



I Reunión Iberoamericana de Expertos en Certificación Profesional y Acreditación de Programas en Medicina Familiar

Wonca-Región Iberoamericana- CIMF
(Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar)
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Mejorando la Calidad Profesional de los Médicos
de Familia en Iberoamerica

Isla Margarita, Venezuela , Noviembre De 2003

Documentos Técnicos Documentos de Trabajo



INTRODUCCION

Dr. Adolfo Rubinstein

Profesor titular y Director del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires
Presidente Regional
WONCA-Región Iberoamericana-CIMF

Dr. Charles Godue (Jefe)

Dra Edwina Yen

Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos
Area de Desarrollo Estratégico
OPS/OMS

El nivel de riqueza de los países, estimado por medidas como el PIB per cápita, no garantiza por sí mismo las condiciones sociales y económicas que producen mejores niveles de salud. Aún en la mayoría de los países industrializados se encuentran diferencias sistemáticas en la carga de enfermedad entre distintas poblaciones, con mayores concentraciones de enfermedad entre los sectores sociales más pobres. Estas disparidades son mayores en Estados Unidos que en otros países del norte europeo con un nivel de desarrollo similar. De hecho, hay bastante evidencia proveniente de los países desarrollados pero que también puede aplicarse empíricamente en los países subdesarrollados, de que la mortalidad, especialmente en la infancia, tiende a ser menor en las sociedades cuyas diferencias sociales son menores. Por ejemplo, entre el grupo de naciones con un PIB per cápita mayor a USD 20,000, la variación en las tasas de sobrevivencia de niños menores a 5 años se sitúa entre 990/1000 en EEUU a 995/1000 en Suecia. Entre las naciones con un PIB per cápita entre USD 1,000 y 2,000, el rango es entre 99/1000 en Swazilandia a 990/1000 en Cuba, la que a su vez tiene iguales o aún mejor sobrevivencia que EEUU con un PIB per cápita 20 veces menor.

Latinoamérica es una región diversa y con amplia heterogeneidad tanto en su desarrollo socio-económico como en sus resultados de salud, con tasas de mortalidad infantil que van de casi 10% en Haití a menos de 1% en Cuba o Chile. Los sistemas de Salud a lo largo y a lo ancho de esta región han experimentando reformas en los últimos años. Muchas de ellas han sido orientadas a fortalecer el rol del Mercado en el financiamiento, organización y prestación de servicios. La descentralización en los '90 - seguida en numerosos casos por privatizaciones- se ligó a políticas específicamente diseñadas para reducir el rol de rectoría del sector público, contrariamente al paradigma de los '70, donde la descentralización fue concebida como una manera de fortalecer los niveles locales siguiendo los principios de la APS; el resultado de la implementación de estas políticas fue la profundización de la fragmentación institucional en estos países. Estas reformas, se alinearon con otros cambios en el rol del Estado que implicaron profundas transformaciones en los sectores sociales. Una de las consecuencias más devastadoras de la última década, fue el incremento de los niveles de inequidad social a pesar del aumento del PIB en muchos de los países.

La nueva generación de reformas del sector, centradas tanto en la salud de la población como en el bienestar de las personas, ha puesto énfasis en la reorientación de los sistemas y servicios de salud, haciendo hincapié en el mejoramiento de la calidad en el sentido de impulsar mayor integralidad, mayor continuidad de los cuidados y mayor capacidad de respuesta a las demandas de los usuarios. Dado que los recursos humanos deben ser parte esencial de esta nueva agenda, es fundamental exigir una mejor definición de las competencias deseables para el ejercicio profesional, así como los procesos educativos para el desarrollo adecuado del personal, relacionados con los modelos asistenciales vigentes en estos sistemas de atención. La Medicina Familiar, como especialidad orientada hacia la atención integral y continua, la promoción de la salud y prevención de enfermedades así como la prestación de servicios en el primer nivel de atención, se ve cada vez más como un modelo ideal para llevar a cabo estas funciones. No obstante, a pesar del alcance general de la reforma del sector salud y de la importancia creciente de la Medicina Familiar y Comunitaria en la educación médica y en la asignación de recursos humanos en la Región de las Américas, sigue existiendo una disparidad considerable en la Región con respecto a la etapa de desarrollo de esta especialidad como disciplina y como modelo de atención de salud para la familia y la comunidad. Cualquier sistema de salud persigue dos grandes objetivos: el primero es optimizar la salud de la población empleando el mejor y más avanzado conocimiento disponible, el segundo es minimizar las disparidades asegurando igual acceso a los beneficios para todos. La Conferencia convocada por la OMS en Alma Ata en 1978, "Salud para todos en el año 2,000" colocó por primera vez a la Atención

Primaria de la Salud (APS) en la agenda de los gobiernos y las agencias internacionales, como estrategia para lograr mayor eficiencia y equidad de los Sistemas de Salud. Los servicios incluidos dentro de esta estrategia debían ser esenciales, prácticos, científicamente sólidos, socialmente aceptables, universalmente accesibles, financiados, y focalizados en el desarrollo social y económico. A pesar de la falta de cumplimiento de estos objetivos, Alma Ata disparó una nueva oleada de reformas sanitarias en todo el mundo. Casi dos décadas después, reconociendo las crecientes inequidades sociales y sanitarias en casi todos los países, la OMS adoptó una serie de principios sobre los cuales construir los fundamentos de los servicios que formaban parte de la APS. Conocido como la Resolución de Ljubljana, se propuso que el sistema de servicios de salud debía estar:

- ? Basado en la dignidad humana, la equidad, la solidaridad y la ética profesional
- ? Dirigido a proteger y promover la salud
- ? Centrado en las personas, permitiendo a los ciudadanos influir sobre los servicios de salud y tomando responsabilidad por su propia salud
- ? Focalizado en la calidad, incluyendo los niveles de costo-efectividad de las intervenciones
- ? Sustentado financieramente para permitir la cobertura universal y equitativa
- ? Orientado a la APS

En un estudio reciente realizado por la Organización Panamericana de la Salud y el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de Baylor sobre la situación de la Medicina Familiar en 28 países de las Américas, las respuestas variaron poco en lo referente a las definiciones sobre la atención de salud de la familia y la Medicina Familiar. Ambos modos de cuidar a la población están estrechamente relacionados con la estrategia de APS, basándose en el modelo biopsicosocial, dando prioridad a la prevención y promoción, y prestando atención coordinada, continua y equitativa a cualquier persona, en el marco de su familia y comunidad. Se reconoce que la Medicina Familiar, como especialidad médica más adecuada para la instrumentación operativa de la APS, significa también primer contacto, accesibilidad, continuidad y longitudinalidad, integralidad y coordinación de los cuidados de los individuos, familias y comunidades, independientemente de la edad, género, tipo de enfermedad u órgano afectado y con un enfoque de riesgo basado en la atención de poblaciones definidas. En este estudio también se observa que los médicos generales y familiares representaban una gran parte de la fuerza laboral de médicos de atención primaria en la mayoría de los países, aunque es importante señalar que, a diferencia de los médicos familiares, en el caso de los médicos generales, se trata de profesionales sin un entrenamiento formal en el posgrado,

Sin embargo, a medida que avanza el conocimiento, los médicos se han volcado a la especialización creciente -entre otros motivos- en el supuesto de que es imposible conocer todo acerca de todos y cada uno de los problemas de salud. Esta tendencia a la super-especialización ha fragmentado la atención a través del desarrollo de médicos y profesionales con interés y competencia sólo en grupos etarios, género, órganos o sistemas o enfermedades. La especialización orientada al tratamiento de enfermedades no puede maximizar la salud porque la promoción de un funcionamiento óptimo del individuo y su familia o la prevención de problemas de salud requiere de una perspectiva más amplia que la que puede lograr un especialista. Por lo tanto, el especialista puede ser el recurso más apropiado para el manejo de un problema definido en un momento determinado pero es el generalista a quien se necesita para integrar los múltiples problemas que un individuo o familia padecen a lo largo de su vida. Por otra parte, la especialización no sólo ha producido una descontextualización de los problemas, sino que también ha traído aparejado una desintegración o negación de la esfera psicosocial de las personas, y en muchos casos una despersonalización profunda de la atención con deterioro de la relación médico-paciente. Ello conspira no sólo contra la satisfacción del usuario, sino también contra la eficiencia de las prestaciones.

Un Sistema de Salud orientado a la especialización también amenaza la equidad. Ninguna sociedad tiene recursos ilimitados para proveer servicios de salud; ni siquiera en los países más desarrollados, incluyendo aquellos que mayores recursos destinan a la atención médica. Los cuidados especializados son más caros que los cuidados primarios por lo que son menos accesibles para los individuos que no pueden pagarlos. Además, los recursos gastados en cuidados altamente técnicos orientados a las enfermedades compiten con los destinados a proveer servicios básicos y esenciales, especialmente para los grupos más vulnerables con desventajas socio-económicas, culturales, demográficas o epidemiológicas. Lamentablemente, esta misma tendencia se ve también en los países en vías de desarrollo en general y en Latino América en particular. De hecho, estos países, que están enfrentando las consecuencias de una creciente fragmentación institucional y un sector privado cada vez menos regulado, se vuelven también cada vez más incapaces para rediseñar los

sistemas de salud hacia los objetivos de la APS. Como resultado, muchas iniciativas y programas orientados a la APS en diferentes países latinoamericanos fueron experiencias que terminaron en frustraciones o fracasos. Las causas de estas fallas pueden ser atribuidas al financiamiento inadecuado, recursos humanos mal entrenados, poco tiempo de dedicación o equipamiento insuficiente para los problemas que debían enfrentar. En definitiva, la calidad de los cuidados era habitualmente tan pobre que podía considerarse este tipo de atención más como un tipo de atención “primitiva” que primaria o “primordial”, particularmente cuando la APS estaba limitada sólo a la atención de los pobres y a los cuidados más básicos y simples. Por el contrario, en los países desarrollados, a excepción de Estados Unidos y algunos pocos países más, la APS ha sido mejor articulada dentro del sistema global porque ha estado más asociada a la práctica de la Medicina Familiar, integrada horizontalmente dentro de Equipos de Salud Familiar con otros profesionales como enfermeros, trabajadores sociales, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, etc. Hay creciente evidencia que asocia a la APS con el mejoramiento de los indicadores sanitarios. B. Starfield condujo varios estudios ecológicos a mediados de los '90, sobre la relación entre la orientación a la APS y los costos y resultados sanitarios, incluyendo a 13 países desarrollados. El primer hallazgo fue que las características que hacían a la orientación a la APS del sistema de salud definían el tipo de práctica profesional. El segundo fue que los países que tenían menos orientación a la APS (EEUU, Alemania, y otros), tenían mayores costos y peores indicadores sanitarios. Asimismo, hallazgos similares se observaron dentro mismo de los EEUU, donde los Estados con mayor densidad de profesionales de APS en relación a su población, tuvieron mejores resultados y menores costos. Si la APS como política a favor de los sectores más vulnerables y excluidos depende en gran medida del involucramiento del Sector Público para contrarrestar los efectos indeseados de las políticas pro-mercado, los países que fortalezcan sus políticas orientadas a la APS, debieran ser también los países con los mejores resultados en relación a sus recursos.

Según el estudio de Baylor y OPS, el contexto de la atención de salud en las Américas en el umbral del siglo XXI parece proporcionar un ambiente favorable para fortalecer la Medicina Familiar, como una especialidad apropiada para resolver las desigualdades que todavía existen en la Región. A medida que se establecen programas de Residencia y Departamentos de Medicina Familiar en muchos de los países, se aumenta el papel de los médicos de familia y la visibilidad de la disciplina ante el gobierno y el público, considerándose cada vez más las competencias de estos proveedores así como la calidad de los servicios que brindan en salud familiar y comunitaria. Los resultados de este estudio respaldan la necesidad de profundizar los esfuerzos para implantar iniciativas de salud de la familia en los países de las Américas. Para alcanzar estas metas, se mencionan factores críticos como el apoyo gubernamental (en las políticas así como el financiamiento), el fomento de las actividades educativas, y la integración de la comunidad dentro de los sistemas formadores promoviéndose el uso de herramientas que pueden facilitar estos procesos como las nuevas tecnologías de comunicación, la educación a distancia, la telemedicina y el desarrollo continuo de la informática médica.

Dentro de las políticas que los países de Latino América deben proponerse para orientar sus procesos de Reforma hacia la APS se encuentran los relacionados al desarrollo de Recursos Humanos profesionales funcionales a estos procesos tales como los que forman parte de los Equipos de Salud Familiar, y en particular los Médicos de Familia. En este sentido, los procesos de Reforma orientados a la Salud Familiar tales como los que se están produciendo en países con sistemas de Salud disímiles como Argentina, Brasil, Chile, México y República Dominicana entre otros, están enfatizando la formación de recursos humanos como uno de los ejes estratégicos en estos procesos. La búsqueda de la calidad de los procesos de desarrollo Profesional, entendiéndose por Calidad no sólo a la excelencia en la formación sino también a la adecuación de esta formación a las necesidades de la comunidad y de los servicios de salud, tienen lugar a partir de la formación de grado, donde se debiera enfatizarse el modelo de rol generalista a lo largo de toda la carrera con el objeto que el alumno se exponga a un perfil de práctica alternativo al aprendizaje tradicional de las escuelas de Medicina. Este perfil debiera estar más orientado a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y al trabajo interdisciplinario y multiprofesional con un foco puesto no sólo en el paciente sino en la comunidad y su contexto. Este modelo curricular de las escuelas de Medicina debiera incrementar el número de graduados que eligen Medicina Familiar como especialidad de posgrado, modelo que debiera continuar y desarrollarse en el postgrado a través de los Programas de Residencia y el desarrollo profesional permanente. De esta manera, la Calidad de los procesos de formación podrán medirse en función de cómo los programas de educación médica dan cuenta de las competencias deseables que es necesario que adquieran los Médicos de Familia y cuánto influyen sobre la orientación y el desempeño de los servicios de salud, tal como puede observarse en el siguiente cuadro:

Figura 1



La Medicina Familiar como Especialidad Profesional y Modelo de Atención de la Salud:
La relación entre la educación/formación, la práctica y el desempeño de los servicios de la salud

En la línea iniciada en la Cumbre de Sevilla en Mayo de 2002 "Comprometidos con la salud de la Población", WONCA-Región Iberoamericana-CIMF y OPS/OMS decidieron dar continuidad y profundizar los aspectos relacionados con la mejora de la calidad de los Médicos de Familia, convocando a la "Primera Reunión Iberoamericana de Expertos en Certificación y Acreditación en Medicina Familiar" que se llevó a cabo en Isla Margarita, Venezuela, en noviembre de 2003 y que culminó con la "Declaración de Margarita". Su misión fue elaborar documentos técnicos y recomendaciones en tres temáticas consideradas de enorme interés estratégico para el desarrollo de la Medicina Familiar, reconociéndola como especialidad diferenciada con sus propios cuerpos teóricos y de práctica profesional. Los documentos que presentaremos a continuación abordan la elaboración de marcos de referencia para los procesos de Certificación Profesional y Acreditación de Actividades de Educación Médica Continua, y Programas de Residencias de Medicina Familiar para Ibero-América. En todo este tiempo, más de 30 expertos procedentes de 20 países de la Región, trabajaron intensamente en la elaboración de este material.

Finalmente, queremos expresar nuestro deseo desde CIMF/ WONCA y OPS/OMS, de que este material sea de utilidad para apoyar y facilitar la implementación de estos procesos de mejoramiento de la Calidad Profesional en los distintos países de nuestra Región con el objeto de que fundamentalmente sirvan a su vez para mejorar la Salud de nuestros ciudadanos.

REFERENCIAS

1. Kunst A. Cross-National Comparisons of Socio-economic Differences in Mortality. Rotterdam: Erasmus University. 1997
2. Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D. Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. BMJ 1996;312:1004-7
3. Pan American Health Organization/World Health Organization. The Status of Family Health Care and Family Medicine in the Region of the Americas. Washington, D.C. PAHO. 2001
4. Rosenblatt R, Hart L, Baldwin L, Chan L, Schneeweiss R. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of PHC?. JAMA 1998; 279: 1364-70.
5. Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 2001

6. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, PHC and Health Indicators. *J Fam Pract.* 1999;48:275-284
7. Shi L. PHC, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv* 1994; 24: 431-58.
8. Starfield B. Is PHC essential?. *The Lancet* 1994; 334:1129-1133
9. Starfield B. PHC: balancing health needs, services, and Technology. Oxford University Press. 1998,
10. The Ljubljana Charter on reforming health care. *BMJ* 1996; 312:1664-5
11. Weiner J, Starfield B. Measurement of the PHC roles of office-based physicians. *Am J Public Health* 1983; 73: 666-71.
12. Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ* 1997; 314:591)
13. World Development Report. Investing in Health. 1993. World Bank. Oxford University Press. New York
14. World Health Organization. Primary health care. Geneva: WHO. 1978:25

LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACION PROFESIONAL EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

Prof. Dr. Carlos A. Brailovsky MD, MA (Ed.), MCFPC (Hon)
Profesor Titular y Director
Centro de Evaluación de las Ciencias de la Salud (CESSUL)
Facultad de Medicina, Université Laval
Canada

Uno de los problemas al que está confrontada la certificación profesional en Iberoamérica es la falta de modelos bien validados de acreditación de los programas de residencias en especialidades. Esto tiene por consecuencia que se está en presencia de una gran heterogeneidad en la calidad de los mismos al interior de cada uno de los países y por supuesto a una heterogeneidad mayor entre los países que forman parte de este Región. A su vez, resulta en grandes variaciones en la competencia clínica de los egresados de los programas de formación en especialidad por un lado y en la imposibilidad de certificar con certeza el nivel de formación de los mismos por el otro.

Por otra parte, las exigencias del público y de los sistemas de salud suponen una toma de conciencia de la imputabilidad social de las instituciones académicas que forman los futuros médicos. Además, el último cuarto de siglo ha coincidido con grandes cambios en las metodologías y estrategias pedagógicas en las instituciones de enseñanza. Esto implica que es necesario imaginar diferentes maneras de intervención evaluativa que permitan asegurar a las poblaciones en las que los médicos ejercen su profesión, que se han tomado todos los recaudos necesarios par garantizar el ejercicio de una medicina responsable y de calidad.

La evaluación es propia de toda organización de la enseñanza. Por ello, siempre de hecho (o quizás de derecho en ciertos contextos), se ejercita una gestión de supervisión y control de los graduados de las instituciones académicas. No hay duda que es indispensable enfocar la evaluación de los especialistas a dos niveles conceptualmente distintos:

1. al final de la formación de residencia, es decir, antes de comenzar el ejercicio independiente y autónomo de la especialidad, para asegurarse que han alcanzado los estándares de la profesión tal como han sido definidos por las autoridades médicas y
2. A todo a lo largo del ejercicio profesional, para asegurarse el mantenimiento de los conocimientos y destrezas propias de la especialidad de manera tal de continuar un ejercicio profesional responsable e imputable.

Podríamos definir la evaluación de la competencia como la apreciación cuali – cuantitativa de los profesionales en un momento dado, apreciación que resulta del estudio crítico constructivo de los datos obtenidos a lo largo de un conjunto de observaciones de los profesionales.

Dada la gran diversidad de programas de formación en Ibero América, es necesario establecer con claridad cómo se realizan estas evaluaciones puesto que se trata, por lo menos en parte, de expresar juicios de valor. Es fundamental entonces indicar cuales son los patrones que se fijan en relación a las variables definidas. Esto significa dos cosas importantes: 1) que no existen patrones uniformes que puedan aplicarse a todas las instituciones, regiones o países, 2) que cada institución, colegio profesional u organismo oficial debe explicitar sus propios patrones en relación con las variables que caracterizan el funcionamiento de la profesión.

En el caso de la evaluación al final de la formación en residencias, el proceso no sólo permite (o debiera permitir) de manera pronostica predecir la calidad de la práctica profesional subsiguiente, sino también de manera diagnóstica observar la situación de los programas de formación para permitir la eventual redefinición de las instancias de mejoramiento tendientes a la superación de fallas detectadas y al permanente perfeccionamiento de los logros obtenidos.

Los últimos años han aportado grandes cambios socios económicos y humanos que han impactado de manera fundamental sobre las relaciones entre las instituciones de formación médica, los médicos y la sociedad en general. Entre otros, el acceso a múltiples fuentes de información, gracias a la facilidad con que se navega en la red Internet ha tenido un impacto mayor sobre las expectativas y las exigencias del público en general respecto a su salud y a la responsabilidad de los profesionales respecto a ella.

Por otra parte, se ha presenciado una evolución rápida de la práctica médica. Algunos de los elementos observados más significativos están en relación con:

1. el aumento de los conocimientos biomédicos que tiene como consecuencia aumentar la presión tanto sobre los profesionales y los programas de formación como sobre los programas de mantenimiento de la competencia,
2. la explosión de las tecnologías, que obligan estar al día con los aspectos más sofisticados de los métodos para-clínicos,
3. la transformación de los contextos culturales y políticos, condicionados en parte por las corrientes migratorias que tienen por consecuencias cambios en los valores y las percepciones sociales, debido en gran parte a la mezcla étnica y el multiculturalismo,
4. la modificación en la organización y la distribución de servicios de salud, entre otros la importancia de la medicina de atención primaria, los centros de salud locales y la medicina ambulatoria,
5. la importancia adquirida por la medicina basada en la evidencia, que ha cambiado de manera importante, no sólo la manera de abordar la “ciencia médica”, sino también la relación del médico con sus pacientes.

Estos elementos han hecho tomar conciencia de una dimensión que hasta hace poco tiempo se tenía relegada a un rol secundario: la imputabilidad social. Este concepto es fundamental y central en lo que concierne a las instituciones académicas que forman a los profesionales. En este sentido, esas instituciones son responsables frente a la sociedad de asegurarse que en lo que respecta a la

1. Educación: los programas deben ser coherentes con las necesidades del público integrando la salud individual y comunitaria,
2. Investigación: incluyen un amplio espectro de intereses, entre otros la investigación de población y la transferencia en acciones,
3. Servicios: apoyan la promoción y la participación a enfoques originales.

Evidentemente, las instituciones académicas tienen por objetivo la formación de profesionales que corresponden al perfil profesional “ideal”. Ese profesional debe poseer

- ? Conocimientos al día para ejercer de manera eficaz y eficiente de manera de proveer el mejor servicio a sus pacientes,
- ? Competencia clínica suficiente para ejercer una medicina a nivel de los estándares esperados y establecidos,
- ? Aptitudes de aprendizaje continuo y permanente,
- ? Capacidad de equilibrar los cuidados curativos con los de prevención de las enfermedades,
- ? La capacidad de aplicar los valores profesionales,
- ? Comportamiento ético,
- ? Capacidad de utilización óptima de los recursos,
- ? Conciencia de su propio bienestar y del de sus colegas,
- ? Profesionalismo.

Puesto que el marco de referencia para la formación médica es un continuum que lleva al novicio al nivel de experto, es necesario durante las diferentes etapas que constituyen esta formación, desarrollar modelos de evaluación y de control para asegurar que los profesionales están lo más cerca posible del perfil esperado y que sean capaces de mantenerlo durante su vida profesional.

La entrada al ejercicio autónomo de la medicina de familia debe ser controlado por medio de exámenes de gran espectro, en los que se evalúan múltiples aspectos de las habilidades profesionales: conocimientos, habilidades técnicas, capacidad diagnóstica, razonamiento clínico y capacidad de toma de decisiones, tanto terapéuticas como de seguimiento de los pacientes. Es evidente que esto resulta en el desafío de desarrollar instrumentos que permitan medir la capacidad de los profesionales para utilizar los conocimientos, habilidades, aptitudes, razonamiento clínico y el buen juicio pararon el objeto de:

- ? Identificar el problema al que están confrontados
- ? Investigar
- ? Diagnosticar
- ? Tratar, manejar y asegurar el seguimiento de los pacientes
- ? Interactuar con los pacientes, colegas y el sistema sanitario.

Este desafío ha sido resuelto de manera satisfactoria en el Canadá y en Québec en particular, donde se utiliza un modelo multidimensional complejo para evaluar la competencia clínica de los médicos

de familia al final de la residencia, justo antes de comenzar la práctica autónoma. Se trata de un modelo centrado sobre la capacidad de los profesionales a resolver problemas clínicos estandarizados, lo que permite tener un retrato global de la competencia de las distintas cohortes de residentes que llegan al ejercicio profesional. Este modelo ha sido validado a través de múltiples trabajos de investigación aunque la validación final está representada por la capacidad de predecir la calidad en la práctica real de estos profesionales. De hecho, el seguimiento de tres cohortes de residentes 3 y 5 años después de haber obtenido la licencia para la práctica, ha demostrado que la calificación de la evaluación previa es un buen predictor no sólo de los perfiles de carrera, sino también de la calidad de la práctica médica de los evaluados lo que ha permitido modificar ciertos aspectos de los programas de formación. A pesar de la calidad de los exámenes estandarizados terminales o sumativos, es fundamental también la mejora y estandarización de los instrumentos utilizados para evaluar las habilidades clínicas de los residentes durante el curso de su formación en los programas de residencia.

Otro elemento importante que concierne a la competencia clínica, es el poder asegurar el mantenimiento de estas, de acuerdo con los estándares de la profesión. Se trata también de un desafío mayor que enfrenta diversas escuelas de pensamiento. Sin embargo, las posiciones pueden resumirse en dos modelos diferentes y de cierta manera opuestos: 1) la puesta en marcha de exámenes de recertificación, a los que los profesionales en ejercicio deben someterse cada 5 o 6 años, 2) el modelo basada en las actividades de formación continua para el mantenimiento de la calidad profesional.

Puesto que los médicos tienen la responsabilidad de mantener y mejorar sus conocimientos y competencias, así como también la responsabilidad de planificar sus programas de formación continua, el enfoque que se debe privilegiar es el del mantenimiento de la competencia más que el de exámenes periódicos que no representan más que un retrato instantáneo en un momento dado y no la evolución continua de la práctica real.

En este momento se están debatiendo nuevas obligaciones en relación con la responsabilidad profesional:

- ? La afirmación tan dudosa: "Una vez incorporado –a la práctica profesional- todo está bien de manera vitalicia" ya no es aceptable,
- ? El público tiene enormes expectativas en relación con la calidad, la seguridad y la imputabilidad,
- ? Se debe asegurar al público que cada medico certificado es competente al comienzo de su carrera y durante toda su carrera.

La elección de un modelo de mantenimiento de la competencia en países como el Canadá representa el resultado de larga reflexión. Los exámenes de recertificación

Se perciben como instrumentos invasores y punitivos,

No están adaptados a necesidades individuales,

Demasiado caros, salvo si sólo están formados por preguntas de elección múltiple, lo que es poco justificable a este nivel de evaluación de la competencia

Es difícil establecer los criterios mínimos para tomar buenas decisiones y en particular, como medirlos.

Para completar el ejemplo tomado del Colegio de Médicos de Familia de Canadá, se debe mencionar que para ejercer la medicina de familia, los médicos deben ser certificados y deben adherir al Colegio Nacional. Para mantener la adhesión, es necesario cumplir con ciertos requisitos. Entre otros, el completar 50 créditos de estudio por año o 250 en 5 años. El Colegio establece cuales son las actividades de formación médica continua que son obligatorias para mantener la adhesión con el mismo. Estas actividades incluyen créditos de distinta importancia, entre los cuales se puede enumerar:

- ? Ejercicios de reflexión sobre la práctica basada en la evidencia
- ? Aprendizaje en pequeños grupos, basado en la práctica clínica
- ? Pasantías de perfeccionamiento clínico
- ? Programas de tratamientos intensivos en reanimación
- ? Verificación de la práctica (auditorías)
- ? Actividades universitarias
- ? Actividades de autoaprendizaje
- ? Actividades de investigación clínica
- ? Publicaciones científicas

Aunque hay muchas publicaciones y trabajos de investigación respecto al impacto de las actividades de formación continua en la práctica real, y sus implicancias respecto a las decisiones sobre recertificación, muy poco se habla de lo que pasa a los profesionales que fracasan en los exámenes de recertificación. ¿Qué actitud deben tener los Colegios profesionales frente a ellos? ¿Qué consecuencias en sus interacciones con sus pacientes y con el sistema de salud? Los países y los organismos que han optado por este último modelo no han aportado todavía ninguna respuesta satisfactoria a esas preguntas.

Finalmente debemos insistir sobre el hecho que ningún país debe tratar de importar o copiar modelos de certificación y recertificación pre existentes en otros países sino que debe desarrollar los suyos propios, teniendo en cuenta sus propios contextos académicos y de práctica médica. Para esto es fundamental tener claro cual es el perfil esperado del médico de familia y desarrollar o adaptar métodos que sean válidos para englobar la complejidad y la multidimensionalidad de la práctica médica

No hay duda que aunque queda mucho camino que recorrer en Iberoamérica para alcanzar las metas descriptas, se debe reconocer que se está estableciendo una dinámica de reflexión común entre distintos grupos interesados en el aporte de decisiones para explorar y aplicar nuevas ideas en lo que concierne el control de la calidad de la formación médica

REFERENCIAS

1. BRAILOVSKY, CA. "Educación médica, evaluación de las competencias" in "Aportes para un cambio curricular en La Argentina". Buenos Aires University press 2001, 103 – 122.
2. BRAILOVSKY, CA., MILLER, R. "La competencia clínica y su evaluación" in Guía sobre la formación médica y la competencia profesional en atención primaria". Josep M^a Cots (ed). Porfarmaco Barcelona 2002, 143 – 156.
3. COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA: The Red Book "Standards for Accreditation of Residency Training Programs" 25 páginas, 2002
4. CUNNINGTON, J. & SOUTHGATE, L. "Relicensure, Recertification and Practice-Based Assessment", in International Handbook of Research in Medical Education" GR Norman, CPM.van der Vleuten, DI. Newble eds. Kluwer Academic Publishers 2002. p883-912
5. GRAND'MAISON, P., LESCOP, & BRAILOVSKY, CA. "Canadian Experience with Structured Clinical Examinations", *CMAJ*, 1993, 148: 1573-1576.
6. HANDFIELD-JONES, R., BROWN, J.B., RAINSBERRY, P. & BRAILOVSKY, CA. "The Certification Examination of the College of Family Physicians of Canada: II) Conduct and general performance". *Can. Fam. Phy*, 1996, 42: 1188-1195.
7. KLASS, D. "Revalidation: The Ontario Approach" 11th Ottawa Conference in Medical Education. Barcelona Julio 2002
8. MCKENDRY, R., BUSING, N., DAUPHINEE, W.D., BRAILOVSKY, CA., & BOULAIS, A. "Does the site of postgraduate medical training predict performance on standardized summative examinations? A comparison of medical school and remote site training" *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 163:708-711
9. RAINSBERRY, P. (Director of Education, College of Family Physicians of Canada) "Múltiples documentos internos" Colegio de Médicos de Familia de Canadá
10. TAMBLYN, R., ABRAHAMOWICZ, M., BRAILOVSKY, CA., GRAND'MAISON, P., LESCOP, J., NORCINI, J., GIRARD, N. & HAGGERTY, J.L. "The association between licensing examination scores and medical practice" *JAMA*, 1998, 11 : 989-996.
11. TAMBLYN, R., ABRAHAMOWICZ, M., DAUPHINEE, D., HANLEY, JA., NORCINI, J., GIRARD, N. GRAND'MAISON, P., BRAILOVSKY, CA. "The association between licensure examination scores and practice in primary care" *JAMA*, 2002, 288:3019-3026.

DEFINICIÓN DE CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS EN MEDICINA FAMILIAR

PAÍSES PARTICIPANTES:

ARGENTINA, BOLIVIA, CANADÁ, CHILE, COLOMBIA, CUBA, ECUADOR, ESPAÑA, ESTADOS UNIDOS, MÉXICO, PERÚ, REPÚBLICA DOMINICANA, URUGUAY Y VENEZUELA.

AUTORES

COORDINADOR:

- **Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega** **México**
Profesor y jefe del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Presidente del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C.

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO:

- **Dra. Susana Alvear** **Ecuador**
Directora del Posgrado de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Hospital Vozandes Quito.
- **Dra. Liliana Arias Castillo** **Colombia**
Profesora Titular del Departamento de Medicina Familiar, Universidad del Valle. Vicepresidenta de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar y coordinadora Subregión Andina, CIMF.
- **Dr. Eduardo Durante** **Argentina**
Profesor Regular Adjunto de Medicina Familiar. Subjefe de la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano. Presidente del Consejo de Certificación de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMyG)
- **Dra. Zulay Giménez de Rojas** **Venezuela**
Coordinadora Docente de Posgrado de Medicina Familiar, IVSS. Subdirectora Docente Asistencial, Ambulatorio "Dr. Rafael Vicente Andrade", IVSS. Profesora Ordinaria, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Decanato de Medicina UCLA.
- **Dra. Lilia González Cárdenas** **Cuba**
Profesora Principal de Medicina General Integral, Instituto de Ciencias Médicas de la Habana.
- **Dra. Ana Lucía Meyer Lorenzo** **República Dominicana**
Presidenta de la Sociedad Dominicana de Medicina Familiar.
- **Dra. Zully Isabel Olivera Stupiello** **Uruguay**
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Familia del Ministerio de Salud Pública. Profesora Adjunta Interina del Departamento de Docencia en Comunidad. Universidad de la República. Tutora de Residentes.
- **Dra. María Ángeles Ortiz Camúñez** **España**
Tutora de la Unidad Docente de MFyC de Sevilla. Coordinadora de la Subregión P. Ibérica de WONCA Región Iberoamericana-CIMF.
- **Stephen J. Spann, M.D.** **Estados Unidos**
Profesor y jefe del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Baylor College of Medicine.
- **Dr. Miguel Ángel Suárez Cuba** **Bolivia**
Médico Familiar de la Policlínica Central. Vicepresidente de la Sociedad Boliviana de Medicina Familiar. Profesor de Medicina Familiar I Caja Nacional de Salud, Universidad Mayor de San Andrés.
- **Dra. Edwina Yen** **Canadá**
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- **Dr. Flavio Zepeda López** **Chile**
Director de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar. Residente de 3º de Medicina Familiar de Universidad de Valparaíso.

APOYO ACADÉMICO LOGÍSTICO

- ? **Dra. Claudia Teresa Monobe Hernández** **México**
Profesora del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

INTRODUCCIÓN

Posterior al término de la Segunda Guerra Mundial se dio en el mundo un importante fenómeno que transformó la práctica de la Medicina hasta nuestros días. La aparición de diversas especialidades médicas y subespecialidades son producto de los conocimientos y habilidades inducidos por las dramáticas experiencias y condiciones en que los médicos tuvieron que trabajar durante la guerra sumado al consecuente desarrollo tecnológico alcanzado desde esa época.

Entre la posguerra y los años 60, la práctica de la Medicina tuvo un fuerte impulso hacia la especialización, de manera que, el médico general pasó a segundo término como parte de un fenómeno que continúa en muchos países hasta la fecha. Sin embargo, es a partir de los años sesenta que algunos de los países más industrializados como Inglaterra, Canadá y Estados Unidos dan vida a la figura del especialista en Medicina Familiar, con el propósito de que el nuevo profesional de la Medicina retomara el perfil de aquel médico de cabecera del siglo XIX o de principios del XX, que tenía la capacidad de resolver la mayor parte de los padecimientos de los individuos y de las familias que atendía, que lo mismo podía asistir a un niño, a un anciano o a una mujer; con una gran capacidad clínica que le permitía de igual forma atender los problemas en el consultorio, el hospital o el mismo domicilio y con gran calidad humana y experto en relacionarse con sus pacientes, en el cuidado de la salud y educador por naturaleza.

En fin, el nuevo especialista debía romper con el nuevo esquema de atención fragmentada, enfocado hacia un órgano o sistema y centrado en la enfermedad. Debía además entender al individuo como un todo, incrementar la calidad de la atención y además disminuir los costos de ésta al requerir menor participación de recursos especializados y de menor tecnología de apoyo.

Posterior al éxito alcanzado en estos países con el nuevo especialista, comienzan a surgir nuevas residencias en Medicina Familiar o General en otros países de Europa. En la década de los 70 no sólo Norteamérica y Europa contaban con el nuevo recurso formado, también se incorporan México, Argentina y Bolivia en 1971, 1972 y 1976 respectivamente. La Declaración de Alma-Ata en 1978, fue un detonador fundamental para el desarrollo de la Medicina Familiar en muchos otros países del orbe. La Atención Primaria a la Salud encontró en la Medicina Familiar un instrumento viable para que tanto los países ricos, como los pobres pudieran proporcionar a los ciudadanos profesionales altamente calificados no sólo para mantenerlos sanos o resolver los problemas más frecuentes de salud, sino también para educar, prevenir y promover la salud; trabajar en equipo y originar la participación comunitaria, la atención integral, continua, equitativa, accesible y con alto sentido humano.

Paulatinamente más y más países han venido incorporando a sus Sistemas Nacionales de Salud la figura del médico de familia, de tal suerte que prácticamente en todos los continentes se pueden apreciar programas de residencia enfocados a este perfil, incluso países como Japón, que se habían resistido a su incorporación en las universidades e instituciones de salud, abrió la primera residencia en 1997 debido a la presión ejercida por el gremio con formación de especialistas en Medicina Familiar en el extranjero.

Pues bien, el cambio de modelo curativo al preventivo se está gestando en muchos países del mundo, en unos casos con el objeto de ampliar la cobertura, en otros para abatir costos, en algunos más para incrementar la calidad, etc. Sin embargo, existe una gran preocupación por parte de diversos organismos internacionales en relación con el establecimiento de estándares de calidad en la formación de especialistas en esta área. Se puede entender que de un país a otro puedan existir diferencias en función de las necesidades epidemiológicas, sociales, económicas, políticas, etc, pero no se puede justificar que en un mismo país exista tal grado de laxitud que permita que cualquier escuela, facultad o institución de salud pueda sin ningún control de calidad, de manera arbitraria decidir el número de años de duración, los contenidos curriculares, tiempos de rotación, perfil de egreso, etc. Estos son aspectos que deberán estar normatizados para todas las instituciones formadoras, para que de esta manera puedan garantizarse egresados con un perfil único y funcional a cualquier región o institución del país. Este sistema de entrenamiento profesional deberá formar recursos humanos capaces de resolver las necesidades de salud o de atención de los usuarios. Así mismo, deberá permitir la evaluación con estándares de desempeño similares, no sólo del médico residente, sino también de los profesores e instituciones formadoras.

El estudio de la situación de la formación de especialistas en MF presenta diversas dificultades. En primer lugar, el reconocimiento de la especialidad es un proceso y una responsabilidad de cada nación. Las tradiciones, necesidades y políticas, propician que de entrada sea difícil establecer criterios universales de acreditación de las residencias médicas, en especial para América Latina. Las características de los Sistemas Locales de Salud son tan diversas que en muchas ocasiones se dificulta comprender por qué el perfil de un médico de familia clínico deba tener tales o cuales características basadas en un currículo tan diverso. Los criterios de acreditación de los profesores, sedes académicas, planes de supervisión, vigilancia y fortalecimiento de los programas de residencia no dependen únicamente de los criterios internacionales de acreditación, sino además de las necesidades y posibilidades políticas y sociales de cada país para implementarse. En éste sentido, se puede decir que lo importante no es establecer estándares inalcanzables a la realidad de cada país impulsados por el contexto internacional. El punto es, que independientemente de las pocas o grandes diferencias que puedan tener los países de Iberoamérica, cada uno de ellos deberá tener claros cuáles son los estándares de acreditación de las residencias médicas en Medicina Familiar que necesita, a través de una normatividad *ad hoc*, independientemente de la institución formadora de que se trate, que deberá incluir la supervisión y evaluación periódica, y que de no mantenerse en los niveles óptimos, no podrá continuar como formadora de especialistas.

BASES CONCEPTUALES

La expresión de especialidad médica hace referencia a un cierto ámbito y epistemología del trabajo médico que se distingue de los demás. Una especialidad médica surge o se reconoce cuando se ha identificado un objeto particular de la práctica médica que no ha sido abordado plenamente por las especialidades ya existentes, cuando se dispone de un conjunto de técnicas y procedimientos, y/o cuando existe un cuerpo mínimo de conocimientos relevantes sobre ese objeto. Todo ello hace que una especialidad se diferencie de otras, y que quien la practique, lo haga conforme a una serie de criterios aceptados y perfectamente bien establecidos, no sólo en el marco de las instituciones de su propio país sino del mundo entero. La especialidad surge cuando un grupo de profesionales se adjudica el dominio de una técnica, habilidad o conocimiento de una área específica de la medicina y establece quiénes pueden ser especialistas y cómo y quiénes deben formarlos.

Tradicionalmente la condición de especialista se posee luego de adquirir un cuerpo de conocimientos específicos de la Medicina Familiar y de un conjunto de habilidades, destrezas, actitudes y aptitudes para llevar a efecto una intervención dada, propia del área del conocimiento, echando mano de un conjunto de herramientas e instrumentos de estudio propios. Los requisitos educativos pueden ser cumplidos a través de una residencia médica o de un curso formal de posgrado en alguna institución de educación superior.

Podemos entender por residente al profesional de la Medicina, con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una unidad médica receptora para realizar una especialidad. El programa de residencia requiere que este médico tenga dedicación exclusiva, y su aprendizaje sea principalmente en la práctica con supervisión adecuada y responsabilidad creciente en la toma de decisiones sobre los pacientes y las actividades académicas. De igual forma, es importante definir el programa de residencia en Medicina Familiar, como el conjunto de actividades que el médico residente deberá cumplir durante su periodo de adiestramiento que en la mayor parte de los países de Iberoamérica es de tres años y que estará conformado por un conjunto de conocimientos teóricos sobre los aspectos más relevantes de la Atención Primaria, tales como la morbi-mortalidad nacional, tanto en lo general como en lo referente a los diferentes grupos de edad, considerando los principales motivos de demanda de asistencia en el primer nivel de atención, así como el enfoque de riesgo para mantener a la población sana en concordancia con su edad y la etapa del ciclo vital familiar.

El entrenamiento en Medicina Familiar:

El entrenamiento en una residencia de Medicina Familiar deberá contemplar la asimilación de una filosofía que asuma con responsabilidad el cuidado continuo e integral del individuo y/o la familia, considerando las dimensiones sociales, psicológicas, biológicas, económicas y culturales de la salud o la enfermedad. Las habilidades que ese médico deberá poseer son las siguientes:

1. La resolución de problemas indiferenciados: en el contexto de una relación personal, integral y continua con los individuos y las familias en su contexto social.

2. Enfoque de Riesgo: la identificación de riesgos y detección temprana de enfermedades en las personas, familias y ambiente social (violencia, pobreza, delincuencia, etc) en la población de su responsabilidad.

3. Capacidad terapéuticas: la adecuada relación médico-paciente-familia y profesional-cliente, maximiza la efectividad de todos los tipos de tratamientos y acciones tendientes a promover la salud y resolver la enfermedad.

4. Desempeño gerencial para el manejo de los recursos: el manejo eficiente y efectivo de los recursos disponibles en la comunidad y en la propia organización de salud.

Un proceso de formación con estas características requiere del manejo de herramientas apropiadas, tales como la Medicina Basada en la Evidencias, el Aprendizaje Basado en la Solución de Problemas (ABP), el aprendizaje Basado en Competencias, etc.

Los contenidos fundamentales que deberá incorporar cualquier programa de residencia en Medicina Familiar, deberán corresponder a los padecimientos o motivos de mayor demanda de atención médica en la población general (85-90 %), al igual que aquellos que generan las principales causas de mortalidad en los diferentes grupos etáreos; aquellos padecimientos de alto impacto económico y social y en general todos aquellos temas que permitan un adecuado cuidado de la salud o la enfermedad y que en general corresponde a las siguientes disciplinas o áreas del conocimiento:

- ✗ **Contenidos específicos de la Medicina Familiar** (que debiera demandar la mayor parte del tiempo de entrenamiento)
- ✗ Salud Mental
- ✗ Salud Pública
- ✗ Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)
- ✗ Medicina interna
- ✗ Cardiología
- ✗ Endocrinología
- ✗ Gastroenterología
- ✗ Reumatología
- ✗ Pediatría
- ✗ Obstetricia y Ginecología
- ✗ Cirugía
- ✗ Otorinolaringología
- ✗ Ortopedia
- ✗ Dermatología
- ✗ Radiología
- ✗ Urología
- ✗ Medicina de Urgencias
- ✗ Geriatria y Gerontología
- ✗ Psiquiatría
- ✗ Administración y Economía de la Salud
- ✗ Bioética
- ✗ Investigación

Algunas características estructurales de la rotación por MF deben incluir las visitas domiciliarias, con objetivos y metas educativas explícitas. Además, debe haber un horario de actividades teóricas coherente con la práctica clínica de los pacientes, tanto en la clínica de Medicina Familiar, como en la unidad hospitalaria.

Como es lógico pensar, contar con un programa académico tan extenso en sus contenidos teóricos, requiere un programa de prácticas clínicas igualmente extensas, que permitan al residente la integración de los conocimientos adquiridos. Por tal razón será necesario valorar escenarios clínicos más propicios para su aprendizaje, como son las unidades de Atención Primaria y sus Hospitales de referencia de pacientes.

La unidad de Atención Primaria (sede académica) es el lugar en el que el residente deberá desarrollar sus habilidades clínicas correspondientes a las de un médico familiar, como son la atención a los problemas de salud que con mayor frecuencia aquejan a la población general y en la que el paciente asiste de manera ambulatoria acompañado por algún familiar y permite no sólo el

diagnóstico y manejo del motivo de consulta, sino además asentar las bases de una relación médico-paciente-familia de larga duración. Además, permite aprovechar todas las oportunidades posibles para prevenir, educar, detectar y promover la salud aún sin que sean el motivo de consulta, tanto del usuario, como de sus familiares. Estas unidades facilitan el establecimiento del diagnóstico de salud de su población asignada para que en función de éste se pueda organizar, planear y administrar los recursos con los que cuenta el equipo de salud a su cargo, con el fin de poder solventar los riesgos a la salud de su comunidad, diseñar estrategias de educación, seguimiento y rescate de pacientes y manejo de grupos, En esta unidad médica el residente podrá adquirir no sólo las destrezas como médico especialista, si no también las actitudes y aptitudes propias del perfil, allí encontrará el modelo del médico de familia que deberá ser. Es por ello que resulta crucial que tanto la selección de la sede clínica como el profesor titular cumplan con el perfil idóneo para alcanzar el objetivo, ya que de otra manera condenaremos al residente a tener un perfil indefinido, a sentirse “todólogo”, miniinternista, miniurgenciólogo, un mal médico familiar, o peor aún, quedar “vacunado” contra la Medicina Familiar debido a la frustración.

El centro de medicina familiar debe servir también como un modelo de cuidados de los pacientes basado en la filosofía y en los conceptos de la medicina familiar. En los casos en que la sede de formación de especialistas no pueda ser un centro o clínica de medicina familiar, será preciso que por lo menos exista en la unidad hospitalaria un departamento clínico de medicina familiar cuya dependencia funcional en el sistema de Salud sea clara y en igualdad de condiciones con respecto a otras especialidades. El director o titular del programa y los docentes deben ser médicos de familia de experiencia, con título de especialista. Todo centro de medicina familiar ha de tener una población estable de pacientes, de cantidad y variedad suficientes para asegurar la continuidad e integralidad de las experiencias de los residentes. La mayor parte de las visitas de pacientes deben ser de las familias que son la responsabilidad del residente. La población de referencia debe representar cabalmente la población general en cuanto a sus caracteres demográficos y en lo posible de morbi-mortalidad. El centro debe cumplir condiciones tales como fácil accesibilidad no sólo en un sentido geográfico sino también en lo cultural y económico.

Los programas deben ofrecer la posibilidad de entrenamiento en habilidades específicas de otras especialidades en donde la concentración de tiempo y la experiencia podría ser relativamente ventajoso (las llamadas rotaciones). En las rotaciones los residentes deberán realizar experiencias horizontales que correspondan al enfoque de la propia especialidad.

Las Rotaciones:

Las rotaciones hospitalarias tienen la intención de exponer al médico residente al contacto con pacientes que sufren las patologías más frecuentes de acuerdo con la morbi-mortalidad general y por grupos de edad, tal como se mencionó en párrafos anteriores y que de diferentes formas son también motivo de consulta en el primer nivel de atención. Tiene como ventaja que en estas unidades de concentración pueden aprender su protocolo de estudio, diagnóstico, tratamiento y contar con la asesoría directa de los especialistas, de manera que su capacidad resolutive podrá incrementarse, ya que muchos de los pacientes que en otras condiciones serían referidos para interconsulta con el especialista, ahora podrán ser manejados por ellos con mayor seguridad. Los servicios elegidos para las rotaciones de los médicos residentes son seleccionados en función de las especialidades de mayor demanda en las referencias médicas y que por su puesto están consideradas en las áreas teóricas ya mencionadas, incluyendo el área de Urgencias, ya que aunque la mayor parte de los usuarios de este servicio no presentan una urgencia real, es necesario que en los casos que así lo ameriten, el médico familiar sea capaz de atenderla. Por otra lado, la mayor parte de los padecimientos vistos en este servicio, son del dominio del médico familiar ya que se en muchos casos se agudizaron, presentan algún cuadro concomitante o simplemente no se presentaron a la unidad de atención primaria por cuestiones de tiempo o de comodidad. En los dos primeros casos, el residente cuenta con la asesoría especializada de sus profesores que le respaldan ante cualquier duda diagnóstica o terapéutica.

Por otra parte, la rotación hospitalaria permite el contacto del residente con otro tipo de tecnología y de equipo mucho más complejo, variado y costoso en relación con el existente en las unidades de Medicina Familiar. Lo que propicia que el alumno aprenda a utilizarlo, interpretarlo, conocer sus indicaciones y contraindicaciones, o por lo menos saber que existe.

Otro aspecto relevante es que el médico residente se puede medir en capacidad con sus homólogos de otras especialidades, de manera que al convivir con ellos en un mismo servicio, le permita ver que muchas de las competencias que éstos tienen no son tan distintas, que presentan visiones diferentes de un mismo fenómeno o caso, que la manera de abordar a los pacientes y familias es una característica propia de la especialidad, etc.

Pese a todas estas bondades se deben cuidar dos aspectos fundamentales durante las rotaciones hospitalarias. El primero es la adecuada selección de los servicios por los que los residentes habrán de pasar, ya que debido a la amplitud del programa parecería conveniente que los médicos rotaran por todos los servicios hospitalarios, sin embargo, esto no es posible ni conveniente, si se pretende tener prácticas efectivas. Por ejemplo, no se justifica que un residente de Medicina Familiar rote por quirófano, ya que en la práctica clínica él no va a operar por lo que posiblemente sólo realice algunos procedimientos de cirugía menor que no ameritan una rotación por quirófano (a menos que se encuentre realizando una formación como médico rural para poblaciones aisladas). Tampoco es conveniente que roten de manera parcial por horas/día o por semana en un servicio, ya que de esa manera el aprovechamiento es mínimo, y en la realidad no es la semana, ni son las horas/día, es una práctica bastante limitada que no les aporta mucho, pensando que la duración del curso es de tres años y que son las bases para la práctica de toda una vida profesional. Por lo que se recomienda que los servicios seleccionados tengan un mínimo de dos meses completos.

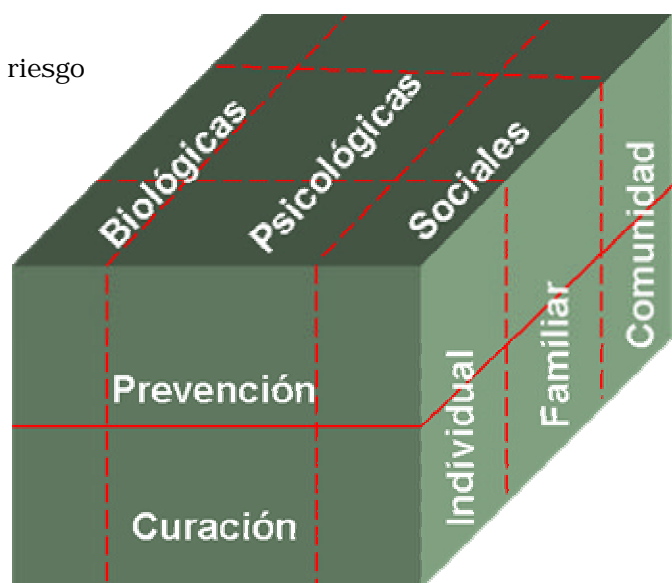
El segundo aspecto fundamental es el tiempo de rotación por hospital, para lo que es aconsejable que los residentes no permanezcan mas tiempo del necesario en él, las rotaciones deben estar equilibradas, entre éste y la unidad de atención primaria, idealmente alternándose y conservando a los residentes de primer año por lo menos de dos a cuatro meses por las unidades de atención primaria antes de salir al hospital por primera vez, de manera que se puedan identificar antes con la atención primaria.

Si el residente permanece demasiado tiempo en el hospital, el primer resultado será un egresado sin identidad de médico familiar, se sentirá todo menos médico de familia y si acaso mantiene la identidad, lo más seguro es que no haya adquirido muchas de las competencias que debió haber incorporado de acuerdo con su perfil profesional.

Finalmente, será tarea de los profesores titulares o responsables de la residencia aterrizar todos estos conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes a los tres pilares que dan sustento a nuestra disciplina, si éstos no se cumplen difícilmente podríamos hablar de un especialista en Medicina Familiar:

Atención integral del paciente y su familia

Continuidad de la atención médica. Enfoque de riesgo



1. La atención integral del paciente y su familia

Se refiere a que el residente de medicina familiar deberá ser capaz de integrar en el diagnóstico y manejo del paciente los aspectos biológico, psicológico y social (modelo biopsicosocial), para poder realizar una intervención eficiente y efectiva, dado que maneja el conjunto de conocimientos y habilidades para hacerlo. De igual forma verá al individuo como un sistema abierto, que a su vez es parte de otro sistema abierto que es la familia, y que ésta a su vez es parte de otro sistema que es la sociedad, y que lo que afecta en el primero, también repercute en los otros dos sistemas y a la inversa. Un ejemplo sería el paciente con cáncer, que no solo está afectado en lo biológico, sino además en lo emocional y quizá en lo económico o lo laboral. En la que su afección obliga a reajustar los roles familiares, tales como el de padre proveedor, madre ama de casa o hija estudiante, reajustar el acondicionamiento del hogar o de la alimentación familiar, el desempleo, o tipo de incapacidad, la capacidad de interactuar de esta familia con su medio ambiente en esas condiciones, etc. De igual forma, el médico familiar considerará la estructura y funcionamiento de las familias como generadoras de salud y/o de enfermedad, etcétera.

2. Continuidad de la Atención Médica

El médico familiar es un profesional capaz de prestar atención médica al paciente y su familia en las diferentes etapas de su vida, desde antes del nacimiento hasta la muerte, mas aún, en la etapa de duelo cuando el paciente ya no está. También se considera la atención continua, cuando hablamos de que el médico de familia podrá prestar atención al paciente y/o su familia en el consultorio, sala de urgencias, hospital o el propio domicilio.

3. Enfoque de Riesgo

Se refiere a que dada la formación del médico de familia, una prioridad es mantener al individuo sano, con base en la adecuada evaluación y manejo de sus factores de riesgo personales, familiares y sociales (incluyendo los laborales). Se refiere a la prevención que debemos realizar utilizando todas las oportunidades que estén a nuestro alcance, ya sea educando, promoviendo la salud, detectando a tiempo, etc. Incluso cuando aparece la enfermedad, se debe actuar de inmediato para impedir el daño, y aún si éste es inevitable se deberá actuar en función de una pronta rehabilitación y de una referencia oportuna cuando se ha identificado que no podemos hacer más por el paciente.

Para poder desarrollar el currículo de esta especialidad se requiere contar con profesores médicos familiares que cumplan tres requisitos: a) ser un excelente clínico y digno modelo a seguir para sus residentes, b) capacidad para enseñar, esto es contar con algún tipo de formación docente que permita al profesor la posibilidad de transmitir sus conocimientos y c) capacidad para llevar a cabo investigación científica.

Considerando la diversidad de programas de residencia y de cursos de especialización en Medicina Familiar, es importante establecer los criterios mínimos de Acreditación que deberán cumplir las instituciones formadoras de éstos especialistas o más bien, los programas de residencia, debiendo entender por Acreditación al reconocimiento oficial hecho por la autoridad competente, con base en la capacidad de las instituciones formadoras para el desarrollo de procesos de enseñanza en los que se cumpla con estándares mínimos de calidad. Es un sistema de supervisión integral de las instituciones de educación superior y de salud, que se lleva a cabo mediante diversos mecanismos de evaluación periódica de desempeño, en el que se valoran las variables más significativas del desarrollo del proyecto en las instituciones. Dicho proceso de Acreditación deberá ser similar para evaluar cualquier programa de especialización cuyo Diploma o Certificado de especialista sea igual o equivalente al de Especialista en Medicina Familiar, ya sea a través de residencia médica, de programa de reconversión o de formación acelerada de especialistas.

SITUACIÓN ACTUAL

A continuación se presentan los resultados más relevantes de la encuesta sobre los Criterios de Acreditación para Residencias Médicas, efectuada entre los meses de agosto y octubre de 2003 a los representantes de los catorce países participantes en esta mesa de trabajo:

Canadá, Estados Unidos, Argentina, México, Bolivia, España, Venezuela, República Dominicana, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Uruguay y Perú.

Con el objeto de poder tener información confiable y actualizada sobre los mencionados Criterios de Acreditación, se preparó una cédula para captura de información que contenía 34 ítems, de los cuales, los cuatro primeros tenían como propósito brindar un panorama general de la residencia en cada uno de los países encuestados.

El primer punto en cuestión, fue sobre la denominación que recibe el médico especialista egresado de la residencia, y en total encontramos cuatro nombres. El más común fue el de especialista en Medicina Familiar (Bolivia, Canadá, Estados Unidos, República Dominicana, Colombia, Ecuador y México); seguido por el de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (España, Perú, Uruguay y una sede de República Dominicana); Medicina General Integral en Cuba y Medicina General Familiar en Argentina y Venezuela.

Como todos sabemos la Medicina Familiar se inicia en Iberoamérica a partir de las experiencias de Estados Unidos y Canadá comenzadas en 1969, dos años más tarde, México comienza su primera residencia en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En 1972, Argentina y luego Bolivia en 1976. Fue posterior a la Declaración de Alma-Ata (1978) que España y Venezuela en 1979 comienzan a formar médicos especialistas a partir de la Residencia. Luego siguió República Dominicana, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Uruguay y Perú, que finalmente en 1997 pone en marcha su primera residencia de manera oficial, aunque desde algunos años atrás había dado inicio a la formación de médicos familiares de manera extraoficial.

En cuanto al número de médicos familiares, los Estados Unidos cuenta con aproximadamente 69.000, siguiendo Cuba con poco más de 30.000, México con 22.000, España 16.000 y Canadá con 15.000. Argentina y Venezuela 2.500 y 1.334 respectivamente. El resto de los países tienen menos de 500.

Tabla 1

País	Año de inicio de la primera generación de la residencia de Medicina Familiar	Número de médicos familiares	Número de Programas de Progresiones médicas	Número de residentes que ingresan anualmente
Argentina	1972	2,500 aprox.	100 aprox.	300
Bolivia	1976	200 aprox.	7	15
Canadá	1969	15 000 aprox.	16	750-800
Chile	1982	300 aprox.	7	35
Colombia	1984	150	5	20
Cuba	1984	30 000	52	3 000
Ecuador	1987	80	3	24
España	1979	16,000	98	1 750
Estados Unidos	1969	69 000	466	3 523
México	1971	22 000	32	914
Perú	1997	120	3	4
República Dominicana	1981	144	3	13
Uruguay	1996	150	1	25
Venezuela	1979	1334	11	76

El número de Programas de Residencias médicas en cada país es muy variable, Estados Unidos es el país que mas presenta (466), seguido por Argentina, España, Cuba y México Uruguay es la que menos tiene (1), por estar centralizada la residencia en una sola universidad. En este punto vale la pena resaltar que en la mayor parte de los países encuestados existe el reconocimiento universitario de la especialidad, salvo en el caso de España, y en algunas sedes de Venezuela.

El número de plazas de residencia ofertadas anualmente, están por mucho en relación con el papel que desempeña el médico familiar dentro de cada uno de los Sistemas Nacionales de Salud, siendo Estados Unidos, Cuba, Canadá, España y México, los países que más residentes incorporan a su sistema cada año.

En doce de los países encuestados, la duración de los programas de residencia es de tres años, salvo en los casos de Canadá y algunas sedes de Venezuela que es de dos años. En todos los casos es requisito indispensable el título de Licenciatura como Médico, Médico General o Médico Cirujano.

En general, se puede decir que el ingreso a la residencia médica de cada país se hace por selección a través de un examen nacional anual, aunque Colombia también lo hace semestral. En los casos de Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, la selección se hace directamente en la institución formadora de especialistas y no a través de una Comisión Nacional de Selección. En otros casos como República Dominicana y Ecuador, también se incluyen aspectos curriculares para el concurso de oposición para obtener una plaza de residencia.

Mecanismo de selección	Países
Examen nacional anual	Bolivia Cuba España México República Dominicana Uruguay
Examen por institución de salud o de educación superior	Argentina Colombia Ecuador Perú Venezuela
Entrevista personal, méritos y sistema "matching" nacional computarizado	Estados Unidos Canadá

En diez de los catorce países, el programa depende directamente de las universidades, aunque como ya se mencionó, en algunos programas de Argentina, España, y algunas sedes venezolanas, el programa depende de las instituciones de salud, públicas o privadas. En el caso de Bolivia, el programa académico depende del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación, integrado por instituciones educativas y de salud, así como del Colegio Médico (representación civil). Independientemente de estas diferencias, todos los programas académicos cumplen con un diseño modular, estructurado por año, a excepción de Ecuador que lo hace por semestre y que incluyen en esencia tres aspectos básicos mencionados en la sección de Bases Conceptuales:

- a) **Contenidos temáticos** de las áreas biológicas, psicológicas y sociales.
- b) **Práctica clínica**, que en general incluyen rotaciones por las especialidades consideradas elementales, aunque dependiendo de las necesidades de cada país se han agregado otras como Fisiatría, Medicina del Deporte, Rehabilitación, Terapia Familiar y Terapia Intensiva, entre otras. Así mismo, las guardias por los servicios de urgencias son generalizadas. Existe una gran divergencia en los tiempos asignados para cada rotación, tanto por hospital como por unidad de atención primaria. De tal forma que podemos apreciar países como Bolivia, Ecuador, Perú y República Dominicana, que destinan de 85 a 90% de sus rotaciones al trabajo hospitalario, con una mínima práctica en el primer nivel de atención; Perú y Canadá con 25 y 30% respectivamente por unidades de atención primaria; Cuba y Uruguay presentan una distribución de tiempos invertida en relación con los datos anteriores, enfocando de 80 a 100% de la rotación a las prácticas por Medicina Familiar. Los seis países restantes presentan una distribución de prácticas más equilibrada entre ambos niveles de atención, tal como se recomienda al inicio de éste documento.
- c) **Trabajo de investigación**, que en todos los casos es obligatorio.

Se interrogó además sobre los requisitos para ser profesor titular o responsable de la residencia, y se encontró una gran similitud entre los catorce países, las que los podemos resumir en: a) ser médico especialista en Medicina Familiar, a excepción de Uruguay que ostenta otra especialidad, b) contar con formación Docente, c) demostrar interés y capacidad para generar nuevos conocimientos y divulgarlos a través de publicaciones, d) En los casos de Canadá, Estados Unidos y México, se incluye la Certificación o Recertificación como especialista expedida por los respectivos Consejos de la especialidad (Evaluación de pares). Sin lugar a dudas la información obtenida en este rubro

coincide plenamente con lo recomendado en la literatura internacional, más aún estos mismos requisitos también son solicitados a los profesores adjuntos o auxiliares de la especialidad, pese a que no en todos los casos se cumple por cuestiones de disponibilidad.

En cuanto a las sedes académicas de la especialidad, se encuentran diferentes grados de variación, pero se puede decir que en la mayor parte de los casos ésta corresponde a una unidad de atención primaria, salvo en los casos de República Dominicana, Perú, Ecuador, algunos casos de Argentina y una sede de Bolivia (La Paz), en que se trata de un hospital.

Se pudo obtener un consenso cuando se plantearon los requisitos que deben cubrir las sedes académicas de la especialidad, lo cual también coincide con lo expresado en la literatura internacional, pese a no haberse considerado como importante la asignación de una población fija por consultorio médico, que permita la continuidad de la atención. Sin embargo, esto se puede explicar dadas las características de los Servicios de Salud en diferentes países de Centro y Sudamérica, que dificultan el proceso de regionalización o adscripción de familias por médico.

Los requisitos mencionados en la encuesta corresponden a contar con una adecuada estructura física de igual forma que se valora lo relacionado con los recursos materiales y humanos, tales como el equipo de salud y lo necesario para desarrollar las funciones docentes y de investigación. Así también se consideró la importancia de contar con un archivo clínico codificado por familias y que la unidad debe cubrir una amplia gama de los problemas y demandas de atención médica en la población general, y que sean de interés de acuerdo con el perfil del médico familiar que se pretende formar. Países como Estados Unidos y Canadá incluyeron además la infraestructura informática, así como el soporte técnico para ésta.

Pese a que resulta conveniente para las naciones contar con un perfil único de especialistas en Medicina de Familia, que puedan ser funcionales a cualquier institución de salud y a cualquier hábitat laboral, y que por lo tanto se esperaría que fueran altamente competentes para desempeñarse en cualquier situación relacionada con su campo de trabajo, lo que pudimos encontrar en esta investigación fue que Canadá, Cuba, Colombia, España, Uruguay y Venezuela cuentan con un Plan Único de Estudios diseñado para todas las instituciones formadoras y que cada una de ellas lo aplica en función de sus propias características. En los casos de Perú y México cada universidad desarrolla su propio programa y lo realiza en cada una de las sedes que reconoce teniendo el alcance geográfico de un Estado, Provincia o Departamento, según la denominación que cada país le asigne. En el caso particular de México, se observa concordancia casi total entre los diferentes programas. En los demás países el común denominador es la presencia de un Plan de Estudios por sede académica.

Diez de los catorce países han conformado Comités Académicos de la especialidad, cuya responsabilidad es supervisar, evaluar y proponer cambios a los planes de estudio. Aunque no en todos los casos están facultados para acreditar la apertura o cierre de alguna sede, en razón de su buen o mal funcionamiento. Llama la atención que países como Perú han integrado su Comité Académico sin la presencia de médicos familiares, situación que limita la objetividad y la pertinencia en la toma de decisiones en relación con la especialidad; entre otras cosas porque la formación en otras especialidades lineales, dificulta el entendimiento de la formación horizontal del médico familiar.

Otro aspecto que vale la pena resaltar, es que 11 de los 14 países, (salvo Argentina, Perú y República Dominicana) cuentan con organizaciones formales, responsables de regular el funcionamiento de las residencias en cada país, las cuales en muchos de los casos están conformadas por una representación interinstitucional, que incluye instituciones de salud, universidades, incluso ministerios de educación o salud y en menor frecuencia la representación civil, que es indispensable en la toma de decisiones referentes a la especialidad, porque quién más sabe de las necesidades y potencialidades de las especialidades que los propios pares.

Para concluir este diagnóstico situacional de la Medicina Familiar en Iberoamérica, Canadá y EEUU, mencionaremos que existen algunas experiencias en relación con las vías alternativas de formación de médicos especialistas en Medicina Familiar diferentes a las residencias médicas. En Estados Unidos, Colombia y México, se han desarrollado algunos intentos por fortalecer el Sistema Nacional de Salud, a través de la formación de especialistas en forma paralela a la de residencias médicas, dadas las dificultades para incrementar las plazas de residentes por motivos financieros y en otros casos de capacidad instalada en las sedes académicas, estos países han creado interesantes modelos de

formación de especialistas, cuyo perfil del egresado es totalmente equiparable al de los egresados de las residencias tradicionales.

Formación Acelerada de Especialistas

Estados Unidos y Colombia

En estos países se han diseñado experiencias sobre la formación temprana de médicos familiares (desde el pregrado). En ambos casos la selección se inicia desde los primeros años de la carrera de Medicina dando inicio la especialidad para los alumnos seleccionados a partir del cuarto o quinto año de la misma. La duración de la especialidad es de tres años y busca cubrir los mismos estándares que la residencia. La experiencia inició en Estados Unidos en 1991 en la Universidad de Kentucky y luego en once universidades más, comenzando en Colombia a finales de la misma década.

Programa de Especialización para médicos generales en ejercicio profesional (reconversión vía semipresencial)

México

En este país existe un programa de especialización en Medicina Familiar, dirigido a médicos generales que se encuentran trabajando en instituciones de salud, y que dio inicio en 1994 por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es un programa de tres años, idéntico al de la residencia, con la modalidad semipresencial; bajo un claro esquema de capacitación en servicio durante la jornada laboral. El mecanismo de ingreso es a través de un convenio interinstitucional (UNAM-Institución de salud), luego la selección a través de un examen de conocimientos generales de la carrera, más de 5 años de antigüedad contractual (en la institución de salud que firma el convenio), atendiendo consulta de atención primaria, además de cubrir los mismos requisitos de los médicos que ingresan a las residencias. Los requisitos de permanencia y egreso son los mismos que para la residencia. En general son de carácter nacional o estatal (departamental o provincial).

Otras experiencias basadas en la Educación y Capacitación Continua

Argentina y Chile

Existen otras experiencias en Argentina y Chile, que pretenden incrementar el número de médicos familiares a través de programas alternativos a las Residencias Médicas basados en actividades de educación y capacitación continua (cursos, materias, seminarios, tiempos de desempeño clínico, etc), de corta duración y cuya calidad debe ser debidamente acreditada por una Comisión Académica de especialistas para que, si ha completado los créditos requeridos, se encuentre en condiciones de dar el correspondiente examen de certificación y luego de aprobado se le pueda otorgar constancia de especialista en Medicina Familiar.

CRITERIOS Y CARACTERÍSTICAS PROPUESTAS

El diagnóstico efectuado de la situación actual en los países de Iberoamérica, nos permite apreciar con gran entusiasmo que, aunque con diferentes grados de avance, la especialidad en Medicina Familiar se encuentra en pleno desarrollo dentro de los Sistemas Nacionales de Salud de la región, que es acogida como una alternativa viable para el mejoramiento en la calidad de los servicios en el primer nivel de atención, y que comparte entre los diferentes países una gran cantidad de similitudes de acuerdo con los indicadores estudiados.

De igual forma, debemos reconocer el papel tan importante que juegan las universidades en el desarrollo de la especialidad en la región, como promotoras e inductoras del cambio de modelo asistencial curativo al modelo preventivo, las Instituciones de Salud como gestoras del cambio

dentro de sus unidades sede de la especialización y las Sociedades Médicas como catalizadoras de la reacción universidad-servicios de salud.

Resulta innegable que el desarrollo de la Medicina Familiar en Iberoamérica durante los últimos 25 años ha sido impulsado en gran medida por la Declaración de Alma-Ata (1978), con el objetivo de "Salud Para Todos en el año 2000", y más aún, en las fechas más recientes por la búsqueda del modelo asistencial que permita mayor calidad y equidad de los servicios a un menor costo.

Pese a las coincidencias encontradas en los indicadores estudiados, tales como el número de años de la Residencia de Medicina Familiar, es recomendable que se fije un mínimo en tres años en función del promedio internacional. En algunos países, este período resulta insuficiente para poder desarrollar con holgura los diferentes tópicos y prácticas contempladas en los programas académicos, llegando a ser en países como Israel, Dinamarca y Grecia de cuatro años, o más aún, de cinco años en Finlandia, Noruega, Suecia y Suiza.

Por otra parte, los contenidos de los programas académicos, perfil de los profesores y características de las sedes, requisitos de ingreso, permanencia y egreso, también ofrecen grandes similitudes, de manera que sería importante impulsar en un primer momento la puesta en marcha de Planes de estudio únicos para cada país y que pese a las diferencias encontradas de manera natural en las instituciones formadoras, fueran lo más apegados al programa de residencia oficialmente normatizado para esta especialidad. Llama la atención que a pesar de que en el cuestionario enviado a cada país, el discurso sobre el perfil del egresado de la residencia es muy parecido, la realidad, en muchos de los casos, está demasiado lejos de esa visión idealizada de lo que debe ser un médico de familia, chocando de manera dramática con la realidad de los Sistemas Nacionales de Salud.

De igual forma, resulta necesario incorporar algunos otros criterios que permitan la garantía en la calidad de los programas que se ofertan, y aquí nos referiremos a la Evaluación, que deberá contar con estándares similares para los residentes de las diferentes sedes académicas, ya sea a través de exámenes escritos, orales, frente a paciente real, a través del Examen Clínico Objetivo Estructurado, etc. El punto es que si todas las sedes formadoras llevan el mismo Plan de Estudios de la residencia, todos los alumnos también deberán acreditar las mismas competencias profesionales.

Otro asunto también importante en materia de evaluación, es el referente a la Evaluación de la Enseñanza que realiza el profesor, en la que deberá demostrar no sólo que cumple los requisitos para su contratación, sino además con las funciones propias de su contrato; demostrando estar actualizado, ser un excelente clínico y tener la capacidad para transmitir los conocimientos a sus educandos, en pleno apego al programa de estudios establecido.

Resulta fundamental que los organismos gubernamentales legalmente establecidos, conformen las instancias oficiales que permitan uniformar tales entidades académicas, ya que resulta inapropiado tener en un mismo país diferentes tipos de residencias, con diferentes programas, diferentes mecanismos de incorporación y egreso y diferentes perfiles de profesionales. El médico residente en Medicina Familiar debe ser capaz de responder a las necesidades de salud de la población cualquiera que sea su ámbito laboral, público o privado, de la seguridad social o de los ministerios de salud. El gobierno de cada país debe garantizar que sus Reformas a los Sistemas de Salud están centradas no únicamente en el cambio de modelo asistencial que permita acreditar no sólo una mayor calidad, equidad y accesibilidad de los servicios de salud, la redistribución de funciones y competencias de cada nivel de atención al incorporar la regionalización o sectorización de la población. Debe además utilizar los recursos humanos mayormente capacitados para brindar esa atención con enfoque de riesgo que permita prevenir la enfermedad y no sólo curarla, prestar atención integral y continua al individuo y su familia, equitativa y accesible a los grupos más vulnerables. De igual forma, debe garantizar cuidados de salud más costo-efectivos, tan mencionados en todos los documentos que hablan al respecto.

Independientemente de estos aspectos tan importantes para la mejora de los Servicios de Salud, resulta importante insistir en la trascendencia de que sean oficialmente establecidas las instancias con representación gubernamental, académica, asistencial y civil, que permitan legitimar el quehacer cotidiano de los centros formadores de especialistas en Medicina Familiar, homogeneizar

y actualizar los programas, supervisar su desarrollo, evaluar como instancia externa la calidad de sus egresados, determinar la cantidad de recursos necesarios a nivel nacional en cada promoción, etc; y establecer los criterios para la acreditación de cada una de las sedes de residencia, que limite la aparición de centros formadores de baja calidad.

Incluso, es importante mencionar que la Acreditación de Residencias Médicas en los diferentes países, debe ir de la mano con otros procesos de acreditación, tales como la **Certificación de médicos especialistas, Certificación de Escuelas y Facultades de Medicina, así como también de unidades de atención médica**. Será difícil que cada una de las instancias involucradas en éstos procesos (gobierno, universidades, instituciones de salud y sociedades médicas) pueda tener éxito sin la participación de las otras. Es por ello que resulta imprescindible la definición de roles, límites y mecanismos de participación de cada una de ellas, incorporando las fortalezas propias de cada instancia, sumando esfuerzos y no restándolos, reconociendo la conveniencia de cada una

Resulta difícil entender un sistema de salud altamente efectivo que no puede garantizar la competencia de sus profesionales de la salud posterior al egreso de los programas de residencia, a través de la **Certificación y Recertificación** de manera periódica, efectuada por sus pares y no por los centros formadores que pueden tener una visión sesgada de las necesidades de capacitación para cada especialidad o del producto que egresa de ellas al mercado sanitario. Tampoco se entiende la calidad académica de las universidades sin la presencia de evaluaciones externas (de pares), que permita una adecuada auditoria de las actividades propias de las instituciones de acuerdo con indicadores perfectamente bien definidos. Y por último, no se puede obtener una adecuada calidad de los servicios de salud, sin una clara definición de estándares, normas, recursos, procedimientos y logros de las unidades encargadas de poner en marcha los programas institucionales, y nuevamente, sin la participación de instancias externas a la institución evaluada, que permitan una mayor objetividad e imparcialidad de la evaluación efectuada.

Resulta importante resaltar que en todos los países y regiones del orbe, se pueden observar los efectos inaplazables de la globalización y que pese a las fronteras internacionales de las naciones, los efectos económicos, comerciales, sociales y en materia de salud se pueden percibir. Si bien es cierto que los países latinoamericanos tenemos distintos indicadores macroeconómicos, nuestra morbilidad y mortalidad así como los procesos de transición demográfica y epidemiológica son muy parecidos. Esta realidad nos obliga a rediseñar los programas de formación de médicos generalistas y especialistas en función de las características de los sistemas de Salud

RECOMENDACIONES

Para finalizar este trabajo, es conveniente concluir con dos recomendaciones básicas que pretenden contribuir a la mejora en la formación de los médicos especialistas egresados de las residencias médicas en los países de Iberoamérica:

1. Cada país deberá ser responsable de establecer los requisitos mínimos de acreditación de Residencias en Medicina Familiar, con el objeto de garantizar un perfil básico de competencias profesionales en todas y cada una de las unidades formadoras de especialistas de los países, para lo cual se sugiere considerar los siguientes aspectos: nombre de la especialidad, perfil profesional, tiempo de duración, requisitos de ingreso, requisitos de permanencia y requisitos de egreso, estructura curricular, requisitos para los docentes, características de las sedes académicas de Medicina Familiar y características de las sedes académicas hospitalarias de apoyo. Esto está bastante bien: faltaría que lo desarrollara aportando bibliografía y experiencias en el "orbe"...

2. Se propone la creación de Comisiones Nacionales Interinstitucionales de Residencias Médicas que deben tener un carácter normativo tanto para la especialidad de Medicina Familiar como para las otras especialidades médicas existentes en cada país. Su función será sustantiva para la emisión de normas y procedimientos de acreditación de residencias médicas, que permitan la plena homogeneización de los estándares de competencias mínimas necesarias requeridas para los especialistas en cada país. En este contexto establecerá los mecanismos para supervisar la calidad de los programas de residencia aprobados con base en las regulaciones existentes para todas las especialidades médicas, coherentes con las necesidades de salud de la población, el funcionamiento

de las instituciones sanitarias y la estructuración de los programas de pre y posgrado en las universidades. Se recomienda además, que esta Comisión se constituya por representantes de las instituciones educativas y de salud formadoras de médicos especialistas, de la entidad responsable del proceso de Certificación y Recertificación y de representantes de las sociedades médicas respectivas.

Bibliografía

1. OPS/OMS. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Calidad educativa en la acreditación de programas de formación de especialistas y en la certificación profesional. 2000.
2. Kitamura K, Fetters M, Ban N. The Experiences of Japanese Generalist Physicians in Overseas Faculty Development Programs. *Fam Med* 2002; 34(10):761-765.
3. Hernández Hernández F, Vargas Negrín F, Cabrera Quintero L. Acceso "Excepcional" al título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, y ejercicio de la Medicina de Familia en el SNS. Disponible en URL: <http://www.comtf.es/ActaMedica/1998/2/Pag7a9.html>
4. Parchman M, Katerndahl D, Larne A. Family Medicine and Research: From Here to Eternity. *Fam Med* 2003;35(4):291-295.
5. Loewe R. Atención Primaria a la Salud: Revisión Conceptual. *Salud Pública Mex.* 1988; 30: 666-675.
6. OPS/OMS. Desarrollo de la Práctica y Educación Médicas en América Latina y el Caribe: Evaluación y Acreditación de Instituciones y Certificación/Recertificación de Profesionales. 1997.
7. Unión Europea (UE). Enciclopedia Micrisoft. Encarta Online 2004. Disponible en URL: <http://es.encarta.msn.com>
8. Weingarten MA, Polliack MR, Tabenkin H, Kahan E. Variations among examiners in family medicine residency board oral examinations. *Medical education.* 2000;34: 13-17.
9. Frenk J. Recursos Humanos para la Salud: cambios y tendencias recientes. En: Observatorio de la Salud. Fundación Mexicana para la Salud. México. 1997; 9:221-236.
10. Casson C. The Winston Churchill Memorial Trust. Churchill Fellowship Report 2000. To investigate systems of quality assurance for General Practitioners U.K., Netherlands. Disponible en URL: <http://www.churchilltrust.com.au/Fellows%20Reports/Casson%20Claudia%20report.pdf>
11. Alonso Magdaleno MI. El proceso de convocatorias de plaza MIR en el SNS y su repercusión en la situación del colectivo médico. *El Médico Interactivo. Diario Electrónico de la Sanidad. El Médico* 16-XI-01. Disponible en URL: <http://www.medynet.com/elmedico/informes/gestion/mir.htm>
12. Fabian C. The future general practitioner/family doctor in Europe – a specialist. *European Union of General Practitioners.* Disponible en URL: http://www.uemo.org/history/a_challenge_for_uemo_2002.htm
13. Colegio Oficial de Médicos de Baleares, España. Antecedentes legislativos. Disponible en URL: <http://www.comib.es/homologacion.PDF>
14. The American Board of Family Practice. Disponible en URL: <http://www.boardcertifieddocs.com/bcd/supplement/fp.pdf>
15. Norris N, Berrington B, McKee A, Hibble A, Johnson, N. Recertification in general practice reconsidered. Norwich: CARE, University of East Anglia. 1998. Disponible en URL: <http://www.uea.ac.uk/care/pubs/recert.pdf>
16. The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). 2000. Disponible en URL: <http://www.acgme.org/GmeDir/sect1info.asp>
17. Brook PJ, Smith SM. Contratación de servicios públicos. La ayuda en función de los resultados y sus aplicaciones. Disponible en URL: <http://worldbank.org/Documents/OBA%20Part2%20Chapt8-S.pdf>
18. Norris TE, Acosta AD. A Fellowship in Rural Family Medicine: Program Development and Outcomes. *Fam Med* 1997; 29(6):414-20.
19. Galazka SS, Zweig S, Young P. Progress Report on Accelerated Residency Programs in Family Practice. *Academic Medicine.* 1996; 11(71).
20. Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas. NOM-090-SSA1-1994.
21. Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo. SemFYC. Madrid. 1997.
22. Fernández-Ortega MA, Mazón-Ramírez JJ, Ponce-Rosas ER, Torres I, Lizcano-Esperón FJ, Domínguez del Olmo J. Curso Semiescolarizado de Especialización en Medicina Familiar (CuSEMF) en México (1993). *Aten Fam de España.* 2003; 31(2):114-119.
23. Toledo-García JA, Fernández-Ortega MA, Trejo-Mejía JA, Grijalva MG, Gómez-Clavelina, Ponce-Rosas ER. Evaluación de la competencia clínica en el posgrado de Medicina Familiar mediante el examen clínico, objetivo estructurado. *Aten Fam de España.* 2002; 30(7):435-441.

DEFINICIÓN DE CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUADA.

PAÍSES PARTICIPANTES:

ARGENTINA, BOLIVIA, BRASIL, CANADÁ, CHILE, COLOMBIA, CUBA, ECUADOR, ESPAÑA, ESTADOS UNIDOS, JAMAICA, MÉXICO, PARAGUAY, PERÚ, REPÚBLICA DOMINICANA, PUERTO RICO, URUGUAY Y VENEZUELA

AUTORES

COORDINADOR.

Antonio Monreal Híjar.

España.

Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Zona I Zaragoza. Responsable Sección de Docencia de la Sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

MIEMBROS GRUPO DE TRABAJO.

Abelardo Saldaña.

Panamá.

Presidente de la Sociedad Panameña de Medicina Familiar.

Ana Antonieta Tassoni Rodríguez de Blain.

Venezuela.

Subdirectora Docente Asistencial. Centro Ambulatorio "Dr. Luis Guada Lacau". Instituto venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).

Enrique Abache Salazar.

Venezuela.

Médico Ginecobstetra. Servicio de Fertilidad de la Maternidad Concepción Palacios. Red de Sociedades Científicas de Venezuela.

George Velásquez Zúñiga.

Cuba.

Presidente filial provincial de Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad "Mariana Grajales Coello". Holguín.

Nora Díaz Estela.

Argentina.

Vicepresidente Consejo de Certificación de Federación Argentina de Medicina Familiar y General-FAMFyG. Coordinador Residencia Medicina Familiar-MSP-Salta-Argentina.

Norma Ivone Armas Guerra.

Ecuador.

Presidenta Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. Docente de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE.

Oscar Andrés Fernández Fuentealba.

Chile.

Coordinador subregional Conosur CIMF-WONCA-Región VI Región Iberoamérica. Presidente Sociedad Chilena de Medicina Familiar.

Raúl Ramírez Nizza.

Paraguay.

Miembro del Comité Acreditación Sociedad Paraguaya Medicina Familiar.

Ricardo Escobar.

Colombia.

Director Ejecutivo. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. ASCOFAME

Stephen Spann.

EEUU.

Profesor jefe Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Baylor College of Medicine Houston.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio responsable de la Medicina, ha requerido desde siempre un compromiso con la Formación Médica Continuada como instrumento fundamental para el mantenimiento y actualización de la Competencia Profesional.

La rápida evolución de los conocimientos científicos médicos, la aparición de nuevas alternativas para la prevención, diagnóstico y abordaje terapéutico, así como los importantes cambios en la relación médico-paciente basados en la implantación de nuevos modelos de interacción con ellos, requieren un compromiso de los profesionales con su propia formación.

La Organización Mundial de la Salud define la Educación Médica Continuada (EMC) como un proceso cuya finalidad es ayudar a los profesionales a adaptarse y formar parte activa en los cambios a introducir en los sistemas, en la medida en que influyen sobre su evolución personal y económica y sobre su práctica clínica diaria.

Por otra parte, en la actualidad se está evidenciando una mayor exigencia social sobre la Calidad de los Servicios Sanitarios. Es evidente que uno de los principales factores que determinan dicha Calidad es el nivel de Competencia de los Profesionales Sanitarios. En este sentido el Médico de Familia juega un papel determinante.

Recientemente se ha establecido el término Desarrollo Profesional Permanente (DPP) que constituye un concepto más amplio, del que forma parte la Formación Médica Continuada, pero en el que se incluyen competencias no estrictamente médicas como aptitudes personales, sociales y de gestión. Durante toda su vida profesional, el Médico de Familia posee pues el deber ético de participar en actividades de FMC/DPP. Por último, es imprescindible garantizar que todos los conocimientos y competencias potencialmente alcanzados se transfieran al ejercicio diario, en este sentido, la

Transferencia de Conocimiento (TC) constituirá el elemento clave para la aplicación práctica del bagaje adquirido durante el proceso del Desarrollo Profesional

Es evidente que el primer responsable del mantenimiento de su competencia profesional es el propio médico, esta circunstancia no menoscaba la importante responsabilidad de los Servicios Sanitarios o de otras Agencias Proveedoras de Servicios de Salud en su concepción más amplia, en garantizar por una parte el adecuado nivel competencial de sus profesionales así como por otra, facilitar al máximo el acceso de los mismos a los Sistemas de Formación Continuada, con el objetivo principal de asegurar la calidad de los cuidados médicos para mejorar la salud de los ciudadanos

Nos encontramos ante una realidad incuestionable en la que por una parte la sociedad, ejerciendo su justo derecho, reclama la mejor asistencia sanitaria tanto en su vertiente científico-técnica como en otros aspectos tan fundamentales como la relación médico-paciente, la gestión eficiente de recursos, etc, y por otra, los profesionales sanitarios que en un deseo profundamente interiorizado asumen la responsabilidad de llevar a cabo un Desarrollo Profesional Permanente como condición previa para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria y profesional. Por último, las agencias de Servicios de Salud, en su papel de empresas profesionales competitivas, deben garantizar la máxima calidad de su producto, en este caso el Servicio Sanitario para lo que deben garantizar el mejor contexto formativo de sus profesionales.

Por consiguiente, los sistemas de Educación Médica Continuada deberán incidir en los Conocimientos, Habilidades y Actitudes que el Médico de Familia precisa para su práctica centrada en el individuo, la familia y la comunidad.

Una vez constatada la decisiva importancia de la Formación Médica Continuada y el Desarrollo Profesional Permanente, se debe plantear abiertamente la necesidad de establecer planes y programas específicos, en nuestro caso en Medicina Familiar, que cumplan una serie de características fundamentales esenciales:

Especificidad.

La Medicina de Familia, como Área de Conocimiento específico y diferenciado, constituye una disciplina académica y una especialidad médica. Así, el objeto de conocimiento de la Medicina de Familia se encuentra en la persona en su totalidad y en la familia como sistema social (como un todo), ofreciendo un abordaje médico continuado sin fragmentación entre lo biológico, lo psíquico y lo social, elevando el nivel de salud de las personas a través de la integración de la prevención, promoción, curación, rehabilitación y de cuidados paliativos, dirigiéndose no sólo a los individuos sino a las familias y a las comunidades.

Bajo esta perspectiva es imprescindible elaborar un Programa de Formación Médica Continuada que se centre en los aspectos previamente descritos y que ayuden a consolidar tanto el perfil profesional como los valores del Médico de Familia y la Medicina Familiar.

Accesibilidad.

La responsabilidad compartida respecto al mantenimiento y mejora de calidad de la Competencia Profesional, debe garantizar la posibilidad de un fácil acceso a los planes y programas formativos de los Médicos de Familia.

Para la consecución de este fin parece adecuado que se establezcan las políticas pertinentes que garanticen una amplia oferta formativa con criterios de calidad en los contenidos de la Medicina Familiar y aseguren los recursos económicos y humanos para que esto este garantizado.

Garantía de calidad científico-técnica.

En ocasiones, al profesional le puede resultar dificultosa la elección de las actividades de Formación Continuada que le son adecuadas para sus áreas de mejora profesional.

El aprendizaje de los diferentes conocimientos, habilidades y aptitudes del Médico de Familia poseen diversas estrategias de aprendizaje, existiendo abordajes pedagógicos específicos para la transmisión y adquisición de los diferentes contenidos en función de cada competencia. La adecuación de la mejor calidad científico-técnica debería ser garantizada.

A este respecto es importante que tanto las agencias/instituciones formativas, como las actividades de Educación Médica Continuada, posean un aval que acredite su solvencia e idoneidad para los objetivos propuestos.

Financiación.

La financiación de la Educación Médica Continuada en Medicina Familiar debe constituir una parte indispensable del coste total del sistema de asistencia sanitario, ya sea éste público o privado, asalariado o autónomo.

Al constituir la Medicina de Familia una actividad profesional que precisa de amplios conocimientos en constante renovación, debería destinarse una parte significativa del presupuesto a la Educación Médica Continuada para mantener y desarrollar la calidad de la asistencia médica exigida por la sociedad. En todo caso, los sistemas de financiación de la Educación Médica Continuada deberán respetar escrupulosamente la integridad profesional del Médico de Familia. Debe existir en consecuencia una total transparencia respecto a las fuentes de financiación de las actividades formativas.

Participación profesional.

Es evidente que al constituir el profesional, en este caso el Médico de Familia, el destinatario de la Educación Médica Continuada, este participe activamente en la elaboración, diseño y acreditación de la oferta formativa. Bajo esta perspectiva, la participación de los profesionales debe de ser garantizada mediante cauces adecuados: Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, etc

Reconocimiento profesional.

Independientemente del compromiso ético con la sociedad del Médico de Familia respecto a la garantía de su competencia profesional, la cumplimentación de dicho compromiso y el esfuerzo añadido que supone el mantenimiento y la continua mejora y adecuación del bagaje profesional, debe existir un sistema de motivación, incentivo y reconocimiento tanto a nivel profesional como institucional y social.

LA MEDICINA DE FAMILIA Y LA EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUADA.

Todos estos condicionamientos previamente descritos se hacen más evidentes aún cuando se abordan desde la Medicina de Familia, existiendo una serie de peculiaridades que delimitan claramente el trascendente valor de la Educación Médica Continuada:

La Medicina de Familia como puerta de entrada al Sistema Sanitario

Al constituir el Médico de Familia en muchas ocasiones el primer interlocutor del paciente con el Sistema Sanitario y dada su situación estratégica dentro del mismo, el perfecto conocimiento de las diferentes alternativas y las posibilidades de las mismas hacen necesaria una constante actualización de su formación.

La gestión de los recursos.

El Médico de Familia es consciente que el uso inadecuado de los recursos sanitarios (pruebas complementarias, fármacos, intervenciones...) además de producir un efecto iatrogénico sobre el paciente, supone un mal uso de un recurso, en último extremo económico que podría haber sido mejor utilizado. En este caso, una vez más el profundo conocimiento científico-técnico tanto en los aspectos clínicos como en gestión sanitaria es imprescindible en el Médico de Familia.

Vertiente biopsicosocial de la Medicina de Familia.

Es en la Medicina de Familia donde se hace más imprescindible un correcto manejo de los condicionantes biopsicosociales del paciente y su equilibrio entre salud y enfermedad. Esta amplia dimensión conceptual de la Medicina de Familia, aspecto fundamental de la mirada del médico de familia, constituye por una parte una de las grandezas de la especialidad a la vez que la convierte en una profesión en la que los condicionamientos sociológicos, psicológicos y emocionales adquieren un protagonismo tan fundamental como los son los biologicistas.

Este paradigma exige procesos de actualización continuada en ámbitos formativos tradicionalmente lejanos a la medicina convencional pero de vital trascendencia para la Medicina tanto a nivel Familiar como Comunitario.

Pluripotencialidad del Médico de Familia.

Independientemente que el perfil profesional del Médico de Familia se encuentra sólidamente definido, en la actualidad su versatilidad como profesional pluripotencial provoca que diferentes sistemas de salud incorporen de manera decidida a los Médicos de Familia en diversos servicios asistenciales como los Servicios de Urgencias y Emergencias, Unidades de Cuidados Paliativos, Unidades de Hospitalización Domiciliaria, etc

Por otra parte, cada día adquieren mayor protagonismo las habilidades en Gestión Sanitaria del Médico de Familia.

Este horizonte de pluripotencialidad aboca a la necesidad tanto de una oferta formativa amplia y profunda como herramienta fundamental del Médico de Familia como a una especificidad en dependencia del perfil profesional individual.

Ambas circunstancias lógicamente requieren una extrema garantía de calidad que acredite la idoneidad de las acciones formativas programadas.

Obviamente, los planteamientos previamente expuestos se sustentan bajo la perspectiva que los procesos de Educación Médica Continuada expuestos van destinados en último extremo a la mejora continuada de la Calidad Asistencial de los pacientes y bajo esta premisa deben ser planificadas y desarrolladas todas las estrategias formativas tanto personales como institucionales

BASES CONCEPTUALES.

Estando clara la necesidad tanto para el profesional, como para el sistema sanitario y la sociedad, de la implantación de Programas Individualizados de Educación Médica Continuada, se hace necesario plantear estrategias sólidas que aborden el planteamiento operativo de dichos programas o actividades formativas básicamente bajo la perspectiva de la Garantía de Calidad de las mismas.

La acreditación de las actividades de Educación Médica Continuada supone uno de los pilares fundamentales de la recertificación profesional periódica como elemento aval de que las competencias profesionales son las adecuadas para el correcto ejercicio de la Medicina de Familia.

Existen numerosos ejemplos internacionales, que evidencian que el desarrollo de estructuras de acreditación de actividades producen una manifiesta mejora en la calidad científico-técnica de las mismas, a la vez que un impacto final favorable sobre la actividad profesional. Se plantea entonces la importancia de establecer propuestas que delimiten los requisitos técnicos que deben poseer las actividades de Educación Médica Continuada para ser acreditadas como adecuadas para la mejora de la competencia profesional. En este orden de cosas, los sistemas de acreditación de actividades deben contemplar unos criterios explícitos básicos que incluyan lo siguiente:

A. Valor de la pertinencia e idoneidad de la actividad en relación con el Perfil Profesional.

El perfil profesional del Médico de Familia en este sentido, abarca las siguientes competencias:

Tabla 1

<p>⌘ Competencias esenciales</p>	<p>? La comunicación médico-paciente.</p> <p>? El razonamiento clínico.</p>
	<p>? La Gestión Sanitaria.</p>
	<p>? La Bioética.</p>
<p>⌘ La Atención al Individuo.</p>	
<p>⌘ La Atención a la Familia.</p>	
<p>⌘ La Atención a la Comunidad.</p>	
<p>⌘ La Formación e Investigación.</p>	

Pertinencia de la actividad: el contenido de la actividad debe responder claramente al perfil de la especialidad y a algún tipo de necesidad o demanda suficientemente explicitada y justificada.

B. Objetivos docentes claramente definidos y concretos.

La acreditación debe garantizar que los objetivos docentes estén directamente relacionados con el bagaje formativo que se desea obtener en el discente, es decir, con su mejora en conocimientos, habilidades o actitudes profesionales.

C. Contenidos teóricos y prácticos.

Adecuados a los objetivos docentes perseguidos

D. Metodología docente adecuada.

Incluyendo sistemas de tutorización en las actividades a distancia, debiéndose garantizar en todos los casos que el método desarrollado es el idóneo en dependencia a los objetivos pedagógicos. En este sentido es importante valorar que existen determinados tipos de actividades formativas que estimulan por su metodología, el llamado “aprendizaje activo” mediante el cual, el profesional es el principal protagonista de su propio proceso de adquisición de competencias.

E. Número de alumnos.

El número de alumnos debiera ser el idóneo para que las técnicas docentes adquirieran la mayor eficiencia.

F. Profesorado con conocimientos y capacidad docente adecuada al tipo de actividad.

En este sentido es importante la capacidad comunicativa y participativa de los docentes.

Por otra parte, es de extraordinaria importancia que el profesorado conozca a la perfección el perfil y valores del Médico de Familia, así como sus competencias y su entorno profesional.

G. Duración adecuada.

De las actividades, que garanticen en su justo término que la carga horaria lectiva se ajusta a los objetivos planteados.

H. Evaluación bidireccional de las actividades.

En un contexto de acreditación docente, es imprescindible la existencia de una bidireccionalidad evaluativa que garantice el éxito de la actividad.

Existirán dos tipos de criterios, los de obligado cumplimiento que deben cumplirse en todo tipo de actividad acreditada: objetivos claros y adecuados, adaptación al perfil profesional, evaluación de docentes y discentes, contenidos teórico-prácticos adecuados, metodología y profesorado idóneo y otro grupo de criterios valorables en dependencia del tipo de actividad: número de alumnos y duración de horas lectivas.

Por otra parte, los sistemas de acreditación de actividades deberán poseer sistemas de auditoría o comprobación de que lo realizado en realidad por las agencias formativas se corresponde con lo evaluado por la agencia de acreditación.

Una vez planteados los criterios técnicos en base a los que las actividades de Formación Médica Continuada deben ser evaluados y acreditados, deben abordarse tres aspectos fundamentales:

1. Entidades con capacidad de acreditación de actividades de EMC.

Los Estados deberán definir y justificar la delegación de esta importante responsabilidad una vez definidos los criterios técnicos en los que debe apoyarse dicha acreditación.

Parece evidente que tanto las administraciones públicas (Universidades, Ministerio de Educación y Sanidad...) como garantes en último extremo de la competencia profesional de los titulados, como los Sistemas de Salud proveedores de los servicios sanitarios, deben participar activamente en las entidades acreditadoras.

Por otra parte y al mismo nivel de protagonismo, los profesionales representados por sus asociaciones (Sociedades Científicas, Colegio de Médicos, etc), como beneficiarios directos de la mayor o menor calidad de las actividades de Educación Médica Continuada, deben formar parte activa en el proceso de evaluación y acreditación de actividades.

2. Acreditación de Instituciones como Agencias Proveedoras de Productos Formativos.

Los sistemas de acreditación, en aras de ordenar tanto cuantitativamente como cualitativamente la importante oferta formativa debe conceder el aval de calidad a aquellas agencias que garanticen por su prestigio y metodología ampliamente evidenciada, unos estándares en sus productos formativos adecuados a las necesidades planteadas.

3. Máximo reconocimiento institucional de las actividades formativas acreditadas.

Los sistemas de acreditación deben garantizar al máximo el reconocimiento tanto en el ámbito nacional como internacional del valor otorgado a las actividades acreditadas.

En este sentido, el establecimiento de sistemas de homogeneidad o convergencia del valor de las actividades formativas, es importante para que dicho reconocimiento mutuo posea valor real. En determinados ámbitos profesionales se ha establecido el llamado **Crédito Formativo**.

Dicha figura no debe suponer una equiparación automática con el número de horas de la actividad en cuestión, sino que debe computar la carga de trabajo docente que el desarrollo de dicha actividad docente conlleva para el discente, debiendo incluir además del número de horas presenciales de la actividad, la carga lectiva y de trabajo que suponen las actividades de campo asociadas, el trabajo de estudio personal y la preparación de las pruebas de evaluación de la actividad docente. Además, la valoración de esta unidad de medida que básicamente pretende constituir un elemento homogeneizador, debería reconocer la mayor relevancia de las actividades formativas basadas en la evidencia científica y que por tanto hayan demostrado su efectividad.

El término de **Crédito Formativo** es de especial indicación en las actividades con gran componente práctico por parte del discente, y en aquellas efectuadas a distancia u on-line.

A este respecto, es evidente que la evolución de los procesos formativos de los profesionales va progresivamente direccionándose hacia actividades en las que la tradicional clase o lección magistral pierde su valor como referente formativo, predominando en la actualidad los sistemas de aprendizaje interactivo, basados en la resolución de problemas, estancias y abordajes con pacientes reales, auto aprendizaje dirigido, etc. Estos nuevos escenarios formativos se escapan de forma manifiesta de la cuantificación horaria para aproximarse a los conceptos de carga docente lectiva o crédito formativo.

Asimismo, cabe aclarar que el concepto de crédito formativo no es incompatible con la existencia de otros modelos crediticios que abordan aspectos de igual importancia en el Desarrollo Profesional Permanente (DPP).

Por último, cabe concluir en este apartado que aunque no existen evidencias científicas que avalen de forma irrefutable que las actividades de Educación Médica Continuada mejoren la efectividad clínica y profesional, si es evidente que la ordenación del valor intrínseco de las actividades de formación favorecen el enriquecimiento profesional individual en función de las necesidades formativas evidenciadas.

Por último se hace preciso constatar que los Sistemas de Educación Médica Continuada idealmente, deben constituir Programas Formativos Integrados con fines claramente definidos que constituyan “un todo” con lógica y coherencia interna y externa en el que los componentes o partes del mismo interactúen entre sí bajo una planificación formativa previamente delimitada. Es importante destacar esto, pues en algunas ocasiones las actividades formativas parecen perseguir como prioridad la ocupación de un determinado espacio de la oferta del mercado más que el fin último para el que deberían haber sido planteadas.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUADA EN LOS PAÍSES IBEROAMERICANOS.

De todo lo anteriormente expuesto, se podría concluir que las actividades de Educación Médica Continuada constituyen un elemento fundamental para el mantenimiento de la Competencia Profesional y en último extremo para la mejora de calidad de los sistemas sanitarios.

De otra parte, está claro que existe una responsabilidad compartida entre el Médico de Familia, el Servicio de Salud y las entidades académicas y asociaciones científicas de la especialidad en el mantenimiento de la Competencia Profesional, pareciendo lógico que se motive a los profesionales a evaluar sus áreas de competencia con el objeto de evidenciar las situaciones de mejora, incentivando a aquellos profesionales que demuestren un mayor compromiso con su formación.

Bajo estas premisas previas, debemos analizar la situación en los países Iberoamericanos respecto a todo lo concerniente a la Formación Médica Continuada, buscando los puntos de confluencia sobre los que proponer políticas y estrategias que faciliten la homogeneización técnica de los países participantes como elemento de garantía de calidad de la capacitación profesional de los Médicos de Familia.

Agencias o instituciones proveedoras de actividades de Formación Médica Continuada.

Del análisis de las titularidades de las ofertas formativas de dieciocho países Iberoamericanos, se evidencia una oferta formativa amplia, constituyendo las Sociedades Científicas, Universidades, Colegios de Médicos y Servicios de Salud los principales proveedores de dicha oferta, produciéndose este liderazgo en la mayoría de los países. En un segundo plano existirían otros proveedores más diversificados y aparentemente menos consolidados como tales: Hospitales, Institutos, Empresas farmacéuticas, etc

En este aspecto pues, se podría concluir que se produce una gran homogeneidad en la provisión de actividades en los países miembros, añadiéndose a esto que las agencias proveedoras son principalmente de titularidad pública o dependientes de asociaciones profesionales. (Tabla 2).

TABLA 2: INSTITUCIONES O ENTIDADES QUE LIDERAN LA OFERTA DE EDUCACIÓN

PAIS	SOCIEDADES CIENTÍFICAS	FACULTADES MEDICINA	COLEGIO DE MÉDICOS	SERVICIOS DE SALUD
Argentina	+	+		
Bolivia	+	+	+	+
Brasil	+	+		+
Chile	+	+		+
Canadá	+	+		+
Colombia	+	+		+
Cuba	+	+		+
Ecuador	+			+
EEUU		+	+	
España	+		+	+

México	+	+		+
Panamá	+	+		+
Paraguay	+	+		+
Perú	+	+		+
Puerto Rico	+	+	+	+
República Domin.	+		+	
Uruguay	+	+		+
Venezuela	+			+

Financiación de actividades de Educación Médica Continuada.

En contraste con la situación que se produce en la oferta de actividades en las que la industria farmacéutica se encuentra en un segundo plano, al analizar las fuentes de financiación utilizadas por los profesionales a la hora de hacer frente a la Formación Continua encontramos con que el protagonismo de las marcas farmacéuticas es manifiesto y evidente.

En un segundo término, serían los propios profesionales los que asumirían el pago de las actividades de Formación Continua es financiada directamente por las Administraciones Públicas.

El papel de las Sociedades Científicas en este aspecto es limitado, aportando en determinadas circunstancias (Tabla 3).

Papel de las actividades de Educación Médica Continuada en el desarrollo profesional.

Habiendo quedado clara la importancia que los profesionales de los países miembros otorgan a las actividades de Formación Médica Continuada en el contexto de la denominada Carrera Profesional, es importante constatar la importancia de la oferta tanto institucional pública como privada y sus fuentes de financiación, es importante constatar e actividades de Formación Médica Continuada en el contexto de la denominada Carrera Profesional.

Parece evidente que la valoración de este tipo de actividades en el acceso a plazas docentes o asistenciales etc., podría aportar un valor añadido muy interesante a la motivación, ya de por sí importante en el Médico.

Del análisis de los datos recopilados de los diversos países se deduce que aun no siendo general, existe un valor curricular a todo tipo de actividades formativas: cursos, talleres, asistencia a congresos, presentación de ponencias, etc., va consolidando la necesidad de realizar un número determinado de horas o créditos lectivos en espacios de mantenimiento y mejora competencial. (Tabla 4).

Además del valor curricular, que va consolidando la realización de programas y actividades de formación, los sistemas de recertificación médica, viene siendo cada vez más imprescindible la justificación de haber realizado un número determinado de créditos, para optar a determinadas responsabilidades tanto asistenciales como docentes, encontrándose en estos momentos una fuerte incentivación económica por la realización de dicho tipo de actividades.

De forma genérica, parece que el exclusivo ejercicio privado de la sanidad no contextualiza una obligat pública, en donde en ocasiones, se llega a producir la obligatoriedad de realización de un mínimo de acti puesto laboral desarrollado.

En los países asociados en los que no están en vigor los sistemas de recertificación, no existe en la realización de actividades de Educación Médica Continuada como requisito para mantener la licencia mé entorno.

TABLA 3: SISTEMAS DE FINANCIACIÓN DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN MÉDICA

PAIS	EL INTERESADO	INDUSTRIA FARMACÉUTICA	SOCIEDADES CIENTÍFICAS	INSTITUCIONES	OTRAS
Argentina	+	+	+		
Bolivia	+	+	+		
Brasil	+	+	+	+	
Canadá	+	+	+	+	+
Chile	+	+	+	+	
Colombia		+			Empleadores
Cuba				+	
Ecuador	+	+			
EEUU	+	+			

España	+	+		+	
México	+	+		+	
Panamá	+	+		+	
Paraguay	+	+			
Perú	+	+			
Puerto Rico	+	+	+	+	Hospitales
República Domin.			+		+
Uruguay	+	+	+		
Venezuela	+	+			

Sistemas de Acreditación de Actividades de Educación Médica Cont

En la inmensa mayoría de los países asociados, los proveedores de Actividades de Formación solicitan con sus propuestas educativas, principalmente a las Facultades de Medicina, Sociedades Científicas o Académico-técnica de las mismas (Tabla 5).

Básicamente, el tipo de actividades avaladas según lo previamente expuesto, se concretan en las modalidades seminarios, certificaciones y maestrías.

Existe menos consolidación en reconocimiento y apoyo a otro tipo de actividades como pueden ser las reun

Por último, se aprecia un escaso impacto de estos mecanismos sobre la formación por medio de Internet incipiente todavía de este tipo de actividades no presenciales.

Componentes técnicos de los sistemas de acreditación de actividades de Educación

Así como parece clara la tendencia a la realización de sólidas actividades formativas que posean en su grado reconocido prestigio académico y social, la existencia de parámetros y objetivos de carácter científico-técnico cuantitativo aceptado y reconocido en el ámbito profesional, no se encuentran en la actualidad suficientemente

Pese a que la situación descrita previamente corresponde al panorama general observado, es muy esperanzador que se hayan elaborado sistemas objetivos cuantificables para la valoración de actividades.

TABLA 4: VALOR DE LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN MÉDICA CON

PAIS	CERTIFICACIÓN / RECERTIFICACIÓN	VALOR	VALOR LABORAL
Argentina	SI	Créditos	Relativo.
Bolivia	SI	Créditos/Puntos	Acceso a Cargos
Brasil	SI		Acceso a Cargos
Canadá	SI	Créditos	Acceso y Mantenimiento
Chile			Acceso a Cargos
Colombia			
Cuba	SI	Créditos	Acceso a Cargos
Ecuador		Créditos	Acceso a Cargos

EEUU	SI	Créditos	Acceso y Mantenimiento Cargo	
España			Acceso a Cargos	
México	SI		Obligatorio en Funcionarios	
Panamá			Cátedras Universitarias	
Paraguay	SI	Créditos		
Perú	SI		Acceso a Cargos. Promoción	
Puerto Rico	SI	Créditos	Acceso Cargos Docentes	€
República Dominicana				
Uruguay				
Venezuela		Créditos	Acceso a Cargos. Promoción	

Estos sistemas más o menos consolidados tienen en consideración los siguientes componentes de calidad (tabla 5):

Componentes científico-técnicos más utilizados en la actualidad	
✍	Objetivos claros
✍	Pertinencia e idoneidad
✍	Metodología docente
✍	Organización y logística
✍	Evaluación
✍	Número de horas de la actividad

Se observa una tendencia clara a la valoración de las actividades en función del número de horas que las constituyen, cumpliendo los demás componentes un papel de exclusión en caso de no ser cumplimentados correctamente por la actividad evaluada. Una vez superada esta condición, dichos componentes en algunos casos matizan el valor crediticio básicamente otorgado por la carga horaria lectiva.

En todo caso, se evidencia una tendencia positiva referente a la necesidad de proponer sistemas de valoración objetivos y tangibles.

Sistemas de reconocimiento de instituciones u otro tipo de entidades como agencias proveedoras de actividades de Educación Médica Continuada.

Aunque de forma discreta, se van estableciendo sistemas de reconocimiento de instituciones o entidades que por su trayectoria rigurosa merecen la acreditación como agencias de reconocido prestigio a la hora de ofertar actividades.

Dichos reconocimientos se otorgan básicamente entre Universidades, Colegios de Médicos o Escuelas Profesionales de ámbito nacional. Es imprescindible que los Sistemas de Acreditación no solo velen por la calidad científico-técnica de las actividades en el momento de su planificación y propuesta si no que además, garanticen la correcta implementación de las mismas midiendo si fuera posible su impacto real sobre la competencia profesional de los discentes

En resumen se puede concluir que una vez revisada la situación actual de los países asociados, nos encontramos ante una importante oferta de actividades de Educación Médica con diversos proveedores amparados de forma general por una importante solvencia como agencias formativas.

Se observa igualmente una cierta homogeneidad en la tendencia a la normalización de los procesos de acreditación, encontrándose diversos países en una situación óptima para la elaboración de políticas que confluyan en los sistemas de valoración/acreditación de actividades.

Dichas políticas ante la situación existente, deberían hacer hincapié en la unificación de criterios técnicos y de modelos crediticios que valoraran de forma equilibrada las cargas de trabajo con los componentes de calidad de las acciones formativas.

Parece adecuado ante la situación preexistente, la elaboración de propuestas encaminadas a la compatibilidad y convalidación crediticia y curricular del bagaje formativo profesional, como instrumento de cohesión y consolidación de los sistemas sanitarios y en especial de la Medicina de Familia como piedra angular de las políticas sanitarias.

TABLA 5: SISTEMAS DE ACREDITACIÓN / RECONOCIMIENTO / AVAL DE ACTIVIDADES DE EMC

PAIS	SI/N	CRITERIOS TÉCNICOS	SOC. CIENT.	FACULTADES	COLEGIO DE MÉDICOS	SERVICIOS DE SALUD	OTRAS	OBSERVACIONES
Argentina	SI	SI	SI					Existe Reglamento de Acreditación.
Bolivia	SI	SI ¿?	SI		SI			
Brasil	SI			SI	SI			Universidades emplean Criterios Téc.
Canadá	SI	SI	SI	SI	SI			CMFC, CRMCC
Chile	SI	+ / -		SI		SI		ASOFAMECH. Criterios de Calidad.
Colombia	NO	NO						
Cuba	SI	NO						Valor según Nº de horas Actividad.
Ecuador	SI	NO		SI				0.5 puntos por cada 32 horas.
EEUU	SI	SI						AAFP, AMA.
España	SI	SI	SI				SI	Organismo Estatal Mixto.
México	SI	NO ¿?		SI				Reconocimiento de Instituciones.
Panamá	SI	NO		SI				Necesario que participe Prof. Facultad.
Paraguay	NO	NO						
Perú	SI	NO		SI	SI			En la práctica no se realiza.
Puerto Rico	SI	SI		SI	SI		Hospital	Aval del Tribunal Examinador de Med.
República Domin.	SI	NO	SI		SI			
Uruguay	SI	NO		SI			Sindicatos	Reconocimiento de Instituciones.
Venezuela	SI	NO	SI		SI			

CRITERIOS Y CARACTERÍSTICAS PROPUESTAS.

Del análisis minucioso de la situación existente en los diferentes países iberoamericanos en lo referente a la realización, financiación, acreditación y valor curricular de las Actividades de Educación Médica Continuada se pone de manifiesto que aunque con diferentes ritmos y niveles de implantación, prácticamente todos los países trabajan en la dirección de consolidar este tipo de ofertas formativas como elemento imprescindible en el proceso de mantenimiento y mejora de la Competencia Profesional de los Médicos de Familia.

Por otra parte, corresponde a las instituciones y organismos supranacionales interesados en el desarrollo de políticas sanitarias que garanticen los mejores niveles de salud de las poblaciones, el proponer estrategias de convergencia en los diferentes aspectos relacionados, en este caso, con el Desarrollo Profesional Permanente de los Médicos de Familia.

Bajo estos planteamientos y asumiendo las argumentaciones científico-técnicas previamente expuestas resulta extraordinariamente importante que los diferentes países realicen los esfuerzos necesarios para establecer Programas Formativos estables, estructurados, actualizados, pertinentes y evaluables que respondan a las Áreas de Competencia en cuanto al Perfil Profesional de Médico de Familia. Dichos Programas, potencialmente desarrollados indistintamente por instituciones públicas o privadas así como por las diferentes asociaciones profesionales, deberán ser sometidos a mecanismos objetivos de Acreditación en Calidad que avalen la idoneidad de los mismos para los fines propuestos, tanto en lo referente sus contenidos, como en los aspectos relacionados con la transmisión de conocimiento.

Los Criterios de Evaluación de actividades deberían ser objetivables, reproducibles y con la máxima homogeneidad con los propuestos por las recomendaciones internacionales en la materia, garantizando así el principio de equidad en el acceso a la Formación Médica Continuada de calidad entre los Profesionales, facilitando de esta forma los mecanismos de reconocimiento mutuo de los créditos formativos entre los diferentes países con el objeto de que los méritos curriculares en lo referente a la formación desarrollada, sean respetados y no impidan la libre circulación de los profesionales.

Para la correcta implementación del proceso de la Acreditación de Actividades de Formación Médica Continuada se deberán constituir Agencias de Acreditación de reconocido prestigio, solvencia técnica é independencia científica. En dichas Agencias, así como en los mecanismos íntimos de la Acreditación, la participación de los profesionales deberá ser fundamental como referente del colectivo al que dichas actividades van destinadas.

RECOMENDACIONES

Como conclusión de todo lo anteriormente expuesto y con el horizonte de establecer directrices comunes confluentes en los países iberoamericanos respecto a la Acreditación de Actividades de Educación Médica Continuada que consoliden las políticas del Desarrollo Profesional Permanente en el ámbito de la Medicina de Familia como eje fundamental de los sistemas sanitarios se establecen las siguiente **Recomendaciones**:

1.- La realización de actividades de Educación Médica Continuada (EMC) constituye un elemento clave y fundamental. para el mantenimiento y mejora de la Competencia Profesional de los Médicos de Familia. Los Servicios de Salud deben facilitar al máximo la accesibilidad de los Profesionales a los programas de Educación Médica Continuada como elemento de garantía de calidad en la prestación de los servicios de salud.

2.- Los países deben constituir instancias oportunas, que reúnan a las entidades involucradas en la acreditación de actividades (Sociedades Científicas, Universidades, Servicios de Salud, Colegios de Médicos, etc.), que garanticen mediante procesos objetivos, la pertinencia, idoneidad y calidad científico-técnica de los programas de Educación Médica Continuada.

3.- Los Programas de Educación Médica Continuada deberán abordar específicamente aspectos relacionados con las competencias y valores del perfil profesional del Médico de Familia y deben constituir un elemento importante en los sistemas de Recertificación Profesional y mantenimiento de las habilidades y aptitudes en Medicina de Familia.

4.- Se deberán articular los mecanismos adecuados de motivación sobre los profesionales para estimular la realización de actividades de Educación Médica Continuada. Así mismo, se recomienda la implantación de sistemas de reconocimiento para aquellos profesionales que implementen dicho tipo de actividades formativas.

REFERENCIAS

1. Barón M. La formación médica continuada en Canadá como modelo de intervención profesional. *Educación Médica* 2001; 4: 52-65.
2. Brailovsky C, Miller F. Reflexiones sobre la investigación en Educación Médica. En: Guía de formación médica y competencia profesional en Atención Primaria. Barcelona. Ediciones Profármaco.2. 2002.
3. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ*. 1999; 318: 1276-1279.
4. Cots J. Guía de formación médica y competencia profesional en Atención Primaria. Barcelona. Ediciones Profármaco.2. 2002.
5. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Manmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops rounds and other traditional continuing education change physicians behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999; 282: 867-874.
6. Davis D, Thomson MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmian P, Taylor-Vaisey A. Impacto de la formación médica continuada. *JAMA (ed esp)* 2000; 9.
7. Davis D. Continuing medical education: Global health, global learning. *BMJ* 1998; 316: 385-389.
8. EACCME (European Accreditation Council for Continuing Medical Education). In: European Union of Medical Specialist. UEMS Compendium of Medical Specialist 2001. London. KPL Group. 2001.
9. EQUIP. (European Association for Quality in General Practice/Family Medicine). WONCA Region Europe. Continuing Professional Development in Primary Health Care. 2003; <http://www.equip.ch>.
10. Fox RD, Bennett NL. Continuing medical education: learning and change: implications for continuing medical education. *BMJ* 1998; 316: 466-468
11. Gayoso P, de la Cal A. Criterios de acreditación de actividades de formación continuada: ¿se sigue algún protocolo? *Formación Médica Continuada*. 1999; 6 (3): 141-143.
12. Gayoso P. Acreditación de Formación Continuada. ¿Sirve realmente para algo?. *Tribuna Docente*.2000; 1 (3): 21-27.
13. Grant J. Learning needs assessment: assessing the need. *BMJ* 2002; 324: 156-9
14. Miller F, Jacques A, Brailovsky C, Simdon A, Bordage G. When to recommend compulsory versus optional CME programs? A study to establish criteria. *Acad Med* 1997; 72(9): 760-4.
15. Pardell H. ¿qué podemos esperar de la formación médica continuada? Mitos y realidades. *Med clin (Barc)* 2000; 114: 419-430.
16. Peck C, McCall M, Mclearn B, Rotem T. Continuing medical education and continuing profesional development: internatinonal comparisions. *BMJ* 2000; 320: 432-435.
17. Prieto A. Experiencias preliminares de acreditacion de la formacion médica continuada en España. Acreditación de las actividades de formación continuada en Atención primaria. *JANO* 1999; LVII (1.309): 584-585.
18. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de Medicina Familiar Y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Madrid. 2002.
19. Quiros C. ¿debe ser obligatoria la formación continuada? *Tribuna Docente*. 2000; 1 (4): 25-33.
20. Sistema de Acreditación de Actividades de Formación Médica Continuada en Atención Primaria. SaAP. (semFyc-SEMERGEN). <http://www.semfyec.es/Nueva/Acreditacion/marco.htm>
21. U.E.M.S. (European Union of Medical Specialist). Criteria for international accreditation of CME. Bruselas. 1999. <http://www.uems.be/eaccme-3.htm>

GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS EN EL DOCUMENTO DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUADA DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR.

Acreditación de Actividades de Educación Médica Continuada. La Acreditación de Actividades de Educación Médica consiste en el reconocimiento formal de parte de una autoridad competente en la materia, que una actividad de educación cumple con los estándares mínimos de calidad aceptables y fijados previamente.

Actividad Docente Pertinente. Actividad Docente que responde claramente al perfil de la especialidad y a algún tipo de necesidad o demanda suficientemente explicitada y justificada.

Crédito Formativo. Unidad Formativa de referencia sobre la que se estructuran y organizan los currícula formativos en la mayor parte de los países. Su valor tradicionalmente ha venido definido por el número de horas de la actividad formativa en cuestión. En la actualidad existe una tendencia a valorar el Crédito Formativo según la carga de trabajo que para el discente supone la realización de una actividad formativa determinada incluyendo, además de la carga docente teórico-práctica, el trabajo individual, de campo, búsqueda bibliográfica, y evaluación.

Desarrollo Profesional Permanente (DPP). Constituye un concepto más amplio al de Educación Médica Continuada incluyendo en él la integración de competencias profesionales en gestión, y las relaciones personales y sociales que aportan una garantía de calidad adecuada.

Formación Médica Continuada (FMC)/Educación Médica Continuada (EMC). Cualquiera de las vías por las que los profesionales médicos realizan su aprendizaje una vez finalizado su periodo básico de formación o en su caso, después de terminar cualquier estudio adicional para ejercer la profesión de Médico General o de Especialista y que incluye la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes que posibiliten el mantenimiento y mejora de la Competencia Profesional.

Perfil Profesional. Conjunto de funciones y actividades específicas que realiza un profesional, en este caso un Médico de Familia, que permiten diferenciarlo de otro profesional.

Transferencia de Conocimientos (también llamado transferencia de aprendizajes). Mecanismo mediante el cual se garantiza el proceso de aplicabilidad de los contenidos de los procesos formativos en competencias prácticas que inciden directamente en una mejor atención a los pacientes. La transferencia de aprendizajes previos representa la activación y la aplicación de esos conocimientos frente a nuevas situaciones” (Gagné). Es también la utilización de conocimientos previos para activar redes conceptuales que permiten la toma de decisión frente a situaciones de diagnóstico, tratamiento o seguimiento de los pacientes. (Brailovsky)

DEFINICIÓN DE CRITERIOS PARA LA CERTIFICACION DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

PAÍSES PARTICIPANTES:

ARGENTINA, BOLIVIA, BRASIL, CANADÁ, CHILE, COLOMBIA, CUBA, ECUADOR, ESPAÑA, ESTADOS UNIDOS, JAMAICA, MÉXICO, PARAGUAY, PERÚ, REPÚBLICA DOMINICANA, PUERTO RICO, URUGUAY Y VENEZUELA.

AUTORES

COORDINADOR:

Dr. Eduardo Durante

Argentina

Profesor Regular Adjunto de Medicina Familiar- UBA Sub jefe de la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano. Presidente del Consejo de Certificación, FAMFYG

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO:

Dr. Carlos Brailovsky

Canadá

Profesor Titular y Director Centro de Evaluación de las Ciencias de la Salud (CESSUL). Facultad de Medicina, Université Laval. Canadá

Dr. Charles Goude

Canadá

Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos Área de Desarrollo Estratégico. OPS/OMS

Dra. Irma Monique Bourget

Brasil

Coordinadora de la Comisión de Titulación- SBMF

Dra. Isabel Segovia

Chile

Presidente, Comisión Nacional de Certificación- SCMFC

Dr. Epifanio de Serdio Romero

España

Docencia- SEMFYC

Dra. Susana Alvear

Ecuador

Directora del Postgrado de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Hospital Vozandes Quito.

Dr. Víctor Castillo Claire

Bolivia

Medico Familiar. Policlínica Central. Presidente Sociedad Boliviana de Medicina Familiar.

Dra. Liliana Arias Castillo

Colombia

Profesora Titular Departamento de Medicina Familiar, Universidad del Valle, Vicepresidenta Sociedad Colombiana de Medicina Familiar y Coordinadora Subregión Andina, CIMF.

Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega.

México

Profesor y Jefe del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Presidente del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A.C.

Dr. Aníbal Marín

EEUU- Puerto Rico

Profesor de Medicina Familiar

Dra. Elda Gianzante

Venezuela

Red de sociedades Científicas de Venezuela

Dra. Ada Vedilei

Venezuela

Presidenta, SOVEMEFA

Dr. César Brandt Toro

Venezuela

WONCA- CIMF

Dra. Ana Lucia Meyer Lorenzo

República Dominicana

Presidenta Sociedad Dominicana de Medicina Familiar.

Dra. Zully Isabel Olivera Stupiello

Uruguay

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Familia del Ministerio de Salud Pública. Prof. Adj. Interino del Departamento de Docencia en Comunidad. Universidad de la República. Tutora de Residentes.

INTRODUCCION:

De acuerdo con los documentos técnicos de la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar realizada en Sevilla (España) en 2002, se destaca el rol preponderante del Médico de Familia como “el director de Orquesta de la Atención Sanitaria”. El Médico de Familia (MF) es el especialista clínico que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, las familias o comunidades, más allá del género, la edad, el órgano o sistema afectados. Integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta, manteniéndose vinculado a las necesidades de la población a la cual sirve.

Para articular este rol dentro de los sistemas de salud, es fundamental el desarrollo de competencias específicas que lo diferencien del resto de las especialidades médicas: las especialidades médicas son lineales mientras que la Medicina Familiar es horizontal. El MF debe erigirse por sus competencias no sólo en especialista en personas sino también en el coordinador del sistema sanitario, quien ordena, integra y articula la atención de todo el sistema en beneficio de las personas.

A la hora de evaluar la calidad de los MF y los equipos de salud familiar, la declaración de Sevilla (2002), destaca cuatro aspectos fundamentales: la estructura de los servicios, la entrega de servicios, el desempeño clínico y los resultados del sistema. Como hecho central, se enfatizan los criterios que como especialista debe tener el MF en cuanto a incumbencias y competencias específicas, tanto en su relación horizontal con los Equipos de Salud Familiar como en cuanto a su integración vertical con los especialistas lineales. Para evaluar esta calidad, el documento recomienda fuertemente utilizar un índice que muestre el número de MF certificados como especialistas. Se recomienda, además, como estrategia de mejoramiento de la calidad, el desarrollo de sistemas de certificación de profesionales así como de sistemas para la acreditación de unidades de MF y de actividades educativas para los MF (postgrado y residencias).

En el caso particular de la certificación, el diseño y la implementación de sistemas de certificación de especialistas en Medicina Familiar implican no sólo el reconocimiento y afianzamiento de la “especialidad” en algunos países de la región donde la MF es de reciente desarrollo, sino también asegurar a los usuarios que los cuidados otorgados por estos especialistas cumplen con criterios de calidad.

Para que la certificación de especialistas en Medicina Familiar garantice estos resultados es necesario que se cumplan algunas condiciones que desarrollaremos a continuación.

BASES CONCEPTUALES:

Habitualmente, la profesión médica asegura las competencias básicas de los profesionales a través del requisito de aprobación de un examen de certificación. En términos generales, la certificación es el reconocimiento de que un individuo ha completado una experiencia educativa. Puede ser de dos tipos: certificación de concurrencia a un curso o programa de educación, o certificación de competencia. La primera está relacionada con el “proceso” mientras que la última, con el “producto” del entrenamiento (si es competente o no). En medicina, en general, un certificado de entrenamiento de pre o post grado es usualmente del segundo tipo. En el caso de la educación en el pregrado, un certificado de competencia implica que el individuo ha completado satisfactoriamente un período de educación formal; en la educación de postgrado, la certificación no siempre significa esto. Puede haber certificación sin haber completado un entrenamiento formal. En tal caso, tal aprendizaje se pondera a través de la evaluación de experiencias educativas (créditos, puntos) que lo colocan al individuo en condiciones de ser certificado.

La **Certificación de un especialista** es el proceso por el cual una entidad, aplicando criterios preestablecidos y de conocimiento público, avala, a través de un proceso de evaluación válido, confiable y transparente, que un profesional debidamente matriculado posee conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que aseguran competencias mínimas para el cuidado de los

pacientes. Puede ser definitiva o temporal. En la mayor parte de los países de Iberoamérica es un proceso voluntario. En otros (como Canadá) se trata de un proceso obligatorio.

Un elemento fundamental del examen de certificación es que sea capaz de predecir que los profesionales que lo aprueben muestren una práctica de cuidados a sus pacientes de calidad. Afortunadamente, ya existen estudios que dan suficiente evidencia como para recomendar realizar exámenes de certificación (o de evaluación de competencias) con determinadas características para predecir la futura práctica de los médicos de familia (ver más adelante).

La competencia como concepto “multidimensional”:

La **Competencia** es el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden enfrentar en el ejercicio de la práctica profesional. La fortaleza de esta definición radica en el hecho de que relaciona a la competencia con la aplicación de los conocimientos, habilidades y razonamiento clínico en situaciones clínicas de la realidad del profesional, en este caso, el Médico de Familia. Es decir, que la competencia clínica siempre debe ser medida en el contexto de problemas clínicos relevantes y específicos, y no en forma aislada.

Desde este punto de vista, la competencia es un concepto que pone énfasis en la *multidimensionalidad* (ver figura 1). Como todo concepto (construct en inglés), el acceso a su realidad es sólo parcial a través de diferentes formas de medición que reflejan aspectos parciales de su complejidad: conocimientos, habilidades psicomotoras, actitudes, razonamiento clínico, habilidades para la comunicación, habilidades para el trabajo interdisciplinario etc. Es evidente que aún midiendo todos estos aspectos no se podrá acceder al concepto completo que es la competencia clínica, o sea, y parafraseando a la medicina familiar, la competencia clínica no es la mera suma de todas estas parcialidades sino que es un todo complejo y sistematizado.

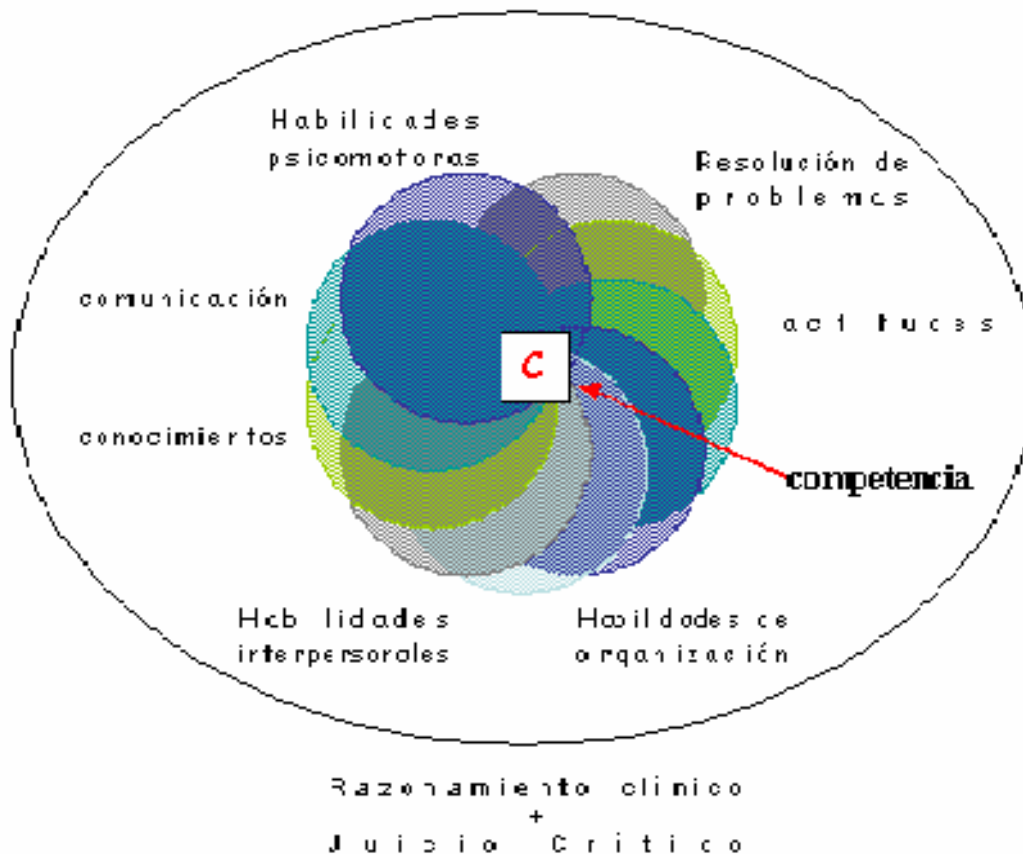


Figura 1: La perspectiva multidimensional de la competencia clínica (modificado de Brailovsky C, 2001)

Actualmente, y tomando en cuenta la **Figura 1**, la evaluación de las competencias se puede graficar de acuerdo a la **Figura 2**, en donde este complejo sistema multidimensional de la competencia es simplificado en grado sumo. Este ejemplo ilustra muy bien el hecho de que la simplificación de los modelos complejos elimina prácticamente el sentido al concepto que se desea ejemplificar.

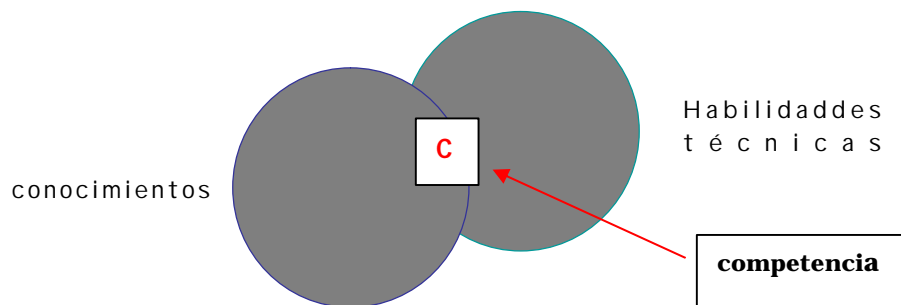


Figura 2: La perspectiva multidimensional “simplificada” de la competencia clínica (modificado de Brailovsky C, 2001)

Teniendo en cuenta estas limitaciones, el modelo del conocimiento de Miller puede ser útil para establecer cuál es el estado actual de la evaluación de la competencia clínica.

El educador George Miller (1990) definió un modelo para la evaluación del competencia profesional como una pirámide de cuatro niveles (ver **Figura 3**). En los dos niveles de la base se sitúan los conocimientos (saber) y decir cómo aplicarlos a casos concretos (saber cómo). En el nivel inmediatamente superior (mostrar cómo), se ubica a la competencia cuando es medida en ambientes “in vitro” (simulados) y donde el profesional debe demostrar todo lo que es capaz de hacer. En la cima se halla el **desempeño** (hace) o lo que el profesional realmente hace en la práctica real independientemente de lo que demuestre que es capaz de hacer (**competencia**).

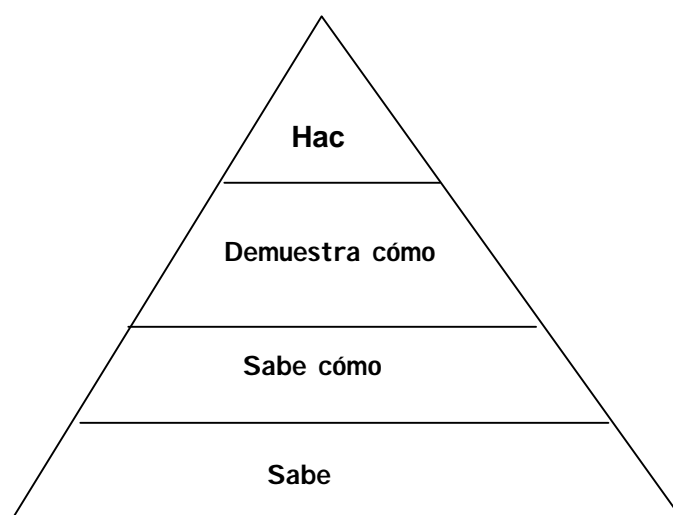


Figura 3: La pirámide de Miller G, 1990

Cuando en la definición de certificación se menciona a la competencia, en realidad, desde el punto de vista de los sistemas de salud y la calidad, lo que interesa es el desempeño o la práctica real del profesional (“hace” en la vida real en el cuidado de los pacientes). Desafortunadamente, existe evidencia de que lo que el médico es capaz de hacer en el nivel del **demuestra cómo** (evaluación de habilidades clínicas en medios “simulados” de la vida real) no predice el **desempeño** en el nivel de

“hace” (lo que realmente hace en la vida real, o sea, la competencia). Dicho de otra manera, es posible que sea un excelente especialista en el “laboratorio”, pero con desempeño “pobre” en la realidad. Esto obedece al hecho de que los actos y las decisiones que se toman en el día a día en la práctica real están influidos por numerosos factores que están “controlados” en el nivel de la evaluación de la competencia pura. Tales factores pueden ser agrupados como aquéllos relacionados con el individuo (salud física y mental del profesional, el estado cognitivo en el momento de la consulta, relaciones con otras personas, incluida la familia) y aquéllos factores relacionados con el sistema en el cual se desempeña el profesional (tales como programas obligatorios del Estado para aplicar en el cuidado de los pacientes, características de la organización del sistema de Salud, forma de pago, condiciones de la atención etc.). Como se puede concluir, existe una compleja interacción entre competencia, desempeño y los factores individuales y sistémicos en el cuidado de los pacientes. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, publicaciones recientes (Tamblyn 1998 y 2002) demuestran que modelos multidimensionales bien elaborados de medición de la competencia “in vitro” predicen bien no sólo la calidad de la práctica médica hasta 5 años después de terminada la residencia en medicina de familia, sino también el perfil de la práctica. Efectivamente, se ha podido demostrar que la elección del tipo y de las dimensiones de la práctica profesional está en relación con los puntajes obtenidos en los exámenes de certificación.

De acuerdo a esto, idealmente, el proceso de certificación debería ser capaz de medir todos estos componentes con el objeto de predecir lo mejor posible el futuro desempeño del especialista certificado, o sea, el proceso no sólo debería medir los conocimientos en los niveles inferiores de la pirámide sino que también debería evaluar el desempeño del médico en la vida real (competencia).

Por otra parte, el proceso de certificación debería ser capaz de “medir” las llamadas habilidades “**metacognitivas**” que definen la percepción que el individuo tiene de por qué sabe lo que sabe (**Gráfico 2**). Con este nombre se conoce a las estructuras del conocimiento que son capaces de “diagnosticar” y “prescribir” tratamientos cuando existen carencias en el conocimiento. Es el sistema de monitoreo del conocimiento y del estilo que cada uno tiene para adquirirlo. Sin estas habilidades desarrolladas se vuelve dificultoso seguir aprendiendo, o sea, el desarrollo profesional continuado se vuelve dependiente de la oferta de cursos (aprendizaje centrado en el docente, o más bien, en los proveedores de educación continuada) más que de la demanda de conocimientos por parte de los especialistas en relación a resolver problemas que surgen del cuidado médico (aprendizaje centrado en el estudiante) cuando este sistema de monitoreo no está desarrollado. En algunos países se han empezado a incluir pruebas para evaluar estas competencias en el examen de certificación (Canadá).

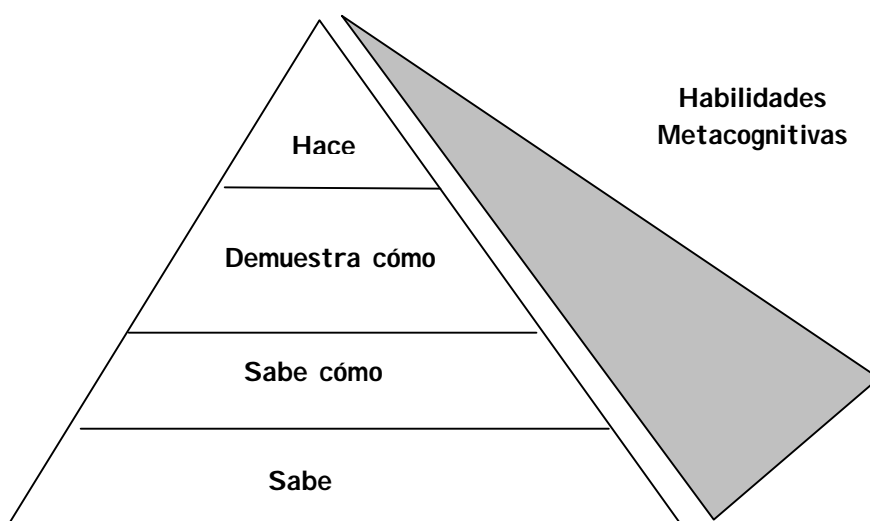


Gráfico 2: las Habilidades Metacognitivas (Modificado de Van Der Vleuten K, 2001)

Se pueden sacar algunas conclusiones importantes:

1. La mera evaluación de los niveles inferiores no asegura la competencia en los niveles superiores.
2. Idealmente, la certificación debería evaluar el desempeño del profesional a lo largo de los cuatro niveles y además, las habilidades metacognitivas.
3. Sin embargo, este modelo es parcialmente útil para medir las competencias en el nivel del desempeño en la vida real, por otra parte, de difícil implementación.

Atento a la definiciones previas, el proceso de certificación debería asegurar la competencia en, por lo menos, las áreas del conocimiento de **sabe, sabe cómo y demuestra cómo**. Sería muy importante incluir pruebas que evalúen el área del desempeño (**hace**) y las habilidades metacognitivas.

La certificación debería alcanzarse luego de una evaluación sumativa que incluya pruebas para estos dominios. En algunos países (como España), la certificación surge como consecuencia del producto de la evaluación formativa a lo largo del entrenamiento. El **cuadro 1** muestra las ventajas y desventajas de cada método.

Cuadro 1: Ventajas y desventajas de la certificación por evaluación sumativa o durante del entrenamiento. (Modificado de Newble D, Jolly B & Wakeford R. 1994. *The certification and recertification of Doctors: Issues in the assessment of clinical competence*. Cambridge University Press).

Certificación a través de evaluación sumativa	Certificación a través de evaluación durante el entrenamiento
<p style="text-align: center;"><u>Ventajas</u></p> <p style="text-align: center;">Miden lo que candidato <i>conoce</i></p> <p style="text-align: center;">Posee alta confiabilidad</p> <p style="text-align: center;">Son equivalentes para todos los participantes</p> <p style="text-align: center;">Permite amplio muestreo de contenido</p> <p style="text-align: center;">Son eficientes para administrar</p> <p style="text-align: center;">Son eficientes para otorgar puntajes</p> <p style="text-align: center;">Promueven calificación poco sesgada</p> <p style="text-align: center;">Hay métodos para establecer criterios de aprobación</p>	<p style="text-align: center;"><u>Ventajas</u></p> <p style="text-align: center;">Miden lo que candidato <i>hace</i></p> <p style="text-align: center;">Posee alta validez aparente (face validity)</p> <p style="text-align: center;">Puede evaluar múltiples atributos</p> <p style="text-align: center;">Puede evaluar el desempeño a lo largo del tiempo</p> <p style="text-align: center;">Usa muchos observadores con diferentes experiencias</p> <p style="text-align: center;">Permite dar devolución constructiva</p> <p style="text-align: center;">No están limitados por el tiempo</p> <p style="text-align: center;">Informa a los participantes acerca de su desempeño</p> <p style="text-align: center;">Tipo de evaluación "no- invasiva"</p>

<u>Desventajas</u>	<u>Desventajas</u>
<p>Puede evaluar atributos limitados</p> <p>Pueden influenciar las actividades de los participantes excesivamente</p> <p>Son costosos en tiempo, trabajo y dinero</p>	<p>No tienen confiabilidad</p> <p>No están standardizados a través de las instituciones</p> <p>No están standardizados a través de los participantes</p> <p>Las evaluaciones son muy sesgadas</p> <p>Existen pocos instrumentos disponibles</p> <p>Es necesario entrenamiento para la evaluación</p> <p>Requiere muy buen registro</p> <p>Mezcla las funciones de docente y evaluador</p>

EL EXAMEN DE CERTIFICACION:

En los países donde se define que el proceso de certificación deba incluir una evaluación sumativa, ésta deberá considerar algunas condiciones para que las conclusiones y decisiones que se tomen acerca de quién se certifica estén basadas en información precisa y válida.

Para poder definir el examen de certificación, en primer lugar, es necesario identificar las competencias que se espera que los especialistas en Medicina familiar adquieran. Afortunadamente, múltiples documentos y especialmente los de la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar realizada en Sevilla (España) en 2002 definen el perfil y las competencias esperadas del Médico de Familia. En forma sintética se podrían agrupar en las siguientes áreas:

1. El médico de familia es un médico clínico experto en la atención de las personas y las familias, independientemente de la edad, sexo, órgano o sistema afectados así como lugar de consulta.
2. La práctica del Médico de Familia está basada en la Comunidad a la que considera una población de riesgo por lo que debe ser capaz de conocer y/o determinar las prevalencias de los problemas más frecuentes y cómo trabajar a nivel comunitario para su resolución.
3. La relación médico- paciente- familia es central al trabajo del Médico de Familia. Las habilidades en la comunicación son esenciales para este fin así como para la comunicación con otros especialistas y profesionales de la salud.

La **tabla 1** sintetiza las competencias del Médico de Familia:

✍	Competencias esenciales	?	La comunicación médico-paciente
		?	El razonamiento clínico
		?	La Gestión Sanitaria
		?	La Bioética
✍	La atención al individuo		
✍	La atención a la familia		
✍	La atención a la comunidad		
✍	La formación e investigación		

Tabla 1: Competencias del Médico de Familia (Monreal A, Acreditación de Actividades de Educación Médica Continuada en Medicina Familiar y comunitaria, 2003)

De todas maneras, cada país debería definir el perfil local del Médico de Familia así como las competencias necesarias para alcanzarlo. Para alcanzar estas definiciones, es importante que participen el mayor número de actores, incluyendo las asociaciones científicas, las universidades, las autoridades de Salud, los propios usuarios. Estas competencias finales son las que se considerarán como los objetivos “finales” o terminales a ser evaluados. Operativamente, es más simple definir los problemas clínicos a los cuales va a estar expuesto el Médico de Familia y luego identificar las competencias necesarias para manejarlos. Este paso es complejo y requiere la reflexión participativa acerca de la definición del perfil del Médico de Familia en cada país. Si bien es trabajoso y consume tiempo, esta instancia ofrece una aproximación práctica e integradora para la identificación del contenido a ser evaluado. Las competencias deben ser definidas en términos de “excelencia”, es decir, cuál es el desempeño que un Médico de Familia de excelente nivel debería tener, y no definirlos en términos de “criterios mínimos”.

El segundo paso es establecer cuáles de estas competencias van a ser evaluadas. Se requiere identificar una muestra “representativa” de las competencias para ser incluidas en el examen. La elaboración de una tabla de especificaciones (método del “blueprint”) asegura que todas las competencias estén presentes y que la muestra pueda ser representativa. Con este método, además, se asegura que cada competencia sea evaluada en un contexto clínico y no aisladamente.

Estos dos pasos son esenciales. Si el contenido del examen no está definido, aún el uso de los instrumentos de evaluación más sofisticados no podrá compensar la falta de representatividad de las tareas clínicas a ser evaluadas.

El tercer paso es la definición de los métodos de evaluación de las competencias de acuerdo a los contenidos identificados. Para la selección de los instrumentos de evaluación, se pueden utilizar los siguientes criterios:

- ✍ **Validez:** se refiere a que el método mida lo que se pretende medir. Si se intentan evaluar las habilidades comunicacionales, la prueba de elección de opciones múltiples no es válida para esa competencia. Existen diferentes tipos de validez cuya discusión exceden los contenidos de este documento. En el gráfico 2, se pueden observar diferentes pruebas para los diferentes niveles de la pirámide de Miller.
- ✍ **Confiabilidad:** se refiere a la precisión o reproducibilidad con que el método mide lo que pretende medir. Si una balanza mide en diferentes ocasiones en forma dispar una pesa de un kilogramo, se dice que el instrumentado no es confiable (ya que a veces puede medir 0.900 kg. o en otras 1.110 kg.).
- ✍ Una característica particular de la confiabilidad es lo que se llama la “**especificidad de contenido**”. Esta condición ampliamente descripta en la literatura, se refiere a que el puntaje obtenido en una tarea de una prueba (por ejemplo, una estación de una prueba tipo Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO, OSCE en la terminología inglesa)) no predice el desempeño del estudiante en las otras pruebas. Esto tiene que ver con que la adquisición de competencias es específica para contenidos diferentes aunque parezcan similares (la competencia del examen

físico en un paciente con insuficiencia cardíaca no predice el desempeño en el examen físico en un paciente con asma). La consecuencia de este fenómeno es que para alcanzar resultados confiables en las pruebas de evaluación se requieren muestras relativamente numerosas de las diferentes competencias clínicas (entrevistas, examen físico, interpretación de pruebas diagnósticas), lo que aumenta considerablemente el tiempo de evaluación (por ejemplo, para que los resultados de un ECOE sean confiables se requieren alrededor de 13 estaciones de entre 10 y 15 minutos de duración lo que lleva el tiempo de examen a 4 o 5 horas).

- ✍ Impacto educacional: “La evaluación guía el aprendizaje de los estudiantes”. Esta afirmación ha llegado a convertirse en un nuevo paradigma en la educación. Esto significa que los estudiantes (en este caso, los que quieren certificarse) buscan “pasar” los exámenes, y orientarán sus esfuerzos en ese sentido más que en “aprender”. La integración de los conocimientos y la adquisición de determinadas competencias se verán más o menos estimuladas de acuerdo al tipo de examen que se aplique. *La administración de pruebas donde se tenga que **demostrar** cómo estimulará la adquisición de competencias relacionadas con ese dominio. Si la prueba es del tipo de examen de selección de opciones múltiples, el aprendizaje se orientará al dominio de **sabe** y a lo sumo de **sabe cómo**, en desmedro de **demuestra cómo** o **hace**.*
- ✍ Aceptabilidad: se refiere a que tanto los evaluados como los evaluadores acepten los métodos de evaluación propuestos para el examen de certificación. Pueden aparecer resistencias a nuevas iniciativas relacionadas con la cultura del país, el modelo educacional (centrado en el docente vs. Centrado en el estudiante), sistemas de entrenamiento de postgrado. etc.
- ✍ Costo: los nuevos métodos de evaluación de las competencias (como puede ser el ECOE, portafolios, observación de entrevistas reales) son métodos válidos para la evaluación de competencias en los niveles de **demuestra cómo** y **hace**. Sin embargo, su implementación es costosa por el despliegue logístico y económico que necesitan lo que puede limitar su aplicación a pesar de cumplir con todas las demás características.

En síntesis, un examen de certificación de especialista en Medicina Familiar debería ser válido en relación al universo de competencias de excelencia que se quieren evaluar, confiable (o sea, que las diferencias en los puntajes se deban a diferencias en el desempeño de los candidatos), que produzca un impacto educativo en el aprendizaje de las competencias, que sea aceptado por los candidatos tanto por las instituciones responsables de la certificación y que sea a un costo que pueda ser pagado.

Para alcanzar estos objetivos, en ocasiones puede ser necesario combinar métodos para evaluar los diferentes niveles de la pirámide (pruebas secuenciales).

Otro aspecto de extrema importancia es el método para determinar el **criterio de aprobación**. La Certificación representa el reconocimiento de que el criterio mínimo de competencia ha sido alcanzado. En general, en los exámenes sumativos de certificación, el criterio de aprobación es absoluto, es decir, que se aprueba si se obtiene un determinado puntaje mínimo que reflejaría un nivel mínimo de competencias. La definición de este criterio es complejo y debe ser establecido de forma metodológica y no por un mero criterio matemático (por ejemplo, el clásico 60% de los exámenes de elección múltiple) que no representa un nivel mínimo de competencias. Se dispone actualmente de métodos muy bien validados que permiten establecer el criterio de aprobación basándose en los desempeños observados.

SITUACION ACTUAL DE LOS PROCESOS DE CERTIFICACION EN LOS PAISES DE IBEROAMERICA:

Se han encuestado a la mayor parte de los países de Ibero-América. La información remitida ha sido sintetizada y organizada para su fácil lectura en esta sección.

El análisis se ha desarrollado sobre la información de los siguientes 18 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, España, EEUU, Jamaica y CARICOM, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela.

Como resultado de la información recogida por el cuestionario a los diferentes países, surgen algunas importantes conclusiones.

En todos los países de Iberoamérica junto con EEUU y Canadá, está reconocida la especialidad Medicina Familiar. Los nombres así como las incumbencias son variables dependiendo de la organización de los sistemas de salud, aún cuando existe un cuerpo básico de competencias profesionales que son comunes.

Las experiencias curriculares para adquirir esas competencias son diversas aunque se reconocen básicamente dos modalidades:

1. Residencia de Medicina Familiar con duración variable entre dos años (Canadá) y tres o cuatro años (el resto de los países).
2. Concurrencia a un servicio de Medicina familiar o de Atención Primaria de la Salud junto a la asistencia a cursos de la especialidad organizados por asociaciones científicas, universidades, colegios médicos etc. (Argentina, Brasil, Chile, Jamaica, México entre otros).

Existe certificación de Médicos de Familia en todos los países (excepto Ecuador), con procesos de certificación tan antiguos como los casos de Canadá (1969) o EEUU (1968) y tan jóvenes como Brasil (2004). La certificación es voluntaria, con excepción de Canadá en donde es obligatoria. El reconocimiento como especialista también es variable y recibe diferentes nombres en los diferentes países. En Bolivia, España y Jamaica, se reconoce como especialista al médico que terminó una residencia de Medicina Familiar aún cuando no haya pasado una evaluación sumativa terminal para evaluar las competencias adquiridas. En el resto de los países, existe en general una evaluación sumativa terminal para certificarse. Sin embargo, las instituciones que certifican son tan variadas como los sistemas de salud que reflejan. La adopción de uno u otro método, o de situaciones intermedias, dependerá del estado de la especialidad en cada país, así como de la posibilidad de poder organizar evaluaciones que sean creíbles y serias así como válidas y confiables.

En algunos países de la región (Argentina, Chile) diferentes instituciones otorgan certificado de especialista en Medicina Familiar de carácter habilitante para la práctica como tal. Si bien en muchas ocasiones son instituciones serias y prestigiosas que comprenden y comparten el paradigma de la Medicina Familiar, en otras no es raro de observar que otros especialistas (la famosa suma de especialistas lineales para hacer un médico generalista) participan en la certificación del Médico de Familia. La falta de unificación de los criterios a través de los cuales se llega a la certificación puede atentar contra la calidad del certificado. En la mayor parte de los países, sin embargo, existe una centralización de la certificación lo que asegura la igualdad en relación a las otras especialidades.

Excepto en los casos mencionados de Bolivia, España y Jamaica, se lleva a cabo la evaluación terminal de competencias ("el examen de certificación"). Excepto Canadá, que utiliza la metodología ECOE para evaluar los niveles superiores de la Pirámide de Miller, en el resto de los países se utilizan diferentes metodologías que evalúan los niveles de **sabe** y **sabe cómo** de la Pirámide (pruebas de elección de opciones múltiples en la mayoría, y otros tipos tales como una variante del ECOE en Argentina, estudio de salud familiar en México y Bolivia). En algunos otros, se evalúa el desempeño a través de la observación del médico con pacientes aunque estos instrumentos introducen sesgos dada la baja confiabilidad y validez que presentan (Chile, Cuba). Sin embargo, se observa una tendencia a introducir a mediano o largo plazo pruebas del tipo ECOE en más países de la región (España, EEUU, Argentina). En la mayor parte de los países, la definición de criterios de aprobación es absoluta.

En la mayor parte de los países, el examen de certificación se administra dos veces por año y se debe pagar arancel.

En seis (Canadá, Cuba, España, EEUU, Puerto Rico y Venezuela) de los países con certificación de especialistas, el acceso al examen de certificación se realiza únicamente luego de haber completado una residencia de la especialidad. En el resto y en algunos de los países con el criterio de residencia como excluyente (EEUU y Puerto Rico, España), existen sistemas de Créditos o puntos que permiten acceder al examen de certificación en caso de no haber cumplido con una residencia en Medicina Familiar.

En la mayor parte de los países con certificación (excepto Chile, Cuba, España, Jamaica y Venezuela), existen procesos de recertificación. La duración habitual del certificado de especialista es de 5 años.

Crterios específicos que definen los procesos de Certificación en los países de la región

Del estudio de los diferentes documentos sobre certificación y recertificación que han sido analizados se desprende que existen diferencias de interpretación de estos dos conceptos. Para los fines de aportar claridad, en el resto del documento consideraremos las siguientes definiciones:

- ? **Certificación de especialistas en Medicina Familiar:** Certificación es el proceso por el cual una entidad, aplicando criterios preestablecidos y de conocimiento público, avala, a través de un proceso de evaluación válido, confiable y transparente, que un profesional médico debidamente matriculado posee conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que aseguran competencias para el cuidado de los pacientes (tomada de diferentes definiciones de los documentos de las asociaciones). Puede ser definitiva o temporal, voluntario u obligatorio. Esta evaluación es sumativa a final de una experiencia curricular, generalmente la residencia.
- ? En algunos países de la región, se considera *Certificado* al egresado de una Residencia de MF, aún cuando no haya pasado una evaluación sumativa.
- ? **Recertificación:** Es el proceso por el cual el especialista es evaluado para asegurar el mantenimiento de la competencia en el cuidado de los pacientes. Cuando la certificación es temporal, es necesaria la recertificación. No puede haber recertificación sin previa certificación.

Aclarado esto, se describirán sucintamente las características de los procesos de certificación de los especialistas en Medicina Familiar y General de los países miembros del CIMF. Para dar un marco referencial para que sea posible la comparación entre los países, se incluirán en el análisis a los siguientes aspectos:

1. **Proceso** por el cual se accede al título de grado. (Tabla 2)
2. **Vías** para la formación del Médico de familia. (Tabla 3)
3. **Existencia** de un proceso de certificación reglamentado para Medicina Familiar, esto significa que está reconocida la especialidad de medicina familiar y que el candidato debe pasar un **proceso de evaluación** (Tabla 4):
 - a) **Evaluación sumativa excluyente:** se refiere a que no se puede acceder al certificado si el candidato no es sometido a la evaluación sumativa.
 - b) **Año de comienzo** del proceso: se refiere a en qué año comenzó la implementación del proceso de certificación para Medicina Familiar
 - c) **Número de especialistas** certificados por este proceso desde su implementación
4. **Entidad** que otorga el certificado de especialista y si es Título Habilitante para el ejercicio de la práctica como especialista en Medicina Familiar o General (Tabla 5).
5. **Existencia** de un examen de certificación y de qué tipo es: se refiere a si existe una evaluación de tipo sumativa de las competencias esperadas del especialista en Medicina Familiar y qué dominios del conocimiento son evaluados y con qué instrumentos (Tabla 6):
 - a) Criterios para definir competencias
 - b) Evaluación de conocimientos: se refiere a los niveles **sabe** y **sabe cómo** de la clasificación de Miller.
 - c) Evaluación de habilidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas: se refiere los niveles de **demuestra cómo** y excepcionalmente el **hace** en la realidad, de la misma clasificación de Miller.
 - d) Criterios de aprobación: se refiere a la definición de los criterios por los cuales la evaluación sumativa es aprobada o no. Los criterios de aprobación pueden ser **relativos** (cuando ese nivel de aprobación se establece a partir del desempeño de los participantes en esa evaluación en particular, o sea, que cambian con cada evaluación) o **absolutos** (se establece de antemano cuál es el nivel de aprobación de acuerdo a competencias mínimas esperadas independientemente del desempeño de los participantes en cada evaluación en particular).
6. **Cómo** se administra la evaluación sumativa (Tabla 7)
 - a) Arancel
 - b) Frecuencia anual
 - c) Veedores externos: si hay fiscalización por funcionarios de entidades externas a la propia entidad que realiza el proceso
7. **Cómo se accede** al examen de certificación (Tabla 8):
 - a) Residencia como criterio excluyente: se refiere a que la única vía para acceder a la evaluación sumativa es haber completado una residencia de Medicina Familiar
 - b) Sistema de Créditos o puntos que permiten acceder al examen de certificación en caso de no haber cumplido con una residencia en Medicina Familiar.
 - c) Otros.

8. **Duración** de validez del certificado y si se debe **recertificar**. En ese caso, si existe un proceso de recertificación. Estos procesos son descriptos en mayor profundidad en el documento sobre EMC. (Tabla 9)

Tabla 2. Proceso por el cual se accede al título de grado:

País	Duración del Pregrado	Habilitación como médico
Argentina	7 años (1 año de internado)	automática
Bolivia	6 años (1 año de internado)	Servicio rural obligatorio o Compra de matrícula
Brasil	6 años	automática
Canadá	4 años	Únicamente si se elige ser especialista: Residencia de 2 años en MF o en otras especialidades más examen de certificación
Chile	7 años (2 años de internado)	automático
Colombia	Sin datos	
Cuba	Sin datos	
Ecuador	Sin datos	
EEUU	4 años	Examen de ítems de elección múltiple y entrevista de pacientes o habilitación para ejercer exclusivamente en la residencia
España*	6 años	Automática (para ejercicio privado)
Jamaica Y CARICOM	5 años	Internado de un año otorga habilitación en cada país Más examen de CARICOM (en todos los países miembros)
México	6 AÑOS	El último es de servicio social en el área rural. Debe presentar examen final de conocimientos generales y otro práctico frente a paciente.
Paraguay	Sin datos	

Perú	Sin datos	
Puerto Rico	4 años	Examen de ítems de elección múltiple y entrevista de pacientes o habilitación para ejercer exclusivamente en la residencia
Venezuela	6 o 7 años	Automática (luego de un año de internado rotatorio rural o dos en internación)
Uruguay	8 años	El último es "internado obligatorio" previo concurso de oposición

? en **España**, se habilita sólo para sector privado. De lo contrario debe concursar una residencia a través de un examen de selección nacional llamado MIR.

Tabla 3. Vías para la formación del Médico de familia:

País	Vías para la Formación de especialista en MF
Argentina*	- Residencia Universitaria (3 o 4 años) - Residencias No universitarias - Cursos más práctica en APS
Bolivia	- Residencia (3 años)
Brasil	- Residencia (2 años) - Cursos más práctica
Canadá	- Residencia de 2 años
Chile	- Residencia Universitaria (3 años)
	- Para CONACEM: Cursos más práctica en centro acreditado (5 años)
Colombia	Sin datos
Cuba	Sin datos
Ecuador	- Residencia (3 años)
España	- Residencia (3 años)
EEUU	- Residencia (3 años)

	- Curso de educación a distancia (3 años)
Jamaica y CARICOM	- Residencia (3 años) - Curso de educación a distancia (3 años)
México	- Residencia (3 años) -Curso semiescolarizado de especialización (3 años) con el mismo programa de residencia. Dirigido a médicos generales en ejercicio, contratados por instituciones públicas.
Paraguay	Sin datos
Perú **	
Puerto Rico	- Residencia (3 años)
Uruguay	- Residencia (3 años)
Venezuela	- Residencia (3 años) o Postgrado

Tabla 4. Existencia de un proceso de certificación reglamentado para Medicina Familiar.

País	Existencia de Certificación de Especialistas en MF	Evaluación Sumativa Excluyente	Año de comienzo	Nro. de especialistas por este proceso
Argentina	SI	SI	AAMF 1997 FAMFYG 2003	400
Bolivia	NO	NO	1976	200
Brasil*	SI	SI	2004	271
Canadá	SI	SI	1969	12500
Chile	SI Universidades	NO	1982- Residencia	250 (sin examen)
	SI CONACEM	SI	2001- CONACEM	50 (con examen)
Colombia	SI	SI	2002?	¿?
Cuba	SI	SI	Sin datos	
Ecuador	NO			

EEUU	SI	SI	1968	64448
España**	SI	NO	1978	18000
Jamaica y CARICOM	SI	NO	1980	35
México	SI	SI	1988	7800 de 22000
Paraguay	SI	SI	2002	
Perú	SI	SI	1999	10
Puerto Rico	SI (ídem EEUU)	SI	1969	180
Uruguay	SI	SI	2003	30 de oficio sin examen 100 con prueba
Venezuela	SI	NO	1982	1200

Evaluación sumativa excluyente: se refiere a que no se puede acceder al certificado si el candidato no es sometido a la evaluación sumativa. **Año de comienzo** del proceso: se refiere a en qué año comenzó la implementación del proceso de certificación para Medicina Familiar

Número de especialistas certificados por este proceso desde su implementación

** En el caso de **Brasil**, se regularizó la situación de 91 egresados de residencias sin examen de certificación. El resto (190) pasó por el proceso de evaluación sumativa.

***En el caso de **España**, el título de especialista en medicina familiar y comunitaria se obtiene luego de haber aprobado la residencia de 3 años, pero no hay examen de certificación. Además de la residencia, hay una vía de obtención de la especialidad de MF para los Licenciados en Medicina anteriores a **1995** que incluye al final una evaluación sumativa mediante una prueba de formato ECOE. Esta vía finalizará en **2008**.

Tabla 5. Entidad que otorga el certificado de especialista y si es Título Habilitante para el ejercicio de la práctica como especialista en Medicina Familiar o General.

País	Entidad certificadora	Título Habilitante
Argentina*	FAMFYG	NO
	Universidades	SI
	Colegios Médicos	SI
	Ministerio de Salud Nación	SI
Bolivia	Colegio Médico de Bolivia (sociedad Boliviana de medicina familiar)	NO (es un diploma que habilita para la practica de la MF)

Brasil	Associação Médica Brasileira junto con la Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	NO
Canadá	Colegio de Médicos de Familia de Canadá	SI
Chile	Universidades (sin examen)	NO
	CONACEM (con examen)	NO
Colombia	¿?	¿?
Cuba	Sistema de Salud	SI
Ecuador	-	
España	Ministerio de Educación	SI
EEUU	American Board of Family Physicians	NO
Jamaica y CARICOM	The University of West Indies	SI
México	Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A C	SI
Paraguay	Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar	SIN DATOS
Perú **	Universidades	SI
Puerto Rico	Idem EEUU	SI
Uruguay***	Universidad de la República	SI
Venezuela	SOVEMEFA	NO
	Universidades	NO
	Colegios Médicos Regionales	SI
	Ministerio de Salud Nación	NO
	Instituto de los Seguros Sociales	NO

* En el caso de **Argentina**, el análisis se realizará sobre el proceso de certificación de la FAMFYG, ya que las otras entidades tienen procesos disímiles difíciles de encuadrar. De todas maneras, la FAMFYG está avanzando en el reconocimiento de su certificado como título habilitante.

** En el caso de **Perú**, con el título obtenido por la respectiva universidad en la que cursó la residencia, el MF está en condiciones de ir al Colegio Médico y solicitar (sin requerimientos adicionales excepto el pago respectivo) su registro nacional de especialista, equivalente al de todas las otras especialidades. Sin embargo, la condición "habilitante" del título podría ponerse en cuestión ya que un egresado de la residencia puede ejercer como especialista aun sin el respectivo título.

*** ** En el caso de **Uruguay**, en el año 2003 se regularizó la situación de los MF formados fuera del Programa de Residencia que funcionó desde el 1989 al 94, a través de una prueba de competencia.

Tabla 6. Existencia de un examen de certificación y de qué tipo

País	Definición de Competencias	Prueba de conocimientos	Prueba de Evaluación de Competencias	Criterios de Aprobación
Argentina	SI	Prueba de 150 ítems de Elección múltiple	Sólo si aprobó prueba de conocimientos: ECOE modificado con 15- 20 estaciones	absolutos
Bolivia*****		Prueba de elección múltiple, presentación y defensa de un caso bio-psico-social, un trabajo de investigación y un estudio de atención primaria orientada a la comunidad		
Brasil	SI	Prueba de 100 ítems de Elección múltiple	NO	absolutos
Canadá	SI	Prueba escrita de 40-45 preguntas de respuesta de ensayo corto	Sólo si aprobó prueba de conocimientos: ECOE de 5 estaciones de 15 minutos cada una	absolutos
Chile	CONACEM: SI tiene examen	SI (2004) no especificada Casos Clínicos	Sólo si aprobó prueba de conocimientos: Observación de pacientes durante una semana	Absolutos (en estudio)
	Universidades: NO tiene examen			
Colombia				
Cuba	SI	Teórico Nacional	a) Evaluación en terreno de 1 a 2 semanas b) Presentación de Tesis	Sin datos
Ecuador	NO			

EEUU	SI	Elección múltiple	interpretación de estudios complementarios	absolutos
España**	SI		ECOЕ	absolutos
México	SI	Prueba de ítems de Elección múltiple	Estudio de salud familiar	absolutos
Paraguay	SI	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Perú ***	SI	50 ítems de elección múltiple	NO	Absolutos
Puerto Rico	Idem EEUU			
Uruguay*****	SI	90 ítems de elección múltiple	Trabajo de Investigación sobre Salud Familiar y Comunitaria	Absolutos
Venezuela	NO			

En el caso de **España, el título de especialista en medicina familiar y comunitaria se obtiene luego de haber aprobado la residencia de 3 años, pero no hay examen de certificación. Además de la residencia, hay una vía de obtención de la especialidad de MF para los Licenciados en Medicina anteriores a **1995** que demuestren 5 años de experiencia en APS y formación por 300 hs. que incluye al final una evaluación sumativa mediante una prueba de formato ECOE. Esta vía finalizará en **2008**.

*** En **Perú**, todos los residentes al concluir la especialidad deben pasar por un examen de certificación. Este examen es preparado para todas las especialidades por una comisión ad-hoc de la Escuela de Post-grado, constituida en su totalidad por especialistas lineales.

****Bolivia: hay un examen final que es tomado por una Comisión integrada por un representante de la Universidad local Pública, un docente instructor, un representante de la institución formadora y un representante del servicio Departamental de salud (SEDES).

*******Uruguay** Para los Residentes (2004) la Prueba esta en estudio, el Trabajo Monografico es una exigencia para todas las Residencias Medicas.

Tabla 7- Cómo se administra la evaluación sumativa:

País	Arancel	Frecuencia	Veedores externos
Argentina	SI	Dos Veces/año	SI
Bolivia		1 vez al año	SI
Brasil	SI	Dos veces/ año	
Canadá	SI	Dos Veces/año	
Chile	SI (CONACEM)	Dos Veces/año	SI
Colombia			
Cuba	SIN DATOS	SIN DATOS	

Ecuador	-	-	-
España	-	Una Vez/año	¿?
EEUU	SI	Una Vez/año	SI
México	SI	Dos Veces/año?	¿?
Paraguay	SIN DATOS		
Perú *	SI	Una vez al año	SI
Puerto Rico	Idem EEUU	Una vez/ año	SI
Uruguay	-	Una vez/ año	
Venezuela	-	-	-

Tabla 8. ¿Cómo se **accede** al examen de certificación?:

País	Residencia Excluyente	Créditos	Otros
Argentina	NO	SI	
Bolivia	NO si	SI no	
Brasil	NO	SI	
Canadá	SI	SI *	
Chile	NO (CONACEM)	SI (horas de capacitación)	
Cuba	SI		
Ecuador	-		
EEUU	SI		
España**	SI		
Paraguay	no	SI	
México	NO	NO	Curso de especialización en Medicina Familiar Universitario (3 años)
Perú ***	SI	NO	

Puerto Rico	Idem EEUU		
Uruguay****	SI		SI
Venezuela	-	-	-

* En el caso de **Canadá**, existe la posibilidad de acceder al examen de certificación sin residencia completa demostrando asistencia práctica y entrenamiento en habilidades de búsquedas bibliográficas continuas.

** En el caso de **España**, el título de especialista en medicina familiar y comunitaria se obtiene luego de haber aprobado la residencia de 3 años, pero no hay examen de certificación. Además de la residencia, hay una vía de obtención de la especialidad de MF para los Licenciados en Medicina anteriores a **1995** que incluye una evaluación sumativa mediante una prueba de formato ECOE. Esta vía finalizará en **2008**.

*** En **Perú**, está en proceso de formulación la Residencia no escolarizada en Medicina General Integral por Evaluación de competencias, la cual debe iniciar sus acciones en el 2004-2005.

****En **Uruguay**, la primera generación de Médicos Familiares Certificados, no realizaron Residencia, fueron sometidos a la evaluación previa demostración de competencia por Actuación Documentada o Competencia Notoria según reglamento de la Universidad cuando se otorgan Títulos de Especialista, por única vez, para regularizar los profesionales que vienen ejerciendo en dicha especialidad durante mas de 5 años.

Tabla 9. Duración de validez del certificado y si se debe recertificar.

País	Duración del certificado	Recertificación
Argentina	5 años	SI (voluntaria)
Bolivia	5 años	SI (voluntaria)
Brasil	5 años	NO
Canadá	5 años	SI (voluntaria)
Chile	-	NO
Colombia		
Cuba	-	NO
Ecuador	-	-
España	-	NO
EEUU	7 años	SI (voluntaria)
Jamaica y CARICOM		NO
México	5 años	SI (cada 5 años)
Paraguay	5 años	SI
Perú *	Permanente	SI

Puerto Rico	Idem EEUU	
Uruguay	Permanente	NO
Venezuela	Permanente	NO

* En **Perú**, existe un sistema de recertificación voluntaria impulsado por el Colegio Médico el cual se basa en la asistencia a un determinado número de cursos por año. Sin embargo, no existe una adecuada garantía de la calidad de los cursos y en consecuencia de la adquisición de competencias.

A modo de síntesis se puede concluir que existe una tendencia general en los países de Iberoamérica junto con Canadá y EEUU en establecer procesos de certificación de especialistas en Medicina Familiar. La importancia estratégica de definir e implementar estos procesos para el fortalecimiento de la especialidad es de extrema importancia. “La profesionalización o especialización puede ser definida como un proceso por el cual una ocupación organizada, preocupada por la calidad de su trabajo y sus beneficios a la sociedad, obtiene el exclusivo derecho de realizar un particular tipo de trabajo, controlar el entrenamiento y el acceso al mismo, y controlar el derecho de determinar y evaluar la forma en que el trabajo es realizado” (Freidzon E. 1994). En la mayor parte de los países, el sistema de certificación incluye una evaluación sumativa de las competencias del Médico de Familia. En aquellos países que han adoptado el sistema de certificación por evaluación sumativa excluyente, se desprende que existen diferentes instrumentos, no siempre midiendo las competencias en la mayor parte de los niveles de la pirámide de Miller. Dadas las importantes consecuencias que tiene el certificado de especialista en la sociedad y entre los pares, se deben extremar los cuidados en la selección y aplicación de los métodos de evaluación así como en la definición de los criterios de aprobación.

RECOMENDACIONES:

A modo de recomendaciones, se mencionarán algunas líneas de acción para fortalecer los procesos de certificación de especialistas en Medicina Familiar:

Es de extrema importancia que exista certificación de especialistas en Medicina Familiar en todos los países de Iberoamérica, ya que esto hace a la instauración y el fortalecimiento de la especialidad como actividad diferenciada con sus propios cuerpos teóricos y de práctica profesional.

Los Médicos de Familia deben ser los responsables y protagonistas de la definición, implementación y administración de los procesos de certificación en las instituciones que certifican profesionales.

Cada país debería definir el sistema de certificación más conveniente a su realidad. La certificación debería alcanzarse a través de una evaluación sumativa multidimensional de la competencia clínica.

Para implementar un sistema de Certificación de Médicos de Familia con evaluación sumativa se deben extremar los cuidados para asegurar que se cumplan los criterios de validez, confiabilidad, impacto educacional y factibilidad de aplicabilidad del método. Las conclusiones de estas evaluaciones deberían ser lo más exactas posibles dadas las serias consecuencias que tiene la certificación sobre la vida de los profesionales y los usuarios en general.

La recertificación de Médicos de Familia debería asegurar no sólo el mantenimiento de las competencias sino también la adquisición de nuevas emergentes, dado el crecimiento de nuevos conocimientos y habilidades.

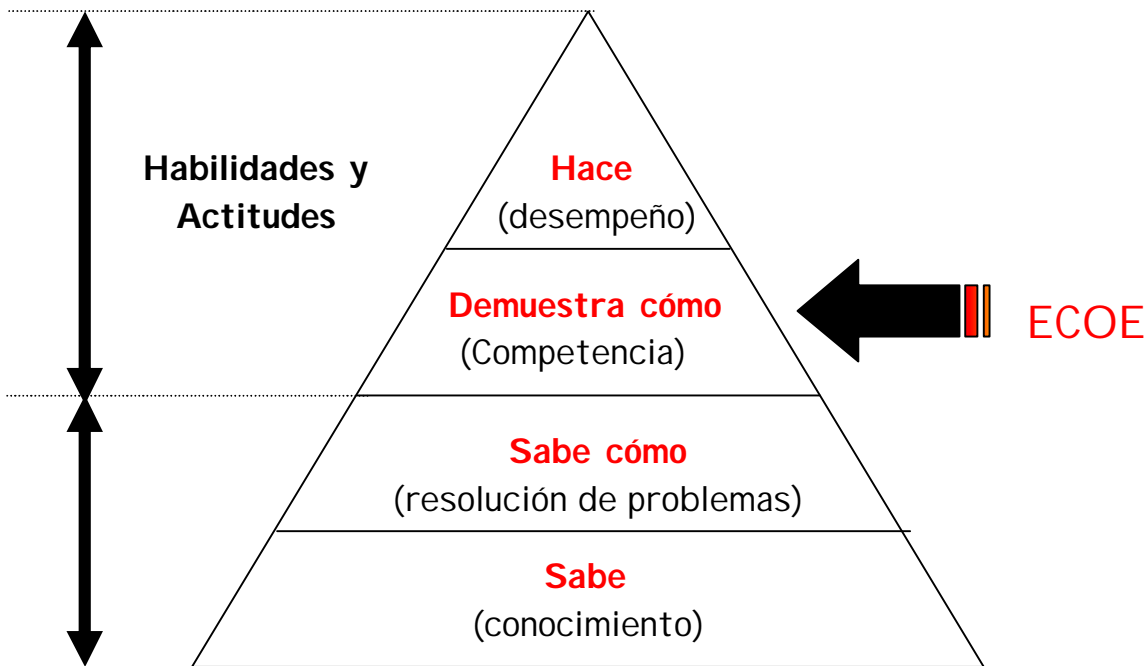
La constitución de un órgano *ad hoc* dentro de CIMF, que asesore y acredite los procesos de certificación en cada país, crearían la noción de comunidad y trabajo colaborativo en la materia entre los Médicos de Familia. Un rol fundamental de este órgano es contribuir a la definición de un grupo de competencias nucleares del Médico de familia a través de los países de Iberoamérica.

REFERENCIAS

1. Brailovsky C. *Educación Médica, Evaluación de las competencias* en Aportes para un Cambio Curricular en Argentina 2001. OPS y Facultad de Medicina, UBA: 2001.
2. Kane MT. The assessment of clinical competence. *Evaluation and the Health Professions*. 1992; 15: 163- 182
3. Freidzon E. 1994. *How dominants are the professions?* en *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. Cambridge, Polity Press.
4. (Tamblyn R, Abrahamowicz, Brailovsky CA, Grand'Maison P, Lescop J., Norcini J., Girard N, Haggerty JL. "The association between licensing examination scores and medical practice " *JAMA*, 1998, 11:989-996
5. Tamblyn R, Abrahamowicz, M, Dauphinee DW, Hanley JA, Norcini J, Girard N, Grand'Maison P, Brailovsky CA. "Association between licensure examination scores and practice in primary care" *JAMA*, 2002, 23:3019-3026
6. Harden R, Gleeson F (1979). Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical Education* 13: 41- 54.
7. Martín Zurro A (2002). Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). *Aten Primaria* 30 (1): 46- 56.
8. Miller G (1990). The assessment of clinical skills/ competence/ performance. *Academic Medicine* 65: S63 – S67.
9. Muijtjens AMM, van Vollenhoven HM, van Luijt S, van der Vleuten CPM (2000). Sequential testing in the assessment of clinical Skills. *Academic Medicine* 75: 369- 373.
10. Newble D, Jeager K (1983). The effect of assessments and examinations on the learning of medical students. *Medical Education* 17: 165- 171.
11. Newble D et al (1994). Guidelines for assessing clinical Competence. *Teaching and Learning in Medicine* 6: 213- 220,
12. Newble D, Jolly B, Wakeford R (Ed) (1995). *The Certification and Recertification of Doctors: Issues in the assessment of clinical competence*. Cambridge University Press, UK.
13. Rethans JJ et al (2002). The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Medical Education* 36: 901- 909.
14. Streiner DL, Norman GR (1995). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their development and use*, 2nd Edition. New York: Oxford University Press.
15. Van der Vleuten CPM (1996). The assessment of professional competence: development, research and practical implications. *Advances in Health Sciences Education* 1: 41- 67.
16. Van der Vleuten CPM (2000). Validity of final examinations in undergraduate medical training. *BMJ* 321: 1217- 1219.
17. Venturelli J (1997). *Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y Métodos*. OPS: Washington DC, EUA.
18. (Freidzon E. 1994. How dominants are the professions? en *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. Cambridge, Polity Press).

GLOSARIO DE TERMINOS UTILIZADOS EN EL DOCUMENTO DE CERTIFICACION DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

- ? **Certificación de especialistas en Medicina Familiar:** Certificación es el proceso por el cual una entidad, aplicando criterios preestablecidos y de conocimiento público, avala, a través de un proceso de evaluación válido, confiable y transparente, que un profesional debidamente matriculado posee conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que aseguran competencias mínimas para el cuidado de los pacientes (tomada de diferentes definiciones de los documentos de las asociaciones). Puede ser definitiva o temporal. En general, es un proceso voluntario,
- ? **Recertificación:** Es el proceso por el cual el especialista es evaluado para asegurar el mantenimiento de la competencia en el cuidado de los pacientes. Cuando la certificación es temporal, es necesaria la recertificación. No puede haber recertificación sin previa certificación. En algunos países, es posible alcanzar la certificación al haber terminado un período de formación de postgrado (por ejemplo, residencia), **sin examen de certificación**. Considerando este punto de vista, en estos países se considera a la certificación mediante una evaluación sumativa como una *recertificación* del certificado previo de especialista. En nuestras definiciones, esto sería certificación.
- ? **Título habilitante:** se refiere a si el certificado obtenido por los procesos de certificación y/o recertificación tienen validez legal para poder anunciarse y ejercer una práctica de especialista en Medicina Familiar. Para que esto suceda es necesario que la especialidad esté reconocida previamente.
- ? **Competencia:** es el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional (Kane MT. 1992).
- ? **Examen de Certificación:** se refiere a si existe una evaluación de tipo sumativa de las competencias esperadas del especialista en Medicina Familiar. Esta evaluación sumativa debería medir diferentes dominios del conocimiento:
1. Los niveles **sabe** y **sabe cómo** de la clasificación de Miller: Instrumentos tales como pruebas de elección múltiple, de respuestas de ensayo son adecuados para medir este dominio.
 2. Habilidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas: se refiere los niveles de **demuestra cómo** y excepcionalmente el **hace** en la realidad de la misma clasificación de Miller. Instrumentos tales como examen clínico objetivo y estructurado (ECO, o las siglas en inglés, OSCE) es el más utilizado para medir este dominio.
 3. Habilidades **metacognitivas**: se refiere a las estructuras cognitivas que son capaces de identificar “agujeros” del conocimiento así como el planeamiento y la ejecución de un plan para resolverlo sin la asistencia del docente. Para su evaluación se utilizan instrumentos del tipo auto- evaluación, evaluación por pares, cuadernos en los que se anotan las actividades cotidianas, simulación de procesos de aprendizaje, simulación de procesos de evaluación etc. Excepcionalmente se evalúan en los procesos de certificación.
- ? **Pirámide de Miller:** El educador George Miller (definió un modelo del conocimiento profesional como una pirámide de varios niveles. En los dos niveles de la base se sitúan los conocimientos (*saber*) y cómo aplicarlos a casos concretos (*saber cómo*). En el nivel inmediatamente superior (*mostrar cómo*), se encuentra la competencia cuando es medida en ambientes “in vitro” (simulados) contextualizados y donde el profesional debe demostrar todo lo que es capaz de hacer. En la cima se halla el *hace* o lo que el profesional realmente hace en la práctica real independientemente de lo que demuestre que es capaz de hacer (ver gráfico más abajo).



Modificado de **Miller GE**. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine (Supplement) 1990; 65: S63-S7.

- ? **ECO** (examen clínico objetivo y estructurado, siglas en inglés, **OSCE**): es una forma de evaluación en la que una variedad de métodos son empleados para evaluar objetivamente los conocimientos, habilidades y actitudes que componen la competencia clínica. Durante la evaluación los participantes recorren un circuito de estaciones en las cuales se les asigna una tarea específica. Estas tareas incluyen: interrogar y/o examinar a un paciente simulado, realizar un procedimiento diagnóstico, interpretar estudios complementarios, prescribir un plan terapéutico, entre otras. Distintos métodos de evaluación pueden ser usados, desde exámenes de elección múltiple hasta preguntas a desarrollar, aunque frecuentemente se emplean pacientes simulados. El desempeño de los participantes es observado y evaluado objetivamente por medio de listas de cotejo o de escalas previamente diseñadas. Un examen típico comprende unas 20 estaciones, con una duración de 5 a 15 minutos cada una.

DECLARACION DE MARGARITA

PRIMERA REUNION IBEROAMERICANA DE EXPERTOS EN CERTIFICACION PROFESIONAL Y
ACREDITACION DE PROGRAMAS EN MEDICINA FAMILIAR

WONCA-REGION IBEROAMERICANA- CIMF (CONFEDERACION IBEROAMERICANA DE MEDICINA
FAMILIAR)

ORGANIZACIÓ N PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS)

INTRODUCCION

En Mayo de 2002 en Sevilla, organizada por CIMF, OPS/OMS y semFYC, tuvo lugar la Primera Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, cuyo lema fue "Comprometidos con la salud de la Población". Este importante evento contó con la participación de 116 representantes de Ministerios de Salud, Instituciones de la Seguridad Social, Universidades y otras instituciones académicas, organismos internacionales y las Sociedades Científicas de Medicina Familiar de 17 países de Íbero América. Allí se elaboraron y discutieron propuestas y recomendaciones vinculadas a aspectos fundamentales para el desarrollo e inserción institucional de la Medicina Familiar en los países de la Región. Los productos de estos grupos de trabajo culminaron con la publicación de cuatro documentos técnicos focalizados en áreas temáticas que fueron sintetizados en la "Declaracion de Sevilla", cuyas recomendaciones mas importantes resumimos a continuación:

1. "Sobre los sistemas de salud y las necesidades y demandas de los ciudadanos"- Los médicos de familia, quienes atienden a las personas en su dimensión individual tanto como en su contexto familiar y comunitario, son los "agentes" ideales para trascender el modelo biomédico hacia lo biopsicosocial en el contexto de la Atención Primaria y dentro de un abordaje multiprofesional e interdisciplinario. Este modelo debe ser promovido como una estrategia de los países de la Región para mejorar la eficiencia, equidad, calidad y sustentabilidad de sus sistemas de salud.
2. "Sobre las aportaciones de la Medicina Familiar a la mejora de la calidad de los Servicios de Salud"-Resulta crítico fomentar una cultura de mejoramiento de la calidad de nuestra especialidad en el ámbito regional a través de procesos formales de certificación y acreditación, cuyo objetivo es garantizar estándares mínimos de competencias en la formación y desempeño de los médicos de familia.

3. “Sobre la formación de pregrado y la Medicina Familiar”-Es imprescindible que nuestra disciplina sea incorporada al currículo de grado de las facultades de medicina apoyando experiencias curriculares innovadoras y con temprana articulación con los servicios de salud”
4. “Sobre la formación de posgrado y los programas de capacitación para los médicos de atención primaria”-. Es necesario establecer requisitos mínimos comunes para la capacitación de los médicos de familia, los programas de Residencia y las actividades de educación continua, tomando en cuenta los contenidos y la duración de los programas, los procesos docentes y la formación de profesores.

En la línea iniciada en la Cumbre de Sevilla, WONCA-Región Iberoamericana-CIMF y OPS/OMS decidieron dar continuidad y profundizar los aspectos relacionados con la mejora de la calidad de los médicos de familia, convocando a la “Primera Reunión Iberoamericana de Expertos en Certificación y Acreditación en Medicina Familiar”. Su misión fue elaborar documentos técnicos y recomendaciones en tres temáticas consideradas de enorme interés estratégico para el desarrollo de la Medicina Familiar, reconociéndola como especialidad diferenciada con sus propios cuerpos teóricos y de práctica profesional. Los documentos abordaron la elaboración de marcos de referencia para los procesos de Certificación Profesional y Acreditación de actividades de educación medica continua, y programas de Residencias de Medicina Familiar para Ibero-América. Desde Julio de 2003 y hasta finales de Octubre, mas de 30 expertos procedentes de 20 países de la Región, trabajaron intensamente en la elaboración de los documentos técnicos para luego debatirlos y elaborar las propuestas y recomendaciones en ocasión de la Reunión que en estos días se celebró en Isla de Margarita, Venezuela.

En esta declaración de tres apartados de acuerdo a los tópicos tratados, que se llamará “Declaración de Margarita”, se resumen las 10 recomendaciones que esperamos puedan servir de guía para los países que estén emprendiendo los procesos de Certificación y Acreditación en Medicina Familiar en Ibero América. Es voluntad firme de CIMF/ WONCA, junto a OPS/OMS, asesorar, apoyar y facilitar la implementación de estos procesos en los países de la Región que así lo requieran.

RECOMENDACIONES

Acreditación de Programas de Residencia de Medicina Familiar

1. Cada país deberá ser responsable de establecer los requisitos mínimos de acreditación de Residencias en Medicina Familiar, con el objeto de garantizar un perfil básico de competencias profesionales en todas y cada una de las unidades formadoras de especialistas de los países, para lo cual se sugiere considerar los siguientes aspectos: nombre de la especialidad, perfil profesional, tiempo de duración, requisitos de ingreso, requisitos de permanencia, requisitos de egreso, estructura curricular, requisitos para los docentes, características de las sedes académicas de Medicina Familiar y características de las sedes académicas hospitalarias de apoyo.
2. Se propone la creación de Comisiones Nacionales Interinstitucionales de Residencias Médicas que deben tener un carácter normativo tanto para la especialidad de Medicina Familiar como para las otras especialidades médicas existentes en cada país. Su función será sustantiva para la emisión de normas y procedimientos de acreditación de residencias médicas, que

permita la plena homogeneización de los estándares de competencias mínimas necesarias requeridos para los especialistas en cada país. En ese contexto, establecerá los mecanismos para supervisar la calidad de los programas de residencia aprobados en base a la regulaciones existentes para todas las especialidades médicas, coherentes con las necesidades de salud de la población, el funcionamiento de las instituciones sanitarias y la estructuración de los programas de pre y posgrado en las universidades. Se recomienda además, que esta Comisión se constituya por representantes de las instituciones educativas y de salud formadoras de médicos especialistas, de la entidad responsable del proceso de certificación y recertificación y de representantes de las sociedades médicas respectivas.

Certificación Profesional en Medicina Familiar

3. La Certificación Profesional es un proceso que garantiza estándares técnica y socialmente aceptables de calidad de cuidados, para los usuarios de los servicios de salud. Por lo tanto, es de extrema importancia que exista certificación de especialistas en Medicina Familiar en todos los países de Ibero América. Los Médicos de Familia deben ser los responsables y protagonistas de la definición, implementación y administración de los procesos de certificación en las instituciones que certifiquen profesionales.
4. Cada país deberá definir el sistema de certificación más conveniente a su realidad. Este proceso deberá concluir con una evaluación formal a través de la cual se midan las competencias esperadas tanto en los conocimientos como en las habilidades y actitudes necesarias para el buen desempeño profesional. Es muy importante que la evaluación de dichas competencias sea en situación y contextualizadas a la individualidad del médico y del paciente, la familia, los valores y características propias de la comunidad, y la organización de los servicios de salud. Para la definición de los criterios de competencia "contextualizada", debería procurarse la participación de la mayor cantidad de actores que juegan un papel en estas situaciones: representantes de la especialidad de Medicina Familiar, asociaciones científicas, usuarios etc.
5. Se debe asegurar que se cumplan los criterios de validez, confiabilidad, impacto educacional y factibilidad en la aplicación del método de evaluación ya que sus conclusiones debieran ser lo más exactas posibles dadas las serias consecuencias que tiene la certificación, sobre la vida de los profesionales y los usuarios en general.
6. La recertificación deberá ser periódica con el fin de asegurar no sólo el mantenimiento sino también la adquisición de nuevas competencias emergentes, dado el crecimiento del conocimiento y la complejización de la tarea del Médico de Familia, dentro de los sistemas de salud

Acreditación de Actividades de Educación Medica Continua

7. La realización de actividades de Educación Médica Continuada (EMC) constituye un elemento clave y fundamental para el mantenimiento y mejora de la Competencia Profesional de los Médicos de Familia. Los Servicios de Salud deben facilitar al máximo la accesibilidad de los profesionales a los programas de Educación Médica Continuada como elemento de garantía de calidad en la prestación de los servicios sanitarios.

8. Los países deben constituir instancias oportunas, que reúnan a las entidades involucradas en la acreditación (Sociedades Científicas, Universidades, Servicios de Salud, etc.), que garanticen mediante procesos objetivos, la pertinencia, idoneidad y calidad científico- técnica de los programas de Educación Médica Continuada.

9. Los programas de Educación Médica Continuada deberán abordar específicamente aspectos relacionados con las competencias y valores del perfil profesional del Médico de Familia y deben constituir un elemento importante en los sistemas de Recertificación Profesional y mantenimiento de las habilidades y aptitudes en Medicina Familiar.

10. Se deberán articular los mecanismos adecuados de motivación sobre los profesionales para estimular la realización de actividades de Educación Médica Continuada. Así mismo, se recomienda la implantación de sistemas de reconocimiento para aquellos profesionales que implementen dicho tipo de actividades formativas.

Isla de Margarita, Venezuela, Noviembre 2003.