 2.2. Utilización de instrumentos tales como genogramas, familiogramas y ecomapas, que incluye aspectos relacionados con el trabajo y el ocio. 2.3. Capacitación en un modelo de comunicación receptivo al paciente como un requisito previo para el método de práctica clínica centrado en el paciente. 2.4. Sesiones temáticas sobre temas explícitos, tales como la toma de decisiones mutuas, el respeto a la autonomía, la retroalimentación, el uso de preguntas no amenazantes, etc. 2.5. Conferencias sobre conceptos y modelos definidos relacionados con el tema que faciliten la comprensión y la interpretación metacognitiva de lo que sucede en el encuentro médico-paciente. 2.6. Práctica tutorizada y modelos de aprendizaje reflexivo durante el entrenamiento de práctica.</p>
<p>3. Resolución de problemas específicos</p>	<p>3.1. Autoestudio sobre incidencia y prevalencia (lecturas, conferencias). 3.2. Creación del perfil de práctica (o revisando uno ya existente). 3.3. Realización de consultas en la práctica general con reflexión y supervisión en la toma de decisiones. 3.4. En el nivel de conocimiento, lectura de textos sobre diagnóstico físico y métodos para estudio de casos. 3.5. En el nivel de habilidades, simulación de toma de antecedentes y realización del examen físico (por ejemplo, creando un laboratorio de habilidades). 3.6. Observación del rendimiento del alumno en la práctica diaria real y retroalimentación al aprendiz. 3.7. En el nivel actitudinal, discusión con el aprendiz sobre el valor de una asociación con el paciente.</p>
<p>4. Enfoque integral</p>	<p>4.1. Exposición temprana obligatoria a experiencias clínicas dentro del entorno de atención primaria. 4.2. Conferencias breves para explicar los conceptos de morbilidades múltiples y el funcionamiento del sistema de salud. 4.3. Juego de roles en la enseñanza de habilidades de comunicación. 4.4. Asignaciones (por ejemplo, presentaciones a pacientes en un entorno de atención médica comunitaria). 4.5. Descripciones de casos y discusiones de grupos pequeños para evaluar la complejidad del paciente. 4.6. Revisión de consulta individual. 4.7. Auditoría clínica. 4.8. Continuación del trabajo y la reflexión en el ámbito de la atención primaria.</p>
<p>5. Orientación comunitaria</p>	<p>5.1. Reflexión estructurada sobre la experiencia basada en el trabajo (discusión de casos, revisión registros de pacientes). 5.2. Métodos de clase convencionales (conferencias, seminarios, sesiones de grupos pequeños, resolución de problemas). 5.3. Visitas a instituciones de salud y de asistencia social. 5.4. Trabajo de campo. 5.5. Proyectos. 5.6. Auditoría de la práctica. 5.7. Estudio personal facilitado.</p>
<p>6. Modelo holístico</p>	<p>6.1. Estudios de casos, descripciones de casos únicos y presentaciones. 6.2. Entrevistas grabadas, análisis de video de encuentros clínicos, pacientes simulados. 6.3. Discusión grupal, discusión uno a uno. 6.4. Visitas de campo, observación en la práctica, supervisión de tutores en las prácticas. 6.5. Trabajar con arte, literatura y cine.</p>

3. ¿Cómo evaluar las competencias logradas?



Lo que tienen

En 2015, el Comité Especial de Capacitación (EURACT) escribió una declaración sobre evaluación. Este sería el resumen.

El asunto

Históricamente, la evaluación se ha definido rígidamente como centrada en los resultados o formativa, pero esta división ha sido desacreditada. Ahora se reconoce que la **evaluación debe integrarse** en la capacitación, ser integral al plan de estudios y ser una fuerza impulsora, que alienta el desarrollo del aprendiz.

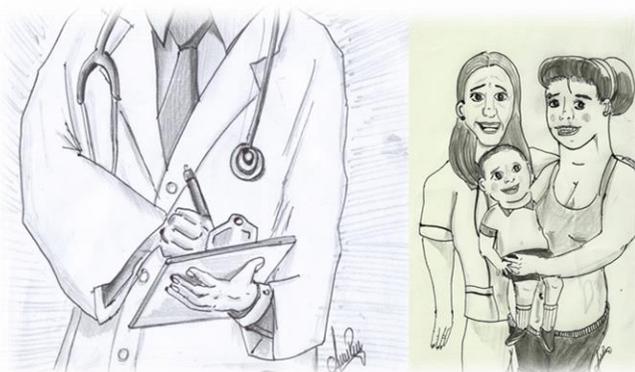
Condiciones

La evaluación debe ser **colaborativa** y facilitar un enfoque de asociación entre **el aprendiz y el entrenador**. La declaración del EURACT describe los principios básicos y las herramientas que pueden usarse y adaptarse para fines locales.

Reflexión

El proceso de evaluación promoverá la reflexión, proceso cognitivo que permite a los estudiantes convertir el aprendizaje en desempeño. Los estudiantes que reflexionan bien rinden mejor que quienes no lo hacen. La actividad reflexiva aumenta la profesionalización de los alumnos y mejora su compromiso con la vida profesional.

Lo que se busca



El objetivo es garantizar la formación de un médico confiable que sea competente, asuma la responsabilidad del cuidado del paciente y sea un médico de familia seguro, independiente y profesional. Este enfoque favorece la necesidad de una práctica reflexiva y el aprendizaje permanente.



Características de la evaluación

La evaluación:

1. Debe ser de alta calidad, incorporada, desde el comienzo, en todo el plan de estudios del entrenamiento especializado.
2. Debe ser transparente y planeada de antemano como parte del programa.
3. Debe ser efectiva, fuerte, sensible, fundamentada profesional y científicamente.
4. Requiere de un compromiso que garantice el tiempo adecuado y el entrenamiento de los evaluadores; dicho entrenamiento necesitará incluir la evaluación de asesores.
5. Debe conducir a la producción de retroalimentación significativa, en vez de solo la evaluación de resultados. Esta retroalimentación se caracteriza por:
 - a. Ser una conversación bidireccional entre el entrenador y el aprendiz.
 - b. Ser un proceso dinámico donde el aprendiz se entera de su desempeño a través de su entrenador y reflexiona en cómo puede adaptarlo en el futuro si es necesario. Este proceso puede ser inmediato o en un período de tiempo relativamente corto.
6. Requerir de un proceso para la documentación de las apreciaciones y las reflexiones sobre el aprendizaje.
7. En este nivel se correlaciona con la actividad ubicada en la parte superior de la "pirámide de Miller", el "hacer", y proporciona un entorno para el crecimiento profesional, ético, espiritual y personal.
8. Ayuda a identificar problemas en el desempeño del alumno en una etapa inicial y a determinar si se corregirán con una intervención apropiada. También proporciona evidencia para decidir si el alumno debe continuar con su entrenamiento.
9. Contribuye a una evaluación periódica adicional realizada por un recurso externo, cercano al proceso educativo, pero que no forma parte de la relación en curso del aprendiz y el entrenador. La importancia del recurso externo es que brinda un elemento de protección a la relación vital entre aprendiz y entrenador, ya que estas son opiniones de alto riesgo que necesitarán ser justificadas.
10. Principalmente se basará en el lugar de trabajo e implicará la revisión de diferentes aspectos de la práctica, por ejemplo, en el hospital y las visitas domiciliarias.
11. Obtiene la retroalimentación de pacientes, colegas y otros profesionales. Mucha de la tutoría informal que los formadores llevan a cabo es parte integral de este marco múltiple. Se pueden usar diversos métodos, pero todos deben estimular la reflexión y facilitar la retroalimentación y el aprendizaje.

En el sitio de desempeño

En general, la evaluación del desempeño de un profesional se efectúa mejor en la práctica cotidiana en su lugar de trabajo y, preferiblemente, por observación directa. Puede ser durante o al final del proceso educativo.

Caja de herramientas evaluativa



Imagen tomada de: <https://goo.gl/nQQmhc>

Existe una amplia variedad de métodos; la cuestión es disponer de tiempo para hacer la evaluación y, con base en esta, mejorar el quehacer (que no se quede solo como registros sin trascendencia). Lo importante es que las herramientas sean usadas por varios evaluadores en

diferentes momentos y entornos y, que la retroalimentación contribuya al crecimiento profesional. EURACT expone una amplia visión de herramientas que se muestran en la siguiente tabla:



Caja de herramientas para evaluar

HABILIDAD	HERRAMIENTA
1. Gestión de atención primaria	1.1. Conocimiento: Preguntas de selección múltiple, ensayos. 1.2. Habilidades de gestión: exámenes con pacientes simulados. 1.3. Desempeño en el trabajo diario: 1.3.1. Listas de verificación repetidas y clasificaciones globales. 1.3.2. Adquisición de actitudes de observación, (por ejemplo, observación directa, como oyente, o a través de videograbaciones). 1.4. Discusión o entrevista en evaluación adicional y formativa. 1.5. Discusión basada en casos. 1.6. Herramientas de observación de consulta. 1.7. Retroalimentación de múltiples fuentes. 1.8. Evidencia de origen natural. 1.9. Cuestionario de satisfacción del paciente. 1.10. Revisión de registros de pacientes. 1.11. Auditoría de rendimiento. 1.12. Paciente simulado o paciente estandarizado.
2. Cuidado centrado en la persona	2.1. Observación (observación de consulta directa o mediante consultas simuladas). 2.2. Valoraciones basadas en comentarios de los pacientes. 2.3. Progresión cronológica de casos. 2.4. Reflexiones basadas en casos grabados en videos. 2.5. Discusiones de casos y reflexiones orales simuladas de casos de pacientes. 2.6. Discusiones grupales, presentaciones de problemas o reuniones del personal de la práctica. 2.7. Reflexiones basadas en el portafolio educativo.
3. Resolución de problemas específicos	3.1. OSCE (Objetivo estructurado de examen clínico) que se mide con rúbricas. 3.2. Observación directa de la práctica usando listas de verificación y clasificaciones globales. 3.3. Examen oral mediante el uso de situaciones de casos hipotéticos. El conocimiento de la prevalencia y la incidencia puede evaluarse mediante preguntas de selección múltiple, preguntas tipo ensayo y evaluaciones orales. 3.4. Entrevistas o cuestionarios para evaluar la satisfacción de los pacientes.
4. Enfoque integral	4.1. Transversal (observación de unos pocos pacientes) y longitudinal (varios encuentros registrados en las historias clínicas): 4.1.1. Observación por pares: escuchando, grabaciones de video y audio, a través de una ventana. 4.1.2. Auditoría de registros médicos. 4.1.3. Comentarios de pacientes/familiares.
5. Orientación comunitaria	5.1. Revisión de registros para contrastar el objetivo con el logro. 5.2. Revisión de registros para evaluar los procedimientos para abordar las necesidades de los que no asisten; 5.3. Informe y descripción de caso. 5.4. Observación del médico y del equipo. 5.5. Autoevaluación, auditoría interna. 5.6. Auditoría externa: revisión del proceso a través de la evaluación por pares. 5.7. Herramientas de documentación: 5.7.1. Listas de verificación. 5.7.2. Listas de observación. 5.7.3. Mapas de consulta.
6. Modelo holístico	6.1. Métodos directos: 6.1.1. Diálogo de tutor con residente. 6.1.2. Análisis de consulta grabada en video. 6.1.3. Consulta simulada. 6.1.4. Entrevistas con: pacientes, miembros de la familia, médicos, cuidadores (formales e informales), otro personal médico de la práctica. 6.1.5. Entrevistas con pares o profesionales especializados. 6.2. Métodos indirectos: 6.2.1. Consulta de registros médicos para buscar información sobre los tres campos/niveles



4. ¿Cuánto tiempo debe durar la capacitación?



Exponen que el tiempo depende de la adquisición de estas competencias por parte del residente y que varía entre dos y seis años, pero insisten en que el proceso de capacitación debe ser continuo, por ende, deberán mantenerse a través de la educación continuada.

Desde 2005 han convenido que:

1. Se tenga un programa de tiempo completo de, al menos, tres años.

2. Que cada programa se desarrolle al menos seis meses en un hospital o clínica aprobada y, por otro lado, al menos seis meses en una consulta médica general aprobada o en un centro aprobado donde los médicos brinden atención primaria.
3. La formación debe ser más práctica que teórica y debe centrarse en una práctica de Medicina General (mínimo el 50 % de la formación). Esto último es esencial para obtener resultados de capacitación adecuados.

5. ¿Dónde se debe organizar la capacitación?



Insisten en que, mínimo, el 50 % se debe llevar a cabo en escenarios reales del ejercicio médico, con las particularidades de cada país (que aprendan donde van a ejercer en el futuro). Esto está en línea con el principio educativo del aprendizaje basado en el lugar de trabajo. Sin embargo, también se pueden obtener resultados importantes y específicos en el entorno hospitalario.



Escenarios dispuestos

Los capacitadores deben trabajar en las prácticas de Medicina General/Familiar aprobadas para entrenamiento especializado. Los principales principios de las prácticas de capacitación aprobadas proponen que:

1. Debe haber evidencia de que lo que hace el residente será auditado y retroalimentado.
2. Los formadores deben ser especialistas en Medicina Familiar y haber completado satisfactoriamente un curso de docentes certificados (sobre enseñanza y evaluación) y, además de esto, deben demostrar que están involucrados en actividades educativas.
3. La práctica debe asegurar el tiempo de enseñanza con el entrenador designado.
4. Se debe proporcionar asesoramiento y tutoría del entrenador designado en todo momento durante las horas de consulta.
5. Se debe proporcionar acceso a textos de referencia y a revistas médicas.
6. Se deben garantizar instalaciones donde el entrenador pueda observar las consultas.
7. La capacitación debe seguir el plan de estudios aprobado.
8. La práctica debe proporcionar un entorno de capacitación multiprofesional, es decir, que permita relacionarse con otras profesiones.
9. La práctica debe tener una estructura que facilite la interacción con otros contribuyentes de la asistencia sanitaria.
10. Los capacitadores deben proporcionar un entorno de capacitación que garantice la equidad para todos los alumnos independientemente de su origen étnico, género, discapacidad o necesidades educativas especiales.
11. Los capacitadores deben tener un plan de aprendizaje personal basado en las necesidades de enseñanza que debe ser revisado anualmente.
12. Los capacitadores deben asimilar el uso efectivo y la reflexión del plan de aprendizaje personal.
13. La capacitación debe ser desarrollada, organizada, administrada y evaluada por médicos experimentados y graduados de Medicina Familiar.

Los puestos hospitalarios

Han desempeñado tradicionalmente un papel importante en la formación de los futuros médicos, más que nada por el servicio que estos jóvenes médicos prestaban, y su entrenamiento estaba basado en el sistema de aprendizaje de aprender haciendo. Aún hoy, la capacitación hospitalaria sigue siendo valiosa para los alumnos de Medicina Familiar. Sin embargo, al seleccionar puestos hospitalarios adecuados, se deben considerar algunos principios claves esenciales.

Principios fundamentales del ambiente hospitalario académico

1. La formación en los puestos hospitalarios es importante y los objetivos explícitos de aprendizaje deben ser formulados por las facultades de Medicina. Como tal, el aprendizaje en los hospitales también es dirigido por competencias y con objetivos orientados a la Medicina General/Medicina Familiar.
2. Todos los profesores especialistas deben estar debidamente capacitados y acreditados como educadores.
3. Durante el período educativo, todos los alumnos deben tener como supervisor a un Médico Familiar preferiblemente.
4. Todos los alumnos deben recibir una retroalimentación formativa y regular, que conduzca al plan educativo, sobre sus dificultades educativas.
5. Al final de cada rotación hospitalaria deben evaluarse las dificultades de aprendizaje.
6. Todas las rotaciones deben tener asignado tiempo para la práctica.
7. El contenido de la formación y el trabajo clínico debe ser relevante para el futuro trabajo como médico de familia, con especial énfasis en el trabajo ambulatorio.
8. La selección y evaluación de los puestos de trabajo en el hospital deben basarse en los logros de los objetivos de la educación y la inspección periódica.
9. La formación en los puestos hospitalarios debe aumentar el conocimiento de los alumnos sobre (breve resumen del contenido clínico):
 - a. Las enfermedades potencialmente mortales, sus complicaciones y secuelas y proveer experiencia práctica en una amplia gama de decisiones concernientes a su manejo.
 - b. La morbilidad grave, permitiendo un contacto concentrado con esta para adquirir experiencia, lo cual, a pesar de ser muy importante para el manejo clínico dentro de la práctica general, con poca frecuencia se alcanza.
 - c. La interconexión entre el primer y segundo nivel de atención.
10. El aprendizaje también debe estar presente fuera de las horas de práctica (donde el alumno aprende y trabaja). Durante el tiempo asignado para estudio, los alumnos deben organizarse para tener entrenamiento extracurricular. Este es el momento para el aprendizaje en grupo, la reflexión, el aprendizaje entre pares, seminarios, talleres, asistencia a conferencias y para el aprendizaje de habilidades específicas. Esta formación debe incluir la supervisión y evaluación del alumno por parte de un maestro. El estudiante debe utilizar su plan de aprendizaje personal para planificar estas actividades.





6. ¿Cómo debe hacerse la selección de los alumnos?



La realidad expresada por el documento es que, en la mayoría de los países europeos, existe un déficit de especialistas en Medicina Familiar, lo que pone en riesgo la selección de personas que estén realmente comprometidas con la especialidad; aunque, teniendo en cuenta que las residencias son financiadas habitualmente por los gobiernos, se insiste en ello a los aspirantes.

¿Cómo escoger los mejores?

El objetivo central de un procedimiento de selección debe ser seleccionar a los candidatos más adecuados. Esto no es tan sencillo como parece. Todo depende de la validez predictiva de las herramientas de selección aplicadas. Las mejores prácticas de selección consisten en un análisis de trabajo que identifica las competencias necesarias, el diseño de métodos de evaluación confiables para medirlos y, una revisión en curso de la validez predictiva respecto al rendimiento futuro.

Lo que se sabe

En una revisión reciente sobre los procedimientos de selección para la formación en la especialidad de postgrado, se ha encontrado que las minientrevistas múltiples, las pruebas de juicio situacional y la solución de problemas clínicos tienen una evidencia psicométrica favorable. Sin embargo, su relación costo-eficacia no ha sido evaluada adecuadamente. Para las entrevistas tradicionales, las referencias y las declaraciones personales no había evidencia contundente de utilidad. En todos los países las decisiones deben basarse en el procedimiento que se adapte mejor a la situación local, en relación con el número de vacantes, los candidatos y los costos. Cuando los alumnos reprueban, es aconsejable mirar hacia atrás al procedimiento de selección y evaluar si había señales que podrían haberse mejorado.

Requisitos de formación europea para instructores





Desde 2002, y actualizado en 2012, la EURAC propone que los tutores o docentes deben:

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar en una práctica aprobada para el entrenamiento especializado. 2. Haber completado satisfactoriamente un curso de docente acreditado aprobado. 3. Demostrar que están involucrados en actividades educativas pertinentes a la enseñanza de Medicina Familiar, dentro y fuera de la práctica, por ejemplo, que se dedican a la educación continua y a actividades de aprendizaje. 4. Participar en educación continua relacionada con métodos de formación y de enseñanza (enseñar a los docentes). | <ol style="list-style-type: none"> 5. Tener la certificación de la formación de especialistas en Medicina Familiar. 6. Estar familiarizado con el marco normativo que rodea la formación de especialistas en Medicina Familiar. 7. Estar familiarizado con los aspectos técnicos y administrativos de la evaluación de los alumnos de Medicina Familiar. 8. Hacer uso del plan de estudios nacional para Medicina Familiar. 9. Comprender la estructura y el propósito de su papel en el programa de formación de sus alumnos designados. |
|--|--|

Infraestructura

Las prácticas docentes de formación en Medicina Familiar deberán:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con la legislación nacional de salud y seguridad. 2. Proporcionar a los alumnos y educadores entornos de trabajo idóneos donde la seguridad personal no se vea comprometida. 3. Asegurar que los registros médicos cumplan con los estándares nacionales de regulación. 4. Garantizar una sala bien equipada para las consultas de los alumnos. | <ol style="list-style-type: none"> 5. Demostrar la provisión de un servicio integral, costo-efectivo y continuo a los pacientes (apoyado por los protocolos y procedimientos pertinentes). 6. Demostrar la evidencia de un uso efectivo del equipo de Atención Primaria de Salud. 7. Mantener un proceso significativo de revisión de incidentes, tales como las quejas de los pacientes. 8. Mantener y desarrollar una guía práctica de orientación para los nuevos participantes. |
|---|---|

Gobernabilidad

Los centros de formación deberán:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Informar sistemáticamente a los pacientes que se trata de una práctica de formación. 2. Demostrar el modelo para la gestión clínica. | <ol style="list-style-type: none"> 3. Proporcionar evidencia de un programa activo de auditoría. 4. Tener reuniones regulares de práctica, en las que se espera que el alumno participe y ayude a responder las encuestas de satisfacción del paciente. |
|--|---|

Los medios de enseñanza

Las prácticas de enseñanza de formación deberán:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener un ambiente educativo adecuado para dar cabida a cada participante y garantizar la experiencia educativa específica de la especialidad correspondiente cuando sea necesario (acceso a un especialista relevante -por ejemplo, un oftalmólogo- para la tutoría o la práctica clínica). 2. Proporcionar acceso a los servicios informáticos adecuados en la práctica. | <ol style="list-style-type: none"> 3. Garantizar el tiempo para la enseñanza con un entrenador designado. 4. Proporcionar el asesoramiento y la tutoría de un entrenador designado en todo momento durante las horas de consulta. 5. Asegurar que las instalaciones tengan facilidades para que el entrenador observe las consultas. 6. Proporcionar acceso a los textos de referencia. |
|--|---|

Se debe asegurar que los programas tengan condiciones de igualdad, sin discriminar ni estudiantes ni pacientes.

Los tutores o docentes deben ser personas muy comprometidas con su quehacer y han de estar debidamente preparados, siendo clave la Facultad a través de la educación continuada, disponiendo del tiempo necesario para poder retroalimentar a sus residentes.

