

PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD
DE
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

1. DENOMINACIÓN OFICIAL (RD 127/84) DE LA ESPECIALIDAD Y REQUISITOS

Medicina Familiar y Comunitaria
Duración: 4 años
Licenciatura previa: Medicina

Programa aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en su reunión del 20 de noviembre de 2002

| Miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria |
|---|
|---|

| |
|---|
| <p>Presidente: Gómez Gascón, Tomás</p> |
|---|

| |
|--|
| <p>Secretaria: Fuertes Goñi, Carmen</p> |
|--|

| |
|------------------------|
| <p>Vocales:</p> |
|------------------------|

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Casado Vicente, Verónica• Luque Hernández, M^a José• Marco García, Teresa• Martínez Pérez, José Antonio• Medina Ferrer, Elisa• Monreal Hajar, Antonio• Pita Fernández, Salvador• Ramos Natal, Anabel• Toquero de la Torre, Francisco |
|--|

AUTORES

| Grupo de Coordinación Editorial y de Redacción CNE / semFYC | |
|--|--|
| Coordinadora: <ul style="list-style-type: none">• Verónica Casado Vicente | Miembros: <ul style="list-style-type: none">• Calero Muñoz, Sebastián• Cordón Granados, Ferran• Ezquerro Lezcano, Matilde• Gálvez Ibáñez, Manuel• García Velasco, Guillermo• García Olmos, Luis• Monreal Hajar, Antonio• Ortiz García, Isabel• Saura Llamas, José• Zarco Montejo, José |

| Grupo de Redactores | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Aguiló Pastrana, Elena• Alonso Roca, Rafael• Álvarez Guisasola, Fernando• Arboniés Ortiz, Juan Carlos• Arribas Mir, Lorenzo• Arnillas Gómez, Pedro• Bailón Muñoz, Emilia• Barbero Gutiérrez, Javier• Benítez del Rosario, Miguel Ángel• Birulés Pons, Martí• Bonal Pitz, Pablo• Buñuel Álvarez, José Cristóbal• Cabezas Peña, Carmen• Calero Muñoz, Sebastián• Casabella Abril, Bartomeu• Casado Zuriquel, Ignaci• Casado Vicente, Verónica• Casajuana Brunet, Josep• Castro Villamor, Miguel Ángel• Comet Batlle, Josep• Cordero Torres, Juan Antonio• Cordón Granados, Ferran• De la Revilla Ahumada, Luis• De Miguel Sánchez, Cristina• Ezquerro Lezcano, Matilde• Fernández Alonso, Carmen• Fernández Bueno, Julia• Fernández Fernández, Isabel• Fuertes Goñi, Carmen• Gálvez Ibáñez, Manuel• García Velasco, Guillermo• García Puga, José Manuel• Gayoso Diz, Pilar• Gómez Gascón, Tomás• Grau Ruvireta, Albert• Guerra de la Torre, Gloria• Gutiérrez Bezón, Carmen• Jiménez Huertas, Juan Antonio• Jiménez Leal, Rosario• Lambán Sánchez, M^a Teresa• Leiva Fernández, Francisca | <ul style="list-style-type: none">• Lleras Muñoz, Siro• Lobos Bejarano, José M^a• Luque Hernández, M^a José• Marco García, Teresa• Martín Lesande, Iñaki• Martínez Pastor, Antonio• Martínez Pérez, José Antonio• Mascort Roca, Juan José• Medina Ferrer, Elisa• Melguizo Jiménez, Miguel• Monreal Hajar, Antonio• Montaner Gomis, Isabel• Mora Navarro, Gustavo• Naberán Toña, Karlos• Navarro Cañadas, Claudio• Olmos Carrasco, Olga• Ortiz García, Isabel• Pérez Lucas, Nuria• Piqué Badía, José M^a• Pita Fernández, Salvador• Planes Magrinyà, Albert• Prados Torres, Daniel• Quijano Terán, Fernando• Ramos Natal, Anabel• Redondo Sánchez, Jesús• Rodríguez Alonso, Juan José• Rodríguez Salvador, Juan José• Romera Baures, Montserrat• Roura Olmeda, Pilar• Ruiz Moral, Roger• Saura Llamas, José• Simón Lordá, Pablo• Sobrino López, Ana• Soler Torroja, Mario• Thomas Mulet, Vicenç• Toquero de la Torre, Francisco• Torío Durantez, Jesús• Vallès Prats, Martí• Villasante Claudios, Fernando• Zarco Montejo, José• Zenarutzabeitia Pikatza, Amaya |

Grupo de Correctores

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Alamo Alonso, Alberto J. Del • Albert i Ros, Albert • Alcántara Muñoz, Pedro • Alonso Gordo, José María • Alonso Roca, Rafael • Altarriba Cano, M^a Luisa • Álvarez Pardo, José Luis • Antón Botella, José Joaquín • Araúzo Palacios, Daniel • Arnillas Gómez, Pedro • Arquiaga Thireau, Rodrigo • Assens Mampel, Nuria • Avellaneda Revuelta, Esteve • Babi Roureda, Pilar • Bailón Muñoz, Emilia • Barreda González, Marta • Barros Rubio, Carmen • Bilbao Larrañaga, Juan José • Borrachero Guijarro, José Miguel • Brun López-Abisab, Silvia Beatriz • Bundó Vidiella, Magdalena • Caballero Oliver, Antonio • Canals Aracil, Magdalena • Carbonell Soriano, Manuel • Carpio Carreras, Ana Belén • Casademont Carbonell, Cristian • Casals Fransí, Jordi • Castro Gómez, José Antonio • Ceballos González, Begoña • Cervantes Doblás, Rafael • Cisterna Viladrich, Cristina • Coira Fernández, Gema • Comas Díaz, Bernardino • Cordero Torres, Juan Antonio • Cordón Granados, Ferran • Costa Alcaraz, Ana M^a • Cuadrado Sanguino, Felipe • Cuerno Ríos, Yolanda • De Serdio Romero, Epifanio • Debén Sánchez, Martín • Delgado Sánchez, Ana • Domínguez Gabás, José Luis • Dorado Martín, Juan José • Estela Mantolan, Andreu • Fernández Alarcón, Itziar • Fernández Casalderey, Carmen • Fernández Leronés, M^a Jesús • Fernández López, Isabel • Flores Fernández, Dolores • Fontcuberta Martínez, Julio • Fuertes Goñi, M^a Carmen • Gajate Martín, Joaquín • Galán Álvarez, Pilar | <ul style="list-style-type: none"> • Gálvez Ibáñez, Manuel • Gambín Cano, Angel • García Álvarez, Gabriela • García Barrigón, Daniel • García Calvo, Ángel • García Casas, M^a Carmen • García Galbis Marin, José Antonio • García González, Ángel Luis • García López, Bernabé • García Olmos, Luis • Gayoso Diz, Pilar • Gil de Gómez Barragán, M^a Josefa • Gil Latorre, Francisca • Gómez Gascón, Tomás • Gómez Yelo, José • González Candelas, Rosa • González Santamaría, Ana Rosa • Gosalbes Soler, Victoria • Guarner Aguilar, M^a Asunción • Gutiérrez Sigler, M^a Dolores • Hernández Corral, Tomás • Hernández Ruipérez, Tomás • Igea Arisqueta, Félix • Jean-Mairet, Christian • Ko Bae, Min • Ladrón Moreno, Eduardo • Lago Deibe, Fernando Isidro • Lahoz Rallo, Blanca • Lizán Tudela, Luis • López Cortés, Virginia • López Lanza, José Ramón • López Martínez, Asunción • Lorente Aznar, Teófilo • Lorenzo Piqueres, Antonio • Marco García, Teresa • Martín Fernández, Jesús • Martínez Cañavete, Teresa • Martínez Carrillo, Juan • Martínez Ros, María Teresa • Martínez Suárez, M^a Mar • Martínez Zapata, José María • Masuet Iglesias, Joseph • Matamoros Iraola, Jordi • Medina Ferrer, Elisa • Molina Durán, Francisco • Mondéjar Quirós, Fernando • Monreal Hajar, Antonio • Morales Cano, José Manuel • Morán Sánchez, José Carlos • Moratalla Rodríguez, Guillermo • Nadal Blanco, María José • Navarro Echeverría, M^a Antonia • Navarro Mateu, Fernando |
|--|--|

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ogueta Lana, Mikel • Olmos Carrasco, Olga • Ortiz Bordanova, Gloria • Pablo Cerezuela, Francisco José • Pallarés Robles, Jordi • Pastor Rodríguez-Moñino, Ana • Pedrosa Durán, Juan Carlos • Peñalva Merino, Dolores • Peñas López, Francesca • Pereñiguez Barranco, Juan Enrique • Pérez Alonso, Edith • Pérez Artigues, Juan • Pérez Martín, Álvaro • Piedra Antón, Liébana • Prieto Albino, Luis • Ramírez Arrizabalaga, Reyes • Ramos Barron, M^a Carmen • Revilla Ahumada, Luis de la • Rodríguez Idáñez, Dolores • Rodríguez Martín, Rafael • Rodríguez Torrente, Mariano • Romero Furones, Alfonso • Rovira Fontanals, Aurora • Ruiz Casuso, Esther • Ruiz-Gimenez Aguilar, Juan Luis | <ul style="list-style-type: none"> • Sánchez Cabrera, Francisco • Sánchez Sánchez, Fuensanta • Santamaría Meseguer, Vicente • Santos de Unamuno, Carmen • Sarrasqueta Sáenz, Pilar • Saura Alcaraz, José Patricio • Sebastián Delgado, Elena • Serrano Tomas, Daniel • Solanas Saura, Pascual • Solans Aisa, Beatriz • Soler Torró, José M^a • Talledo Pelayo, Federico • Toro de Federico, Antonio • Torrent Quetclas, Matías • Udaondo Cascante, M^a Antonia • Valiente Millán, M^a Luisa • Vázquez Díaz, José Ramón • Vázquez Villegas, José • Vergeles Blanca, José M^a • Viguera Lorente, Francisco • Vinyeta Cotes, Roger <p>CORRECCIÓN FINAL: Casado Vicente, Verónica</p> <p>COORDINACIÓN EDICIÓN: Monreal Hajar, Antonio</p> <p>MAQUETACIÓN: Lafuente De Miguel, Susana.</p> |
|--|--|

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 7 |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 9 |
| 3. LOS VALORES PROFESIONALES Y EL PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA | 14 |
| 4. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. GENERALIDADES Y CONDICIONES BÁSICAS | 20 |
| 5. COMPETENCIAS DEL MÉDICO DE FAMILIA: ÁREAS DOCENTES | 29 |
| 5.1. ESENCIALES | 29 |
| 5.1.1. LA COMUNICACIÓN ASISTENCIAL | 29 |
| 5.1.2. EL RAZONAMIENTO CLÍNICO | 34 |
| 5.1.3. LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN | 39 |
| ▪ La gestión clínica..... | 40 |
| ▪ El trabajo en equipo..... | 41 |
| ▪ La gestión y organización de la actividad..... | 41 |
| ▪ Los sistemas de información..... | 42 |
| ▪ La gestión de la calidad..... | 43 |
| ▪ Responsabilidad civil y médico-legal..... | 44 |
| 5.1.4. LA BIOÉTICA | 48 |
| 5.2. ATENCIÓN AL INDIVIDUO | 51 |
| 5.2.1. ABORDAJE DE NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD (PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA) | 53 |
| ▪ Factores de riesgo y problemas cardiovasculares..... | 53 |
| • Problemas cardiovasculares..... | 53 |
| • Hipertensión Arterial..... | 54 |
| • Hiperlipemia..... | 55 |
| ▪ Problemas respiratorios..... | 56 |
| ▪ Problemas del tracto digestivo y del hígado..... | 57 |
| ▪ Problemas infecciosos..... | 58 |
| ▪ Problemas metabólicos y endocrinológicos..... | 59 |
| • Diabetes Mellitus..... | 59 |
| • Obesidad..... | 60 |
| • Problemas tiroideos..... | 61 |
| • Otros problemas metabólicos y endocrinológicos..... | 62 |
| ▪ Problemas de la conducta y de la relación. Problemas de salud mental. | 63 |
| ▪ Problemas del sistema nervioso..... | 64 |
| ▪ Problemas hematológicos..... | 65 |
| ▪ Problemas de la piel..... | 66 |
| ▪ Traumatismos, accidentes e intoxicaciones..... | 67 |
| ▪ Problemas de la función renal y de las vías urinarias..... | 68 |
| ▪ Problemas músculo-esqueléticos..... | 69 |
| ▪ Problemas de cara-nariz-boca-garganta y oídos..... | 70 |

| | |
|---|------------|
| ▪ Problemas de los ojos..... | 71 |
| ▪ Conductas de riesgo | 72 |
| ▪ Atención a las Urgencias y Emergencias..... | 73 |
| ▪ Recomendaciones organizativas y metodológicas..... | 74 |
| 5.2.2. ABORDAJE DE GRUPOS POBLACIONALES Y GRUPOS CON FACTORES DE RIESGO | 76 |
| ▪ Atención al niño..... | 76 |
| ▪ Atención al adolescente..... | 77 |
| ▪ Atención a la mujer..... | 78 |
| ▪ Atención al adulto | 80 |
| ▪ Atención a los trabajadores..... | 81 |
| ▪ Atención al anciano..... | 82 |
| ▪ Atención al paciente inmovilizado..... | 83 |
| ▪ Atención al paciente terminal, al duelo y a la cuidadora / cuidador..... | 84 |
| ▪ Atención a las situaciones de riesgo familiar y social..... | 85 |
| • Exclusión social..... | 85 |
| • Discapacitados..... | 86 |
| • Violencia familiar | 87 |
| ▪ Recomendaciones organizativas y metodológicas..... | 88 |
| 5.3. ATENCIÓN A LA FAMILIA | 91 |
| 5.4. ATENCIÓN A LA COMUNIDAD | 97 |
| 5.5. FORMACIÓN Y DOCENCIA E INVESTIGACIÓN..... | 102 |
| 6. EVALUACIÓN | 109 |
| 7. ESTRUCTURA DOCENTE: | 112 |
| 7.1. EL TUTOR..... | 112 |
| 7.2. LA UNIDAD DOCENTE. EL CORDINADOR. EL TÉCNICO DE APOYO DOCENTE. EL TUTOR HOSPITALARIO..... | 115 |
| 7.3. LA COMISIÓN ASESORA..... | 121 |
| 7.4. LA ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES, DE CENTROS, DE TUTORES | 122 |
| 7.5. LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD..... | 128 |
| 7.6. RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN PREGRADUADA. | 130 |
| ANEXO 1: BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA | 132 |
| ANEXO 2: RECURSOS DE INTERNET PARA EL MÉDICO DE FAMILIA | 135 |

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos podido asistir, en el ámbito de la Atención Primaria (AP), a tres hechos importantes: la creación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (1978), la promulgación de la Ley General de Sanidad (1986) y una profunda reforma de la AP. Se empezó a trabajar en equipos multidisciplinarios, con un horario más amplio, se implantó la historia clínica, comenzaron a registrarse las actividades, se recuperaron algunas habilidades (cirugía menor) y pruebas complementarias (analíticas, radiología, espirometría, ECG), se introdujo la protocolización y programación de la asistencia; también empezaron a abordarse aspectos relacionados con la prevención y promoción de la salud, se iniciaron las sesiones clínicas y la docencia a residentes de la especialidad así como se impulsó la investigación en Atención Primaria.

Por otro lado, vivimos en un país que ha experimentado cambios importantes en los últimos años. Hemos asistido a un incremento en la utilización de los servicios de AP secundario al crecimiento de la población anciana enferma, de las personas con patologías crónicas, de los cambios de la estructura familiar, de los factores ligados a los estilos de vida y al entorno o de las nuevas necesidades y expectativas originadas por los problemas que producen "infelicidad". Pero este aumento también es debido a la mayor calidad y oferta de los servicios, favorecidas éstas por el desarrollo tecnológico y su accesibilidad, con una mejor formación y mayor capacidad resolutoria de los médicos de familia (MF). Todo ello unido a un aumento de la demanda de información, con mayor capacidad de autonomía y de toma de decisiones y con la asunción de responsabilidades por parte de los usuarios

Este nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria marca otro hito importante: es el tercer programa oficial y el quinto real en los 24 años de existencia de la especialidad, lo que demuestra la pujanza y el dinamismo de los médicos de familia en España. A pesar de ser una especialidad relativamente joven, se ha conseguido su consolidación e implantación generalizada.

En el año 2002 se han formado más de 18.000 especialistas en esta especialidad, estando actualmente 5.400 en proceso de formación. Ha habido no sólo este gran avance cuantitativo sino también otro cualitativo, con infinidad de revistas, libros, monografías, cursos, talleres, grupos de trabajo, congresos, actividades de investigación y docencia, etc., llevados a cabo por médicos de familia.

Este programa revisa todos los contenidos y lo adapta a las necesidades actuales y futuras de la Medicina de Familia y la Atención Primaria. Recoge elementos novedosos e incorpora otros poco desarrollados, así como hace un análisis exhaustivo de todas las áreas docentes.

Es fruto de un gran esfuerzo de muchos profesionales, durante dos años, bajo la coordinación de la Dra. Verónica Casado y con la participación de las unidades docentes de MFyC y de la sociedad científica mayoritaria en Atención Primaria: semFYC (Sociedad Española de MFyC). Ha sido realizado con un alto grado de consenso, como en las ediciones anteriores, lo que le legitima y le concede un alto valor.

El Programa realiza muchas aportaciones. Se adapta la duración del periodo de rotación a las necesidades requeridas para lograr el nivel de competencia del Médico de Familia, de una forma flexible e individualizada, basada en el perfil profesional, con establecimiento de estándares mínimos, deseables y máximos en los objetivos de aprendizaje y con evaluación de todo el proceso para garantizar su calidad.

En él se da un mayor protagonismo a los tutores de los centros de salud, que deben ser la base de la formación desde el inicio de la residencia y realizar un seguimiento del residente a lo largo de los cuatro años. Es necesario llevar a cabo, simultáneamente a la puesta en marcha de este nuevo Programa, un programa de formación de tutores que nos permita mantener y mejorar su competencia.

El Programa desarrolla cinco áreas competenciales: las esenciales (comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y la bioética), las relacionadas con la atención al individuo, las que tienen relación con la atención a la familia, las relacionadas con la atención a la comunidad y las que se relacionan con la formación y la investigación.

La Atención Primaria debe ser la base del sistema, para dar una mejor atención al usuario, más accesible, más humana, más integral y más eficiente. Es fundamental la buena preparación de los futuros médicos de familia, para que sean capaces de desarrollar todo el perfil profesional que define el Programa. Este sigue siendo nuestro reto como formadores, compartido con la preocupación por las futuras condiciones de trabajo, la carrera profesional, la formación continuada, la certificación y recertificación, el apoyo a los tutores, el desarrollo de nuevas metodologías docentes, etc., que forman un todo indivisible para garantizar la calidad de la formación y de la atención a nuestra población.

Este Programa tiene que seguir siendo un instrumento dinámico, como lo han sido los anteriores, que se vaya actualizando y mejorando periódicamente, para adaptarlo a las necesidades cambiantes del desarrollo científico y de nuestra sociedad.

Nuestro más sincero agradecimiento a todos los que han colaborado en este programa, así como a todos los médicos de familia que colaboran diariamente al progreso de esta especialidad.

Tomás Gómez Gascón
Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad
de Medicina Familiar y Comunitaria

2. JUSTIFICACIÓN

El éxito de la Atención Primaria depende de que la Sociedad acepte su importancia y de que los medios para su mejora formen parte esencial de la política de formación y prestación de servicios en la Atención Primaria.

Barbara Starfield

La Atención Primaria de Salud, y el Médico de Familia como parte esencial de la misma, se han ido afianzando en todo el país en las últimas décadas. Con la creación de los equipos de Atención Primaria, los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria han ido introduciendo cambios importantes en el sistema sanitario: mejor atención clínica, trabajo en equipo, actividades de prevención y promoción de la salud, práctica familiar, intervención comunitaria, incorporación de la docencia, investigación, mejora de calidad y actividades comunitarias, con su correspondiente impacto sobre los objetivos de salud relativos a la efectividad, equidad, eficiencia y también sobre la satisfacción de los usuarios.

En los últimos años han aparecido trabajos de ámbito nacional e internacional que muestran claramente las ventajas del Médico de Familia como puerta de entrada al sistema de salud, como profesional con alta capacidad resolutoria de problemas y como coordinador de recursos y de los flujos de pacientes dentro del mismo. En nuestro país, los médicos de familia, dada su pluripotencialidad, se han convertido en una figura codiciada también en el área de las urgencias hospitalarias, en los servicios de emergencias extrahospitalarios y por parte de otras entidades públicas y privadas.

En cualquiera de los ámbitos se exige al Médico de Familia, cada día más, un mayor nivel de competencia y capacidad de resolución –tanto por parte de la población como de la propia administración- lo que ha hecho que el anterior Programa Nacional de la Especialidad se haya quedado ligeramente obsoleto, no tanto por la adecuación o no de sus orientaciones, sino por lo limitado de los tiempos en que el aprendizaje exigido debe tener lugar.

Entre los múltiples motivos que determinan la revisión y ampliación del actual programa se identifica la necesidad de afianzar los niveles de competencia necesarios para la práctica de la Medicina de Familia dada su extensión, nivel de responsabilidad, globalidad e impacto sobre los niveles de salud; la necesidad de suplir algunas carencias del pregrado por su escasa orientación hacia la Atención Primaria, siendo necesario un tiempo que permita el cambio de una formación parcelada, biologicista, centrada en la enfermedad, orientada al conocimiento de la teoría y hospitalocentrista, a una formación bio-psico-social, centrada en las personas, basada en la resolución de problemas y orientada a la comunidad; la necesidad de potenciar áreas de conocimiento propias de las competencias del Médico de Familia y de introducir y profundizar algunas otras.

Al mismo tiempo se han ido consolidando las Unidades Docentes de Medicina de Familia. Éstas han sido capaces de responder al importante crecimiento del número de residentes y de dar respuesta a su formación.

El afianzamiento de la Atención Primaria y de nuestra especialidad en el conjunto del Estado Español, sugieren la redacción de un nuevo programa que tenga en cuenta la nueva situación y adapte los tiempos formativos y los métodos a las nuevas competencias exigidas a los médicos de familia.

Siguiendo un modelo expositivo que va desde *lo macro* (marco más global posible) hasta *lo micro* (las experiencias en nuestras Unidades Docentes) reparemos en esos cambios que nos van a dar las claves en las cuales insertar y dimensionar el nuevo programa.

En primer lugar nos adentramos de lleno en “La sociedad de la información” tal y como la define Manuel Castells, una *sociedad en red* que permite un mayor y más rápido acceso a la información por parte de los profesionales y de cualquier ciudadano. Este nuevo mundo en permanente cambio exige a los médicos una mayor capacidad de adaptación y de utilización de las herramientas para mantenerse actualizado (uso a nivel de experto de las herramientas informáticas, del correo electrónico, de todos los recursos que Internet aporta, del idioma inglés, etc.)

En segundo lugar, tal y como ya se ha comentado, recientes artículos objetivan de una manera clara las grandes aportaciones de la organización de los servicios de salud en torno a la Atención Primaria y al Médico de Familia. Barbara Starfield encuentra que aquellos países que cuentan con médicos de familia como puerta de entrada al sistema sanitario presentan un menor uso de medicación, unos costes globales menores, consiguiendo, a pesar de ello, mayores niveles de satisfacción entre los usuarios, y lo más llamativo aún, mejores niveles de salud; en definitiva mejores resultados en términos de efectividad, eficiencia micro y macroeconómica, equidad y satisfacción. Son determinantes importantes de la calidad asistencial la duración de la formación postgraduada, el grado de experiencia con el problema específico en evaluación y el tipo de organización en la que trabaja el médico.

Desde hace años se viene demostrando que la Atención Primaria deben proporcionarla médicos bien formados y entrenados en su práctica. Los resultados de diferentes estudios demuestran el impacto de la accesibilidad, la longitudinalidad, la relación médico-paciente y la globalidad sobre los niveles de salud. Se demuestra asimismo que los médicos de familia entrenados en estos aspectos son más efectivos y más eficientes que otros especialistas para la prestación de las funciones propias de la Atención Primaria de salud.

Al mismo tiempo se lanzan nuevas propuestas para redefinir el ámbito de la Atención Primaria y de la Medicina de Familia, no en contraposición a las anteriores definiciones, sino como adaptación a las nuevas situaciones. En el momento presente WONCA (Organización Mundial de Colegios y Academias de Médicos de Familia) EUROPA ha ultimado un documento de consenso sobre las competencias básicas del Médico de Familia. La UEMO (Unión Europea de los Médicos Generalistas) ha propuesto al Parlamento Europeo la ampliación a cinco años de la formación de los médicos de familia, equiparándola a países como Austria, Suecia y Dinamarca. En todos los casos comentados, las competencias que se exigen a los médicos de familia son siempre mayores.

Las consideraciones anteriores hay que enmarcarlas en un gran cambio demográfico caracterizado por el envejecimiento de la población, la proliferación de los movimientos migratorios, tanto emigración por motivos de trabajo o turismo, como inmigración por las desigualdades sociales entre los países desarrollados y los no desarrollados. Por otra parte, asistimos a un nuevo papel de la familia y a un nuevo marco de relaciones entre las personas, caracterizadas básicamente por un auge del individualismo y la dilución de las clásicas expresiones de apoyo familiar y social.

Lo anterior conlleva la aparición de problemas emergentes a los que el Médico de Familia debe dar respuesta, y por tanto capacitarse para ello, sin renunciar a su rol tradicional. Estos problemas emergentes podrían resumirse en: patología relacionada con la movilidad de los individuos y las poblaciones (patología de los viajeros internacionales, patología del inmigrante), aumento de los individuos incapacitados, bien afectos de minusvalías (mayores niveles de supervivencia de trastornos anteriormente fatales a edades tempranas), bien debido a afecciones propias de la edad (enfermedades crónicas); aumentan los individuos que sobreviven como resultado de intervenciones médicas o quirúrgicas complejas, lo que da lugar a nuevos tipos de cuidados y habilidades: pacientes dializados, portadores de prótesis articulares, valvulares..., pacientes trasplantados, pacientes anticoagulados, etc.

Se multiplican y aparecen conductas adictivas (nuevas drogas de síntesis, ludopatías, adicción a Internet), que vienen a sumarse a las ya conocidas. Aumentan los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia), las conductas de riesgo, los trastornos adaptativos ante una sociedad en continuo cambio y las personas en riesgo social.

Por otra parte aumentan las exigencias por parte de la sociedad, de los pacientes. Cada día se nos exige una mayor capacidad de resolución de problemas, al mismo tiempo que se espera una mayor calidad en las prestaciones. Se nos solicita una mayor y mejor información médica, asesoría sobre información que el propio paciente ha encontrado o le ha sido proporcionada a través de otras vías, bien del mundo sanitario, o en ocasiones también extrasanitario. Asimismo se nos demanda incrementar la capacitación para la autonomía de las personas.

Lo anterior exige una adecuada formación en los métodos para mantenerse actualizado, de recuperación de la información relevante y de calidad, así como en la lectura crítica de la misma.

Socialmente se nos exige un mejor trato humano, consejo sobre autocuidados, consejo sobre intervenciones preventivas, al tiempo que se multiplican las demandas relacionadas con el bienestar y la estética.

La Administración Sanitaria también multiplica sus demandas en torno, principalmente, a una mayor eficiencia en la prestación del servicio (mayor adecuación de las prescripciones, derivaciones, solicitud de pruebas complementarias). Aparecen nuevas formas organizativas y de gestión en las que el Médico de Familia queda envuelto y debe adaptarse. Se informatizan las consultas de Atención Primaria.

Los cambios en el medio hospitalario (cirugía de alta precoz, disminución de los días de estancia en el hospital) determinan que el equipo de Atención Primaria deba hacerse cargo de patologías, o determinadas fases de las mismas, que hasta ahora eran atendidos en el hospital. Los cuidados paliativos han venido a sumarse a esta larga lista de tareas a asumir por el Médico de Familia. Por otra parte, si bien con diferencias según las comunidades autónomas, y también en aras de la eficiencia, se trasladan al ámbito de la Atención Primaria algunas técnicas (control del embarazo normal, cirugía menor, inserción de DIU, el control de la anticoagulación oral, el uso del doppler, el uso del ecógrafo), lo que sin duda exige una capacitación específica que demanda unos periodos formativos más largos.

También, tal y como se expuso anteriormente, las urgencias y emergencias, tanto hospitalarias como extrahospitalarias, han devenido un lugar de trabajo en el que el especialista en Medicina de Familia es el especialista preferido por las administraciones públicas y privadas por su pluripotencialidad y alta capacidad resolutive.

El campo de la metodología también se ve afectado por los cambios, no sólo en sus concepciones, sino también en las oportunidades que las nuevas herramientas posibilitan. En el momento presente –sin plantearse como alternativas dicotómicas- se hace un mayor énfasis en el proceso de aprendizaje que en los métodos de enseñanza. También surgen nuevas evidencias en relación al modo como aprenden los adultos y se enfatiza el trabajo individual en torno a una tarea. Además de lo anterior, la constatación de la rápida caducidad del saber médico hace que la enseñanza de los métodos y la adquisición de actitudes y habilidades necesarias para mantenerse actualizado y gestionar la evidencia ganen prioridad en relación con la enseñanza de los contenidos.

En cuanto a las herramientas, el acceso a la información a través de diferentes formatos (CD-ROM, vídeos, Internet) posibilita una tutorización a distancia, y exige al discente el manejo de dichas herramientas, de manera que su aprendizaje debe contemplarse en el curriculum del Médico de Familia.

Todo lo anterior, más la experiencia cotidiana en nuestras unidades docentes y centros de salud justifica, tal y como se hace en la introducción, la ampliación del Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, con el fin de capacitar a los futuros médicos de familia en las exigencias que la nueva situación les depara. Las rotaciones de un mes por diferentes servicios se hacen cada vez más insuficientes para adquirir la gran cantidad de competencias a dominar en cada una de las disciplinas. Las libranzas post-guardia y la necesidad de introducir las clases, trabajo en grupo y talleres en el horario laboral apoyan la necesidad de ampliar el tiempo de formación. También se hace preciso plantear nuevas estancias como las de cuidados paliativos, geriatría, atención a las drogodependencias, medicina deportiva, rehabilitación o patología vascular, entre otras.

Pero no sólo en el área clínica de atención al individuo enfermo se detecta la necesidad de periodos más largos de aprendizaje. La atención a la familia como generadora de conflictos y también como recurso para la salud de sus miembros, el abordaje comunitario de algunos problemas y la salud laboral también nos están exigiendo una mayor capacitación.

El mundo de la prevención nos enfrenta cada día más a sus extraordinarias aportaciones, que por otro lado generan dilemas que debemos aprender a compartir con nuestros pacientes. La Medicina Basada en la Evidencia nos plantea nuevos retos metodológicos, de manejo de herramientas y de actitud ante nuestros pacientes

La adquisición y mantenimiento de las habilidades de comunicación como herramienta fundamental del Médico de Familia, la exigencia de una medicina más humana, la atención a los problemas éticos derivados de la atención médica, de la relación con la industria farmacéutica, con la Administración Sanitaria, la gestión de la incapacidad laboral, etc., plantean también exigencias de periodos formativos necesariamente más largos, fundamentalmente en el Centro de Salud.

La investigación específica en Medicina de Familia, la mejora continua de la calidad, la metodología docente, el trabajo en equipo, la organización de la atención, el conocimiento de la legislación aplicable a la Atención Primaria, son áreas que, dada la limitación actual en cuanto a tiempo disponible, se abordan de una manera incompleta.

La especialidad que abarca un campo más amplio de conocimientos y habilidades no puede seguir siendo aquélla a la que se reserva un periodo más corto de capacitación, en especial si se tienen en cuenta los importantes retos que se plantean a los futuros médicos de familia.

De forma paralela a lo anterior no debe olvidarse que junto a la pertinencia del incremento del tiempo de formación por el impacto que éste tiene sobre los objetivos sanitarios se encuentra su factibilidad legal, económica (que viene dada por el ajuste del número de médicos de familia a formar según las necesidades del sistema sanitario), organizativa y social.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patient related to levels of patients satisfaction with consultations. Br J Gen Prat 1996; 46: 601-6.
- Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Explorations of practice characteristics influencing patient satisfaction. Br J Gen Pract 1995; 45: 654-9.
- Casado V. Valoración del programa de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Posibilidad de ampliación de los años formativos. Tribuna Docente 2002; (Supl 3) 2: 23-35.
- Castells M. La era de la información. La sociedad red (2ª ed). Madrid: Alianza Editorial; 2001.
- Consejo de las Comunidades Europeas. Directiva del Consejo de 15 de septiembre de 1986 relativa a la formación específica en Medicina General. 86/457/CEE. Diario Oficial de las Comunidades Europeas 19.9.86 nL 267/26-267/30, refundida posteriormente en la 93/16/CEE, que entró en vigor el 1 de enero de 1995.
- Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Libro de Evaluación del Especialista en Formación. Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996.
- Durán J. Reforma de la Atención Primaria. Resultados económicos, asistenciales y de satisfacción. Aten Primaria 1999; 23: 474-8.
- Durán MA. Las familias del siglo XXI y sus médicos. Aten Primaria 2001; 28 (Supl 1): 70-1.
- Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. Scand J Prim Health Care 2001; 19: 131-4.
- European Society of General Practice / Family Medicine WONCA EUROPE . The European definition of General Practice/Family Medicine. Noordwijk: WONCA EUROPE. Noordwijk 2002.
- Framework for professional and administrative development of general practice / family medicine in Europe. World Health Organization, Regional Office for Europe, 1998. URL location: <http://www.who.dk>.
- McWhinney IR. Fundamentos filosóficos y científicos de la medicina de familia. En : McWhinney IR. Medicina de Familia (1ªed). Barcelona: Doyma, 1995: 44-73.
- Gálvez Ibáñez M. Adquisición de habilidades técnicas para gestionar la evidencia: oportunidades y necesidades actuales. Med Clin (Barc) 2002; 118 (Supl 3): 7-12.
- Gill J, Mainous A. The role of provider continuity in preventing hospitalisations. Arch Fam Med 1998; 7: 352-7.
- Gómez Gascón T, Ceitlin J. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. (1ª Ed) Madrid: IM&C, 1997.

- Grupo Asesor semFYC: "Elaboración de una propuesta de programa de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria de cuatro años". Jornadas de Primavera de la semFYC. 2000, mayo 4-6. Santiago de Compostela.
- Insalud. Encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Primaria. Madrid: Subdirección General de Coordinación Administrativa. Insalud. 1999.
- Jung HP, Wensing M, de Wilt A, Olesen F, Grol R. Comparison of patient's preferences and evaluation regarding aspects of general practice care. *Fam Practice* 2000; 17: 236-242.
- Levinson W, Roter D, Mullooly J, Dull V, Frankel R. Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277: 553-9.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura. Guía de Formación de Especialistas: Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. Consejo Nacional de Especialidades. Madrid. 1996
- Olesen F, Dickinson J, Hjordahl P. General Practice. Time for a new definition. *BMJ* 2000; 320: 354-7.
- OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del Médico de Familia. Barcelona: semFYC, 1996.
- Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín (Barc)* 1996; 106: 97-102.
- Palmer RH, Reilly M. Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care. *Med Care* 1979; 18: 693-717.
- Povar GJ. Primary Care: Questions raised by a definition. *J Fam Practice* 1996; 42: 124-8.
- Programa docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, 1993.
- Real Decreto 137/1984, 11 de enero sobre estructuras básicas de salud. BOE nº 27 de 1 de febrero 1984.
- Rosser W. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: Is there a difference? *J Fam Pract* 1996; 2: 139-144.
- Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. (1ª ed) Barcelona: Masson; 2000.
- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-1133.
- Thom D, Campbell C. Patient-physician trust. An exploratory study. *J Fam Pract* 1997; 44: 169-176.
- Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. Evaluación del impacto de la reforma de la Atención Primaria sobre la salud. *Aten Primaria* 1999; 24: 468-474.

3. LOS VALORES PROFESIONALES Y EL PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA.

En la actualidad, la sociedad civil tiene nuevas demandas en salud y, sin lugar a dudas, en nuestra sociedad se están produciendo cambios y fenómenos nuevos, recogidos en el capítulo anterior, y la Atención Primaria debe adaptarse. Dentro de este esquema, el Médico de Familia tiene que replantearse su posición y su función en el conjunto social para mantener la necesaria legitimidad. Es necesario preguntarse continuamente qué formación se precisa, cuáles son los servicios a prestar, cómo se debe hacer y atendiendo a qué valores profesionales.

LOS VALORES PROFESIONALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Los médicos tienen unos valores que definen sus compromisos profesionales. El aprendizaje, la interiorización de estos valores es imprescindible para una adecuada actividad profesional. El Médico de Familia participa de los valores generales de toda la profesión médica, aunque con algunos matices derivados de su perfil profesional específico. El Médico de Familia es consciente de que mantenerse fiel a sus valores, más allá de un compromiso ético, es *también su mayor fuerza social*: su compromiso es, a la vez, la garantía de la confianza de los ciudadanos. *Enseñar*, transmitir estos valores, forma parte del trabajo de la tarea de un tutor; *aprenderlos*, asimilarlos es esencial para que un residente llegue a ser un buen Médico de Familia.

Podemos agrupar los valores del Médico de Familia en 6 compromisos: con las personas, con la sociedad en general, con la mejora continua de su trabajo, con la propia especialidad, con la formación y con la ética.

1. Compromiso con las personas

El ciudadano es el protagonista de la atención que prestamos. Nuestras actuaciones, por encima de cualquier otro interés, están encaminadas a la mejora y mantenimiento de su salud. Las personas que atendemos dan sentido a nuestra profesión: nunca nos molestan, sino que deseamos obtener su confianza para que nos consulten cada vez que lo precisen. Nos interesa mantener y mejorar la salud de las personas. El mejor Médico de Familia es aquel que más colabora en conseguir unos buenos resultados en la salud de la población que atiende.

La autonomía del ciudadano que atendemos *no es sólo un deber ético, sino un objetivo* de salud. Procuramos dar toda la información necesaria para que el propio paciente decida, con conocimiento y con nuestra colaboración, el curso de la atención que prefiere. Pero, además, la promoción de la autonomía del paciente para autocuidarse es, en sí misma, un objetivo de salud esencial para el Médico de Familia. Utópicamente, perseguimos que nuestros pacientes sean tan autónomos que dejen de necesitarlos. Nuestro fin no es hacernos imprescindibles para los pacientes, sino procurar que aprendan a autocuidarse.

Nos importa cada persona en su conjunto. Los médicos de familia “no sólo tenemos” casos clínicos, enfermedades o problemas de salud; los médicos de familia “atendemos” a personas con unos determinados problemas y creencias. Estas personas viven inmersas *en un contexto familiar y social que también son objeto de nuestro interés*. Y nos interesan las personas *a lo largo de toda su vida*: desde cuando aún son un proyecto vital (antes del nacimiento) hasta cuando ya dejaron de existir materialmente (después de su muerte), pero permanecen (trascienden) en el contexto en que vivieron. Además *nos interesa todo en la vida de una persona*: no sólo aquello que está publicado en los manuales médicos sino todo aquello que la persona nos refiere y relaciona con su existencia, su salud y su calidad de vida, porque sabemos que la persona es un conjunto indivisible y cualquiera de sus partes o vivencias influye en su salud.

Sabemos que cada persona es un ser único, irrepetible; como tal la aceptamos y respetamos y, por ello, la *atendemos de forma personalizada*, con matices distintos a como lo hacemos con otras personas.

2. Compromiso social

El Médico de Familia, en su función de puerta de entrada al sistema sanitario, o mejor aún, de agencia de salud de los ciudadanos, tiene una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios. Es conocedor de que el uso inadecuado de un recurso sanitario (un fármaco, una prueba complementaria, una consulta a otro médico, etc.) no sólo representa un riesgo de iatrogenia para el paciente sino también un gasto innecesario que priva al conjunto de la población de otros recursos. Por ello, el Médico de Familia tiene un compromiso social en el *uso eficiente de los recursos* sanitarios y en *evitar activamente la discriminación* en el acceso a los servicios de salud.

Como profesional que trabaja en el primer nivel de atención, adquiere el compromiso de *asegurar una atención rápida*, a todos los ciudadanos que lo precisen, evitando la creación de barreras que eviten el acceso a sus servicios o que promuevan el acceso directo a otros servicios más especializados. Para ello se esfuerza en organizar su trabajo y el de sus colaboradores, de tal forma que pueda atender sin demoras las demandas de los ciudadanos.

El Médico de Familia *conoce la relevancia de su papel* dentro del sistema sanitario, pero la ejerce con humildad, porque también es conocedor de la pequeña influencia que los médicos tienen sobre la salud. Sabe que la salud viene determinada más por factores sociales y económicos que por el propio sistema sanitario; por ello el Médico de Familia *detecta y colabora en la mejora de las condiciones de vida* de la población a la que atiende.

3. Compromiso con la mejora continua

El Médico de Familia es consciente de que debe tomar sus *decisiones sobre la base de las evidencias científicas* actualizadas y por ello reconoce la necesidad de mantener actualizados sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, por lo que se compromete a *formarse de forma continuada*, reconociendo el valor del equipo en que trabaja para ese cometido.

Conocedor de sus propias limitaciones y de la posibilidad de cometer errores, busca, y se estimula en *la mejora continua y el compromiso científico* como método para minimizar los errores. El Médico de Familia *no espera tiempos mejores, intenta hacerlos mejores*.

Su perfil profesional y su compromiso con la persona, con la sociedad y con la mejora continua convierten al Médico de Familia en *un profesional necesario* para el buen funcionamiento del sistema sanitario.

4. Compromiso con la propia especialidad

El Médico de Familia disfruta hasta tal punto de su trabajo cotidiano, que *valora como mérito ejercer como Médico de Familia durante años*.

Es consciente de que *“tiene que saber de muchas cosas”* y de que *trabaja continuamente en la incertidumbre*, pero en lugar de considerar estos hechos como limitaciones, los valora como cualidades propias de su especialidad.

Es consciente de que socialmente su rol, aunque muy apreciado, es menos reconocido que el de otros especialistas, sin embargo *disfruta de sus capacidades polivalentes y del cotidiano agradecimiento de sus pacientes*.

El Médico de Familia *investiga cuestiones pertinentes* que pueden ayudar al desarrollo de la especialidad para ofrecer un mejor servicio a la sociedad. Investiga sobre lo que más útil puede ser para las personas a las que atiende. La investigación es, a su vez, una herramienta de mejora continua y un compromiso social.

5. Compromiso con la formación

El Médico de Familia está convencido de que su especialidad aún puede mejorar mucho más y, por ello, *aprecia la formación de nuevos residentes*, a los que transmite, sin limitaciones, cuanto sabe (incluidos estos valores). Se siente *orgulloso de contribuir a que los nuevos especialistas sean mejores que él mismo*.

El Médico de Familia, como tutor de nuevos profesionales, persigue *ayudarlos a aprender*, acepta de buen grado que en el proceso de enseñar él mismo también aprende. El residente, Médico de Familia en formación, *es responsable de su propio proceso de aprendizaje*, por lo

que acepta las limitaciones de su tutor, apreciando especialmente su capacidad para estimularle en el aprendizaje. Ambos saben, y valoran, que el proceso de enseñar-aprender es bidireccional: una adecuada colaboración provocará que *ambos aprendan y enseñen al mismo tiempo*.

6. Compromiso ético

El Médico de Familia es exigente con la Administración Sanitaria y con el resto de actores del sistema sanitario y reivindica su buen funcionamiento, en beneficio de los ciudadanos. Pero no utiliza las limitaciones del sistema sanitario como excusa y sus defectos no le impiden mantener una *actitud ética* irreprochable, basada en los valores descritos, tanto en sus relaciones con los ciudadanos, como con la sociedad en general, con la empresa sanitaria para la que trabaja o con la industria farmacéutica. Y lo hace no sólo en su tarea habitual de consulta sino también en sus tareas docentes e investigadoras.

Su compromiso ético se basa, sobre todo, en el respeto a la *autonomía* del paciente y a su intimidad (asegurando la *confidencialidad*), limitados sólo por el principio de *justicia social* (el bien de los demás). En sus actuaciones clínicas, y teniendo en cuenta su ámbito de actuación, *antepone de manera especial el principio de no-maleficencia al de beneficencia del paciente*.

Es consciente de sus conflictos de intereses, los hace públicos cuando es necesario y evita que puedan menoscabar la atención a sus pacientes.

Es especialmente cuidadoso y honesto en sus relaciones con la industria farmacéutica y en sus tareas de docencia y de investigación, evitando que nunca sus lícitos intereses particulares se antepongan a las necesidades de la población que atiende.

PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA

Para desempeñar el rol como futuros MF, los residentes durante su período de formación deben adquirir una serie de competencias que posibiliten la realización de las tareas que son propias del trabajo del MF en Atención Primaria. Éstas competencias profesionales deben permitirle asumir las demandas y responsabilidades que el sistema sanitario y la sociedad le van a requerir. Frente a este reto intentaremos definir lo que entendemos como perfil profesional del MF: aquel conjunto de funciones y actividades específicas que realiza un MF y que le puedan diferenciar de otros profesionales. Asimismo los componentes del perfil del MF tienen que adaptarse, por un lado, a las necesidades de salud que se identifican en el perfil epidemiológico de la población, y por otro, a su lugar específico de trabajo, la Atención Primaria.

El MF se caracteriza por atender a las personas en su conjunto, como un todo, y lo hace en su entorno o contexto. A efectos didácticos, podemos decir que precisa basarse en cinco pilares o áreas competenciales, que componen su perfil como las piezas de un rompecabezas.

1. Competencias esenciales: comunicación, razonamiento clínico, gestión y bioética.

La principal herramienta del Médico de Familia es su capacidad de comunicación; se hablará más específicamente de ella en la siguiente área.

El Médico de Familia atiende habitualmente a personas con problemas de salud poco definidos, en estadios precoces de su historia natural y, a menudo, banales. El MF está capacitado para atender ese tipo de problemas y, sobre todo, tiene la capacidad de razonamiento adecuada para distinguir aquellas situaciones que son más graves. También está capacitado para elaborar, si es pertinente, una orientación diagnóstica más definida a partir de una queja muy indefinida. En el aprendizaje del razonamiento clínico y la toma de decisiones son de gran ayuda los protocolos y guías de práctica clínica; por ello el residente colaborará en su elaboración y aprenderá a usarlos.

El MF organiza y realiza su trabajo en el seno de un equipo de profesionales de Atención Primaria, con objetivos compartidos y para un mismo grupo poblacional. El residente de MF aprenderá a trabajar en un equipo de Atención Primaria, identificar y fijar objetivos comunes,

establecer normas de funcionamiento interno y mecanismos de coordinación entre los distintos profesionales.

Para el correcto desempeño en todas las áreas del trabajo en Atención Primaria, el MF será capaz de organizar adecuadamente el tiempo diario para las diversas funciones a desarrollar, y especialmente organizará eficientemente su consulta. Deberá aprender a hacer un uso racional de las pruebas complementarias para establecer los diagnósticos, de los recursos terapéuticos o de las interconsultas con otros especialistas.

En el ámbito de la Atención Primaria, la información es la base para el conocimiento, para establecer diagnósticos y para la toma de decisiones. El MF conocerá y sabrá utilizar los registros y sistemas de información, colaborando en la recogida de información mediante la realización de una correcta historia clínica y aportando datos a los registros sanitarios existentes. Sabrá utilizar las herramientas informáticas necesarias para esta función y cuidará especialmente el uso confidencial de todos los datos.

El Médico de Familia deberá estar capacitado para desarrollar acciones de administración y gestión básicas en establecimientos de Atención Primaria, constituyéndose en un referente en su equipo de trabajo. El aprendizaje de la Medicina Basada en Evidencia y la utilización de los recursos de Internet deberán ser una fuente para sus labores en el campo de la gestión clínica.

El objetivo principal de nuestra labor como MF es conseguir que los pacientes reciban una asistencia de calidad. El MF aprenderá el marco teórico y las dimensiones de la calidad asistencial, sus herramientas de medición, su estructura, proceso y resultado, lo que le permitirá conocer y mejorar la calidad de su trabajo. Promoverá la implantación de actividades de evaluación y mejora de la calidad, que le facilitarán la toma de decisiones. Conocerá también los instrumentos necesarios para conocer la satisfacción de los usuarios y de los profesionales.

Durante el período de formación pre y postgraduada es muy importante que el MF incorpore a su labor profesional los valores y elementos de la bioética. Aprenderá a valorar los aspectos éticos en la relación con el paciente: respeto, intimidad, confidencialidad, autonomía, consentimiento informado. También aprenderá a valorar los aspectos éticos en relación con nuestra práctica profesional: valores que deben ser defendidos y respetados, dilemas, la ética en la prescripción, en la distribución de recursos, etc. Igualmente importante es velar por los aspectos éticos en la relación de los MF con la investigación y con la industria farmacéutica o con otros profesionales sanitarios.

2. Atención al individuo.

El MF es fundamentalmente un buen médico clínico que debe prestar atención a los individuos de forma continuada a lo largo de su vida, tanto en la consulta como en el domicilio, de forma programada, a demanda o urgente, para los problemas agudos y para los crónicos, realizando su trabajo de forma eficaz y eficiente. Aprenderá a hacer la historia clínica desde una perspectiva que integre los aspectos biológicos, psíquicos y sociales de la salud y la enfermedad.

La atención a la globalidad (al conjunto de la persona) y la longitudinalidad (a lo largo de toda la vida) son dos características esenciales del perfil profesional del Médico de Familia.

El MF adquirirá las habilidades técnicas para un correcto diagnóstico, mediante el manejo y la valoración de las pruebas diagnósticas disponibles en su medio. Establecerá un plan diagnóstico, terapéutico y de seguimiento, que incluya la realización de un correcto diagnóstico diferencial, una correcta interpretación de las pruebas complementarias o la coordinación de las opiniones de otros especialistas. Para el plan terapéutico elaborará y negociará con el paciente un posible tratamiento no farmacológico y/o farmacológico necesario para la curación y/o rehabilitación de su enfermedad, utilizando correctamente los fármacos u otras terapias accesibles al MF. También aprenderá a establecer un plan de seguimiento, con evaluación de la adherencia al tratamiento y los resultados alcanzados, garantizando la atención continuada y específica en determinadas situaciones como la situación de un discapacitado, un inmovilizado, un enfermo terminal que precisa cuidados paliativos, etc. o también un niño, un adolescente, una mujer o un anciano.

En cada contacto con el paciente, el MF valorará la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción integradas en la práctica asistencial, cuya eficacia y efectividad tengan la necesaria evidencia. Hablamos de medidas de educación para la salud, prevención primaria y de prevención secundaria para los procesos más prevalentes en la población y relacionadas con las enfermedades infectocontagiosas, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la infancia y la adolescencia, la mujer, las personas ancianas.

También deberá aprender cuándo debe solicitar la opinión y colaboración de otros especialistas, asumiendo y realizando un cuidado compartido, asesorando y coordinando las evoluciones clínicas del paciente.

El MF tiene que desarrollar las suficientes habilidades para la entrevista clínica, encaminada a determinar los problemas de salud, estableciendo un proceso de comunicación adecuado, desarrollando los aspectos específicos de la relación asistencial, delimitando el motivo de la consulta y evaluando el problema del paciente y adquirirá las habilidades de negociación necesarias. El MF aprenderá a desarrollar la capacidad de escucha y empatía necesaria para la correcta interrelación con los usuarios e incorporará los aspectos éticos en la relación con el paciente: respeto, intimidad, confidencialidad, consentimiento o autonomía.

3. Atención a la familia:

La familia tiene una gran importancia en cómo y de qué enferman sus miembros. El MF deberá entender a cada familia como una unidad que debe ser analizada en su composición y funcionalidad, y que actúa a dos niveles sobre las personas, como parte del contexto social en que se desenvuelve la vida y la salud, y como recurso para la salud.

El residente deberá ver a la familia como un sistema, incorporar la entrevista familiar, realizar e interpretar el genograma, conocer los ciclos vitales de la familia, la transición de las etapas y los acontecimientos vitales estresantes, evaluándolos y conociendo sus repercusiones.

Es importante conocer las herramientas que permiten identificar los recursos familiares, la red social y el apoyo social que tienen las personas y sus familias porque en determinadas situaciones pueden ser necesarios. Deberá ser capaz de identificar las disfunciones familiares, los problemas psicosociales de origen familiar y adquirir habilidades para el asesoramiento y la intervención y mediación familiar.

4. Atención a la comunidad.

Para mejorar la salud y disminuir las desigualdades, el MF debe intervenir sobre los determinantes de la salud que están en contextos diferentes al sistema sanitario, es decir, el medio físico y social. La orientación comunitaria del Médico de Familia empieza en la propia atención individual: toda su actividad clínica debe realizarla contextualizada en el entorno de la persona, aprovechando sus recursos y minimizando sus déficits.

Con estos fines, el MF debe obtener la información suficiente para identificar las necesidades de salud de la población, considerando a la comunidad en su conjunto como sujeto de atención, identificando a los grupos de riesgo que existen en la misma, programando e implementando intervenciones para abordar los problemas de salud comunitarios, y captando activamente a los sujetos vulnerables para garantizar su accesibilidad a la atención sanitaria. Debe identificar y caracterizar la existencia de grupos que sufren desigualdades en salud (de clase social, género, etnia, edad, etc.). Esto conlleva que el MF se implica de forma activa en la salud del conjunto de la comunidad, con independencia de que las personas soliciten o no atención médica.

El MF aprenderá a utilizar un sistema de vigilancia epidemiológica para conocer y controlar los aspectos del medio ambiente y sus repercusiones en la salud.

Además, el MF utilizará métodos de trabajo que faciliten la participación activa y cooperará con las organizaciones comunitarias (ONGs, asociaciones de ayuda mutua, etc.) y otras instituciones para mejorar la salud del conjunto de la población atendida y aportar en las iniciativas que tiendan al desarrollo de la comunidad.

5. Formación e investigación.

El MF debe ser un profesional en continuo proceso de formación y estar preparado para actuar como docente de otros profesionales que trabajen en Atención Primaria. Así mismo tendrá preparación para colaborar en la formación, tanto de pregrado como de postgrado, en medicina de familia. Deberá asumir que la formación continuada, aquella actividad docente y formativa que nos permite mantener y mejorar nuestra competencia profesional durante nuestra vida profesional, es una necesidad ineludible de todos los MF. Aprovechará especialmente las posibilidades de la formación en servicio, en el seno del propio equipo de trabajo. Por estos motivos el MF adquirirá las habilidades necesarias para preparar y exponer sesiones clínicas, bibliográficas, de revisión, etc., y conocerá los métodos de enseñanza aplicables a la formación de pre y postgrado así como de formación continuada en MF.

El MF aprenderá a hacer una búsqueda bibliográfica, conocerá las bases de datos y los recursos de información y documentación médica y la forma de obtener información basada en la evidencia.

El MF ha de contar con herramientas de metodología de investigación que le permitan evaluar la calidad y la importancia para su práctica de los resultados de investigación publicados en revistas científicas, desarrollando el hábito de lectura crítica de los trabajos de investigación en Atención Primaria. Además adquirirá los conocimientos básicos para desarrollar una investigación destinada a responder preguntas e hipótesis procedentes de su trabajo, adquiriendo los conocimientos necesarios de epidemiología clínica y de medicina basada en pruebas. Todos los residentes harán el diseño y/o desarrollarán y promoverán la puesta en práctica de un proyecto de investigación en todas sus etapas. El análisis de la situación de salud de la comunidad sirve como método de investigación para movilizar a la comunidad en la solución de sus problemas de salud identificados, bajo la conducción del equipo básico de salud (Médico de Familia y enfermera).

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura. Guía de formación de especialistas: Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Consejo Nacional de Especialidades Médicas. 1996.
- Gallo Vallejo FJ, Bonillo García MA, Gálvez Ibáñez M. El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria: Definición y perfil profesional. En: Gallo Vallejo FJ ed. Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. (2ª ed). Madrid: IM&C; 1997: 24-30.
- Grupo de trabajo semFYC. Perfil profesional básico del Médico de Familia. Documento semFYC 4. Barcelona: semFYC, 1994.
- Martín Zurro A, Ledesma Castelltort A, Sans Miret A. El modelo de Atención Primaria de salud: balance y perspectivas. Aten Primaria 2000; 25: 48-58.
- Casado V. La salud y el Médico de Familia en la Europa del siglo XXI. Centro de Salud 2001; 9: 18-24.
- Starfield B. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. (1ª ed) Barcelona: Masson, 2000.
- Molina Durán F, Ballesteros Pérez AM, Martínez Ros MT; Soto Calpe R, Sánchez Sánchez F. Perfil profesional del personal sanitario en Atención Primaria. Un estudio Delphi. Aten Primaria 1996; 17: 24-33.
- Vázquez Díaz JR. La Atención Primaria en la primera mitad del siglo XXI. Aten Primaria 1999; 24: 55-6.
- Thomas Mulet V. Medicina de Familia, ¿próxima estación? Aten Primaria 2001; 28: 367-370.
- European Society of General Practice/Family Medicine WONCA Europe. The european definition of general practice/family medicine. Noordwijk: Wonca Europe, 2002 .
- Gómez Gascón T, Lobos Bejarano JM, Ferrándiz Santos J. Situación actual y perspectivas de futuro de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Perfil profesional del Médico de Familia. En: Libro del año. Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Luzán 5, 1994; 33-45.
- The ABIM foundation, The ACP-ASIM Foundation y The European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millenium: a physicians´charter. Lancet. 2002; 9: 520-2.

4. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. GENERALIDADES Y CONDICIONES BÁSICAS.

INTRODUCCIÓN

La especialización en Medicina Familiar y Comunitaria tiene como objetivo que el residente adquiera el nivel de competencia (conocimientos, actitudes y habilidades) necesario para ser especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

En consonancia con las tradicionales definiciones y con las más actuales realizadas por la Organización Mundial de Colegios y Academias de Médicos de Familia (WONCA), el objeto de conocimiento del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria se encuentra en la persona como un todo, sin fragmentación entre lo físico, lo psíquico y lo social, e integrada en el entorno familiar y social.

El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria trabaja por elevar el nivel de salud de las personas sanas y de las comunidades en las que trabaja, por curar a las personas enfermas y también aconsejar, cuidar y consolar para mejorar la calidad de vida de las personas a su cargo, y basa su atención en la continuidad y longitudinalidad de la atención, en un contexto dinámico.

El presente programa pretende revisar los objetivos y contenidos establecidos en los programas previos de la especialidad, potenciar áreas de conocimiento propias de las competencias del Médico de Familia, introducir y profundizar algunas áreas de conocimiento y avanzar en la metodología docente.

A estos efectos y partiendo de las anteriores ediciones del programa de la especialidad y tras un análisis minucioso y amplio de la experiencia internacional en la formación post-graduada en Medicina Familiar y Comunitaria, con las adaptaciones lógicas a las características y necesidades del "rol" profesional del Médico de Familia en España, se han establecido las diferentes áreas competenciales.

En la elaboración de este programa han colaborado múltiples especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria que han sido seleccionados por su amplia trayectoria en la formación y/o por su participación en grupos de expertos. Asimismo el documento ha sido revisado por las Unidades Docentes de nuestro país, por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y sus sociedades federadas y por la Sociedad Española de Médicos Rurales y Generalistas (SEMERGEN).

CONDICIONES BÁSICAS

El desarrollo adecuado del programa para la adquisición de las competencias anteriormente mencionadas precisa de una serie de requisitos y condiciones que se relacionan a continuación y que tienen que ver con el propio programa, con los tutores y con la propia estructura docente de soporte.

1. Con relación al programa.

- a. **Formación basada en el perfil profesional** previamente fijado y que detalla los conocimientos, habilidades y actitudes de un Médico de Familia según un catálogo de actividades docentes sujetas a una metodología docente y evaluadora, con el establecimiento de estándares mínimos, deseables, de excelencia en los objetivos de aprendizaje.
- b. **Tiempo:** Se incrementa el tiempo de formación de tres a cuatro años para su ajuste al requerido para la adquisición de las competencias señaladas en el programa, y para contabilizar asimismo los periodos vacacionales, las libranzas post-guardia y las actividades formativas teórico-prácticas. Esto además facilita el progresivo ajuste a las tendencias internacionales, reflejadas en la solicitud de la UEMO al Parlamento Europeo para la ampliación de la formación en Medicina de familia a cinco años y su adaptación con la formación de países como Austria, Dinamarca y Suecia.
- c. **Flexibilidad:** El objetivo final es la adquisición de las competencias y no tanto los métodos: "Lo importante no es el cómo, sino el qué". Por cada área

competencial se establecen diferentes métodos docentes lo que permitirá a cada Unidad Docente buscar las mejores alternativas de formación para cada una de las áreas competenciales.

- d. **Pluripotencialidad:** El programa se dirige no sólo a la formación de médicos de familia que vayan a desarrollar su actividad profesional futura en un Centro de Salud, sino que debido a su pluripotencialidad permite servir de base formativa para posterior formación en otras áreas de capacitación como las Urgencias...o para desempeñar su trabajo en otros ámbitos laborales como Servicios de Urgencias y Emergencias..., y en otros servicios, unidades o entidades públicas y privadas.

Esto conlleva también la incorporación de la **formación individualizada** con un incremento progresivo de la **responsabilidad** y de la **personalización** adaptándose a las necesidades específicas de cada residente.

2. Con relación a los tutores.

- a. **La relación residente-tutor de Medicina de Familia** como eje fundamental en la formación del residente, la cual debe ser básicamente tutorizada, continuada y evaluada. Esta evaluación formativa activa y continua tiene como objetivo potenciar el autoaprendizaje.
- b. **Los niveles de competencia de los tutores** deben estar adaptados a las áreas competenciales a transmitir y a las metodologías docentes a emplear. El Médico de Familia tutor responsable del residente será competente para recomendar y orientar, en el marco establecido por la Unidad Docente, las estancias formativas y las metodologías a seguir por su residente a lo largo de todo el periodo formativo.
- c. **La Administración debe garantizar y facilitar tres ejes de intervención:**
- 1) Actividades de mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores en formación clínica y en metodología docente
 - 2) Condiciones asistenciales y docentes idóneas
 - 3) Actividades para mantener la motivación

3. Con relación a la estructura de soporte, cada Unidad Docente debe:

- a. **Adaptar el número de residentes a las posibilidades formativas** de la Unidad y a las necesidades del sistema sanitario.
- b. **Adaptar el número de tutores.** La ampliación de un año formativo y la estancia en Atención Primaria todos los años precisa que se cuente al menos con dos tutores por residente, siendo uno de ellos para ese residente el tutor principal. El residente rotará con su tutor principal en el primer año parte de los seis meses iniciales y durante el último año, manteniendo contacto estructurado y continuado el resto del tiempo. De esta manera ningún tutor, como tutor principal, tendrá adscrito más de dos residentes. El residente rotará con el tutor de apoyo en los tiempos que se determine en el centro de salud para evitar la sobrecarga del tutor principal. Durante el segundo año el residente realizará, en la medida de lo posible, su estancia en un Centro de Salud rural.
- c. **Disponer de unos recursos mínimos** que permitan el correcto desarrollo del programa docente y garantizar la adquisición del perfil profesional. La estructura docente estará al servicio de la adquisición de competencias, para lo cual se deberá garantizar la estructura de apoyo para las Unidades Docentes y la formación continuada para los tutores en todas las áreas competenciales reflejadas en el programa. Formación continuada que también debe contemplar la capacitación del tutor en la metodología docente que se precise.
- d. Asimismo las Unidades Docentes deberán garantizar:
- Un **contacto amplio** inicial con Atención Primaria (entre 3-6 meses)
 - Que al menos el **50% del tiempo** de la residencia se efectúe en el Centro de Salud.
 - Un tiempo de estancia formativa **en Centro de Salud todos los años.**

- El **contacto continuado y estructurado con el tutor**, independientemente de las estancias formativas en el Centro de Salud.
 - La **responsabilidad amplia, aunque supervisada**, en consulta durante el último año.
- e. Las Unidades Docentes deberán favorecer:
- La **ampliación de los entornos docentes**: unidades médicas de corta estancia, de hospitalización a domicilio, de emergencias, de atención al adolescente, de cuidados paliativos, de atención a los inmigrantes, a los drogodependientes, a las víctimas de violencia (mujer, anciano, niño, etc.) ... y los centros de salud rurales, por la patología atendida, por la semiología y exploración, por la tecnología diagnóstica y terapéutica, por la atención familiar, comunitaria y la salud pública que en el medio rural adquieren connotaciones diferenciadas.
 - La mejora de la **estructura física** que permita en la medida de lo posible consultas contiguas tutor-residente.
 - Las **estancias electivas** al finalizar el tercer año que permitan ajustes en los niveles de competencia adquiridos por el residente.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

Aunque el objeto final de la formación del residente es la adquisición de la competencia suficiente para realizar la atención a la persona como un todo y en su contexto, a efectos docentes se identifican cinco áreas competenciales sobre las que el programa pivota:

- a. Área de competencias esenciales, que engloba la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética.
- b. Área de competencias relacionadas con la Atención al Individuo:
 - Abordaje de necesidades y problemas de salud de las personas (prevención primaria, secundaria y terciaria).
 - Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo.
- c. Área de competencias en relación con la Atención a la Familia.
- d. Área de competencias en relación con la Atención a la Comunidad.
- e. Área de competencias en relación con la Formación y la Investigación.

En cada área se definen los objetivos y las actividades a realizar para la adquisición de estas competencias, incluyendo conocimientos, habilidades y actitudes.

Para desarrollar estos aspectos se ha confeccionado una ficha que recoge por cada área competencial los siguientes aspectos: área competencial, objetivos a conseguir, actividades docentes a realizar agrupadas según prioridad y nivel de responsabilidad.

Se establecen tres **niveles de prioridad**:

- **PRIORIDAD I**: Indispensable: las competencias deben ser adquiridas por todos los residentes. Su ausencia cuestiona su aptitud.
- **PRIORIDAD II**: Importante: las competencias deben ser adquiridas por la mayoría de residentes.
- **PRIORIDAD III**: No prioritario: la adquisición de estas competencias, si lo anterior está presente, puede ser criterio de excelencia.

Se determinan tres **niveles de responsabilidad**:

- **NIVEL PRIMARIO**: El Médico de Familia debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin consultar con otro nivel asistencial en el 90% de los casos.
- **NIVEL SECUNDARIO**: Una consulta a otro nivel es habitualmente requerida en el curso de la evaluación o del tratamiento de este tipo de problemas.
- **NIVEL TERCIARIO**: El diagnóstico y tratamiento de estos problemas es competencia de otros especialistas, pero el MF debe ser capaz de informar, apoyar al paciente y a la familia y asegurar la coordinación y la continuidad de la atención.

Para cada área se determina la metodología docente, el lugar de aprendizaje (Centro de Salud, estancia en un servicio de la Unidad Docente, rotación externa...), el tiempo de aprendizaje y las lecturas recomendadas.

METODOLOGÍA DOCENTE

La metodología docente recomendada, en general, se fundamenta en:

- A) Autoaprendizaje**
- B) Aprendizaje de campo**
- C) Clases**
- D) Trabajo grupal**
- E) Talleres**

A) Autoaprendizaje. (Self directed learning)

Consiste en: estudio y uso de herramientas de aprendizaje individuales.

Indicada especialmente para: adquisición de nuevos conocimientos, mantenimiento de la competencia, adquisición de habilidades en el uso de las herramientas básicas (inglés, informática, Internet).

Diferentes expresiones:

- Estudio cotidiano a iniciativa del propio residente.
- Aprendizaje dirigido: lecturas o visualizaciones recomendadas (CD-ROM, vídeos, páginas web). Encargo de tareas: aprendizaje basado en la resolución de problemas, discusión de casos y problemas prácticos (*Problem based learning*).
- Cursos a distancia.
- Preparación de sesiones.

B) Aprendizaje de campo (Learning in context)

Consiste en: colocar al residente en una situación real en la que su autoaprendizaje pueda tener lugar.

Indicada especialmente para: adquisición y aprehensión de la complejidad de las funciones y de la toma de decisiones como profesional.

Diferentes expresiones:

- Observación directa (el residente ve lo que hace el tutor).
- Intervenciones tutorizadas (el residente realiza sus actividades ante la presencia del tutor).
- Intervención directa, no supervisada directamente por el tutor (se obtiene información por otras vías diferentes a la observación directa: auditoría de historias, opinión de los pacientes, opinión del resto de los compañeros del equipo o del segundo nivel)
- Vídeo-grabaciones en la propia consulta (con consentimiento del paciente) y posterior análisis.

C) Clases:

Consiste en: transmisión unidireccional de la información, sobre una materia concreta. Indicada especialmente para: Transmisión de información compleja. Creación de un marco referencial.

Diferentes expresiones:

- Clase unidireccional clásica.
- Clase participativa.

Se debe, en la medida de lo posible, favorecer la clase participativa.

D) Trabajo grupal, interacción grupal (small group learning)

Consiste en: aprovechar la interacción entre los diferentes miembros del grupo. Indicada especialmente para: trabajar las actitudes.

Diferentes expresiones:

- Seminarios
- Juego de roles (role playing)

- Trabajos de campo
- Visionado de vídeos
- Mejora de calidad
- Investigación
- Otras técnicas de trabajo en aula: trabajo por pares, rejilla, Philips 6x6, etc.

E) Talleres

Consiste en: aprendizaje de habilidades en pequeños grupos.

Indicados especialmente para: la adquisición de habilidades o procedimientos (conductas que deben seguirse de un modo definido)

Diferentes expresiones:

- Con pacientes reales o simulados
- Con maniqués
- Con programas informatizados (simuladores)
- Con proyectos educativos

FUENTES DE INFORMACIÓN

La bibliografía específica se recomienda en cada área de conocimiento, aunque de forma general se listan, en el *apartado de estructura docente*, libros, revistas, recursos en Internet, páginas web, guías de práctica clínica, ... que deben estar accesibles para el residente. La relación expuesta debe ser revisada y renovada por las Unidades Docentes.

La información se estructura en:

A. REVISTAS BÁSICAS Y RECOMENDABLES

B. LIBROS BÁSICOS DE MEDICINA DE FAMILIA

C. RECURSOS DE INTERNET PARA EL MÉDICO DE FAMILIA. Clasificados en:

1. Selección de recursos generales de Internet
2. Portales y herramientas de búsqueda en Internet para Atención Primaria
 - Portales
 - Directorios y Buscadores Médicos
3. Organismos y Sociedades Científicas
4. Departamentos Universitarios de Medicina de Familia
5. Recursos Investigación y Formación Continuada
 - Investigación y evaluación de la literatura médica
 - Bases de datos
 - Revistas y libros médicos
6. Miscelánea
 - Información para pacientes
 - Información sobre medicamentos
 - Herramientas

MÉTODOS DE EVALUACIÓN

En todo programa correctamente planificado no puede faltar el elemento que garantiza la realización de las actividades y la consecución de los objetivos. Por este motivo este programa incluye por cada área de competencia una propuesta de evaluación así como un capítulo específico sobre sistemas de evaluación del proceso docente y de los resultados. "Ser un buen Médico de Familia es algo más que tener muchos conocimientos" y aspectos como las habilidades y actitudes son tan importantes en la conformación de la competencia profesional como la carga de conocimientos.

La evaluación del programa es desarrollada específicamente en un capítulo, en sus dos aspectos básicos: la evaluación de los médicos residentes y la evaluación de la estructura formativa.

En la evaluación de los médicos residentes se deben utilizar aquellos métodos que, siguiendo la Pirámide de Miller, nos permitan identificar si SABE (recuerda), SABE CÓMO (integra), DEMUESTRA CÓMO (lo sabe hacer) y HACE (evalúa el desempeño de la práctica cotidiana). Este concepto incluye si LO HACE BIEN (persigue la garantía de calidad y lo éticamente correcto).

Existen dos tipos de evaluación de los residentes: La evaluación sumativa y la evaluación formativa. La evaluación formativa se plantea a dos niveles: por un lado la *del proceso formativo* y de las actividades educativas realizadas y por otro la de *consecución de los objetivos pedagógicos* planteados. Los instrumentos evaluativos pueden clasificarse en:

✓ **Métodos indirectos** que son los que valoran cómo el profesional demuestra sus conocimientos, habilidades y actitudes en situaciones parecidas a la realidad a través de pruebas diseñadas para este fin. Son pruebas que más bien se sitúan cerca de la base de la pirámide de Miller (en el "SABE" y el "SABE CÓMO") y son: los exámenes escritos, los exámenes orales estructurados, pacientes estandarizados (mide competencias) y otras simulaciones (ordenador, maniqués...).

La combinación de diferentes métodos de estas características mejora el método y se acerca más al vértice de Miller y puede conformar una EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA Y ESTRUCTURADA (ECOIE). En cada estación de una ECOIE se valoran diferentes competencias (habilidades clínicas básicas, comunicación, habilidades técnicas, manejo de diferentes situaciones, atención a la familia y actividades preventivas). Para esto se emplean pacientes estandarizados, simuladores (ordenador y maniqués, estos últimos para RCP, infiltraciones, vendajes...), exposición a imágenes clínicas en soporte fotográfico y vídeo (valoración de problemas ORL, oftalmológicos, radiológicos...).

✓ **Métodos directos:**

- Auditoría de historias clínicas
- Vídeo-grabaciones: se graba la práctica real con el consentimiento de los pacientes. Posteriormente las cintas son analizadas en grupo sobre parrilla de análisis. Es considerado uno de los métodos más válidos y potentes para nuestra práctica.

El instrumento básico para el seguimiento del aprendizaje del residente es el programa de la especialidad y su herramienta operativa: el **libro del especialista en formación** (como agenda formativa individualizada) previamente cumplimentada; en él se especificará el grado de prioridad de los distintos objetivos educativos, así como las actividades previstas para su consecución.

De forma regular, se evaluará la realización de estas actividades, así como el grado de adiestramiento para los distintos objetivos educativos empleando los métodos sugeridos en el capítulo sobre evaluación.

RECOMENDACIONES PARA EL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

NOTA IMPORTANTE

Una de las premisas clave de este programa es la flexibilidad, de forma que lo importante sea la adquisición de las competencias y no tanto los métodos, los lugares dónde se aprenden o los tiempos que se emplean.

Esto hace que, en el marco competencial a adquirir, las Unidades Docentes deban adaptar sus recursos a los objetivos y actividades a realizar, según sus diferentes circunstancias estructurales y adecuados a los residentes, según las orientaciones de los tutores.

A modo de orientación y como recomendación general, el cronograma podría ser el siguiente:

SUGERENCIA DE UN CRONOGRAMA ORIENTATIVO DEL PROGRAMA

PRIMER AÑO

- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCIÓN PRIMARIA: 3 - 6 MESES¹
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES: 5-8 MESES
- VACACIONES 1 MES
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS²
- AUTOAPRENDIZAJE
- CLASES / TRABAJO GRUPAL / TALLERES

SEGUNDO Y TERCER AÑO

- APRENDIZAJE DE CAMPO EN MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS Y MÉDICO-QUIRÚRGICAS: 8 MESES
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCIÓN PRIMARIA: 3 MESES (R2) EN CENTRO RURAL³
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCIÓN AL NIÑO⁴: 2 MESES
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN SALUD MENTAL: 3 MESES
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCIÓN A LA MUJER: 3 MESES
- ESTANCIAS ELECTIVAS COMPLEMENTARIAS O APRENDIZAJE DE CAMPO EN EL CENTRO DE SALUD: 3 MESES (R3)⁵
- VACACIONES: 2 MESES
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS²
- AUTOAPRENDIZAJE
- CLASES / TRABAJO GRUPAL / TALLERES

CUARTO AÑO

- APRENDIZAJE DE CAMPO EN ATENCIÓN PRIMARIA: 11 MESES
- VACACIONES: 1 MES
- APRENDIZAJE DE CAMPO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS²
- AUTOAPRENDIZAJE
- CLASES / TRABAJO GRUPAL / TALLERES

El aprendizaje de campo se hará con tutorización continuada pero con incremento progresivo de la responsabilidad, a medida que el residente vaya adquiriendo competencias.

¹ El aprendizaje de campo en Atención Primaria de R1 se realizará en el inicio, preferentemente 6 meses.

² Ver tabla adjunta "Distribución de Guardias durante la Residencia"

³ Las estancias en Centro Rural se harán preferentemente durante el segundo año de formación y aquellas Unidades Docentes cuyas Áreas o Distritos de referencia no tengan ninguna zona rural, pueden asociarse con centros de salud rurales, con acreditación específica para este cometido, de otras Unidades Docentes.

⁴ El aprendizaje de campo en Atención al niño se realizará fundamentalmente en Atención Primaria.

⁵ Las estancias electivas se harán al finalizar el tercer año, antes de su estancia en el centro de salud. Si el tutor y el residente no consideran necesarias su realización se incorporará al centro de salud.

DISTRIBUCIÓN DE LAS GUARDIAS DURANTE LA RESIDENCIA**

| | C.S./A.P. | Urgencias hospitalarias | Pediatra | Ginecología | Traumatología | Medico-Quirúrgicas | S. Emerg. | TOTAL |
|------------------------|----------------------|-------------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| R1 | 3 módulos | 8 módulos | | | | | | 11 módulos |
| R2 Y R3 | 6 módulos | 8 módulos | 2 módulos | 2 módulos | 2 módulos | 2 módulos | | 22 módulos |
| R4 | 7-9 módulos | 0-2 módulos | | | | | 2 módulos | 11 módulos |
| | 16-18 módulos | 16-18 módulos | 2 módulos | 2 módulos | 2 módulos | 2 módulos | 2 módulos | 44 módulos |

1 MÓDULO = 75 horas (3 de 17 horas + 1 de 24 horas).

Distribución por horas:

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 módulo = 75 horas ▪ 2 módulos = 150 horas ▪ 3 módulos = 225 horas ▪ 6 módulos = 450 horas ▪ 7 módulos = 525 horas ▪ 8 módulos = 600 horas ▪ 11 módulos = 825 horas (total de horas de guardias por año de residencia) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 14 módulos = 1050 horas ▪ 16 módulos = 1200 horas ▪ 18 módulos = 1350 horas ▪ 22 módulos = 1650 horas ▪ 44 módulos = 3300 horas (total de horas de guardias en los cuatro años de residencia) |
|---|---|

La distribución de las guardias en 2º y 3º año, queda abierta a combinarse con las rotaciones por las especialidades durante esos dos años.

En hospitales pequeños, las guardias hospitalarias se harán en servicios de urgencias de pluripatología.

Las guardias en Atención Primaria se mantendrán repartidas durante todo el año, a lo largo de los cuatro años de residencia. Igualmente, las guardias correspondientes a los módulos de Urgencias hospitalarias anuales se repartirán a lo largo de todo el año.

Las Unidades Docentes que no tengan centros acreditados con atención continuada, podrán organizar las guardias en centros rurales del Área o Distrito al que pertenece la Unidad Docente, para lo que se procederá a su acreditación específica para este cometido. En cualquier caso, las guardias en Atención Primaria no deben ser sustituidas por guardias en Urgencias hospitalarias, si ya se han cubierto las horas recomendadas en ese ámbito.

Todas las guardias se realizarán en centros y servicios acreditados, garantizando la tutorización durante las mismas.

Esta propuesta considera que las horas reflejadas en cada uno de los ámbitos de realización de las guardias es el tiempo máximo que se precisa para cubrir los objetivos de formación en esas áreas. Así mismo, ante situaciones que obliguen a hacer reparto desigual del número de guardias mensuales, es recomendable que el mínimo de guardias no sea menor de 2, ni mayor de 5 al mes, incluyendo el acúmulo de guardias que los residentes pueden sufrir durante periodos vacacionales para cubrir necesidades del servicio.

SUGERENCIAS DE CLASES-TALLERES

El programa de forma complementaria deberá contar con formación teórico-práctica que favorezca la adquisición de las competencias del Médico de Familia y que complemente y consolide el autoaprendizaje dirigido y el aprendizaje de campo. Las áreas que tradicionalmente se desarrollan con el apoyo de clases y talleres son las presentadas en la tabla adjunta

| <u>COMPETENCIAS NO CLÍNICAS</u> | <u>COMPETENCIAS CLÍNICAS</u> |
|--|---|
| ❖ Introducción a la Medicina Familiar y Comunitaria | ❖ Urgencias. Soporte vital básico y avanzado. Atención al paciente politraumatizado |
| ❖ Gestión de la atención (la gestión clínica, el trabajo en equipo, la gestión y organización de la actividad, los sistemas de información, la gestión de la calidad, la responsabilidad civil y médico-legal) | ❖ Inmovilizaciones |
| ❖ Educación para la salud | ❖ Cirugía menor |
| ❖ Atención domiciliaria | ❖ Drogodependencias |
| ❖ Metodología de la atención a la familia | ❖ Atención a situaciones de violencia: familiar (mujer, anciano, niño, etc.), otras agresiones... |
| ❖ Metodología de la atención a la comunidad | ❖ Infiltraciones |
| ❖ Planificación y programación en Atención Primaria | ❖ Fisioterapia |
| ❖ Bioética | ❖ Electrocardiografía básica |
| ❖ Informática | ❖ Radiología básica |
| ❖ Sociología de la salud | ❖ Salud Mental |
| ❖ Epidemiología, estadística y demografía | ❖ Cuidados Paliativos |
| ❖ Metodología de la prevención | ❖ ORL |
| ❖ Metodología de la formación | ❖ Oftalmología |
| ❖ Metodología de la investigación | |
| ❖ La búsqueda bibliográfica y otros servicios elementales de documentación médica | |
| ❖ La Medicina basada en las pruebas | |
| ❖ Comunicación. Entrevista clínica. Relación médico-paciente. | |
| ❖ Habilidades sociales: abordaje de problemas, resolución de conflictos, negociación, toma de decisiones. | |
| ❖ Oferta de servicios en los centros de salud | |
| ❖ Razonamiento clínico | |

Se deberá realizar un mínimo de 200 horas, siendo recomendable 300 horas teórico-prácticas en los cuatro años.

5. COMPETENCIAS DEL MÉDICO DE FAMILIA: ÁREAS DOCENTES

5.1. ESENCIALES

5.1.1. LA COMUNICACIÓN ASISTENCIAL. LA ENTREVISTA CLÍNICA. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La comunicación médico-paciente es esencial para la práctica clínica. Se estima que un médico realizará más de 200.000 consultas a lo largo de su carrera profesional, por lo que merece la pena hacerlo bien. La comunicación eficaz es esencial para realizar una medicina de alta calidad: mejora la satisfacción del paciente, su comprensión, su adherencia terapéutica y los resultados en términos de salud de la asistencia sanitaria. Por otra parte, se han observado problemas de importancia en la comunicación entre médicos y pacientes.

La comunicación, junto con los conocimientos médicos, la exploración física y la toma de decisiones constituyen los componentes esenciales de la competencia clínica. Estos cuatro elementos son la verdadera esencia de la buena práctica clínica. Por tanto, la habilidad comunicativa no es ningún complemento para el Médico de Familia. Sin una buena habilidad de comunicación, todos nuestros conocimientos y nuestros esfuerzos intelectuales pueden ser fácilmente desaprovechados. Bien sea en el domicilio o en la consulta, todo el saber médico se transmite en el cara a cara con los pacientes; y aquí tan importante es lo que se dice como la forma de decirlo.

Las técnicas de comunicación se deben enseñar y deben ser aprendidas. No son una característica personal inalterable. Por el contrario, se han de enseñar con el mismo rigor que se enseñan las técnicas de exploración física. Porque la experiencia por sí sola, en este caso, puede llevarnos por caminos equivocados.

Por último, hay que resaltar que se precisa una metodología específica para afrontar con éxito el proceso de enseñanza-aprendizaje de las técnicas de comunicación. Básicamente, se trata de conseguir cambios en el comportamiento; por ello, los métodos más adecuados son los llamados 'experienciales' que incorporan la observación, el feedback y el ensayo de las técnicas de comunicación. El entrenamiento se completará con el aprendizaje de los conocimientos y actitudes necesarias.

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Establecer, mantener y concluir una relación asistencial y terapéutica adecuada.
2. Identificar y perfilar el/los problema/s de salud que presenta el paciente.
3. Acordar con el paciente la acción más apropiada para cada problema.
4. Informar y educar según las necesidades del paciente.
5. Utilizar el tiempo y los recursos adecuadamente.

NOTA IMPORTANTE:

El nivel de responsabilidad de todas las actividades en relación con la comunicación es primario, tanto es así que, en este caso, el Médico de Familia puede convertirse a su vez en el referente para temas de comunicación con sus pacientes para los especialistas del segundo nivel.

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES

PRIORIDAD I:

- Conectar adecuadamente con el paciente y/o su familia
- Facilitar la disposición del paciente y/o su familia a proporcionar información diagnóstica
- Averiguar la naturaleza y la historia del problema/s de salud del paciente
- Indagar por la información relevante de las vertientes biológica, psicológica y social de los problemas de salud
- Percatarse de la información que se ha obtenido de las vertientes biológica, psicológica y social de los problemas de salud
- Generar y comprobar múltiples hipótesis a lo largo de la entrevista con el paciente y/o su familia
- Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende la naturaleza del problema
- Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende el proceso y los estudios diagnósticos recomendados
- Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende las medidas terapéuticas pertinentes
- Llegar a un acuerdo con el paciente y/o su familia sobre el/los problema/s, el proceso diagnóstico y las medidas terapéuticas
- Promover la disposición del paciente y/o su familia a aceptar el plan de tratamiento. Negociar cuando sea preciso
- Aliviar el sufrimiento físico y psicológico del paciente y/o su familia
- Asegurar la satisfacción del paciente y/o su familia
- Asegurar la satisfacción del médico

PRIORIDAD II:

- Conocer los modelos más relevantes de entrevista clínica
- Conocer las fases en que se desarrolla la entrevista clínica
- Conocer la influencia de los factores ambientales en la comunicación clínica
- Conocer las principales técnicas de comunicación verbal
- Conocer los elementos esenciales que modulan el paralenguaje
- Conocer los tipos y componentes esenciales de la comunicación no verbal
- Conocer los elementos esenciales de la escucha activa
- Conocer los problemas más frecuentes que aparecen en la relación médico-paciente
- Conocer la influencia de los factores personales en la entrevista clínica
- Conectar con el paciente y/o su familia y/o sus cuidadores
 - ✓ Saludando cordialmente y llamando al paciente por su nombre
 - ✓ Demostrando interés y respeto y acompañando en la acomodación
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar con:
 - ✓ Niños
 - ✓ Adolescentes
 - ✓ Ancianos
 - ✓ Población inmigrante
- Delimitar el/los motivos de consulta
 - ✓ Identificando los problemas o temas que el paciente libremente quiere tratar
 - ✓ Escuchando sin interrumpir la entrada del paciente
 - ✓ Confirmando la lista de problemas
 - ✓ Negociando la agenda de la consulta
- Obtener la información relevante
 - ✓ Animando al paciente a 'contar' a su modo la historia de el/los problemas
 - ✓ Captando y siguiendo las pistas verbales y no verbales más relevantes
 - ✓ Haciendo un uso juicioso de los diferentes tipos de preguntas, de las facilitaciones, de las clarificaciones, de la solicitud de ejemplos, de los señalamientos, de las interpretaciones y de las técnicas de control de la entrevista
 - ✓ Verificando la información obtenida mediante la realización de resúmenes
- Establecer una relación terapéutica y de confianza
 - ✓ Demostrando un comportamiento no verbal adecuado: contacto visual-facial, postura y posición, movimientos, expresión facial, uso de la voz
 - ✓ Utilizando la historia clínica, el ordenador, los informes, recetas, etc. sin interferir en el diálogo o la conexión
 - ✓ Legitimando y aceptando el punto de vista del paciente y/o su familia sin juzgarlo
 - ✓ Mostrando empatía y ofreciendo apoyo
 - ✓ Tratando con sensibilidad los temas embarazosos, los motivos de sufrimiento y la exploración física
 - ✓ Demostrando un interés genuino por el paciente
- Acompañar adecuadamente la exploración física
 - ✓ Pidiendo permiso
 - ✓ Explicando lo que se va a hacer y por qué
 - ✓ Compartiendo con el paciente los hallazgos
- Llegar a acuerdos sobre la naturaleza del problema, la información y el plan de actuación
 - ✓ Proponiendo explicaciones y planes directamente relacionados con la forma en que el paciente y/o su familia ven el/los problemas
 - ✓ Facilitando la bidireccionalidad

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES

- ✓ Utilizando las técnicas de negociación y persuasión apropiadas
- ✓ Proporcionando la información de forma clara y concisa y en la cantidad apropiada (ni escasa ni excesiva)
- ✓ Implicando al paciente y/o su familia en la toma de decisiones hasta donde ellos decidan
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para:
 - ✓ Dar malas noticias al paciente y/o a su familia
 - ✓ Comunicar con los pacientes terminales
 - ✓ Obtener la historia sexual
 - ✓ Comunicar con pacientes con hábitos de riesgo y problemas de adicción
- Cerrar la entrevista adecuadamente
 - ✓ Resumiendo los puntos más importantes de la entrevista, especialmente los cometidos de cada uno de los participantes: médico, paciente y/o familia y/o cuidadores
 - ✓ Previendo las posibles evoluciones y la actuación más adecuada en cada caso
 - ✓ Despidiendo cordialmente a los consultantes
- Permitir la comunicación tanto de información como de pensamientos y emociones en la consulta
- Mostrar un respeto incondicional hacia los pacientes, sus familias y sus cuidadores (aunque no necesariamente a sus acciones)
- Mostrar respeto hacia la autonomía y la individualidad del paciente
- Disposición a compartir parte del proceso diagnóstico y terapéutico con los pacientes, sus familias y sus cuidadores
- Disposición a trabajar con pacientes de diferentes estratos sociales y personalidades
- Mostrar curiosidad y prestar atención a las diversas dimensiones de la enfermedad (biológica, psicológica y social) que pueden darse simultáneamente
- Actitud abierta, de curiosidad y predispuesta a explorar nuestras propias actitudes, creencias y expectativas, derivadas de nuestra condición de médicos

PRIORIDAD III:

- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar con:
 - ✓ Los pacientes con problemas sensoriales/de comunicación
 - ✓ Los pacientes poco comunicativos
 - ✓ Los pacientes deprimidos
 - ✓ Los pacientes ansiosos
 - ✓ Los pacientes enfadados/agresivos
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para:
 - ✓ Comunicar con las familias de los pacientes
 - ✓ Facilitar la comunicación de los miembros de la familia entre sí
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar con:
 - ✓ Los pacientes de culturas diferentes a la del médico
- Conocer y manejar las habilidades específicas de la 'Entrevista Motivacional'
 - ✓ Conocer los estadios y el proceso del cambio de hábitos
 - ✓ Desarrollar la empatía y fomentar la autorresponsabilidad en dicho proceso de cambio.
 - ✓ Manejar las preguntas abiertas, la escucha reflexiva, los sumarios, la positivización y el fomento de la autoeficacia
 - ✓ Conocer y manejar habilidades de persuasión
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para el 'Control de las Emociones' en la consulta
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar en 'Pequeños Grupos':
 - ✓ Grupos de pacientes
 - ✓ Grupos de trabajo: Equipo de Atención Primaria y profesionales de otros niveles asistenciales
- Conocer y manejar los elementos éticos que influyen en la comunicación médica:
 - ✓ Principios éticos y comunicación
 - ✓ El consentimiento informado

* En esta ficha se elimina la columna de nivel de responsabilidad por considerarse en todos los casos primario.

METODOLOGÍA DOCENTE RECOMENDADA

A) Autoaprendizaje

- Lectura de bibliografía recomendada
- Trabajo con vídeos
- Cursos a distancia

B) Aprendizaje de campo

- Realización de proyectos o informes
- Demostraciones (reales o vídeo-grabadas)
- Trabajo con pacientes simulados y role play
- Provisión de feedback basado en la observación directa o en vídeo-grabaciones de consultas reales
- Trabajo en consulta y específico tutor-residente

C) Cursos

- Se recomienda que el contenido teórico sea impartido mediante exposiciones participativas cortas.

D) Trabajo grupal

- Para el entrenamiento y dominio de habilidades, se recomienda que los residentes trabajen en grupos pequeños (hasta 6-8 personas), en los que puedan ser aportadas experiencias propias, se discutan problemas comunes y se sugieran alternativas reales y útiles para cada profesional. Mediante técnicas de role-playing y de trabajo con vídeo-grabaciones de pacientes reales, el residente debe tener la oportunidad de "experimentar" (probar, ejercitarse) diversas habilidades de comunicación de forma supervisada y en condiciones de "bajo riesgo".

E) Talleres

- Talleres avanzados dirigidos a desarrollar habilidades específicas, fundamentalmente de 'prioridad III'; por ejemplo, 'Taller sobre comunicación con adolescentes', 'Taller sobre comunicación con el paciente agresivo', sobre 'malas noticias', etc.

LUGAR DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

El aprendizaje fundamental se realizará en el centro de salud, pero es conveniente contar con un aprendizaje teórico y un entrenamiento en habilidades de comunicación que se debe realizar en aulas aptas para el trabajo en grupos pequeños y equipadas con material suficiente: rotafolios, pizarra, retroproyector, videoproyector, cámara de grabación portátil, reproductor de vídeo y monitor de televisión.

La supervisión del estilo y técnicas de comunicación se debe realizar en los lugares de trabajo del residente.

TIEMPO DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

Se recomienda que el aprendizaje en técnicas de comunicación comience al inicio de la residencia y se prolongue a lo largo de toda la formación.

Se recomienda un esfuerzo especial en los periodos de formación que se desarrollan en el Centro de Salud.

La formación teórico-práctica se adaptará en cada Unidad Docente pero es recomendable al menos una duración de 30 horas a lo largo de los cuatro años.

EVALUACIÓN RECOMENDADA

Ver final del capítulo de Competencias Esenciales: Página 50.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.

- Borrell F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Ediciones Doyma. 1989.
- Buckman R, Korsch B and Baile W. Guía de Habilidades de Comunicación en la Práctica Clínica. Madrid: Medical Audio Visual Communication, Inc. y Fundación de Ciencias de la Salud. 2000.
- Kurtz S, Silverman J and Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd. 1998.
- Neighbour R. La Consulta Interior. Barcelona: J&C Ediciones Médicas S.L. 1998.
- Silverman J. Kurtz S. and Draper J. Skills for Communicating with Patients. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd. 1998.
- Ruiz Moral R. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHARES. Aten Primaria, 2001; 27: 469-77.
- Borrell F. La entrevista clínica. FMC Programa de actualización en Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: Ediciones Doyma, S. A.
 - Vídeo 1: Iniciando una relación terapéutica
 - Vídeo 2: Escuchar y preguntar
 - Vídeo 3 y 4: Información y Negociar con el paciente
 - Vídeo 5: Situaciones difíciles en la consulta

5.1.2. EL RAZONAMIENTO CLÍNICO. LA TOMA DE DECISIONES. EL MÉTODO CLÍNICO CENTRADO EN EL PACIENTE

El Médico de Familia debe desempeñar una doble tarea: comprender al paciente y comprender su enfermedad y en un contexto cuyas características son los motivos de consulta diversos, el factor tiempo, la diferente probabilidad de enfermedad, la gran accesibilidad y la continuidad de la atención junto con las responsabilidades asistenciales específicas. El razonamiento clínico y la toma de decisiones junto con la comunicación asistencial y los conocimientos científico-técnicos son elementos esenciales de una buena práctica clínica. Por lo tanto esta habilidad, al igual que la comunicación no son habilidades complementarias sino esenciales y nucleares. Sin esta habilidad, nuestros conocimientos pueden ser fácilmente desaprovechados e incluso perjudiciales.

Las técnicas de razonamiento clínico, toma de decisiones y método clínico centrado en el paciente se deben enseñar y deben ser aprendidas. Se han de enseñar con el mismo rigor que se enseñan las técnicas de exploración física. Porque la experiencia por sí sola, en este caso, puede llevarnos por caminos equivocados. Al igual que la entrevista clínica, no es un proceso intuitivo y pasa por una serie de etapas que es conveniente identificar porque en ellas se pueden cometer errores.

Este área se estructura en 6 apartados correspondientes a los objetivos generales definidos; para cada uno de ellos se especifican los objetivos educativos referidos a conocimientos, actitudes y habilidades agrupados según prioridad de aprendizaje, así como las sugerencias metodológicas, las lecturas recomendadas y posibilidades de evaluación.

OBJETIVOS

El residente al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Conocer los *fundamentos y características* de la toma de decisiones en Atención Primaria
2. *Aplicar los principios* del razonamiento clínico y toma de decisiones a los problemas presentados en la consulta del Médico de Familia
3. Saber manejar en la práctica las características definitorias de las *pruebas diagnósticas*
4. Elaborar un *pronóstico* de la enfermedad
5. Decidir un *plan de actuación* adecuado al problema presentado y las características del paciente
6. Conseguir una *adecuada adherencia* al plan de actuación acordado

NOTA IMPORTANTE:

El nivel de responsabilidad de todas las actividades en relación con el razonamiento y la toma de decisiones centradas en la persona es primario, tanto es así que en este caso el Médico de Familia puede convertirse a su vez en el referente para temas de razonamiento y toma de decisiones centradas en sus pacientes para los especialistas del segundo nivel.

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES

➤ 1. CONOCER LOS FUNDAMENTOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA TOMA DE DECISIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

PRIORIDAD I:

- Diferenciar las características especiales de la toma de decisiones en Medicina de Familia: gran accesibilidad, enfermedad indiferenciada y/o en sus primeras etapas, falta de organización en la presentación de la enfermedad, incertidumbre sobre la importancia del problema, longitudinalidad
- Considerar la incertidumbre como inherente al proceso de toma de decisiones

PRIORIDAD II:

- Conocer los distintos modelos de toma de decisiones (inductivo, hipotético-deductivo, reconocimiento de patrón)
- Analizar cómo influyen en la toma de decisiones en Medicina de Familia las características definitorias de la práctica en Atención Primaria
- Estudiar la variabilidad de la práctica clínica y asumirla como indicativa de posibles problemas de calidad

➤ 2. APLICAR LOS PRINCIPIOS DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO A LOS PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA

PRIORIDAD I:

- Valorar la importancia de utilizar de forma habitual las etapas previas del proceso diagnóstico: descartar patología grave, analizar por qué acude en este momento, descubrir el significado de los síntomas para el paciente y si existe algún otro factor presente
- Incluir de forma rutinaria en la práctica las distintas etapas del proceso diagnóstico: presentación de síntomas, formación temprana de hipótesis, diagnóstico diferencial, diagnóstico de la enfermedad, explicación de la enfermedad
- Identificar los problemas del paciente y orientar posibles hipótesis que describan y expliquen su realidad
- Decidir qué exploración realizar y con qué objetivos
- Utilizar guías de práctica clínica para la atención de problemas importantes, ya sea por su frecuencia o por su trascendencia
- Interpretar la dolencia en términos de su propio contexto médico, incluyendo en el razonamiento clínico las expectativas y preocupaciones del paciente y las repercusiones del problema en su vida
- Relacionar la investigación de síntomas con el clima de la entrevista, las técnicas comunicacionales (en especial, de apoyo narrativo) y el enfoque centrado en el paciente
- Considerar el examen clínico como una herramienta más eficaz que la evaluación de laboratorio en el proceso diagnóstico
- Reconocer los límites de su competencia y responsabilidad, identificando las situaciones clínicas que requieren ser consultadas y/o derivadas al segundo nivel

PRIORIDAD II:

- Considerar los errores en la formación temprana de hipótesis, en especial el control precoz de la entrevista y el fenómeno llamado "anclaje", así como no clarificar la información confusa y no evaluar la fiabilidad de la información del paciente
- Conocer las fuentes de variabilidad en la observación clínica y utilizar los distintos métodos para reducirla, en especial la estandarización de los procedimientos de observación y la calibración o validación de los instrumentos
- Diferenciar los valores predictivos de pruebas y síntomas de acuerdo a la prevalencia de los procesos
- Considerar la rentabilidad y eficiencia en el proceso diagnóstico
- Manejar la incertidumbre a la hora de tomar decisiones, empleando diferentes valores de probabilidad para confirmar o rechazar una hipótesis
- Desarrollar guías de práctica clínica

➤ 3. SABER MANEJAR EN LA PRÁCTICA LAS CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

PRIORIDAD I:

- Conocer las características de las pruebas diagnósticas: sensibilidad y especificidad
- Identificar y aplicar los conceptos de valor predictivo y razón de probabilidad
- Conocer los criterios para seleccionar las pruebas diagnósticas más apropiadas, tanto en diagnóstico en consulta como en pruebas de cribado poblacional
- Reconocer cómo afectan a la sensibilidad y especificidad las características de los procesos morbosos en Atención Primaria
- Aplicar las características de las pruebas a los síntomas y signos: probabilidad condicional dados unos síntomas

PRIORIDAD II:

- Conocer y emplear el análisis de decisiones en la resolución de determinados problemas clínicos, utilizando árboles de decisión y aplicándoles el análisis de sensibilidad, los conceptos de utilidad, umbral de la prueba, etc.
- Conocer los posibles efectos secundarios de añadir una prueba más: redundancia, efecto cascada, etc.
- Conocer los fundamentos teóricos de las curvas de característica operacionales (ROC)
- Analizar en guías de práctica clínica las características de las pruebas utilizadas, así como las probabilidades preprueba y postprueba

➤ 4. ELABORAR UN PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

PRIORIDAD I:

- Analizar cómo influyen en la elaboración del pronóstico las características especiales de la toma de decisiones en Medicina de Familia, en especial la enfermedad indiferenciada y/o en sus primeras etapas, la falta de organización en la presentación de la enfermedad, el desconocimiento de la importancia del problema
- Elaborar un pronóstico, diferenciando historia natural y curso clínico de la enfermedad

PRIORIDAD II:

- Conocer las características de los estudios pronósticos, valorando su idoneidad en los problemas presentados en Atención

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES

Primaria

- Utilizar la longitudinalidad y la continuidad de cuidados como un valor añadido en la elaboración del pronóstico

➤ 5. DECIDIR UN PLAN DE ACTUACIÓN ADECUADO AL PROBLEMA PRESENTADO Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

PRIORIDAD I:

- Considerar las distintas opciones del plan de actuación: derivación, nuevas pruebas, espera terapéutica, etc
- Identificar el objetivo último del tratamiento: curación, prevenir una recidiva, limitar el deterioro estructural o funcional, prevenir complicaciones posteriores, remediar la molestia actual, brindar seguridad, dejar morir con dignidad
- Considerar, al seleccionar el tratamiento y sus objetivos, la enfermedad, el síndrome y la situación social, psicológica y económica en que se halla el paciente
- Explicar claramente y acordar con el paciente y su familia las medidas diagnósticas y de intervención a adoptar
- Considerar la importancia de prevenir las RAM (reacciones adversas a medicamentos) así como de su seguimiento (fármaco vigilancia)

PRIORIDAD II:

- Conocer los principios que sustentan la valoración de la eficacia de un procedimiento terapéutico
- Interpretar los resultados de la valoración de la eficacia de un procedimiento terapéutico, diferenciando significación estadística y relevancia clínica de los resultados publicados
- Conocer y manejar los conceptos de reducción de riesgo relativo, número necesario a tratar (NNT)
- Valorar la aplicabilidad en la práctica cotidiana de los resultados publicados en ensayos clínicos y meta-análisis
- Analizar en guías de práctica clínica las intervenciones propuestas, su factibilidad y eficacia

➤ 6. CONSEGUIR UNA ADECUADA ADHERENCIA AL PLAN DE ACTUACIÓN ACORDADO

PRIORIDAD I:

- Conocer los factores relacionados con el cumplimiento: derivados del médico, del paciente, de la enfermedad, indicación terapéutica, ambiente y estructura sanitaria
- Considerar la adherencia al tratamiento como objetivo primordial y tarea básica del médico
- Utilizar las distintas estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento

PRIORIDAD II:

- Conocer y utilizar los distintos métodos de valoración del cumplimiento

* En esta ficha se elimina la columna de nivel de responsabilidad por considerarse en todos los casos primario.

METODOLOGÍA DOCENTE

El aspecto crucial de la metodología docente es el **trabajo en las consultas** con sus tutores, en especial los de medicina de familia (tanto del ámbito urbano como rural) y urgencias, comentando los casos, estudiándolos y presentándolos, sin olvidar el estudio individual y las sesiones de presentación de casos. Se recomiendan como métodos:

A) Autoaprendizaje

Análisis bibliográfico de la variabilidad de la práctica médica y en el Centro de Salud y/o Urgencias en relación con algún motivo de consulta frecuente.

B) Aprendizaje de campo

Trabajo con el tutor en consulta.

C) Cursos

Introducción al razonamiento clínico que puede incluirse en un Seminario de la Práctica en Medicina de Familia a desarrollar durante el tiempo de estancia inicial en el Centro de Salud (R1).

D) Trabajo grupal

- Trabajo de grupo sobre cómo toman las decisiones los médicos.
- *Juego de roles* sobre razonamiento clínico en todas sus fases.
- Trabajo individual y grupal analizando de forma secuencial, y en ejemplos reales, las distintas etapas del proceso diagnóstico, pronóstico y terapéutico.
- Trabajo con *vídeo-grabaciones* de consultas relacionando el proceso diagnóstico con el clima de la entrevista y las técnicas de apoyo narrativo.
- Realización y presentación de *sesiones clínicas* en las que se realice un abordaje integral del problema, estudiándolo con un enfoque centrado en el paciente y presentado las distintas etapas del proceso diagnóstico y terapéutico, de acuerdo al esquema de Riegelman.
- Aplicación a casos hipotéticos de las actividades propuestas en diferentes guías de práctica clínica, valorando su factibilidad y proponiendo las adaptaciones pertinentes.

E) Talleres

Taller práctico sobre razonamiento clínico y toma de decisiones (R4).

La **formación teórico-práctica** podría planificarse en tres niveles: *introducción* en el primer año, que continuaría durante el segundo y tercer año con *medicina basada en la evidencia, epidemiología clínica y pruebas diagnósticas*, culminando durante el cuarto con un taller práctico sobre *razonamiento clínico y toma de decisiones*.

Esta formación teórico-práctica debería estar íntimamente relacionada con la de entrevista clínica y la de epidemiología clínica; considerándose muy importante abordar de forma conjunta estos apartados, o al menos hacerlo de forma coordinada, utilizando habitualmente en ambas actividades los mismos ejemplos y casos, juegos de roles y vídeo-grabaciones.

LUGAR DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

El aprendizaje teórico y el entrenamiento en razonamiento clínico se debe realizar en aulas aptas para el trabajo en grupos pequeños y equipadas con material suficiente: rotafolios, pizarra, retroproyector, videoproector, cámara de grabación portátil y reproductor de vídeo y monitor de televisión.

La supervisión del estilo y técnicas de razonamiento clínico se debe realizar en los lugares de trabajo del residente.

TIEMPO DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

Se recomienda que el aprendizaje en técnicas de razonamiento clínico comience al inicio de la residencia y se prolongue a lo largo de toda la formación.

Se recomienda un esfuerzo especial en los periodos de formación que se desarrollan en el Centro de Salud.

La formación teórico-práctica se adaptará en cada Unidad Docente pero se recomienda al menos un mínimo de 30 horas a lo largo de los cuatro años.

EVALUACIÓN RECOMENDADA

Ver final del capítulo de Competencias Esenciales: página 50.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- McWhinney IR. El método clínico. En : McWhinney IR. Medicina de Familia. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1996: 114-63. (*objetivos 1 y 2*)
- Pascual J, Torío J y García MC. El juicio clínico en Medicina Familiar. En: Gallo Vallejo FJ y cols. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. (2ª ed). Madrid: Editorial IC&M, 1997: 61-72. (*objetivos 1 y 2*)
- Ruiz R, Martínez J y Fonseca F. El método clínico de la medicina de familia. En: Gallo Vallejo FJ y cols. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. (2ª ed). Madrid: Editorial IC&M, 1997: 73-9 (*objetivos 1 y 2*)
- Turabian JL. Resolviendo problemas en Medicina de Familia. En: Turabian JL. Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1995 (*objetivo 1*)
- Córdoba R, Lou S Métodos diagnósticos en la consulta del Médico de Familia. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1994 (*objetivo 1*)
- Bellón J. La consulta del médico de familia: como organizar el trabajo. En: Gallo Vallejo FJ y cols. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2ª edición. Madrid: Editorial IC&M, 1997; 242-258 (*objetivo 1*)
- Hernández I, Vioque J. El Examen clínico, el diagnóstico. En: Argimón J, Brotons C, Gabriel R, Gil V, Gómez de la Cámara A, Jiménez j y cols. Tratado de Epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma, 1995 (*objetivo 2*)
- Borrel F y Bosch JM. Entrevista clínica. En: Martín Zurro A y Cano Pérez JF. Atención Primaria. (4ª ed). Barcelona: Harcourt Brace, 1999: 275-81. (*objetivo 2*)
- Cabello J, Pico J. El diagnóstico precoz: conceptos y estrategias. En: Argimóns J, Brotons C, Gabriel R, Gil V, Gómez de la Cámara A, Jiménez j y cols. Tratado de Epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma, 1995; (*objetivo 2*)
- Guarga A, Marquet R y Jovell A. Recomendaciones para la práctica clínica: protocolos y guías, en Atención Primaria. En: Martín Zurro A y Cano Pérez JF. Atención Primaria. (4ª ed). Barcelona: Harcourt Brace, 1999: 292-310. (*objetivo 2*)

- Pozo F. Utilización clínica de las pruebas diagnósticas. En: Argimóns J, Brotons C, Gabriel R, Gil V, Gómez de la Cámara A, Jiménez j y cols. Tratado de Epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma, 1995 (*objetivo 3*)
- Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. Mexico: Editorial Médica Panamericana, 1998 (*objetivo 3 y 4*)
- Sackett DL, Richardsdson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Madrid: Churchill Livingstone, 1997 (*objetivo 3*)
- Gabriel R, Rodríguez F, Castrillo J. Toma de decisiones: metodología. En: Argimóns J, Brotons C, Gabriel R, Gil V, Gómez de la Cámara A, Jiménez j y cols. Tratado de Epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma , 1995 (*objetivo 3*)
- Sox HC, Blatt M, Higgins MC, Marton KI. Medical Decision Making. Boston: Butterworths , 1998 (*objetivo 3*)
- Córdoba R y Hernández AC. Pruebas diagnósticas en Atención Primaria. En: Martín Zurro A y Cano Pérez JF. Atención Primaria. (4ª ed). Barcelona: Harcourt Brace, 1999: 311-29. (*objetivo 3*)
- Villagrasa F, Bañares J, Barona C, Pla E. El juicio pronóstico. En: Argimóns J, Brotons C, Gabriel R, Gil V, Gómez de la Cámara A, Jiménez j y cols. Tratado de Epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma, 1995 (*objetivo 4*)
- Gil V, Puras F, Merino J. Decidir la terapéutica. En: Argimóns J, Brotons C, Gabriel R, Gil V, Gómez de la Cámara A, Jiménez j y cols. Tratado de Epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma, 1995 (*objetivo 5*)
- Morales F, Ferrer J, Palop V, Quirce F. La nocividad de la terapéutica. En: Argimóns J, Brotons C, Gabriel R, Gil V, Gómez de la Cámara A, Jiménez j y cols. Tratado de Epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma, 1995 (*objetivo 5*)
- Gené J y Catalán A. Utilización de los medicamentos. En: Martín Zurro A y Cano Pérez JF. Atención Primaria. (4ª ed). Barcelona: Harcourt Brace, 1999: 330-50. (*objetivo 5*)
- Brotons Cuixart C. Evaluación de la evidencia científica. En: Argimóns J, Brotons C, Gabriel R, Gil V, Gómez de la Cámara A, Jiménez J y cols. Tratado de Epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma, 1995; (*objetivo 5*)
- Gil V, Merino J. Cumplimiento terapéutico. En: Argimóns J, Brotons C, Gabriel R, Gil V, Gómez de la Cámara A, Jiménez J y cols. Tratado de Epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma, 1995(*objetivo 6*)

5.1.3. LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

- La gestión clínica
- El trabajo en equipo
- La gestión y organización de la actividad
- Los sistemas de información
- La gestión de la calidad
- La responsabilidad civil y médico-legal

Las cuatro funciones del Médico de Familia son la atención, la docencia, la investigación y la gestión de la atención. Una buena gestión clínica y no clínica (organizativa) va a determinar que las competencias del Médico de Familia tengan el impacto deseado sobre los objetivos del sistema sanitario: la efectividad, la eficiencia, la equidad y la viabilidad del sistema. La gestión de la atención determina un elemento básico de la eficiencia microeconómica que es la eficacia de nivel es decir la capacidad de resolución de problemas con calidad científico-técnica y a un coste razonable en el nivel en el que éstos se deben resolver.

Los médicos somos los responsables de la gestión de la mayor parte de recursos del Sistema Nacional de Salud. Los médicos de familia somos gestores: gestores clínicos que debemos tomar decisiones eficientes, basadas en la mejor evidencia disponible, en la propia experiencia clínica y teniendo en cuenta las expectativas del paciente, gestores del tiempo, gestores de la información y gestores de la calidad en un marco de responsabilidad civil y médico-legal.

En este apartado se desarrollan en seis subapartados los elementos clave de la gestión de la atención que interesan al Médico de Familia: la gestión clínica, el trabajo en equipo, la gestión y organización de la actividad, los sistemas de información, la gestión de la calidad y la responsabilidad civil y médico-legal. En cada apartado se definen los objetivos y actividades propios.

NOTA: Los niveles de responsabilidad que se incluyen en la presente área temática hacen referencia a la necesidad de apoyo técnico especializado (Comisiones de Calidad, Técnico de salud, coordinador de calidad, etc.).

ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: LA GESTIÓN CLÍNICA

SUBÁREA 1: La gestión clínica. La medicina basada en la evidencia. La resolución de problemas centrada en el paciente. La evaluación de la práctica clínica. Utilización adecuada de las pruebas complementarias. Uso racional del medicamento. La gestión de la Incapacidad Transitoria (IT).

OBJETIVOS

El residente al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Aplicar la gestión clínica y sus elementos prácticos.
2. Aplicar la medicina basada en la evidencia como instrumento para la gestión clínica.
3. Aplicar la gestión clínica centrada en el paciente.
4. Valorar el nivel de resolución de problemas, y actuar sobre él.
5. Manejar la evaluación de la práctica clínica y saber aplicar los distintos instrumentos de evaluación.
6. Valorar la utilidad de las pruebas complementarias y saber aplicarlas en la práctica clínica.
7. Realizar una prescripción farmacéutica racional.
8. Manejar la IT en el marco de la consulta médica.

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|--------------------------|
| CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES | |
| PRIORIDAD I | |
| ➤ Conocimiento de las bases conceptuales de la gestión clínica: la variabilidad de la práctica clínica y las estrategias para gestionarla | PRIMARIO |
| ➤ Conocimiento de la MBE como instrumento para la gestión clínica: guías de práctica clínica. | PRIMARIO |
| ➤ Conocimiento del concepto del nivel de resolución como medida de resultados de la actividad de la AP y las posibilidades de medirlo y actuar sobre él | PRIMARIO |
| ➤ Conocimiento del método clínico y la gestión clínica centrada en el paciente. | PRIMARIO |
| ➤ Conocimiento teórico y habilidades para el uso adecuado de las pruebas diagnósticas | PRIMARIO |
| ➤ Conocimiento de las bases teóricas de la gestión farmacéutica y habilidades para la prescripción farmacéutica racional. | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Conocimiento y habilidades para la gestión de la IT en la consulta. | PRIMARIO |
| PRIORIDAD II | |
| ➤ Conocimiento MBE como instrumento para la gestión clínica: toma de decisiones, evaluación de la práctica | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Habilidades para desarrollar guías de práctica clínica | SECUNDARIO |
| ➤ Conocimiento y habilidades para la valoración de pruebas diagnósticas | SECUNDARIO |
| ➤ Conocimiento de la utilidad del análisis coste-efectividad | SECUNDARIO |
| ➤ Conocimiento teórico y habilidades prácticas para el desarrollo de estudios de utilización de medicamentos | SECUNDARIO |
| PRIORIDAD III | |
| ➤ Habilidad para el desarrollo de estudios de análisis coste-efectividad | SECUNDARIO |
| ➤ Habilidad para la gestión clínica | PRIMARIO |
| ➤ Habilidad para la MBE centrada en el paciente | PRIMARIO |

ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: EL TRABAJO EN EQUIPO

SUBÁREA 2: El trabajo en equipo. El líder en el equipo. Dinámica de reuniones. Gestión de conflictos: la negociación.

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Trabajar en equipo, en los diferentes ámbitos de trabajo
2. Liderar y dinamizar la actividad de los equipos
3. Conducir adecuadamente las reuniones
4. Adquirir los elementos prácticos de la negociación como instrumento para gestionar los conflictos

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--------------------------|
| CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES | |
| <u>PRIORIDAD I</u> | |
| ➤ Conocimiento de los fundamentos teóricos del trabajo en equipo | PRIMARIO |
| ➤ Conocimiento de los fundamentos teóricos de la negociación como instrumento para la gestión de conflictos | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <u>PRIORIDAD II</u> | |
| ➤ Conocimiento de los estilos de liderazgo, y la influencia del líder como elemento coordinador y dinamizador de equipos | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Conocimiento de los elementos teóricos para la conducción y dinamización de reuniones | PRIMARIO |
| ➤ Manejo de las técnicas de negociación | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <u>PRIORIDAD III</u> | |
| ➤ Manejo práctico de reuniones | PRIMARIO/SECUNDARIO |

ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: LA GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD

SUBÁREA 3: La gestión y organización de la actividad asistencial y no asistencial en el Equipo de Atención Primaria (EAP). Frecuentación y presión asistencial. Gestión de la consulta: los circuitos y la agenda.

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Conocer las bases fundamentales de la organización de los EAP
2. Conocer y valorar los diferentes modelos organizativos de la actividad en consulta, la actividad domiciliaria, la relación entre personal médico y personal de enfermería, tanto en medio rural como urbano
3. Conocer y saber aplicar la metodología de gestión de la consulta

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--------------------------|
| CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES | |
| <u>PRIORIDAD I</u> | |
| ➤ Conocimiento de las bases de la organización de los EAP en sus aspectos asistenciales | PRIMARIO |
| ➤ Conocimiento de los modelos organizativos de la actividad en consulta y en domicilio | PRIMARIO |
| ➤ Conocimiento de los modelos organizativos de la relación entre personal médico y de enfermería en el EAP | PRIMARIO |
| ➤ Manejo de la metodología de gestión de la consulta | PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD II</u> | |
| ➤ Conocimiento de los factores que influyen en la utilización de los servicios sanitarios | PRIMARIO/SECUND. |
| ➤ Manejo del paciente hiperfrecuentador | PRIMARIO |
| ➤ Conocimiento de las bases de la organización de los EAP en los aspectos de formación, investigación y docencia | PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD III</u> | |
| ➤ Conocimiento de las bases de la organización de la unidad de atención al usuario del EAP | PRIMARIO/SECUND. |

ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

SUBÁREA 4: Los sistemas de información: recogida de datos poblacionales, historia clínica, registros de morbilidad, codificación, registro de mortalidad, otros sistemas de registro, la informática en consulta, sistemas y programas.

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Conocer las características generales del Sistema de Información Sanitario
2. Manejar los distintos sistemas de registro que se utilizan en Atención Primaria y conocer su utilidad práctica
3. Manejar los indicadores de uso más habitual en Atención Primaria
4. Adquirir la capacidad para interpretar el significado de los distintos indicadores y los factores determinantes en su interpretación
5. Adquirir la capacidad para poder definir el sistema de información factible en diferentes entornos
6. Conocer y manejar las aplicaciones informáticas para la informatización de la Atención Primaria
7. Aprender las bases teóricas y la metodología para la informatización completa de un EAP

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|--|
| CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES | |
| <u>PRIORIDAD I</u> | |
| ➤ Conocimiento de las características generales de un Sistema de Información Sanitario (SIS), sus principios básicos y sus limitaciones | PRIMARIO |
| ➤ Conocimiento y manejo de la historia clínica en cualquier soporte | PRIMARIO |
| ➤ Conocimiento y manejo de otros sistemas de registro de uso habitual en Atención Primaria | PRIMARIO |
| ➤ Capacidad para valorar la utilidad práctica de los distintos sistemas de registro en función del valor de la información obtenida y el coste de obtenerla | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Conocimiento de los indicadores de uso más frecuente en Atención Primaria | |
| ➤ Capacidad para interpretar los indicadores de uso más frecuente en Atención Primaria | PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <u>PRIORIDAD II</u> | |
| ➤ Capacidad para la definición de un SIS adecuado y factible para un entorno concreto | SECUNDARIO |
| ➤ Conocimiento de las distintas aplicaciones informáticas para la informatización de la Atención Primaria | SECUNDARIO |
| <u>PRIORIDAD III</u> | |
| ➤ Capacidad para el diseño de planes y programas (de formación, atención y gestión) con sus sistemas de información y de evaluación | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Conocimiento de las bases teóricas y metodología práctica para la informatización de un EAP | PRIMARIO/SECUNDARIO |

ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

SUBÁREA 5: Mejora continua de la calidad. El ciclo de la calidad. Instrumentos para la mejora. Implantación de la mejora de la calidad en el EAP. La perspectiva del cliente.

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

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

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|--|
| <p>CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES</p> <p>PRIORIDAD I</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento del concepto de calidad y los distintos componentes que la integran (eficacia, efectividad, eficiencia, equidad, viabilidad: satisfacción del cliente/usuario, calidad científico-técnica y motivación de los profesionales) ➤ Conocimiento del ciclo de la calidad y sus distintos pasos ➤ Manejo de los instrumentos cuantitativos y cualitativos simples para la detección de situaciones mejorables ➤ Conocimiento y aplicación de las Normas de Calidad establecidas por las Sociedades Profesionales, los grupos de consenso, o la propia institución, referidas a los procesos asistenciales de mayor prevalencia en la práctica clínica ➤ Conocimiento de los aspectos de la atención sanitaria que valora el cliente: la capacidad de respuesta, la fiabilidad, los elementos tangibles, la empatía, la profesionalidad, la continuidad ➤ Conocimiento de los aspectos de la atención sanitaria que valora el profesional: prevención del burn-out ➤ Actitud positiva hacia la evaluación y el conocimiento del error como método de mejora <p>PRIORIDAD II</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo de los instrumentos para el análisis de causas y análisis de soluciones ➤ Manejo de los instrumentos y metodología para la evaluación de resultados en mejora de calidad ➤ Conocimiento de cómo realizar la implantación de un plan de mejora en un EAP: la comisión de calidad, los equipos de mejora, inicio de las actividades <p>PRIORIDAD III</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo de los instrumentos complejos para la detección de situaciones mejorables: Conocer y aplicar las principales técnicas grupales (brainstorming, grupo nominal, grupos focales) y estadísticas (diagrama de Pareto, diagrama de causa-efecto) para la realización de Planes de Mejora. ➤ Elaboración de criterios o normas de calidad referidos a la estructura, el proceso o los resultados de la práctica clínica, a partir de las evidencias científicas. ➤ Identificación y documentación de los procesos asistenciales, elaborando guías de práctica clínica basadas en la evidencia. ➤ Selección de indicadores y establecimiento de un sistema de seguimiento y monitorización de los procesos y de los resultados de la unidad. ➤ Conocimiento y aplicación de las principales herramientas para el control y mejora de los procesos (estandarización, gráficas de control de procesos). ➤ Elaboración y puesta en marcha de un plan de auditorías internas para verificar el cumplimiento de las normas o criterios de calidad. ➤ Elaboración y puesta en marcha de Planes de Mejora de la calidad. ➤ Conocer los diferentes sistemas de autorización, acreditación y certificación de los servicios sanitarios. ➤ Conocer y participar en la realización de métodos de autoevaluación global y sistemática de la organización, basados en el modelo europeo de excelencia. | <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>(la mayoría de instrumentos)</p> <p>TERCIARIO</p> <p>(algún instrumento de alta complejidad)</p> |

ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

SUBÁREA 6: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y MÉDICO LEGAL

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Conocer la legislación relativa a su puesto de trabajo y categoría profesional.
2. Conocer la estructura (organigrama) y funciones de los diferentes niveles del servicio de salud para el que trabaja.
3. Conocer la normativa médico-legal relacionada con la Incapacidad Temporal.
4. Conocer la legislación y procedimientos relacionados con la prescripción de medicamentos y accesorios.
5. Conocer y mostrarse competente en el manejo de todas las situaciones y en la cumplimentación de todos los modelos de informe relacionados con la Justicia.
6. Conocer sus obligaciones en relación con la solicitud de certificados por parte de los pacientes.
7. Conocer y mantenerse actualizado sobre las más importantes declaraciones y códigos deontológicos relacionados con la profesión.
8. Conocer y aplicar la normativa sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

NOTA IMPORTANTE:

El nivel de responsabilidad de todas las actividades en relación con la responsabilidad profesional es primario

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES

PRIORIDAD I

- Conocer la legislación relativa a su puesto de trabajo, tanto la aplicable de nivel internacional, nacional, como de su comunidad autónoma
- Conocer la legislación relativa al aborto y a la eutanasia en nuestro país
- Conocer la estructura (organigrama) y funciones de los diferentes niveles del servicio de salud para el que trabaja
- Conocer hasta donde llegan sus obligaciones y derechos, así como las del resto de los compañeros del equipo o del segundo nivel
- Conocer la normativa médico-legal relacionada con la **Incapacidad Temporal (IT)** y/o accidente laboral o enfermedad profesional. Se mantendrá diestro en el manejo de todos los documentos necesarios en cualquiera de las fases
- Conocer las entidades y organismos relacionados con la IT (MATEPSS, UVMI, EVI)
- Conocer las repercusiones económicas de sus decisiones sobre IT
- Conocer la legislación y procedimientos relacionados con la **prescripción** de medicamentos (diferentes tipos de recetas: de la SS, de compañías aseguradoras, privadas, receta de estupefacientes), fórmulas, accesorios (medias elásticas), oxigenoterapia, material fungible (sondas) y uso de vehículos (ambulancias)
- Conocer la cantidad de envases que pueden prescribirse por receta, productos que precisan visado (pañales, tiras reactivas, alimentación enteral, otros)
- Conocer y mostrarse competente en el manejo de las situaciones y en la cumplimentación de todos los modelos de informe relacionados con la justicia: certificados de nacimiento, de defunción, actitud ante la sospecha de muerte no natural, partes de lesiones, partes de estado, partes ante la sospecha de malos tratos a mujeres o a menores, partes ante la sospecha de violación o abusos sexuales, traslado y recepción de cadáveres, informes a petición del juez.
- Conocer y aplicar la normativa sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).
- Conocer sus obligaciones en relación con la **solicitud de certificados** por parte de los pacientes (certificado médico ordinario –validez de los posibles formularios-, de haber estado en la consulta, para el colegio, informes para balnearios, para viajes del INSERSO, para ingreso en residencia, certificados para el permiso de conducir, de armas, de cazador, para deportistas federados y no federados).
- Conocer sus obligaciones ante solicitud de certificados improcedentes: certificados de virginidad, solicitud de falsificación en algunos términos de los certificados (fecha, diagnóstico), informes solicitados por el empresario.

PRIORIDAD II

- Mostrarse competente para estudiar un brote epidémico.
- Mostrar una actitud favorable a la actualización permanente sobre los cambios que la normativa sobre IT suele sufrir.
- Mantenerse informado sobre la mejor actitud ante situaciones de agresión por parte de algún paciente.

PRIORIDAD III

- Conocer la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y el Código Deontológico del Consejo General de Colegios de Médicos.

* En esta ficha se elimina la columna de nivel de responsabilidad por considerarse en todos los casos primario

METODOLOGÍA DOCENTE

Los distintos objetivos de este área, se trabajarán a lo largo de todos los años de residencia, pero muy especialmente el primer y último año. La metodología docente básica es el **trabajo en las consultas** con los tutores, en especial los de medicina de familia y urgencias, comentando casos y situaciones, estudiándolos y presentándolos, sin olvidar el estudio individual.

Se recomienda que la **formación teórico-práctica** se planifique en tres niveles: *introducción* en el primer año, que continuaría durante el segundo y tercer año con *gestión clínica, sistemas de información, trabajo en equipo, responsabilidad profesional* culminando durante el cuarto con un taller práctico sobre *gestión de la calidad*.

Esta formación teórico-práctica debería estar íntimamente relacionada con la de razonamiento clínico, la de epidemiología clínica y la de medicina y gestión basada en la evidencia; considerándose muy importante abordar de forma conjunta estos apartados, o al menos hacerlo de forma coordinada.

Se recomiendan como métodos:

A) Autoaprendizaje

- Análisis bibliográfico de la variabilidad de la práctica médica y en el Centro de Salud y/o Urgencias en relación con algún motivo de consulta frecuente.
- Estudio individual.

B) Aprendizaje de campo

- Trabajo con el tutor en consulta.

C) Cursos

- Introducción a la gestión clínica, al trabajo en equipo, a la gestión y organización de la actividad, a los sistemas de información, gestión de la calidad y responsabilidad profesional. Puede ser incluido en el Seminario de la Práctica en Medicina de Familia a desarrollar durante la estancia inicial en el Centro de Salud (R1).
- Seminario de gestión clínica, de trabajo en equipo, de gestión y organización de la actividad (R2-R3) y de gestión basada en la evidencia (R2).
- Curso de autoevaluación aplicando el modelo europeo de excelencia.

D) Trabajo grupal

- Trabajo de grupo sobre la toma de decisiones de los médicos.
- Valoración sobre casos reales durante las sesiones de revisión de historias (utilización de pruebas diagnósticas, prescripción, IT...)
- Experiencias reales de desarrollo de estudios de evaluación de la práctica clínica y de utilización de medicamentos
- Sesiones teóricas y experiencias reales de trabajo en equipo, de análisis, organización y gestión de la actividad, diseño de circuitos y de agendas de la actividad en el Centro de Salud, del manejo de la presión y de la frecuentación asistencial. Experiencia real de manejo de algún paciente hiperfrecuentador.
- Trabajo grupal analizando de forma secuencial, y en ejemplos reales, las distintas etapas del ciclo evaluativo de la calidad tanto de ámbito clínico como no clínico: Identificación de 10 procesos relevantes en la unidad o equipo.
- Participación en un equipo de mejora y en la realización de un plan de mejora, incorporación a grupos de evaluación o auditorías, auditoría de historias clínicas, trabajo de campo en proyectos de mejora, participación en grupos focales y participación en el plan de calidad del centro.
- Participación en la elaboración de una guía de práctica clínica.
- Asistencia a Consejos de Gestión o de Dirección.
- Participación en las reuniones de equipo.

E) Talleres

- Taller práctico sobre consulta informatizada (R3).
- Taller práctico sobre gestión clínica (R2-R3).
- Taller práctico sobre gestión de la calidad (R4).

LUGAR DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

El aprendizaje teórico y el entrenamiento en habilidades de gestión de la atención se debe realizar en aulas aptas para el trabajo en grupos pequeños y equipadas con material suficiente: rotafolios, pizarra, retroproyector, vídeo-proyector, cámara de grabación portátil y reproductor de vídeo y monitor de televisión.

La supervisión del estilo y técnicas de gestión de la atención se debe realizar en los lugares de trabajo del residente. Se recomiendan:

- Centro de Salud para las seis áreas
- Asistencia a las reuniones de la comisión de calidad de la organización
- Visitas a centros de salud u organizaciones líderes en su sector
- Rotaciones con el coordinador de calidad del centro o área sanitaria

TIEMPO DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

Se recomienda que el aprendizaje en gestión de la atención comience al inicio de la residencia y se prolongue a lo largo de toda la formación.

Se recomienda un esfuerzo especial en los periodos de formación que se desarrollan en el Centro de Salud.

La formación teórico-práctica se adaptará en cada Unidad Docente pero se recomienda al menos un mínimo de 30 horas a lo largo de los cuatro años.

EVALUACIÓN RECOMENDADA

Ver final del capítulo de Competencias Esenciales: página 50.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Gestión clínica

- Martín-Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. (4ª ed), (capítulos: Gestión clínica, pruebas diagnósticas, análisis decisiones, utilización de medicamentos). Madrid. Harcourt-Brace. 1999.
- Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. Madrid: Churchill Livingstones. 1997.
- Jovell AJ, Navarro MD, Aymerich M, Serra M. Metodología de diseño y evaluación de guías de práctica clínica en Atención Primaria. Aten Primaria 1997; 20: 259-66.
- Badia X, Rovira J. Evaluación económica de medicamentos. Madrid: DuPont-Pharma, 1994.
- Borrell F y Grupo de Trabajo de la semFYC. Incapacidad temporal. Encrucijada ética, clínica y de gestión. Barcelona: Edide. 1999.

Trabajo en equipo

- Borrell F. Cómo trabajar en equipo. (2ª Ed). Barcelona: Ed Gestión 2000, 2001.

La gestión y organización de la actividad

- Martín Zurro A. Organización de las actividades en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez F. Atención Primaria. (5ª ed). Madrid: Hallcourt, 2003. En prensa.
- Casajuana J, Bellón JA. La gestión de la consulta en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez F. Atención Primaria. (5ª ed) . Madrid: Hallcourt, 2003. En prensa.
- Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Barcelona: Ed. Instituto @pCOM, 2001.

Sistemas de información

- Varios autores. Diseñar y manejar un sistema de registro para la toma de decisiones en Atención Primaria de Salud. En: Gallo FJ. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. (2ª ed). Madrid: SemFYC. 1997: 1373-1438.

Gestión de la calidad

- Comissió de millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Guía Práctica. Implantación de un plan de mejora en un EAP. Barcelona: Edide. 1994.
- Comissió de millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Probando a sentarse en la otra silla. La perspectiva del cliente. Barcelona: Edide. 1997.
- Curso de Mejora continua de la calidad. Formación Médica Continuada (supl 7). Barcelona: Doyma, 2000.
- Saturno PJ. Curso de calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid, Dupont-Pharma 1997.
- Donabedian A. La Calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana. S.A. 1984.
- El modelo EFQM de excelencia: sector público y organizaciones del voluntariado. Madrid: Club Gestión de Calidad. 1999.
- Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y Práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
- Muir Gray JA. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Madrid: Churchill Livingstone.España, 1997.
- Varios autores. Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: Dupont-Pharma. 1997.

Responsabilidad profesional

- Real Decreto 63/95 de 20 de enero de Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, BOE nº 35, de 10 de Febrero de 1995
- URL locate: http://www.gobcan.es/sanidad/scs/2/2_7/decretos/d32_1995.htm
- Saltstone SP, Saltstone R, Rowe BH. Knowledge of medical-legal issues. Survey of Ontario family medicine residents. Can Fam Physician 1997;43: 669-73.
- Código Deontológico de la Organización Médica Colegial.

METODOLOGÍA DOCENTE RECOMENDADA

El aspecto crucial de la metodología docente es el **trabajo en las consultas** con sus tutores. Se recomiendan como métodos:

A) Autoaprendizaje

Autoaprendizaje dirigido.

B) Aprendizaje de campo

Seguimiento tutorizado de pacientes.

C) Cursos

Introducción a la bioética. Se podrá incluir en el Seminario de la Práctica en Medicina de Familia a desarrollar durante la estancia inicial en el Centro de Salud (R1).

D) Trabajo grupal

- Sesiones bibliográficas
- Discusión de casos reales y simulados (seminarios/talleres)
- Juego de roles
- Utilización de simulaciones
- Interconsultas docentes a las asesorías jurídicas, comisiones asistenciales de ética del Área u Hospital de referencia y comisiones deontológicas del Colegio de Médicos
- Participación en las comisiones asistenciales de ética de las áreas y/o hospitales

E) Talleres

Taller práctico avanzado sobre Bioética (R4).

LUGAR DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

El aprendizaje teórico y el entrenamiento en habilidades se debe realizar en aulas aptas para el trabajo en grupos pequeños y equipadas con material suficiente: rotafolios, pizarra, retroproyector, vídeo-proyector, cámara de grabación portátil y reproductor de vídeo y monitor de televisión.

El aprendizaje práctico se realizará en:

- Unidad Docente de MFyC
- Centro de Salud y Hospital
- Comisiones asistenciales de ética

TIEMPO DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

Se recomienda que el aprendizaje en bioética comience al inicio de la residencia y se prolongue a lo largo de toda la formación.

Se recomienda un esfuerzo especial en los periodos de formación que se desarrollan en el Centro de Salud.

La formación teórico-práctica se adaptará en cada Unidad Docente pero se recomienda al menos un mínimo de 10 horas durante el primer año con un Curso básico de formación, pudiéndose ampliar otras 10 horas en el último año al fin de abordar un Curso avanzado.

EVALUACIÓN RECOMENDADA

Ver final del capítulo de Competencias Esenciales: página 50.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Serie de Bioética para Clínicos en Med Clin años 2001-2002 del grupo técnico de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud.
- Couceiro A, editora. Bioética para clínicos. (1ª Ed.). Madrid: Triacastela, 1999.
- Documento semFYC nº 7. Sobre bioética y medicina de Familia. Barcelona: semFYC, 1996.
- Gracia D, Broggi MA, Salvá P y Costa J. Ética Médica. En: Farreras / Rozman. Medicina Interna. Vol I. (14ª Ed.). Madrid: Harcourt. 2000 : 62-73.
- Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología médica. Madrid: Organización Médica Colegial, 1999.
- URL locate: <http://www.diariomedico.com/profesion/omc.html>
- Singer PA, editor. Bioethics at the bedside. A clinician's guide. Canadian Medical Association, 1999.

- URL locate: <http://www.cma.ca/cmaj/series/bioethic.com>
- Simón P. El Consentimiento Informado.(1ª Ed.).Triacastela 2000

EVALUACIÓN RECOMENDADA PARA EL ÁREA DE COMPETENCIAS ESENCIALES

Se recomienda que el aprendizaje en las competencias esenciales sea evaluado por métodos objetivos y estandarizados, tanto si es con propósito formativo como sumativo.

La evaluación en este área se plantea sobre tres niveles: *el proceso formativo* y de *las actividades educativas* realizadas, la *estructura docente* y la de *consecución de los objetivos pedagógicos* planteados (evaluación formativa).

❖ Se recomienda que se realice:

- Evaluación del Programa: objetivos, contenidos, actividades, organización, documentación...
- Evaluación de los docentes: capacitación en la materia, cualidades docentes...
- Evaluación de los residentes: grado de consecución de los objetivos docentes
 - Definición precisa de objetivos
 - Construcción de métodos objetivos de medición
 - Medición en contexto clínico simulado o real (por observación directa de la actuación del residente, ECOE, observación de vídeo-grabaciones, información proporcionada por los pacientes...)
 - Medición de resultados de trabajos y actividades prácticas propuestas
 - Feedback sobre resultados (evaluación formativa)
 - Se recomienda especialmente la utilización del Cuestionario GATHARES con propósito evaluativo del área de comunicación por haber sido validado para su uso con residentes españoles.

5.2. ATENCIÓN AL INDIVIDUO

Tal y como se comenta en el apartado de valores profesionales los médicos de familia debemos atender a *personas*, individuos con unos determinados problemas y creencias a lo largo de toda la vida. Hay que tener en cuenta que estas personas viven inmersas en un *contexto familiar y social*. Este área de atención al individuo debe impregnarse de esta filosofía para evitar caer en tratar enfermedades o problemas de salud. Se estructura en diferentes secciones por aparatos o sistemas. Existen dos situaciones que merecen una mención especial y son comunes a todos los aparatos o sistemas: el paciente pluripatológico y el paciente con una enfermedad de baja incidencia.

El **paciente pluripatológico**, es un paciente muy frecuente que presenta múltiples patologías. Esta condición requiere un abordaje integrado de las mismas, pero con un especial conocimiento de cada una para poder abordar potenciales complicaciones e interacciones. Por otro lado, es fundamental el abordaje familiar y psicosocial del paciente (creando redes de soporte social adecuadas), “cuidar a la cuidadora/cuidador principal” y proporcionar una comunicación fluida durante todo el proceso de cuidados.

El **paciente con una enfermedad de baja incidencia**: si bien es cierto que la labor del Médico de Familia se fundamenta en la patología más prevalente, no lo es menos que debería tener un profundo conocimiento de las patologías de baja incidencia que afectan a los pacientes de los cuales es el médico de referencia. Sería deseable que pudiera abordar sus principales complicaciones, el manejo terapéutico y conocer los criterios de derivación al segundo o tercer nivel. En estos casos nuevamente el abordaje debe ser biopsicosocial, debe conocer los grupos de autoayuda, proporcionar consejo genético y conocer las técnicas de abordaje de los dilemas éticos que vayan surgiendo.

NOTA IMPORTANTE

Las diferentes secciones de este área tienen unos objetivos docentes comunes a todas ellas por tratarse de competencias básicas y generales de cada área clínica desarrollada.

Estos objetivos deberán ser tenidos en cuenta en cada área clínica.

OBJETIVOS

El médico residente, al finalizar su periodo de formación, demostrará y/ será capaz de:

1. Realizar una anamnesis detallada y dirigida al cuadro clínico que presente el paciente
2. Realizar la exploración física completa y competente en función del cuadro clínico
3. Valorar y escoger la mejor estrategia diagnóstica
4. Interpretar los exámenes de laboratorio básicos
5. Interpretar el estudio radiológico y electrocardiográfico básico, si precisa
6. Indicar las medidas higiénico - dietéticas oportunas
7. Indicar las medidas farmacológicas oportunas
8. Valorar efectos secundarios e interacciones farmacológicas
9. Indicar la pauta de los controles evolutivos
10. Indicar la derivación al especialista del segundo/tercer nivel
11. Valorar la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción de la salud atendiendo a las recomendaciones de los grupos de expertos nacionales e internacionales y valorar la necesidad de cuidado paliativo si es preciso
12. Mantener el enfoque biopsicosocial y considerar y abordar el contexto familiar y social, englobando la atención en su domicilio y en la comunidad, la utilización de recursos comunitarios, la atención prestada por el equipo multidisciplinar, siendo el Médico de Familia el coordinador de los cuidados a largo plazo

Además de los objetivos docentes que el médico residente debe adquirir a lo largo de su formación, respecto a la actitud que debe mantener en todas las áreas existe un mínimo común denominador:

“El residente debe mostrar una actitud favorable hacia”:

- El trabajo en equipo
- La coordinación con el segundo nivel
- La coordinación con los servicios socio-sanitarios
- La auditoría de su propio trabajo
- El mantenimiento de la competencia: actualización de conocimientos y habilidades
- El mantenimiento de un sistema de información ordenado y fácilmente utilizable por sus compañeros
- La investigación clínica

5.2.1. ABORDAJE DE NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD.

ÁREA: FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

PROBLEMAS CARDIOVASCULARES.

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADOS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--------------------------|
| <u>PRIORIDAD I:</u> | |
| ➤ Conocer y saber realizar las actividades preventivas en población general | PRIMARIO |
| ➤ Conocer y saber realizar las actividades preventivas en pacientes con: | PRIMARIO |
| • Factores de riesgo cardiovascular | |
| • Cardiopatía isquémica | |
| • Insuficiencia cardíaca | |
| • Pacientes en riesgo de endocarditis bacteriana | |
| ➤ Manejo diagnóstico de los siguientes problemas: | PRIMARIO / SECUNDARIO |
| • Disnea | |
| • Dolor torácico | |
| • Cianosis | |
| • Palpitaciones | |
| • Síncope | |
| • Soplo cardíaco | |
| • Edemas | |
| ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de: | SECUNDARIO |
| • Cardiopatía isquémica | |
| • Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) | |
| • Fibrilación auricular | |
| • Insuficiencia venosa crónica | |
| • Patología arterial periférica | |
| ➤ Manejo diagnóstico y criterios de derivación de: | SECUNDARIO |
| • Otras arritmias cardíacas | |
| • Valvulopatía | |
| • Miocardiopatía | |
| • Endocarditis bacteriana | |
| • Patología de grandes arterias: aneurisma de aorta, etc. | |
| ➤ Saber hacer e interpretar: | PRIMARIO |
| • ECG | |
| • Técnicas Doppler | |
| • El cálculo del riesgo cardiovascular | |
| ➤ Conocer las indicaciones y saber interpretar la radiología torácica simple | PRIMARIO |
| ➤ Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos: | PRIMARIO |
| • Ecocardiografía | |
| • Prueba de esfuerzo | |
| • Holter | |
| • Ecografía, Tomografía | |
| ➤ Conocer las indicaciones de marcapasos | SECUNDARIO |
| ➤ Manejo del paciente en situación de urgencia: | TERCIARIO |
| • Síndrome coronario agudo | TERCIARIO |
| • Parada cardio-respiratoria | TERCIARIO |
| • Insuficiencia cardíaca aguda | TERCIARIO |
| • Arritmias cardíacas | TERCIARIO |
| • Pericarditis aguda | SECUNDARIO |
| • Trombosis venosa profunda | SECUNDARIO |
| • Tomboembolismo pulmonar | TERCIARIO |
| • Obstrucción arterial periférica aguda/disección aórtica | TERCIARIO |
| ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente con patología cardiovascular crónica | PRIMARIO |
| ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente afecto de insuficiencia cardíaca en fase avanzada | PRIMARIO / SECUNDARIO |
| <u>PRIORIDAD II:</u> | |
| ➤ Saber hacer: | PRIMARIO |
| • Rehabilitación cardíaca | SECUNDARIO |
| • Estudio de familiares de pacientes con miocardiopatía hipertrófica | |
| ➤ Conocer las indicaciones de los siguiente métodos diagnósticos: | TERCIARIO |
| • Técnicas de diagnóstico por radioisótopos | TERCIARIO |
| • Arteriografía/ flebografía | TERCIARIO |
| ➤ Saber hacer el control de tratamiento con dicumarínicos | PRIMARIO |
| ➤ Conocer las indicaciones de tratamiento trombolítico y de revascularización en el síndrome coronario agudo | PRIMARIO/ SECUNDARIO |
| <u>PRIORIDAD III:</u> | |
| ➤ Conocer las indicaciones de cirugía en valvulopatías | TERCIARIO |

ÁREA: FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS CARDIOVASCULARES
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y aplicar las actividades preventivas con relación a la presión arterial a todos los pacientes, teniendo en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> • La periodicidad recomendada de la medición de la tensión arterial por los grupos de expertos nacionales e internacionales • Los principales conceptos para clasificar la Hipertensión como entidad, y al paciente hipertenso en función de su riesgo cardiovascular global ➤ Saber: <ul style="list-style-type: none"> • Medir correctamente la tensión arterial • Realizar e interpretar el cálculo de riesgo cardiovascular global ➤ Manejo diagnóstico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • HTA según el riesgo cardiovascular • HTA secundaria y encauzará su estudio inicial • HTA de bata blanca y aplicará las medidas necesarias para descartarla • Los principales daños orgánicos consecuencia de la HTA (arteriales, renales, cardíacos o cerebrales) • HTA en situaciones especiales (embarazo, patología concomitante: insuficiencia renal...) ➤ Conocer las indicaciones y saber interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio • Pruebas radiológicas • MAPA (Monitorización ambulatoria de la presión arterial) • AMPA (Automedida de la presión arterial) ➤ Conocer las indicaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Ecografía abdominal • Ecocardiografía ➤ Manejo terapéutico de la HTA: <ul style="list-style-type: none"> • Ser competente para negociar con el paciente las recomendaciones sobre estilos de vida y el tratamiento individualizado que mejor se adecue a cada paciente concreto, con especial atención al seguimiento de dichas recomendaciones (<i>adherencia al tratamiento</i>) • Conocer los mecanismos de acción, indicaciones, dosificación, efectos secundarios, contraindicaciones, eficacia y costes de los grupos farmacológicos antihipertensivos • Fomentar el autocontrol de la TA por parte del propio paciente como un objetivo a alcanzar y actuar en consecuencia • Conocer los criterios de buen control de la HTA y tomar las decisiones terapéuticas adecuadas para conseguir dicho objetivo ➤ Establecer controles periódicos del paciente con HTA ➤ Manejo del paciente en situación de urgencia: <ul style="list-style-type: none"> • Crisis hipertensiva • Urgencia hipertensiva • Emergencia hipertensiva ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente hipertenso, sobre todo en caso de mal control (fracaso terapéutico, mala adherencia al tratamiento no farmacológico y/o farmacológico) <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Exploración de fondo de ojo para valorar retinopatía hipertensiva | <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO PRIMARIO / SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO / SECUNDARIO PRIMARIO / SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO PRIMARIO / TERCARIO TERCIARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> |

ÁREA: FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS CARDIOVASCULARES
HIPERLIPEMIAS

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|--|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y aplicar las actividades preventivas con relación a la hiperlipemia a todos los pacientes, teniendo en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> • La periodicidad recomendada de la medición de los niveles de colesterol por los grupos de expertos nacionales e internacionales • Los principales conceptos para clasificar la hiperlipemia como entidad, y al paciente hiperlipémico en función de su riesgo cardiovascular global y de si se trata de prevención primaria o secundaria ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de hiperlipemia • Estudio completo del paciente afecto de hiperlipemia • Cálculo de la fórmula de Friedewald • Cálculo del índice aterogénico • Cálculo del riesgo cardiovascular ➤ Manejo diagnóstico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Hipercolesterolemia según el riesgo cardiovascular • Hiperlipemias primarias y secundarias ➤ Conocer las indicaciones y objetivos del tratamiento dietético y farmacológico según el riesgo cardiovascular y demás parámetros ➤ Manejo terapéutico de la hiperlipemias: <ul style="list-style-type: none"> • Ser competente para negociar con el paciente las recomendaciones sobre estilos de vida y el tratamiento individualizado que mejor se adecue a cada paciente concreto, con especial atención al seguimiento de dichas recomendaciones (<i>adherencia al tratamiento</i>) • Conocer los mecanismos de acción, indicaciones, dosificación, efectos secundarios, contraindicaciones, eficacia y costes de los grupos farmacológicos hipolipemiantes • Conocer los criterios de buen control de la hiperlipemias según tipo de paciente y situación clínica y tomar las decisiones terapéuticas adecuadas para conseguir dicho objetivo ➤ Establecer unos controles periódicos del paciente con hiperlipemia ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente dislipémico, sobre todo en caso de mal control (fracaso terapéutico, mala adherencia al tratamiento no farmacológico y/o farmacológico) y riesgo cardiovascular alto <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer la clasificación y características de las hiperlipemias primarias | <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO / SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> |

ÁREA: PROBLEMAS RESPIRATORIOS

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|--------------------------|
| <u>PRIORIDAD I:</u> | |
| ➤ Conocer y saber realizar las actividades preventivas en población general y en población de riesgo | PRIMARIO |
| ➤ Saber realizar el abordaje del tabaquismo | PRIMARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico de los siguientes problemas: | PRIMARIO |
| • Tos crónica | |
| • Disnea | |
| • Dolor torácico | |
| • Cianosis | |
| • Hemoptisis | |
| ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de: | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| • Asma bronquial | |
| • EPOC | |
| • Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) | |
| • Insuficiencia respiratoria | |
| • Neumotórax | |
| • Derrame pleural | |
| ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo de: | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| • TBC | |
| • Cáncer pleuropulmonar | |
| ➤ Conocer las indicaciones y saber interpretar la radiología simple de tórax | TERCIARIO |
| ➤ Saber hacer e interpretar: | PRIMARIO |
| • Pruebas funcionales respiratorias | PRIMARIO |
| • Pulsioximetría | |
| • Prueba de la tuberculina | |
| ➤ Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos: | PRIMARIO |
| • Pruebas de alergia respiratoria | |
| • Broncoscopia | |
| • TAC | |
| ➤ Saber hacer: | PRIMARIO |
| • Estudio de contactos de TBC | |
| • Técnica de inhalación de fármacos | |
| • Fisioterapia respiratoria | |
| ➤ Manejo de la quimioprofilaxis antituberculosa | PRIMARIO |
| ➤ Identificar las patologías relacionadas con el trabajo. Conocer las actitudes preventivas frente a los factores de riesgo laboral | PRIMARIO |
| ➤ Conocer las indicaciones de oxigenoterapia y realizar el control evolutivo | |
| ➤ Manejo del paciente en situación de urgencia | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| • Disnea aguda | TERCIARIO |
| • Hemoptisis masiva | SECUNDARIO |
| • Neumotórax | SECUNDARIO |
| • Parada respiratoria | TERCIARIO |
| • Crisis de asma grave | |
| ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente afecto de enfermedades respiratorias en fase avanzada | PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD II</u> | |
| ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo de: | TERCIARIO |
| • Patología pleural | SECUNDARIO |
| • Síndrome de apnea del sueño | TERCIARIO |
| • Enfermedades respiratorias profesionales | SECUNDARIO |
| • Enfermedades de baja prevalencia (sarcoïdosis, fibrosis pulmonar idiopática) | TERCIARIO |
| ➤ Conocer y saber realizar las actividades preventivas en enfermedades respiratorias profesionales | PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD III</u> | |
| ➤ Saber hacer: | TERCIARIO |
| • Gasometría arterial | TERCIARIO |
| • Toracocentesis | SECUNDARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico de la repercusión pleuropulmonar de patologías sistémicas | SECUNDARIO |

ÁREA: PROBLEMAS DEL TRACTO DIGESTIVO Y DEL HÍGADO

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--------------------------|
| <u>PRIORIDAD I:</u> | |
| ➤ Conocer y saber realizar las actividades preventivas de: | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis víricas • Hepatopatía alcohólica • Cribado de cáncer del aparato digestivo | |
| ➤ Manejo diagnóstico de los siguientes problemas: | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Náuseas / vómitos • Pirosis / Dispepsia • Disfagia • Dolor abdominal y anal • Alteración del hábito deposicional • Ictericia • Patrón analítico de colestasis/aumento de transaminasas | |
| ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de: | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Reflujo gastroesofágico | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Úlcera péptica | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gastritis crónica | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hepatopatía crónica | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diverticulosis | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Colon irritable | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad celíaca | PRIMARIO / TERCARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de malabsorción intestinal | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Litiasis biliar | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Patología anal: hemorroides, fisura... | |
| ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo de: | TERCARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer digestivo | TERCARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad inflamatoria intestinal | |
| ➤ Saber hacer: | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de SNG y rectal | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Desimpactación manual de heces | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Trombectomía de hemorroides externas | PRIMARIO/ SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Drenaje de abscesos en la región anal | PRIMARIO / TERCARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Paracentesis evacuadora | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Indicación de dietas específicas: GEA, celiaquía... | |
| ➤ Conocer las indicaciones y saber interpretar: | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Radiología de abdomen | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio | |
| ➤ Conocer las indicaciones de: | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Radiología con contraste baritado | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de endoscopia | |
| <ul style="list-style-type: none"> • TAC | |
| ➤ Manejo del paciente en situación de urgencia: | TERCARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Abdomen agudo: obstrucción de vías biliares, pancreatitis, apendicitis, oclusión/perforación intestinal, incarceration herniaria | TERCARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia digestiva | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Crisis hemorroidal/absceso en región anal | TERCARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia hepática | |
| ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente afecto de enfermedades crónicas digestivas | PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD II:</u> | |
| ➤ Saber hacer: | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación enteral por SNG | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Anuscopia | |
| ➤ Saber interpretar las imágenes ecográficas hepatobiliares | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Saber interpretar la radiología con contraste baritado | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Manejo terapéutico y actividades preventivas de: | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Paciente gastrectomizado | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Portadores de estomas | PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD III:</u> | |
| ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo del paciente afecto por enfermedades de baja incidencia: CBP, Wilson,... | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Saber realizar ecografías hepatobiliares | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Conocer las indicaciones de trasplante hepático | PRIMARIO |

ÁREA: PROBLEMAS INFECCIOSOS

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--------------------------|
| <u>PRIORIDAD I:</u> | |
| ➤ Conocer el calendario vacunal del adulto y del paciente en situación de riesgo para infecciones oportunistas | PRIMARIO |
| ➤ Conocer y saber realizar las actividades preventivas en: <ul style="list-style-type: none"> • Contactos de pacientes afectos de meningitis • Contactos de pacientes afectos de TBC • Enfermedades de transmisión sexual • Pacientes en riesgo de infección por VIH • Viajeros • Accidentes percutáneos | PRIMARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico del síndrome febril | PRIMARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de infecciones respiratorias: catarro, gripe, otitis y sinusitis agudas, faringitis agudas, amigdalitis aguda, bronquitis agudas y agudización infecciosa del EPOC, neumonía adquirida en la comunidad | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de infecciones urinarias: cistitis agudas, pielonefritis, infecciones urinarias recurrentes, prostatitis, orquiepididimitis | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de infecciones gastrointestinales: gastroenteritis aguda, toxiinfecciones alimentarias, hepatitis víricas | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de enfermedades de transmisión sexual: vaginitis, úlceras genitales, uretritis, cervicitis y verrugas genitales | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de infecciones cutáneas: víricas, bacterianas y micosis | PRIMARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de antropozoonosis | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo de: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Infección por VIH • Meningitis • Endocarditis bacteriana • TBC • Infecciones osteoarticulares | TERCIARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Meningitis • Endocarditis bacteriana • TBC • Infecciones osteoarticulares | TERCIARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Endocarditis bacteriana • TBC • Infecciones osteoarticulares | SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • TBC • Infecciones osteoarticulares | TERCIARIO |
| ➤ Saber hacer: | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Recogida de exudado: ótico, faríngeo, nasal, uretral, oftálmico • Triple toma vaginal • Recogida adecuada de muestras cutáneas, esputo, orina, heces • Test de diagnóstico rápido • Mantoux/estudio de contactos de TBC | |
| ➤ Apoyo y refuerzo en la adherencia al tratamiento antirretroviral | PRIMARIO |
| ➤ Manejo del paciente en situación de urgencia: | TERCIARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sepsis... | |
| ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente afecto de enfermedades infecciosas (VIH, TBC, meningitis...) | PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD II:</u> | |
| ➤ Conocer y saber realizar las actividades preventivas en: | SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Accidentes biológicos de carácter ocupacional | |
| ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de: | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Patología importada por el viajero: fiebre, diarrea... • Patología importada por inmigrantes: paludismo, parasitosis, lepra | TERCIARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico y criterios de derivación ante la patología oportunista en el paciente con infección por VIH | PRIMARIO/TERCIARIO |
| ➤ Asesoramiento en el inicio del tratamiento en infección por el VIH | PRIMARIO |
| ➤ Implantación de actividades comunitarias en promoción de la salud en el campo de las ETS e infección por el VIH | PRIMARIO |

ÁREA: PROBLEMAS METABÓLICOS Y ENDOCRINOLÓGICOS
DIABETES MELLITUS

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|--------------------------|
| CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES | |
| <u>PRIORIDAD I:</u> | |
| ➤ Estrategias de prevención en población de riesgo, oportunista | PRIMARIO |
| ➤ Bases del diagnóstico de la diabetes: Factores de riesgo, síntomas y signos de sospecha, criterios diagnósticos, clasificación de la diabetes | PRIMARIO |
| ➤ Valoración inicial en el momento del diagnóstico de la diabetes: inicio de tratamiento, control metabólico, cribado de complicaciones crónicas | PRIMARIO |
| ➤ Seguimiento de la diabetes: | PRIMARIO |
| ◆ Control metabólico: objetivos de control, significado de la Hba1c, fructosamina, glucemia, glucosuria, cetonuria, lípidos, peso tensión arterial. | |
| ◆ Cribado de complicaciones crónicas | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| • Retinopatía: interpretación informe fondo de ojo | |
| • Nefropatía: albuminuria, creatinina | |
| • Enfermedad cardiovascular: factores de riesgo, cálculo RCV | |
| • Pie diabético: inspección, pulsos periféricos, monofilamento Semmens-Wenstein | |
| ➤ Prevención y tratamiento de complicaciones agudas | PRIMARIO |
| ➤ Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: Nutrición básica. Ejercicio físico. Intervención mínima antitabaco. Grupos farmacológicos (mecanismo de acción, indicaciones, efectos secundarios, interacciones, contraindicaciones, eficacia, costes). Utilización de fármacos en monoterapia y terapia combinada. Insulinoterapia. | PRIMARIO |
| ➤ Educación para la Salud: Individual (entrevista motivacional) | PRIMARIO |
| ➤ Manejo de técnicas: inyección, autoanálisis, autocontrol, tratamiento intensivo | PRIMARIO |
| ➤ Estrategias de cribado y diagnóstico de diabetes gestacional | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| • Cuidados compartidos | PRIMARIO |
| • Cuidados compartidos médico-enfermera | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Indicación de consulta con otros especialistas | PRIMARIO |
| ➤ Métodos anticonceptivos en la mujer con diabetes en edad fértil | PRIMARIO |
| ➤ Consejo sobre programación embarazo | PRIMARIO |
| ➤ Manejo del paciente en situación de urgencia: | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| • Complicaciones agudas | PRIMARIO |
| ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente diabético | |
| <u>PRIORIDAD II:</u> | |
| ➤ Estrategias de prevención en población de riesgo, comunitaria | PRIMARIO |
| ➤ Educación para la Salud en grupos | PRIMARIO |
| ➤ Tratamiento de las complicaciones crónicas | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Cribado de complicaciones crónicas | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| • Retinopatía: Fondo de Ojo y/o Fotografía con Retinógrafo digital | |
| • Pie: Doppler, Índice tobillo/brazo, podometría | |
| ➤ Cuidados compartidos en el seguimiento de la mujer con diabetes embarazada | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Cuidados compartidos en el seguimiento del niño con diabetes, para el niño y los padres: apoyo psicológico, resolución dudas e inquietudes, control en circunstancias intercurrentes, vacunación antigripal, cumplimiento | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Cuidados compartidos en el seguimiento del adolescente con diabetes: apoyo psicológico, resolución dudas e inquietudes, control en circunstancias intercurrentes, educación específica en anticoncepción y programación de embarazo, tabaco, alcohol y drogas. | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <u>PRIORIDAD III:</u> | |
| ➤ Nutrición avanzada | PRIMARIO |
| ➤ Tratamiento insulínico intensivo | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Tratamiento de la diabetes gestacional con dieta y/o insulina | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Abordaje e Intervención familiar en familias en crisis con pacientes diabéticos | PRIMARIO/SECUNDARIO |

ÁREA: PROBLEMAS METABÓLICOS Y ENDOCRINOLÓGICOS

OBESIDAD

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--|
| <u>PRIORIDAD I</u> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y realizar: <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la obesidad • Detección de la obesidad • Prevención de las posibles complicaciones de la obesidad: DM | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y aplicar: <ul style="list-style-type: none"> • La periodicidad recomendada de medición del peso según los grupos de expertos para realizar una detección de la obesidad • Los principales conceptos para la clasificación de la obesidad como entidad, y al paciente obeso en función de su riesgo cardiovascular | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber manejar: <ul style="list-style-type: none"> • Tablas de talla y peso • Medida del pliegue cutáneo • Índice de masa corporal • Índice cintura-cadera | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo diagnóstico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Obesidad androide y ginoide. Valoración de su riesgo cardiovascular • Obesidad secundaria • Obesidad mórbida o maligna | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer las indicaciones y saber interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo terapéutico: <ul style="list-style-type: none"> • Valoración del paciente obeso androide y ginoide • Ser competente para negociar con el paciente las recomendaciones sobre estilos de vida y el tratamiento individualizado que mejor se adecuen a cada paciente en concreto, con especial atención al seguimiento de éstas • Establecer los objetivos a alcanzar, la periodicidad de las visitas y los parámetros clínicos a controlar • Conocer ampliamente las diferentes dietas hipocalóricas • Indicaciones y contraindicación de los grupos farmacológicos, así como de sus efectos secundarios y dosificación • Complicaciones crónicas de la obesidad | PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente obeso | PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD II</u> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Educación para la salud en grupos | PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD III</u> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Abordaje e intervención familiar en el paciente con obesidad mórbida | PRIMARIO |

ÁREA: PROBLEMAS METABÓLICOS Y ENDOCRINOLÓGICOS
PROBLEMAS TIROIDEOS

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|---|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer las actividades preventivas: <ul style="list-style-type: none"> • Cribado de hipotiroidismo congénito • Correcto aporte de yodo a la dieta ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Bocio simple y nodular • Enfermedad de Graves-Basedow • Tiroiditis de Hashimoto • Otras tiroiditis • Alteración tiroidea subclínica ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo del cáncer tiroideo ➤ Saber hacer la exploración del área tiroidea ➤ Conocer las indicaciones de los siguientes procedimientos diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Determinación de anticuerpos antitiroglobulina y antimicrosomales • Ecografía tiroidea • PAAF • Gammagrafía tiroidea ➤ Manejo de la urgencia en patología tiroidea: <ul style="list-style-type: none"> • Crisis tirotóxica • Coma mixedematoso ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente tiroideo crónico o diagnosticado de cáncer <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer las indicaciones de los siguientes procedimientos diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • TAC/RNM en el estudio de patología tiroidea | <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO/SECUNDARIO SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">TERCIARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO SECUNDARIO SECUNDARIO TERCIARIO</p> <p style="text-align: center;">TERCIARIO TERCIARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO/TERCIARIO</p> |

ÁREA: PROBLEMAS METABÓLICOS Y ENDOCRINOLÓGICOS
OTROS PROBLEMAS ENDOCRINOLÓGICOS

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|--|
| <p><u>PRIORIDAD I</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y aplicar las actividades preventivas pertinentes en pacientes con endocrinopatías crónicas: prevención de la osteoporosis... ➤ Sospecha diagnóstica, criterios de derivación y control evolutivo posterior de: <ul style="list-style-type: none"> • Hiperparatiroidismo • Hipoparatiroidismo • Enfermedad de Addison • Hipofunción corticosuprarrenal secundaria • Hiperaldosteronismo • Síndrome de Cushing • Feocromocitoma • Hiperpituitarismo • Hipopituitarismo ➤ Conocer las indicaciones y saber interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio • Exámenes de radiología ➤ Manejo diagnóstico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Hipercalcemia/Hipocalcemia • Hipernatremia/Hiponatremia • Hiperpotasemia/Hipopotasemia ➤ Manejo del paciente en situación de urgencia: <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia suprarrenal aguda (crisis addisoniana) ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente con endocrinopatía <p><u>PRIORIDAD II</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sospecha diagnóstica de: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades del sistema APUD • Síndrome carcinoide • Tumores endocrinos múltiples • Endocrinopatías | <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO TERCIARIO SECUNDARIO SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO/ SECUNDARIO TERCIARIO TERCIARIO</p> <p style="text-align: center;">TERCIARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO</p> |

ÁREA: PROBLEMAS DE LA CONDUCTA Y DE LA RELACIÓN. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y aplicar las medidas preventivas de los trastornos de salud mental ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica psicopatológica • Tests psicológicos básicos ➤ Manejo diagnóstico y terapéutico: <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo • Trastorno por ansiedad ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo de: <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del comportamiento • Trastornos de la alimentación • Trastornos de la autoimagen • Trastornos sexuales • Trastorno psicótico, con énfasis en la detección precoz y activa ➤ Saber utilizar las estrategias terapéuticas básicas: <ul style="list-style-type: none"> • Terapias de apoyo • Técnicas de contención terapéutica • Psicofármacos • Interconsulta ➤ Atención a las situaciones urgentes en salud mental: <ul style="list-style-type: none"> • Intentos de autolisis • Agitación psicomotriz • Crisis psicótica • Cuadro de manía e hipomanía ➤ Saber entender las emociones y conflictos psicológicos de las personas con problemas de salud ➤ Saber realizar un correcto abordaje familiar y psicosocial ante situaciones especiales: síndrome depresivo, demencias, enfermos terminales, duelo, incapacidades severas, etc. | <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO/ SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">TERCIARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo preventivo de situaciones de riesgo ligadas a las principales etapas vitales: adolescencia, maternidad, menopausia, envejecimiento y jubilación ➤ Manejo diagnóstico y terapéutico de situaciones conflictivas en Atención Primaria con relación a la salud mental: pacientes somatizadores, hiperfrecuentadores, reivindicativos, agresivos, rentistas, etc. | <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer la indicación y saber poner en práctica técnicas terapéuticas más especializadas: terapias cognitivas, grupos de autoayuda, etc. ➤ Intervención familiar en situaciones especiales: paciente psicótico, trastornos del comportamiento alimentario | <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |

ÁREA: PROBLEMAS DEL SISTEMA NERVIOSO

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADOS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|---|
| <u>PRIORIDAD I:</u> | |
| ➤ Conocer y aplicar las actividades preventivas de los factores de riesgo cardiovascular | PRIMARIO |
| ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis y exploración física neurológica • Fondo de ojo • Valoración funcional | PRIMARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y/o criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas y algias de la cara • Síndrome vertiginoso • Síncope • Enfermedad cerebrovascular • Demencia y deterioro cognitivo • Cuadro confusional agudo • Neuropatías • Enfermedades de los pares craneales | PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO TERCIARIO PRIMARIO SECUNDARIO PRIMARIO TERCIARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico, control evolutivo y/o criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Temblor (esencial, enfermedad de Parkinson, secundario a otras enfermedades neurológicas) • Epilepsia • Infecciones del SNC: meningitis, encefalitis • Alteraciones del nivel de conciencia: coma | PRIMARIO SECUNDARIO TERCIARIO TERCIARIO |
| ➤ Sospecha diagnóstica y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad desmielinizante • Tumor cerebral • Enfermedad neuromuscular | PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO |
| ➤ Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Neuroimagen (TAC, RNM, PET) • Electroencefalograma • Electromiograma | PRIMARIO |
| ➤ Manejo terapéutico de: <ul style="list-style-type: none"> • Temblor esencial e inducido por fármacos • Contactos del paciente con meningitis | PRIMARIO PRIMARIO |
| ➤ Abordaje familiar y psicosocial de los pacientes con enfermedades neurológicas crónicas y/o degenerativas | PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD II:</u> | |
| ➤ Manejo terapéutico de: <ul style="list-style-type: none"> • Parkinson • Epilepsia | SECUNDARIO SECUNDARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico de: <ul style="list-style-type: none"> • Otros trastornos del movimiento y de la marcha | PRIMARIO/ SECUNDARIO |
| ➤ Fisioterapia del enfermo vascular | PRIMARIO |
| ➤ Saber realizar grupos de soporte al cuidador del paciente con demencia | PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD III:</u> | |
| ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Punción lumbar | TERCIARIO |
| ➤ Intervención familiar en familias con pacientes con enfermedades neurológicas crónicas y/o degenerativas en crisis. | PRIMARIO/SECUNDARIO |

ÁREA: PROBLEMAS HEMATOLÓGICOS

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|---|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y aplicar las actividades de prevención de anemia ferropénica en mujeres embarazadas y lactantes con riesgo elevado ➤ Conocer las indicaciones y saber interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Los parámetros hematológicos básicos ➤ Manejo diagnóstico de un paciente con: <ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la VSG • Alteración de la serie roja: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anemia: Anemia microcítica, normocrómica y macrocítica ✓ Poliglobulia: Poliglobulia primaria, secundaria y relativa • Alteraciones de la serie blanca: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leucocitosis: Neutrofilia, eosinofilia, basofilia, linfocitosis, monocitosis ✓ Leucopenia: Neutropenia, linfopenia • Alteraciones de la hemostasia y de la coagulación: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteraciones plaquetarias <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos cuantitativos: Trombocitopenia y trombocitosis ▪ Trastornos cualitativos ✓ Coagulopatías ✓ Vasculopatías: congénitas o adquiridas • Aplasia medular: pancitopenia • Adenopatía/s • Esplenomegalia ➤ Manejo diagnóstico y terapéutico de un paciente con: <ul style="list-style-type: none"> • Anemia ferropénica • Talasemia • Anemia por enfermedad crónica • Anemia megaloblástica • Eosinofilia ➤ Sospecha diagnóstica y criterios de derivación de un paciente con hemopatía maligna: <ul style="list-style-type: none"> • Leucemia aguda • Síndrome mielodisplásico • Síndrome mieloproliferativo • Síndrome linfoproliferativo • Hiper gammaglobulinemia monoclonal ➤ Conocer las indicaciones de la terapia antitrombótica ➤ Conocer los criterios transfusionales ➤ Manejo de la urgencia : <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia aguda. ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente con hemopatía maligna <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber realizar el control de tratamiento anticoagulante con dicumarínicos | <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>TERCIARIO PRIMARIO/SECUNDARIO SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/ SECUNDARIO PRIMARIO/ SECUNDARIO PRIMARIO</p> <p>TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>TERCIARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> |

ÁREA: PROBLEMAS DE LA PIEL

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|--|
| <u>PRIORIDAD I:</u> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y aplicar las actividades preventivas en: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades de transmisión sexual • Cáncer cutáneo | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer la descripción de las lesiones elementales y las alteraciones cutáneas más prevalentes por regiones anatómicas | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones cutáneas por agentes vivos • Alteración de los anejos cutáneos • Lesiones orales • Lesiones de contenido líquido (enfermedades vesiculoampollosas, enfermedades pustulosas). Acné • Lesiones eritematosas <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lesiones con descamación (enfermedades papuloscomasas, eccemas) ✓ Lesiones sin descamación (pápulas y nódulos inflamatorios y reacciones vasculares) • Úlceras en la piel • Trastornos de la queratinización • Trastornos de la pigmentación • Reacciones de hipersensibilidad cutánea • Prurito • Tumores de la piel y mucosas | PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber hacer e interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Exploración con luz de Wood • Recogida de muestras | PRIMARIO PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y manejar adecuadamente los tratamientos dermatológicos más habituales: antimicóticos, hidratantes, fotoprotectores, antibióticos tópicos, antiparasitarios, corticoides tópicos, antisépticos, antihistamínicos, fórmulas magistrales... | PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Incisión y excisión de lesiones superficiales • Extirpación de lesiones subcutáneas • Drenajes • Biopsia por afeitado • Suturas • Cirugía de la uña | TERCIARIO PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo de las lesiones cancerosas de la piel. | SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer las indicaciones de las pruebas epicutáneas ➤ Conocer las indicaciones de derivación urgente en Dermatología | PRIMARIO PRIMARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente afecto de neoplasia cutánea | PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD II:</u> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber interpretar las pruebas epicutáneas | SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer las manifestaciones cutáneas asociadas a enfermedades internas: colagenosis, vasculitis, trastornos del aparato digestivo, del sistema nervioso central, paraneoplásicas, VIH positivo | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Uso de nitrógeno líquido • Electrocirugía • Infiltración intralesional con corticoides | PRIMARIO/SECUNDARIO |

ÁREA: TRAUMATISMOS, ACCIDENTES E INTOXICACIONES

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y aplicar las actividades preventivas en patología traumática: <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis antitrombótica en el paciente inmovilizado • Profilaxis antitetánica, antirrábica y antibiótica • Prevención de osteoporosis • Prevención de caídas en ancianos ➤ Manejo diagnóstico, terapéutica inicial y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente politraumatizado • TCE moderado/grave • Traumatismo torácico • Traumatismo abdominal • Paciente ahogado • Rotura total de músculo • Esguince grave • Luxación de: hombro, codo, MCF, pulgar, rodilla, ATM • Fracturas • Heridas: complejas, graves, profundas, extensas en cara/manos • Herida accidental con objeto de riesgo • Quemaduras moderadas/graves • Mordeduras de animales no domésticos, extensas y/o con afectación sistémica • Intoxicaciones agudas ➤ Manejo diagnóstico y terapéutico de: <ul style="list-style-type: none"> • TCE leve • Contusión/fractura costal simple • Lesiones musculares agudas • Pronación dolorosa • Esguinces no graves • Luxación de articulaciones interfalángicas • Fractura de falanges no complicadas • Fracturas vertebrales dorsales y lumbares estables • Heridas simples • Quemaduras leves • Mordeduras ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Vendajes compresivos y funcionales • férulas de yeso • Suturas de piel y músculo • La inmovilización pertinente de las diferentes articulaciones para traslado ➤ Saber realizar las gestiones para activar los recursos sanitarios de emergencia ➤ Conocer la periodicidad del control evolutivo de las fracturas en las que no se ha indicado tratamiento quirúrgico ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente politraumatizado | <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO SECUNDARIO TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO TERCIARIO TERCIARIO</p> <p style="text-align: center;">TERCIARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo de las ortesis ➤ Conocer las indicaciones de rehabilitación en patología de partes blandas | <p style="text-align: center;">SECUNDARIO SECUNDARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber hacer drenajes torácicos y abdominales ➤ Manejo terapéutico de: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente politraumatizado • Intoxicaciones agudas ➤ Conocer las indicaciones de rehabilitación en fracturas | <p style="text-align: center;">TERCIARIO</p> <p style="text-align: center;">TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO</p> |

ÁREA: PROBLEMAS DE LA FUNCIÓN RENAL Y DE LAS VÍAS URINARIAS

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|---|
| <u>PRIORIDAD I:</u> | |
| ➤ Conocer las recomendaciones de los grupos de expertos nacionales e internacionales sobre prevención de cáncer prostático | PRIMARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo de: <ul style="list-style-type: none"> • Hematuria y microhematuria • Proteinuria • Masas escrotales • Fimosis, parafimosis • Insuficiencia renal leve y moderada | SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO PRIMARIO/ SECUNDARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico y terapéutico de: <ul style="list-style-type: none"> • Microalbuminuria • Síndrome prostático. Hipertrofia benigna de próstata • Prostatitis, orquitis, epididimitis, balanitis y uretritis • Cólico renal y urolitiasis • Incontinencia urinaria • Disfunción eréctil | PRIMARIO PRIMARIO/ SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO/ SECUNDARIO PRIMARIO/ SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Sondaje vesical • Transiluminación escrotal • Rehabilitación muscular del suelo pélvico y reeducación vesical | PRIMARIO |
| ➤ Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Ecografía abdominal y ecografía transrectal • Pruebas de laboratorio • Estudios urodinámicos | PRIMARIO |
| ➤ Conocer la dosificación de fármacos en la insuficiencia renal | PRIMARIO |
| ➤ Conocer los criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Litotricia o tratamiento quirúrgico de la litiasis renal | PRIMARIO |
| ➤ Abordaje familiar y psicosocial de: <ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia urinaria • Disfunción eréctil | PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD II:</u> | |
| ➤ Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Urografía endovenosa, cistografía, uretrocistografía, TAC, RNM, renograma, angiografía, gammagrafía • Cistoscopia | SECUNDARIO |
| ➤ Saber interpretar ecografías renales | SECUNDARIO |
| ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo de: <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de próstata, vesical y renal • Fracaso renal agudo. Insuficiencia renal severa | SECUNDARIO SECUNDARIO TERCIARIO |
| ➤ Abordaje familiar y psicosocial de: <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal • Postransplantados renales | PRIMARIO PRIMARIO |
| <u>PRIORIDAD III:</u> | |
| ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Punción evacuadora de un hidrocele • Reducir una parafimosis • Ecografía renal y de vías urinarias | SECUNDARIO TERCIARIO TERCIARIO |

ÁREA: PROBLEMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y aplicar las recomendaciones de los grupos de expertos nacionales e internacionales sobre promoción de estilos de vida saludables (ejercicio físico) y prevención de problemas músculo-esqueléticos: osteoporosis, escoliosis del adolescente... ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y/o criterios de derivación del paciente con: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de columna (cervical, dorsal o lumbar) • Radiculalgia • Hombro doloroso • Dolor en extremidad superior (codo, muñeca y mano) • Dolor en extremidad inferior (cadera, rodilla, tobillo y pie) • Monoartritis • Poliartralgias y poliartritis • Dolores musculares • Dolor músculo-esquelético generalizado • Problemas de la estática • Artrosis • Osteoporosis • Trastornos ortopédicos más frecuentes ➤ Conocer las indicaciones y saber interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Radiología • Exámenes de laboratorio ➤ Conocer las indicaciones de otras técnicas de imagen ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Exploración de las diferentes articulaciones y extremidades • Infiltración periarticular ➤ Manejo terapéutico: <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Analgésicos y antiinflamatorios • Gastroprotección frente a fármacos ➤ Conocer los criterios de derivación a otros niveles asistenciales ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente con problemas músculo-esqueléticos crónicos | <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Otras técnicas de imagen ➤ Conocer las técnicas y las indicaciones de las infiltraciones articulares ➤ Abordaje terapéutico de problemas reumatológicos (artritis reumatoide, LES y otras conectivopatías) | <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Drenaje de derrame articular ➤ Realización de ejercicios de rehabilitación a los pacientes | <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> |

ÁREA: PROBLEMAS DE CARA-NARIZ- BOCA-GARGANTA Y OÍDOS

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADOS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y aplicar las actividades preventivas de: <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer orofaríngeo • Deterioro de la audición: anciano, trabajador ➤ Manejo diagnóstico y terapéutico de: <ul style="list-style-type: none"> • Otalgia y otitis • Hipoacusia • Trastornos de la voz • Parálisis facial periférica • Obstrucción nasal • Trastornos del gusto y del olfato • Acúfenos • Síndrome vertiginoso • Insuficiencia respiratoria nasal ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo de: <ul style="list-style-type: none"> • Tumores otorrinolaringológicos ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis y exploración física otorrinológica • Otoscopia • Extracción de tapón de cerumen • Acumetría: Test Rinne y Weber • Taponamiento nasal anterior • Rinoscopia anterior • Laringoscopia indirecta • Rehabilitación vestibular ➤ Conocer las indicaciones y saber interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Radiología simple de la zona ➤ Manejo del paciente en situación de urgencia: <ul style="list-style-type: none"> • Epistaxis • Traumatismo ótico: otohematoma, perforación timpánica • Cuerpo extraño: fosas nasales, oído, laringe, esófago ➤ Abordaje familiar y psicosocial de: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente traqueotomizado | <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO / TERCARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO/TERCARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Audiometría ➤ Manejo terapéutico de: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente traqueotomizado ➤ Abordaje familiar y psicosocial de: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente con hipoacusia (“cómo hablar al paciente”) | <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Audiometría tonal liminar • Saber hacer una laringoscopia directa | <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> |

ÁREA: PROBLEMAS DE LOS OJOS

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADA POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|---|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y aplicar, si preciso, las recomendaciones de los grupos de expertos nacionales e internacionales sobre las actividades preventivas de la pérdida de agudeza visual en niños, pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, pacientes hipertensos y diabéticos, pacientes con miopía grave ➤ Manejo diagnóstico de los siguientes problemas: <ul style="list-style-type: none"> • Ojo rojo • Ojo lloroso/seco • Disminución de la agudeza visual • Moscas volantes • Alteración de la estática ocular • Dolor ocular ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del polo anterior: conjuntivitis aguda, hiposfagma, pterigión, pinguécula, erosión corneal, cataratas • Alteraciones palpebrales: orzuelo, chalazión, blefaritis, triquiasis, entropion y ectropion • Glaucoma crónico ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo de: <ul style="list-style-type: none"> • Neuritis óptica • Patología vascular retiniana • Retinopatía hipertensiva /diabética • Tumores oculares ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Exploración con optotipos • Tinción corneal con fluoresceína • Test de Schirmer • Exploración con oftalmoscopio directo ➤ Manejo del paciente en situación de urgencia: <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida brusca de la agudeza visual: oclusión arteria central de la retina, hemorragia vítrea, desprendimiento de retina • Perforación ocular/cuerpo extraño enclavado • Traumatismo ocular físico/químico • Glaucoma agudo • Herpes zoster oftálmico ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente invidente o con graves alteraciones de la agudeza visual | <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO TERCIARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">TERCIARIO</p> <p style="text-align: center;">TERCIARIO PRIMARIO/TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Tonometría ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de los medios transparentes: úlcera corneal, queratitis, iridociclitis, opacidades vítreas, malformaciones congénitas del polo anterior • Epiescleritis y escleritis • Uveítis anterior | <p style="text-align: center;">PRIMARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO/TERCIARIO SECUNDARIO/TERCIARIO SECUNDARIO/TERCIARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer técnicas avanzadas de exploración oftalmológica: manejo correcto de la lámpara de hendidura, exploración del fondo de ojo con oftalmoscopio indirecto. ➤ Manejo diagnóstico de la patología de la órbita según su origen: malformativa, vascular, inflamatoria o infecciosa, endocrina, traumática y tumoral | <p style="text-align: center;">TERCIARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO/TERCIARIO</p> |

ÁREA: CONDUCTAS DE RIESGO ADICTIVO

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|---|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer los diferentes patrones de consumo de sustancias adictivas ➤ Realizar correctamente la anamnesis sobre el consumo de sustancias adictivas: tabaco, alcohol, benzodiacepinas, hipnóticos, cannabis, drogas de síntesis (MDMA), cocaína, heroína y otros psicoestimulantes ➤ Detectar situaciones de riesgo para el consumo de sustancias adictivas ➤ Detectar el consumo de sustancias adictivas ➤ Saber aconsejar para dejar de fumar y reducir el consumo excesivo de alcohol ➤ Proponer alternativas de reducción de riesgo para las drogas ilegales: cannabis, drogas de síntesis (MDMA), cocaína, heroína y otros psicoestimulantes ➤ Estimar el grado de dependencia a sustancias adictivas ➤ Conocer y aplicar las técnicas de deshabituación tabáquica. Intervenir con ayuda conductual y farmacológica para dejar de fumar ➤ Identificar los síntomas de alarma sobre el consumo de sustancias ➤ Diagnosticar y tratar la intoxicación aguda por las diferentes sustancias: <ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación etílica • Sobredosis de drogas de síntesis y derivados anfetamínicos • Sobredosis de cocaína • Sobredosis de heroína (opíáceos) • Sobredosis de benzodiacepinas ➤ Diagnosticar y tratar las enfermedades asociadas a las drogodependencias ➤ Realizar las actividades preventivas pertinentes en el colectivo de usuarios de drogas y/o en situación de riesgo ➤ Conocer los recursos específicos locales y regionales para las drogodependencias y derivación a los mismos cuando sea necesario ➤ Intervenir y asesorar a los diferentes recursos comunitarios (asociaciones, colegios, etc.) realizando actividades de prevención primaria y secundaria ➤ Intervenir específicamente con la unidad familiar asesorando a los tutores/padres sobre pautas de actuación correctas | <p>PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Crear grupos de apoyo para la deshabituación tabáquica ➤ Detectar problemas de salud mental asociados a consumo excesivo de drogas psicoactivas ➤ Realizar deshabituación alcohólica ➤ Realizar desintoxicación de: <ul style="list-style-type: none"> • Opíáceos • Cocaína | <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO/ TERCIARIO SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar deshabituación de: <ul style="list-style-type: none"> • Opíáceos • Cocaína • Otras drogas ilegales | <p>PRIMARIO/SECUNDARIO/ TERCIARIO</p> |

ÁREA: URGENCIAS Y EMERGENCIAS

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|--|
| <p>PRIORIDAD I:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo diagnóstico y terapéutico inicial de las urgencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas que se atienden en un Centro de Salud ➤ Saber realizar e interpretar las siguientes técnicas diagnósticas: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de constantes • Electrocardiograma • Glucemia capilar basal • Tira reactiva de orina • Tinción corneal con fluoresceína • Fondo de ojo • Analítica básica ➤ Saber realizar las siguientes técnicas terapéuticas: <ul style="list-style-type: none"> • Sueroterapia • Oxigenoterapia • Aerosolterapia • Colocación de una sonda vesical • Acceso venoso periférico • Taponamiento nasal • Vendajes básicos • férulas de yeso y metálicas • Cura y sutura de heridas • Taponamiento arterial • Lavado gástrico • Soporte vital básico | <p>PRIMARIO /SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>TERCIARIO TERCIARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO TERCIARIO TERCIARIO PRIMARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo diagnóstico y terapéutico en un primer nivel las urgencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas atendidas en un hospital ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de sonda nasogástrica • Toracocentesis terapéutica • Soporte vital avanzado • Tratamiento eléctrico en la parada cardiorrespiratoria • Trombolisis • Parto normal | <p>TERCIARIO</p> <p>TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo diagnóstico y terapéutico en zona de críticos de las urgencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas atendidas en un hospital ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Acceso venoso central • Cricotirotomía • Pericardiocentesis • Ecografía | <p>TERCIARIO</p> <p>TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO</p> |

ÁREA DE ATENCIÓN AL INDIVIDUO

LUGARES DE APRENDIZAJE Y TIEMPOS DE ESTANCIAS RECOMENDADOS PARA EL APRENDIZAJE DE CAMPO

| ÁREAS | LUGAR DE APRENDIZAJE | TIEMPO |
|---|---|---|
| PROBLEMAS CARDIOVASCULARES Y FACTORES DE RIESGO | CENTRO DE SALUD* MEDICINA INTERNA* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* CARDIOLOGÍA** HEMATOLOGÍA** REHABILITACIÓN** | *Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes |
| PROBLEMAS RESPIRATORIOS | CENTRO DE SALUD* MEDICINA INTERNA* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* NEUMOLOGÍA/LABORATORIO DE PRUEBAS FUNCIONALES** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes |
| PROBLEMAS DEL TRACTO DIGESTIVO | CENTRO DE SALUD* MEDICINA INTERNA* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA/ ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes |
| PROBLEMAS INFECCIOSOS | CENTRO DE SALUD* MEDICINA INTERNA* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades |
| PROBLEMAS METABÓLICOS Y ENDOCRINOLÓGICOS | CENTRO DE SALUD* MEDICINA INTERNA* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* ENDOCRINOLOGÍA *,** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1-2 meses |
| PROBLEMAS DE LA CONDUCTA Y RELACIÓN. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL | CENTRO DE SALUD* CENTRO DE SALUD MENTAL * URGENCIAS Y EMERGENCIAS* | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 3 meses |
| PROBLEMAS DEL SISTEMA NERVIOSO | CENTRO DE SALUD* MEDICINA INTERNA* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* NEUROLOGÍA** CENTROS SOCIO-SANITARIOS** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes |
| PROBLEMAS HEMATOLÓGICOS | CENTRO DE SALUD* MEDICINA INTERNA* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* HEMATOLOGÍA** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes |
| PROBLEMAS DE LA PIEL | CENTRO DE SALUD* DERMATOLOGÍA*,** URGENCIAS Y EMERGENCIAS* | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1-2 meses |
| TRAUMATISMOS, ACCIDENTES E INTOXICACIONES | CENTRO DE SALUD* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* REHABILITACIÓN*,** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes |
| PROBLEMAS DE LA FUNCIÓN RENAL Y DE LAS VÍAS URINARIAS | CENTRO DE SALUD* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* UROLOGÍA** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes |
| PROBLEMAS MÚSCULO- | CENTRO DE SALUD* | * Durante todo el tiempo |

| | | |
|---|--|--|
| ESQUELÉTICOS | REUMATOLOGÍA*,** TRAUMATOLOGÍA O URGENCIAS DE TRAUMATOLOGÍA** REHABILITACIÓN*,** | previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1-2 meses |
| PROBLEMAS DE CARA- NARIZ-BOCA-GARGANTA Y OÍDOS | CENTRO DE SALUD* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* ORL** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes |
| PROBLEMAS DE LOS OJOS | CENTRO DE SALUD* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* OFTALMOLOGÍA** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes |
| CONDUCTAS DE RIESGO | CENTRO DE SALUD* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* DISPOSITIVOS DE RED DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes |
| URGENCIAS Y EMERGENCIAS | URGENCIAS DE CENTRO DE SALUD, HOSPITAL Y EMERGENCIAS* | 44 módulos. Ver cronograma página 27 |

* Lugares básicos de aprendizaje de campo fundamentalmente para las actividades de prioridad I y nivel de responsabilidad primario.

** Lugares complementarios para el desarrollo de algunas de las actividades de prioridad I y para las actividades de prioridad II y III y nivel de responsabilidad secundario y terciario. Los lugares recomendados ** dependerán de la disponibilidad y la ganancia formativa que se obtenga y según esto, los tiempos también serán ajustados en cada Unidad Docente.

METODOLOGÍA DOCENTE

La metodología que se aconseja para el abordaje de estos grupos ha de basarse en la combinación de todas las técnicas y posibilidades del: autoaprendizaje, aprendizaje de campo, cursos, talleres y el trabajo grupal. La Unidad Docente adaptará y combinará todos estos métodos en función de las características particulares de la zona donde los residentes realizan su formación y a las necesidades de éstos. Por lo que algunas de las estancias formativas sugeridas en el cuadro anterior, sobre todo en las que se tratan de adquirir habilidades, pueden ser complementadas o sustituidas por otros métodos formativos si las ganancias formativas en dichas estancias no son suficientes. Se recomienda en torno a 100 horas lectivas teórico-prácticas para la adquisición y mejora de competencias clínicas de las áreas de atención al individuo y de abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo, repartidos a lo largo de los cuatro años.

METODOLOGÍA EVALUATIVA (Ver capítulo de evaluación)

En estas áreas la tutorización directa por parte del tutor o del responsable del área será la forma más adecuada de valoración del grado de adquisición de los objetivos, aunque se recomienda que se incluyan en esta metodología instrumentos objetivos y estandarizados. No hay que olvidar la gran utilidad que pueden tener otras formas de evaluación como la presentación/discusión de casos, técnicas de videograbación, auditorías de historias clínicas..., adaptadas siempre a las particularidades de los residentes y del ámbito.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

La bibliografía recomendada se incluye en el anexo I y II sobre fuentes de información.

ÁREA: ATENCIÓN AL ADOLESCENTE. PROBLEMAS ESPECÍFICOS DEL ADOLESCENTE Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA ADOLESCENCIA

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Dominar los aspectos de entrevista clínica necesarios para construir una relación adecuada con el adolescente en la consulta.
2. Entender las emociones y conflictos psicológicos de los adolescentes, y conocer las dinámicas familiares que se generan.
3. Integrar en la consulta las actividades preventivas prioritarias en la adolescencia.
4. Detectar los factores y problemas de salud asociados a adolescentes de *alto riesgo*.
5. Diagnosticar precozmente trastornos que pueden precisar seguimiento especializado.

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|--------------------------|
| PRIORIDAD I: | |
| ➤ Manejar adecuadamente la entrevista clínica con el adolescente (privacidad), remarcando la confidencialidad | PRIMARIO |
| ➤ Realizar el genograma para conocer dinámicas familiares y situaciones de riesgo | PRIMARIO |
| ➤ Dominar las habilidades de comunicación necesarias para interrogar sobre los factores de riesgo de esta etapa | PRIMARIO |
| ➤ Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades de transmisión sexual | PRIMARIO |
| ➤ Realizar prevención y seguimiento de embarazos no deseados | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Prevención de accidentes y detección de conductas de riesgo en la conducción | PRIMARIO |
| ➤ Prevenir y diagnosticar precozmente los trastornos de conducta alimentaria | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Prevenir e identificar situaciones de malos tratos | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Detectar precozmente y manejar las patologías del ámbito de la Salud Mental: depresión, ideación autolítica, ansiedad, trastorno de ansiedad social, conducta antisocial y trastorno por somatización | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| ➤ Atender y tratar los motivos de consulta más habituales a estas edades | PRIMARIO |
| ➤ Desarrollar habilidades en actividades de atención comunitaria: intervenciones en institutos, asociaciones de vecinos, entidades culturales... | PRIMARIO |
| ➤ Abordaje familiar y psico-social en las crisis de desarrollo de "familias con adolescentes" | PRIMARIO |
| ➤ Desarrollar habilidades en técnicas grupales de cara a: <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de drogodependencias • Prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados • Prevención y seguimiento de trastornos de conducta alimentaria | PRIMARIO |
| PRIORIDAD II: | |
| ➤ Desarrollar actividades preventivas en la consulta, siendo capaz de propiciar la reflexión y orientar sobre los riesgos más comunes: <ul style="list-style-type: none"> • Dar importancia sanitaria al fracaso escolar y lo que éste comporta • Utilizar la entrevista motivacional para actuar sobre conductas de riesgo • Actividades de "Reducción de Riesgo" en adolescente en contacto esporádico con alcohol, hachís, drogas de síntesis... • Recondicionar posibles conductas sexuales de riesgo • Saber informar sobre los beneficios de la dieta saludable y un control adecuado del peso • Reforzar la autoestima del adolescente | PRIMARIO |
| ➤ Manejar técnicas de abordaje familiar en situaciones de crisis debido a la adolescencia | PRIMARIO |
| ➤ Realizar el seguimiento de adolescentes con enfermedades crónicas: asma, diabetes mellitus, enfermedades reumatológicas... | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| PRIORIDAD III | |
| ➤ Tratar las situaciones graves que podemos detectar: <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones familiares en conflictos graves • Consumo de drogas ilegales y adicciones • Trastornos de conducta alimentaria • Depresiones, ansiedad e ideación autolítica | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| | PRIMARIO/SECUNDARIO |
| | PRIMARIO/SECUNDARIO |

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--|
| <p>➤ Motivos de consulta prevalentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar y tratar las vulvovaginitis • Manejar los trastornos del ciclo menstrual (dismenorrea, hiper-polimenorrea, síndrome premenstrual) • Diagnosticar cambios de posición de los genitales (prolapsos) • Manejar y tratar médicamente la incontinencia urinaria • Abordaje inicial de la pareja estéril <p>➤ Abordaje familiar y psicosocial en crisis de desarrollo en las diferentes etapas familiares</p> <p>➤ Conocer y abordar las situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas de maltrato e identificar indicios y síntomas de violencia contra las mujeres. Establecer en estos casos un plan de actuación integral y coordinado con otros profesionales y/o instituciones (de carácter social, policial o judicial...). Ver ficha específica de Atención a la violencia familiar</p> <p>PRIORIDAD II:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la información que se debe ofertar a las mujeres con patologías crónicas frecuentes (HTA, diabetes, asma, epilepsia, alteraciones del tiroides, problemas de salud mental) en tratamiento, cuando manifiestan deseo de gestación • Conocer los contenidos de la educación maternal • Manejar la patología cérvico-vaginal no neoplásica • Manejar la realización e interpretación de los exámenes vaginales en fresco, con microscopio óptico, para diagnóstico de las vulvovaginitis más frecuentes • Atender un parto eutócico <p>PRIORIDAD III:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserción del DIU • Manejar la ecografía obstétrica nivel I (biometría fetal y ecografía básica del primer trimestre) • Manejar la ecografía ginecológica básica | <p>PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |

ÁREA: ATENCIÓN AL ADULTO. ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN EL ADULTO

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Identificar a los pacientes de riesgo (población de riesgo) susceptibles de actividades preventivas y de promoción de la salud
2. Integrar las actividades preventivas y de promoción de la salud en las tareas habituales del Centro de Salud, aplicando el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para el Adulto de la semFYC
3. Obtener datos epidemiológicos y del nivel de salud de nuestra población adulta

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|---|
| <p>PRIORIDAD I:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover hábitos saludables <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividad física regular ▪ Alimentación limitada en grasa y colesterol, balance calórico adecuado, ingesta de vegetales, frutas, calcio... ▪ Prevención de lesiones: cinturón, casco ▪ Consejo sobre tabaco, alcohol, drogas... ▪ Conducta sexual y salud reproductiva ▪ Atención dental ▪ Suplementos de ácido fólico en etapa periconcepcional ➤ Identificar a los pacientes de riesgo de los siguientes grupos: <ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo cardiovascular global, cuantificando ese riesgo individualmente. • Con hábitos de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Tabaco • Alcohol • Drogas • Otras conductas adictivas • Obesidad • Sedentarismo ➤ Conocer las indicaciones y aplicar las vacunaciones para el adulto de: <ul style="list-style-type: none"> • Gripe • Neumococo • Tétanos y Difteria • Hepatitis B • Hepatitis A • Sarampión, Parotiditis y Rubeola • Fiebre Tifoidea ➤ Facilitar información y promocionar hábitos saludables en relación a: <ul style="list-style-type: none"> • SIDA • Enfermedades de transmisión sexual. ➤ Realizar las siguientes actividades preventivas: <ul style="list-style-type: none"> • Cribado de HTA • Cribado de Diabetes en pacientes de riesgo • Cribado de Dislipemias • Cribado de Obesidad ➤ Cáncer <ul style="list-style-type: none"> • Detección precoz de Cáncer Colorrectal • Detección precoz de Cáncer de Próstata • Detección precoz de Cáncer de piel • Detección precoz de cáncer de cérvix y de mama ➤ Profilaxis, diagnóstico precoz de la Tuberculosis ➤ Incluir a los pacientes identificados en los programas correspondientes (HTA, Diabetes...) ➤ Recoger y elaborar de forma sistemática los datos producidos por estas actividades. ➤ Abordaje familiar y psicosocial en los cambios de etapa del ciclo vital familiar ➤ Prevención de trastornos de Salud Mental | <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> |

ÁREA: ATENCIÓN A LOS TRABAJADORES

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Reconocer el impacto en la Salud de los trabajadores, del trabajo y/o por las condiciones en que se desarrolla el mismo, e identificar los factores de riesgo
2. Manejar los aspectos legales, administrativos, institucionales y relacionales de los agentes implicados en la organización de la Salud Laboral
3. Conocer y actualizar las afecciones ligadas a las condiciones de trabajo, según riesgos específicos y actividades laborales.
4. Ofrecer asesoramiento e información básica al usuario, en relación con los aspectos clínico-preventivos y administrativos, según sus condiciones individuales y factores de riesgo asociados.

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--|
| <p>PRIORIDAD I:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer marco normativo y organizativo de la Salud Laboral. Instituciones implicadas y su papel ➤ Conocer e identificar la interacción básica de las condiciones del trabajo y la Salud, respecto a los factores de riesgo en sus diferentes categorías, características individuales y daños derivados ➤ Conceptos de enfermedad profesional, accidente de trabajo y enfermedades relacionadas con el Trabajo ➤ La incapacidad temporal y permanente: <ul style="list-style-type: none"> • Concepto, clasificación, plazos y normativa actual • Repercusión laboral, económica, indicadores ➤ Conocer y realizar la historia clínico-laboral del trabajador, e incorporarla a la actividad diaria: <ul style="list-style-type: none"> • Conocer e identificar riesgos actuales o pasados. Tiempos de exposición en actividades previas y actuales | <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |
| <p>PRIORIDAD II:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ser capaz de establecer relaciones de factores de riesgo con enfermedades asociadas: fomentar la notificación de accidente de trabajo y enfermedad profesional ➤ Conocer básicamente las patologías prevalentes en Salud Laboral y su abordaje <ul style="list-style-type: none"> • Osteomusculares • Respiratorias • Dermatológicas • Reproductivas/embarazo • Auditivos y visuales • Cardiovasculares • Factores de riesgo específicos por actividad | <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO/TERCIARIO</p> |

ÁREA: ATENCIÓN AL ANCIANO. ACTIVIDADES PREVENTIVAS

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Abordar de manera adecuada los principales síndromes geriátricos
2. Conocer y aplicar las actividades de promoción y prevención recomendadas en este sector de población
3. Saber realizar de manera adecuada una Valoración Geriátrica Global en Atención Primaria
4. Conocer y aplicar las principales escalas empleadas en la valoración geriátrica
5. Conocer recursos sociales a nuestro alcance, y ser capaz de realizar intervenciones familiares y sociales factibles
6. Individualizar la intervención en base a su objetivo y características de la persona. Conocer las distintas estrategias de intervención sobre población anciana

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|-------------------------------|
| PRIORIDAD I: | |
| ➤ Abordar y manejar adecuadamente los principales síndromes geriátricos: deterioro cognitivo y demencia, síndrome confusional, incontinencia urinaria, inestabilidad y caídas, inmovilismo y sus consecuencias, desnutrición y malnutrición, alteración de visión y audición | PRIMARIO |
| ➤ Conocer qué actividades de promoción y prevención se recomiendan claramente en población anciana (tabaco, ejercicio, alimentación, accidentes, vacunación antigripal y antitetánica, HTA...) y otras recomendadas pero con menos evidencia (osteoporosis, hiperlipidemia, déficit visual y auditivo, incontinencia, ...) | PRIMARIO |
| ➤ Adquirir habilidades en la entrevista clínica con las personas mayores | PRIMARIO |
| ➤ Sistematizar en la consulta la correcta realización y registro de las actividades preventivas recomendadas | PRIMARIO |
| ➤ Aplicar correctamente métodos de cribado en las principales actividades preventivas recomendadas | PRIMARIO |
| ➤ Conocer las características de la Valoración Geriátrica Global en Atención Primaria y el contenido básico de cada área que la integran (clínico-física, funcional, mental, y social) | PRIMARIO /SECUNDARIO |
| ➤ Conocer y aplicar algunas de las escalas más empleadas en la valoración geriátrica: MEC de Lobo, Pfeiffer, Índices de Katz y de Barthel, la Escala Geriátrica de Depresión, entre otros | PRIMARIO /SECUNDARIO |
| ➤ Conocer los recursos sociales más inmediatos de que disponemos para este sector de población: teleasistencia, asistencia domiciliaria, institucionalización, etc. | PRIMARIO /SECUNDARIO |
| ➤ Conocer la dinámica y mecanismos iniciales para usar los de recursos sociales (a dónde derivar, etc.) | PRIMARIO |
| ➤ Diferenciar las intervenciones en calidad y cantidad de acuerdo a las características personales, del proceso, y de los objetivos marcados | PRIMARIO |
| ➤ Conocer el contenido del área de Geriátrica incluido en los diferentes servicios a ofertar por Atención Primaria | PRIMARIO /SECUNDARIO |
| ➤ Conocer y aplicar aspectos elementales de farmacoterapia, polifarmacia y yatrogenia en las personas mayores | PRIMARIO |
| ➤ Abordar adecuadamente las patologías más prevalentes o con aspectos diferenciadores en esta población: Parkinson, ciertos tumores como el de próstata, estreñimiento, ansiedad, depresión e insomnio, etc. | PRIMARIO |
| ➤ Conocer y abordar las situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas de maltrato e identificar indicios y síntomas de violencia contra los ancianos. Establecer en estos casos un plan de actuación integral y coordinado con otros profesionales y/o instituciones (de carácter social, policial o judicial...) | PRIMARIO /SECUNDARIO |
| ➤ Abordaje familiar y psicosocial en familias en la etapa de ciclo vital familiar de contracción y en las familias con personas mayores con enfermedades crónicas incapacitantes | PRIMARIO |
| PRIORIDAD II: | |
| ➤ Adquirir habilidades en la utilidad, implicaciones, y recurso de cuidadores y la familia | PRIMARIO |
| ➤ Realizar adecuadas intervenciones de manejo tras el cribado en las actividades preventivas | PRIMARIO /SECUNDARIO |
| PRIORIDAD III: | |
| ➤ Saber realizar adecuadamente una Valoración Geriátrica Global en el medio especializado o institucional | SECUNDARIO/TERCIARIO |
| ➤ Implicarse y tomar parte activa en los mecanismos para hacer uso de los recursos sociales a nuestro alcance, y sus actividades | PRIMARIO |
| ➤ Adquirir habilidades del manejo del anciano en el medio especializado o institucionalizado | TERCIARIO |
| ➤ Profundizar en aspectos más especializados de los ancianos (fisiopatología, sociodemográficos, ...) | TERCIARIO |
| ➤ Conocer las líneas prioritarias e implicarse en investigación de aspectos geriátricos | PRIMARIO/SECUNDARIO/TERCIARIO |

ÁREA: ATENCIÓN AL PACIENTE INMOVILIZADO

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Realizar correctamente una evaluación multidimensional del paciente inmovilizado
2. Hacer correctamente el seguimiento domiciliario de enfermedades crónicas en fases avanzadas
3. Reconocer signos evolutivos indicadores de mal pronóstico
4. Saber adiestrar al cuidador del paciente
5. Coordinar la atención al inmovilizado con profesionales de enfermería y trabajo social
6. Conocer y utilizar de forma racional los recursos socio-sanitarios del área

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|---|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber realizar una anamnesis del estado orgánico, mental, funcional y social del paciente inmovilizado ➤ Saber realizar una exploración del estado orgánico, mental, funcional y social del paciente inmovilizado ➤ Realizar correctamente el manejo terapéutico del paciente con ictus inmovilizado ➤ Realizar correctamente el manejo terapéutico del paciente con EPOC en fase avanzada ➤ Realizar correctamente el manejo terapéutico del paciente con insuficiencia cardiaca en fase avanzada ➤ Manejar correctamente el síndrome confusional ➤ Conocer y saber prevenir las úlceras por presión ➤ Conocer y saber prevenir las complicaciones respiratorias ➤ Conocer y saber prevenir la enfermedad tromboembólica venosa ➤ Conocer y saber prevenir las complicaciones músculo – esqueléticas ➤ Conocer y saber prevenir las complicaciones genito – urinarias ➤ Conocer y saber prevenir los riesgos de la polifarmacia ➤ Abordar correctamente el deterioro nutricional ➤ Saber tratar correctamente las úlceras por presión ➤ Hacer un uso racional de pruebas diagnósticas ➤ Saber hacer un plan de rehabilitación para el tratamiento de la inmovilidad y evitar su progresión ➤ Saber realizar un cambio de sonda vesical ➤ Saber realizar un sondaje nasogástrico ➤ Conocer los criterios de derivación hospitalaria ➤ Saber adiestrar al cuidador del paciente inmovilizado ➤ Conocer, informar a la familia y utilizar correctamente los recursos sociosanitarios disponibles para cada situación ➤ Abordaje familiar y psicosocial de las familias con pacientes inmovilizados | <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber realizar el tratamiento de las úlceras por presión complejas | <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber cambiar una sonda de gastrostomía ➤ Saber realizar una paracentesis ➤ Saber utilizar aspiradores | <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |

ÁREA: ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL, AL DUELO, A LA CUIDADORA/CUIDADOR

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Identificar las complicaciones biológicas de los pacientes con enfermedad en fase terminal
2. Identificar los problemas psicosociales
3. Adquirir las habilidades para el control de las complicaciones biológicas
4. Adquirir las habilidades para la comunicación con el paciente y familia
5. Adquirir las habilidades para la programación - organización de los cuidados en el domicilio
6. Coordinar la atención al paciente terminal, al duelo y a la cuidadora/cuidador con profesionales de enfermería y trabajo social
7. Coordinar recursos sociosanitarios del Área de Salud

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|---|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación/diagnóstico de los síndromes dolorosos oncológicos ➤ Identificación/diagnóstico de las complicaciones pulmonares ➤ Identificación/diagnóstico de las complicaciones digestivas ➤ Identificación/diagnóstico de las complicaciones neurológicas ➤ Identificación/diagnóstico de las complicaciones psiquiátricas ➤ Identificación y derivación, si procede, de las situaciones urgentes ➤ Reconocimiento de las reacciones psicológicas de adaptación del paciente ➤ Reconocimiento de las reacciones psicológicas de adaptación de la familia ➤ Abordaje terapéutico del dolor: uso de opiáceos ➤ Abordaje terapéutico de las complicaciones respiratorias, digestivas, neuropsiquiátricas ➤ Comunicación con el paciente y familia ➤ Abordaje diagnóstico/terapéutico del proceso de morir en el domicilio ➤ Cumplimentación correcta de los certificados de defunción ➤ Abordaje del duelo <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Detección de las necesidades del paciente para el cuidado ➤ Detección de la problemática psicosocial para el cuidado en el domicilio ➤ Utilización de las escalas pertinentes para la valoración de los síntomas ➤ Manejo domiciliario de vías alternativas a la administración oral ➤ Realización de técnicas terapéuticas en el domicilio (sondaje nasogástrico, paracentesis) <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervención en la comunidad para la mejora de la red de apoyo a los cuidados ➤ Relación/coordinación con servicios sociales asistenciales | <p>PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO /SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO</p> |

ÁREA: ATENCIÓN A LAS SITUACIONES DE RIESGO FAMILIAR Y SOCIAL: PERSONAS EN EXCLUSIÓN SOCIAL, PACIENTES DISCAPACITADOS, VIOLENCIA FAMILIAR.

PERSONA EN EXCLUSIÓN SOCIAL

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su período de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Identificar personas en riesgo de exclusión social: inmigrantes, drogodependientes, personas de etnia gitana, personas con trastornos mentales, etc.
2. Identificar condiciones de pobreza, marginalidad o hacinamiento de la persona excluida socialmente
3. Manejar los problemas de salud más prevalentes en las personas en exclusión social
4. Coordinar la atención a las personas en exclusión social con profesionales de enfermería y trabajo social
5. Conocer y utilizar de forma coordinada otros recursos comunitarios de carácter social que faciliten la resolución de dificultades de la persona excluida socialmente y que favorezcan su normalización

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|--|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar una historia social integral ➤ Identificar situaciones de marginalidad, pobreza o hacinamiento ➤ Facilitar la accesibilidad del excluido social a la consulta, eliminando barreras ➤ Ser capaz de buscar e identificar las enfermedades adquiridas en la comunidad que puede presentar la persona en exclusión social ➤ Realizar un manejo diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales que pueda presentar la persona en exclusión social ➤ Conocer los aspectos socio-culturales que influyen en el concepto salud-enfermedad en la persona en exclusión social ➤ Identificar los recursos personales y familiares de la persona en exclusión social ➤ Ser capaz de utilizar los recursos sociales existentes en la zona <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar el significado de determinados síntomas que presentan, relacionados con la expresión socio-cultural de su enfermedad ➤ Realizar actividades comunitarias con grupos de personas en exclusión social de educación para la salud <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ser capaz de minimizar las dificultades de comunicación con la persona excluida socialmente ➤ Ser capaz de entender las emociones y conflictos psicológicos de la persona excluida socialmente ➤ Conocer y participar en estrategias de captación de personas en exclusión social: técnicas de "out-reach", trabajo con pares/iguales, etc. | <p>PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |

EL PACIENTE DISCAPACITADO

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Reconocer y diagnosticar las minusvalías físicas y psíquicas más frecuentes
2. Elaborar un plan específico de atención a cada paciente discapacitado
3. Proporcionar a los pacientes discapacitados aquellos cuidados asistenciales previstos para la Atención Primaria. Atención individualizada
4. Coordinar la atención al discapacitado con enfermería, rehabilitación, trabajo social, y otros niveles asistenciales e instituciones
5. Adaptar la gestión y organización del Centro de Salud a sus características funcionales (eliminación de barreras arquitectónicas)

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|---|
| <p><u>PRIORIDAD 1:</u></p> <p>➤ Conocer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El concepto de minusvalía y discapacidad • Las principales minusvalías psíquicas. El síndrome de Down. Oligofrenia • Las principales minusvalías sensoriales. Ceguera total y parcial. Sordera total y parcial • Las principales minusvalías motoras. La parálisis cerebral. Amputaciones • Las secuelas de los traumatismos de los accidentes de tráfico • Identificar y establecer una relación de confianza con el cuidador del minusválido • Conocer como debería ser un Centro de Salud libre de barreras arquitectónicas <p>➤ Establecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un plan de atención a cada uno de estos grupos de discapacitados, incluyendo: • Las actividades preventivas, generales y específicas • Las actividades asistenciales previstas como cualquier otro paciente • Los tratamientos crónicos • Rehabilitación • Apoyo psicológico y emocional al paciente y los cuidadores • Gestiones administrativas e información sobre cómo conseguir apoyo social, prestaciones económicas, consecución de prótesis, de aparatos y material clínico, y de otro tipo <p>➤ Derivar al paciente minusválido: Con criterio a los niveles asistenciales o instituciones y asociaciones previstas para ello</p> <p>➤ Organizar: La prestación de todos estos cuidados dentro de las actividades habituales del Centro de Salud</p> <p>➤ Coordinar: Todos estos cuidados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería • Rehabilitación y fisioterapia • Trabajo Social • Otros niveles asistenciales • Otras instituciones • Grupos de autoayuda | <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <p>➤ Conocer la legislación que se refiere a los cuidados de salud al paciente Minusválido.</p> | <p>PRIMARIO</p> |

VIOLENCIA FAMILIAR

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Conocer los tipos de maltrato y realizar la detección precoz en la consulta mediante la identificación de situaciones de riesgo, indicios y síntomas de violencia doméstica
2. Conocer y aplicar las pautas específicas de entrevista clínica ante la sospecha de violencia doméstica
3. Realizar el diagnóstico de maltrato y evaluar su magnitud, valorando el riesgo inmediato
4. Realizar un examen físico, la valoración psicológica (actitudes y estado emocional) y establecer un plan de actuación integral y coordinado
5. Conocer las pautas de actuación (qué hacer y qué no hacer) ante la atención de una de agresión sexual
6. Cumplimentar correctamente el parte de lesiones que se remitirá al juez
7. Conocer los recursos sociales y sanitarios disponibles, forma de acceso y criterios de derivación

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADOS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|---|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer las situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas de maltrato e identificar indicios y síntomas de violencia doméstica ➤ Conocer y ser capaz de aplicar las pautas de entrevista clínica en esta situación (actitudes y habilidades de comunicación) ➤ Manejar el diagnóstico de maltrato y evaluación de su magnitud, valorando el riesgo: situación crónica, aguda, riesgo potencial de lesiones y riesgo vital ➤ Realizar el examen físico y conocer las particularidades a observar y las actuaciones a evitar en la exploración por agresiones y ser capaz de hacer la valoración psicológica básica (actitudes y estado emocional) ➤ Informar a la paciente y conocer las actuaciones urgentes a realizar ➤ Conocer las pautas de actuación ante una agresión sexual ➤ Cumplimentar correctamente el parte médico de lesiones ➤ Conocer las posibilidades de prevención de la violencia doméstica en nuestro nivel de atención ➤ Ser capaz de establecer un plan de actuación integral y coordinado, en colaboración con el trabajador social, hospital, servicios sociales | <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer los recursos sanitarios, sociales y judiciales a nuestro alcance, sus formas de acceso y criterios de derivación ➤ Información y coordinación con el pediatra si la mujer tiene hijos, para la prevención del maltrato infantil | <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer la repercusión de la violencia doméstica en el ámbito familiar y las posibilidades de intervención familiar ➤ Conocer cuál debe ser nuestra actitud y pautas de actuación con el maltratador | <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> |

ÁREA DE ABORDAJE A GRUPOS POBLACIONALES Y GRUPOS CON FACTORES DE RIESGO

LUGARES DE APRENDIZAJE Y TIEMPOS DE ESTANCIAS RECOMENDADOS PARA EL APRENDIZAJE DE CAMPO

| ÁREAS | LUGAR DE APRENDIZAJE | TIEMPO |
|---|---|--|
| ATENCIÓN AL NIÑO | CENTRO DE SALUD* SERVICIO DE PEDIATRÍA** URGENCIAS PEDIATRÍA* | 2 meses |
| ATENCIÓN AL ADOLESCENTE | CENTRO DE SALUD* CONSULTAS DE JÓVENES** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes (optativo) |
| ATENCIÓN A LA MUJER | CENTRO DE SALUD* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* SERVICIO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 2-3 meses |
| ATENCIÓN AL ADULTO | CENTRO DE SALUD* | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades |
| ATENCIÓN A LOS TRABAJADORES | CENTRO DE SALUD* UNIDADES DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES** RECURSOS ASISTENCIALES ESPECÍFICOS** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes (optativo) |
| ATENCIÓN AL ANCIANO | CENTRO DE SALUD* RECURSOS ASISTENCIALES ESPECÍFICOS** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes (optativo) |
| ATENCIÓN AL PACIENTE INMOVILIZADO | CENTRO DE SALUD* RECURSOS ASISTENCIALES ESPECÍFICOS** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes (optativo) |
| ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL / AL DUELO / A LA CUIDADORA / CUIDADOR | CENTRO DE SALUD* RECURSOS ASISTENCIALES ESPECÍFICOS** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes (optativo) |
| ATENCIÓN A LAS SITUACIONES DE RIESGO FAMILIAR Y SOCIAL | CENTRO DE SALUD* TRABAJADOR SOCIAL* RECURSOS ASISTENCIALES ESPECÍFICOS** | * Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes (optativo) |

* Lugares básicos de aprendizaje de campo fundamentalmente para las actividades de prioridad I y nivel de responsabilidad primario

** Lugares complementarios para el desarrollo de algunas de las actividades de prioridad I y para las actividades de prioridad II y III y nivel de responsabilidad secundario y terciario. Los lugares recomendados ** dependerán de la disponibilidad y la ganancia formativa que se obtenga y según esto, los tiempos también serán ajustados en cada Unidad Docente.

METODOLOGÍA DOCENTE

La metodología que se aconseja para el abordaje de estos grupos ha de basarse en la combinación de todas las técnicas y posibilidades del: autoaprendizaje, aprendizaje de campo, cursos, talleres y el trabajo grupal. La Unidad Docente adaptará y combinará todos estos métodos en función de las características particulares de la zona donde los residentes realizan su formación y de las necesidades de éstos. Por lo que algunas de las estancias formativas sugeridas en el cuadro anterior, sobre todo en las que se tratan de adquirir habilidades, pueden ser complementadas o sustituidas por otros métodos formativos si las ganancias formativas en dichas estancias no son suficientes. Se recomienda en torno a 100 horas lectivas teórico-prácticas para la adquisición y mejora de competencias clínicas en el área de atención al individuo y en el abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo, repartidos a lo largo de los cuatro años.

METODOLOGÍA EVALUATIVA (Ver capítulo de evaluación)

En estas áreas la tutorización directa por parte del tutor o del responsable del área será la forma más adecuada de valoración del grado de adquisición de los objetivos, aunque se recomienda que se incluya en esta metodología instrumentos objetivos y estandarizados. No hay que olvidar la gran utilidad que pueden tener otras formas de evaluación como la presentación/discusión de casos, técnicas de videograbación, auditorías de historias clínicas..., adaptadas siempre a las particularidades de los residentes y del ámbito.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

La bibliografía recomendada se incluye en el anexo I y II sobre fuentes de información. De forma específica se recomienda, por áreas, la siguiente bibliografía:

ATENCIÓN AL NIÑO

- Arístegui Fernández J. Manual de vacunas en Pediatría. (2ª ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2001
- Illingworth RS. The normal child: some problems of the early years and their treatment, 10.ª ed. Nueva York: Churchill-Livingstone. 1991
- Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. Pediatría en Atención Primaria. (2ª ed) Barcelona: Springer-Verlag. 1997
- Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Rubio Roldán LA y Clemente Pollán J. Pediatría extrahospitalaria. Aspectos básicos en Atención Primaria. 3ª ed. Madrid: ERGON. 2001
- Zafra MA, Clavo C, García M.L, Baquero F, Arribas N, Jimenez J, Bueno M. Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. 3ª ed. Madrid: Ed. PubliRes. 1996

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

- Elster A, Kuanets N. Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente. Madrid: Díaz de Santos, 1995.
- Jarabo Y, Vaz FJ. La entrevista clínica con adolescentes. FMC 1995; 2(8): 455-465.
- Casado I, De la Flor J, De Frutos E, Jiménez R, Masdeu M, Pujals MA, Torregrosa MJ. Guia d'atenció a l'adolescent sà. Barcelona: Institut Català de la Salut, 1999.
- El adolescente y su salud. Madrid: Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y comunitaria, 2001.
- McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en atención primaria: manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1998.
- Adolescent Health on-line: URL location: <http://www.ama.assn.org/adolhth>

ATENCIÓN A LA MUJER

- PAPPS. Actualización 2001. Aten Primaria. 2001; 28 (supl 2): 181-208.
- SemFYC. Programas básicos de salud. Programa de la mujer. Nº 10, Vol 1 y 2. Madrid: Doyma, 2000.
- Orozco P, Prat N. Menopausia. Barcelona: CAAPS. Fundació d'Atención Primaria, 1996
- Avenís CS, Sullivan ND, Tilton P. Manual de ginecología ambulatoria. Madrid: Interamericana. Mc Graw Hill, 1994

ATENCIÓN AL ADULTO

- semFYC: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Barcelona. 1995.
- Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud. Actualización 2001. Aten Primaria. 2001; 28 (supl 2), 13-81.

ATENCIÓN AL TRABAJADOR

- Ministerio de Sanidad, Ministerio de Trabajo, Insalud, INST. Curso de Actualización en Salud Laboral para Médicos de Atención Primaria. Madrid: Insalud. Nº de publicación 1.738. Madrid: Insalud. 1997.
- Borrell F, Caldas R, Guerra G, Moya A, Pérez FJ, Quijano F, Ruiz A, Violan C. .Incapacidad Temporal: Encrucijada Etico-Clínica. Barcelona: Edide. 1999
- Aníbal Rodríguez C. Riesgos medio-ambientales y laborales. En Martín Zurro A y Cano Pérez JF Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace. 1999
- OMS Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirla Informe técnico nº 714. Ginebra: OMS. 1985

ATENCIÓN AL ANCIANO

- De Alba C, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín Lesende I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. Actualización 2001 PAAPS. Aten Primaria 2001; 28 (supl 2): 161-180.
- Alvarez M; Benitez JM; Espinosa JM, Gorroñoigoitia A, Martín J, Muñoz F, y cols.. Programas básicos de salud (8). Programa del anciano. Síndromes Geriátricos. Madrid: DOYMA. 2000
- Alvarez M; Benitez JM; Espinosa JM, Gorroñoigoitia A, Martín J, Muñoz F, y cols.. Programas básicos de salud (7). Programa del anciano. Valoración Geriátrica. Madrid: DOYMA. 2000

ATENCIÓN AL PACIENTE INMOVILIZADO

- Isaacs B. Immobility 1: defintions and history. Immobility 2: ehabilitation. En Isaacs B. The challenge of geriatric medicina. Oxford University Press. 1992

ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL, AL DUELO Y AL CUIDADOR/A

- Benítez del Rosario MA, Llamazares González AI, García González G, Cabrejas Sánchez A, Guerra Merino A, Espinosa Almendro JM, Muñoz Cobos F, Salinas Martín A. Recomendaciones semFYC: Cuidados Paliativos. Barcelona: semFYC, 1998

ATENCIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR

- Protocolo de actuación ante los malos tratos doméstico. Madrid: Consejo interterritorial del SNS, 1999
- Noriegas B, Arechederra A, Bonino L. La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la mujer, 2000.
- Gilchrist VJ, Carden A. Malos tratos conyugales. En Taylor RB Medicina de Familia. Principios y práctica. 5ª ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 2001: 264-69
- Beebe DK, Tatum N Agresiones sexuales. En Taylor RB Medicina de Familia. Principios y práctica. 5ª ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 2001: 275-80.

5.3. ATENCIÓN A LA FAMILIA

La familia juega un papel incuestionable en los procesos de salud/enfermedad de los miembros que la componen. Así, todo aquél que haya trabajado en Atención Primaria de Salud habrá podido percibir, de manera más o menos consciente, cómo influye la familia en la salud de sus pacientes. Podemos interpretar este fenómeno al menos desde cuatro perspectivas diferentes:

1. La familia es la principal fuente de ayuda frente a la enfermedad de alguno de sus miembros.
2. Las características familiares pueden determinar la relación de sus miembros con el sistema sanitario.
3. La disfunción familiar puede desempeñar un papel importante en la aparición y mantenimiento de la enfermedad.
4. Existen distintos patrones de respuesta familiar frente a la aparición y desarrollo de las enfermedades.

También es notorio para todos que la salud de una comunidad depende en buena medida de la salud biopsicosocial de sus redes familiares. Por tanto, la familia no sólo es una variable importante para la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud sino que se convierte en esencial para la asistencia, rehabilitación y cura. Parece conveniente, pues, establecer aquellos conceptos útiles que permitan al residente de Medicina Familiar y Comunitaria ir creando progresivamente las bases que sirvan de sustrato para su futuro trabajo en la atención familiar. En este sentido este programa revisa la teoría y centra la atención familiar en la práctica de la Atención Primaria, enunciando como objetivos generales los diferentes modelos y niveles de intervención, diferenciando la orientación familiar (o asesoramiento anticipado) del abordaje familiar en la práctica clínica hasta llegar al nivel de la terapia familiar.

Con el término orientación familiar hacemos referencia, básicamente, a una actitud del profesional que la adopta. De acuerdo con este punto de vista, el síntoma o la demanda individual se valora tomando como referencia al contexto familiar del individuo que lo presenta, independientemente de que la familia esté o no presente en la consulta. No se trata de sustituir al individuo como unidad de cuidados por la familia; se trata, por el contrario, de imaginar al sujeto dentro de su contexto familiar y de tomar a éste último como referencia del problema de salud/enfermedad que se nos está planteando. La orientación familiar de la práctica se apoya en dos premisas fundamentales: la aceptación del modelo biopsicosocial y la incorporación del pensamiento sistémico.

La segunda opción, algo más compleja, alcanza el nivel cuarto de intervención y exige entrenamiento específico para detectar las disfunciones que puedan existir en el ámbito familiar e intentar neutralizarlas. A este procedimiento lo denominamos abordaje familiar ya que actuamos sobre el sistema familiar mediante una intervención terapéutica específica. Al defender la existencia del abordaje familiar estamos dando por hecho que existen situaciones en las que la intervención sobre toda la familia como unidad puede ofrecernos ventajas frente al abordaje individual. Consideramos que el instrumento básico de intervención para este tipo de abordaje es la entrevista familiar.

Por último, y como prioridad III, sugerimos una psicoterapia (terapia familiar breve) que no precisa definir los síntomas como psicológicos para tratarlos. Su fundamento teórico radica, igualmente, en la teoría general de los sistemas y la teoría de la comunicación, además de en el constructivismo radical.

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Interpretar la disfunción individual como sintomática de la disfunción familiar ➤ Percibir a la familia como un sistema interaccional ➤ Valorar la capacidad del sistema familiar para crear un equilibrio flexible entre estabilidad y cambio ➤ Comprender los axiomas básicos acerca del proceso de comunicación ➤ Considerar comunicación “funcional” dentro de la familia aquella en la que existe una diferencia mínima entre los sentimientos manifestados y los mensajes comunicados ➤ Reconocer y percibir la triangulación como una forma anómala de comunicación ➤ Favorecer la comunicación directa y asertiva, que permita la negociación y resolución de problemas, entre los diferentes miembros del sistema familiar ➤ Promover la expresión de sentimientos que permitan aflorar el conflicto, la confrontación y la disputa ➤ Valorar de forma operativa y junto con la familia, los problemas, recursos y planes de actuación ➤ Colaborar con el paciente y su familia en la identificación de los problemas, detección de los recursos y puesta en marcha de los planes de actuación ➤ Construir e interpretar un eco-mapa ➤ Evaluación de la evolución de los problemas detectados ➤ Conducir una entrevista familiar en: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con ansiedad o depresión • Disfunciones de pareja • Problemas de comportamiento en niños y dificultades con adolescentes • Adicciones • Somatizadores | <p>PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Asegurar la coordinación y continuidad de la atención a los pacientes y sus familiares que precisen de Terapia Familiar ➤ Colaborar con otros profesionales con los que esté en tratamiento algún miembro de la familia ➤ Apoyar a la familia en sus necesidades cuando está recibiendo tratamiento especializado ➤ Distinguir entre queja y demanda de atención médica por parte de la familia ➤ Conseguir que los objetivos queden expresados en frases afirmativas que expliquen conductas a seguir ➤ Identificar los comportamientos de la familia que resulten adecuados para que no se planteen los problemas que se están tratando (excepciones) ➤ Si no es posible, buscar el denominador común de los comportamientos que se hayan realizado hasta la fecha intentando resolver el problema del que se trate (denominadores comunes) ➤ Elaborar prescripciones orientadas a hacer más de lo que ya resuelve el problema para ampliar mejoras ➤ Asegurar la coordinación y continuidad de la atención a los pacientes y sus familiares que precisen de Terapia Familiar ➤ Conocer cómo elaborar prescripciones que sean lo más opuestas posibles al denominador común de las conductas que no solucionaron el problema concreto de la familia hasta la fecha ➤ Confeccionar y ser capaz de impartir prescripciones que sean lo más opuestas posibles al denominador común de las conductas que no solucionaron el problema concreto de la familia hasta la fecha ➤ Identificar el modo de cooperación de cada miembro de la familia para adaptar la prescripción y maximizar las probabilidades de que ésta se realice | <p>SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO</p> |

METODOLOGÍA DOCENTE RECOMENDADA

El método básico en la formación en este área es el trabajo en las consultas con los tutores, comentando los casos, estudiándolos y presentándolos, sin olvidar el estudio individual y las sesiones de presentación de casos. De forma complementaria es recomendable desarrollar los contenidos mediante una metodología activa y participativa, en sesiones teórico-prácticas. El contenido teórico debe ser impartido mediante pequeñas exposiciones participativas y/o ejercicios especialmente diseñados. Los asistentes trabajarán en grupos pequeños, en los que serán aportadas experiencias propias, se discutirán problemas comunes y se sugerirán alternativas reales y útiles para cada asistente. Mediante técnicas de role-playing y de trabajo con grabaciones, los asistentes tendrán la oportunidad de "experimentar" (probar, ejercitarse) las habilidades básicas de abordaje familiar de forma supervisada y en condiciones de "bajo riesgo".

Las actividades a realizar pueden ser:

- Curso de formación inicial.
- Realización de una serie de genogramas (uno por cada etapa del ciclo vital familiar), supervisados por parte del tutor y evaluados por el técnico de la UD.
- Observación de entrevistas realizadas por el tutor, con explicación posterior de las mismas.
- Introducción de algunos aspectos sobre Atención Familiar en la exposición de los casos clínicos en grupo de residentes/tutores.
- Lectura de la bibliografía básica indicada, supervisada por el tutor o la UD. Planteamiento de dudas.
- Ejercicios en grupo de 'role-playing' buscando el perfeccionamiento de las técnicas de entrevista familiar.
- Discusión en grupo de residentes/tutores de la exposición de casos clínicos con abordaje familiar.
- Supervisión de entrevistas familiares por parte del tutor y/o técnico de la UD.
- Lectura de la bibliografía básica indicada, supervisada por el tutor o la UD. Planteamiento de dudas.
- Programar consultas inicialmente para desarrollar habilidad en el método, con supervisión por tutor/ grupos de tutoría en que participen otros residentes.
- Sesiones de casos clínicos específicas, donde se presenten casos para valorar la evolución.
- Formación de grupos de apoyo para elaborar prescripciones al final de la entrevista familiar, en entrevistas programadas, que sigan el desarrollo de la entrevista a través de vídeo en tiempo real, siempre con el consentimiento familiar.
- Ejercicios en grupo de 'role-playing', buscando el perfeccionamiento de las técnicas de entrevista familiar y elaboración de prescripciones.
- Lectura de alguno de los libros básicos de metodología, supervisada por el tutor o la UD. Planteamiento de dudas relativas al método.
- Foro de debate a través de Internet con otros profesionales que expongan también sus casos.

LUGAR DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

- Centro de Salud.
- Unidad Docente de MFyC.
- Unidades (específicas) de Atención a la Familia (donde las haya).
- Unidades de Salud Mental.
- Otros Servicios de Atención Familiar existentes en Trabajo Social y Juzgados de Familia, por ejemplo.
- Ocasionalmente, Servicio de Medicina Interna y Especialidades Médicas en la rotación del primer año.

TIEMPO DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

Este área se desarrollará durante todo el tiempo de estancia en el centro de salud compartido con otras actividades.

Para el aprendizaje teórico-práctico se dedicará al menos 30 horas lectivas.

MÉTODO DE EVALUACIÓN RECOMENDADO

De forma regular, se evaluará la realización de estas actividades, así como el grado de adiestramiento para los distintos objetivos educativos propuestos. Para el seguimiento de la agenda formativa, junto a las impresiones de tutor y residente será necesario incluir resultados de la valoración objetiva de consultas reales y casos prácticos propuestos por el tutor, análisis de casos simulados, presentación periódica de casos y auditorías de historias clínico-familiares.

La actividad del primer año se desarrollará, una vez recibido el curso, durante el segundo mes de su rotación por el Centro de Salud, en donde se presentarán y se discutirán los distintos genogramas.

La actividad del cuarto año será evaluada a lo largo de toda su estancia en el Centro de Salud culminando con la presentación, en su sitio de trabajo, de la entrevista familiar hecha por el residente.

La evaluación recomendada se hará sobre casos clínicos y en base a:

- Cumplimiento de los objetivos pactados.
- Desaparición del problema que se ha tratado (cuando era susceptible de ello, por ejemplo, problemas de salud mental, problemas de relación); o mejoría de la situación de la que se trate (por ejemplo, programas de prevención y seguimiento).
- Grado de satisfacción de la familia.
- Supervisión por el tutor, mediante la discusión de la exposición del caso o mejor por vídeo grabación, de ser posible.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Belart A, Ferrer M. El ciclo de la vida. Una visión sistémica de la familia. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1998.
- DINÁMICA FAMILIAR. Revista de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Gallo Vallejo FJ y cols. Manual del Residente de MFyC. (2ª ed). Madrid: semFYC, 1997.
- Eia Asen K, Tomson P. Intervención Familiar. Guía práctica para los profesionales de la salud. Barcelona: Paidós, 1997.
- McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación Familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer-Verlag, 1998.
- McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la Evaluación Familiar. (2ª ed). Barcelona: Gedisa, 1996.
- Pittman FS. Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situación de crisis. Barcelona: Paidós, 1990.
- Rakel RE. Textbook of Family Practice (4ª ed). Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990.
- Revilla L de la. Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 1999.
- Revilla L de la. Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 2001.
- Taylor RB Medicina de Familia: Principios y Práctica. (3ª ed.). Barcelona: Ed. Doyma, 1991.
- Velasco ML, Julián Sinibaldi JF. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: Manual Moderno, 2001.

BIBLIOGRAFÍA AVANZADA

- Andolfi M. Terapia familiar. Un enfoque interaccional. Barcelona, Paidós, 1993
- Bertalanffy LV Teoría general de sistemas. México: F.C.E., 1976.
- Cade B, Hudson O'Hanlon W .Guía breve de terapia breve. Barcelona: Paidós, 1995.
- Espina A, Pumar B. Terapia Familiar Sistémica. Teoría, clínica e investigación. Madrid: Fundamentos, 1996.
- Fisch R, Scott y Segal L. La táctica del cambio. (2ª ed). Barcelona: Herder, 1988.
- Minuchin S. Familias y Terapia Familiar.. Barcelona: Ed. Gedisa, 1979.

- Hudson O'Hanlon W, Weiner-Davis M. En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona: Paidós, 1990.
- Salem G. Abordaje terapéutico de la familia. Barcelona: Massons, S.A., 1990.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. (11ª ed.). Barcelona: Herder, 1983.
- Jonson J, McCown W. Terapia familiar de los trastornos neuroconductuales. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar. Bilbao: Desclee de Brouwer, 2001.
- Haley J. Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.
- Onnis L. La palabra del cuerpo. Barcelona, Herder, 1997.
- Leahley M, Wright LM. Families, psychosocial problems. Pennsylvania: Springhouse Corp. 1987.
- García Calvente M, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999.

5.4. ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Las dificultades existentes para la correcta formación del Médico Residente en la atención a la comunidad hacen necesario tenerlas presentes y dedicar recursos y esfuerzos específicos para dicha formación. El Residente ha de tomar conciencia de que el buen Médico de Familia no puede limitarse a abordar en la consulta las demandas que se le presentan, sino que ha de atender también las necesidades en salud del conjunto de la población a la que atiende y que las actividades comunitarias como estrategia de promoción de salud forman parte de sus funciones.

La formación para la atención comunitaria incluye diversidad de conocimientos y habilidades que parten también de la propia atención individual en la consulta médica. Es necesario hacer ver al Residente los nexos de unión entre la atención individual y comunitaria y los puentes que han de establecerse entre ambas, evitando concebirlas como independientes y no relacionadas. Desde la propia consulta médica el Residente habrá de valorar el contexto comunitario de los pacientes, tanto en el análisis de sus problemas como para las posibles intervenciones, reconociendo las limitaciones de las actuaciones en la propia consulta y los recursos comunitarios que pudieran ser eficaces. Todo ello lleva implícito que cada Médico de Familia tutor de un Residente habrá de implicarse activamente en la formación para la atención a la comunidad, evitando delegar la citada formación en profesionales dedicados específicamente a ello. Para el desarrollo de actividades de intervención y participación comunitaria el Residente habrá de adquirir conocimientos y habilidades que requieren de la colaboración de profesionales específicos.

Será fundamental procurar que el Residente adquiriera una actitud favorecedora y de colaboración con las organizaciones y recursos comunitarios, encaminada a procurar la capacitación (empowerment) de los ciudadanos y sus organizaciones, haciéndoles partícipes y protagonistas en el cuidado y promoción de su salud.

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, será capaz de:

1. Prestar una atención individual en la consulta considerando el contexto social y comunitario de los pacientes, tanto en los condicionantes de los problemas como en las posibles intervenciones, así como la efectividad y eficiencia de las actuaciones individuales sobre el nivel de salud de la comunidad.
2. Identificar y priorizar las necesidades y problemas de salud de la comunidad con participación de ésta.
3. Identificar los recursos comunitarios disponibles, conocer su utilidad práctica y favorecer su desarrollo.
4. Priorizar intervenciones y elaborar programas comunitarios con participación de la comunidad.
5. Desarrollar (implementar) programas comunitarios y evaluarlos con participación de la comunidad.
6. Conocer las bases conceptuales de la metodología cualitativa y su aplicación a la práctica de la Atención Primaria.
7. Realizar intervenciones de educación para la salud grupales con metodologías capacitadoras y participativas. Implica el conocimiento de las características del aprendizaje de los adultos y de la dinámica de los procesos grupales.
8. Participar en una adecuada coordinación intersectorial, especialmente con el sector de Servicios sociales.
9. Favorecer y colaborar en actividades de participación real de la comunidad en el cuidado y promoción de la salud, con actitud de escucha activa y de reconocimiento del papel protagonista de los ciudadanos.

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|---|
| <p>PRIORIDAD III:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diseñar y coordinar la realización de una aproximación al estado de salud de una comunidad, mediante métodos cuantitativos y cualitativos, con participación activa de la comunidad (informadores clave, representantes de asociaciones ciudadanas, profesionales de otras instituciones) con un enfoque realista y eficiente (rapid appraisal) y llegando a conclusiones realmente útiles para las intervenciones en un Centro de Salud ➤ Realizar con metodología cualitativa algún trabajo o proyecto de investigación sobre aspectos relacionados con la salud comunitaria o con la evaluación de los servicios sanitarios desde la perspectiva de la población ➤ Diseñar y coordinar intervenciones grupales de educación para la salud grupal, con metodologías capacitadoras y participativas ➤ Coordinar un plan para el inicio y desarrollo de un proceso de coordinación intersectorial para la promoción de salud en una comunidad ➤ Coordinar un plan para el inicio y desarrollo de un proceso de participación comunitaria continuada en un Centro de Salud | <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> <p style="text-align: center;">SECUNDARIO</p> |

METODOLOGÍA DOCENTE RECOMENDADA

A) Autoaprendizaje y Aprendizaje de campo

- Estudio y lecturas, comentadas posteriormente con los tutores.
- Autoaprendizaje práctico como culminación de un proceso formativo, mediante la implementación supervisada: realización de entrevistas y actividades grupales y comunitarias supervisadas.
- Presentación de casos clínicos centrados en el paciente, en los que se contemple el contexto social y los condicionantes comunitarios, las limitaciones de la actuación médica en la consulta y la posible derivación o utilización de actividades grupales y recursos comunitarios disponibles (grupos de autoayuda, educación grupal, asociaciones ciudadanas, servicios sociales).
- Consulta y atención coordinada de pacientes con la trabajadora social o servicios sociales.
- Supervisión de historias clínicas, comprobando si se contempla el contexto social y comunitario y el aprovechamiento de recursos comunitarios disponibles.

B) Trabajo grupal

- Juego de roles sobre entrevistas con ciudadanos informantes clave y otros, actividades grupales, reuniones con grupos ciudadanos.
- Observación participante de actividades grupales y comunitarias y de coordinación intersectorial y supervisión posterior de las conclusiones sobre lo observado.

C) Clases y Talleres

- Cursos, talleres y seminarios teórico-prácticos sobre identificación y priorización de necesidades y problemas de salud, programación y evaluación de programas comunitarios, metodología cualitativa, metodología del proceso grupal de aprendizaje, participación comunitaria.

Respecto a la formación en metodologías cualitativas como entrevistas, actividades grupales, reuniones con ciudadanos, no se recomiendan actividades de autoaprendizaje no tutorizado y cursos a distancia, pues al incidir más en los conocimientos que en las actitudes pueden conducir a mayores grados de disociación teórico-práctica.

NOTA IMPORTANTE: Toda metodología docente en éste área de Atención a la Comunidad ha de tener especialmente presente el objetivo de promover actitudes de reconocimiento de la trascendencia de la capacitación (empowerment) y protagonismo real y activo de los ciudadanos y sus organizaciones en la promoción y cuidado de su salud y el papel del Médico

de Familia como favorecedor de este proceso. En el proceso formativo habrán de cuidarse las actitudes tanto o más que los conocimientos y habilidades.

LUGARES DE APRENDIZAJE RECOMENDADOS

- Centro de Salud donde el médico residente esté asignado. Ha de incluir actividades en las que pueden participar profesionales no médicos (enfermería y trabajo social)
- Asistencia a actividades concretas en otros Centros de Salud (educación grupal, entrevistas y reuniones con ciudadanos, grupos, asociaciones, consejos de salud, etc.)
- Servicios Sociales, tanto en consultas individuales seleccionadas como principalmente actividades grupales.
- Organizaciones ciudadanas relacionadas con la salud: grupos de autoayuda, asociaciones de enfermedades, otras asociaciones.

Nota: La escasez e incluso ausencia de actividades específicas de Atención a la Comunidad en muchos Centros de Salud acreditados hace necesario aprovechar todos los recursos docentes disponibles, por lo que habría de establecerse la norma y mecanismos concretos bien coordinados para la asistencia de los médicos residentes a actividades en diversos Centros de Salud y, en su caso, organizaciones ciudadanas. No son imprescindibles “rotaciones” con un tiempo establecido sino la asistencia a actividades concretas, lo que exige una muy buena planificación por parte de las Unidades Docentes y la colaboración facilitadora de todos los tutores. Parte del tiempo asignado a Centro de Salud del 2º año pueden también dedicarse a esta formación, eligiendo Centros adecuados para ello.

TIEMPO DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

- Durante el primero, segundo y tercer año formación teórico-práctica mediante autoaprendizaje, trabajo grupal, clases y talleres, sin un tiempo de rotación establecido. La formación teórico-práctica de trabajo grupal, clases y talleres será de 30 horas como mínimo.
- Parte del tiempo asignado a Centros de Salud en el 2º año puede destinarse a esta formación, eligiendo Centros con mayor actividad comunitaria.
- La formación práctica se realizará fundamentalmente durante el cuarto año y no a través de un tiempo de dedicación exclusiva sino mediante el aprendizaje de campo a través de la asistencia y participación activa en actividades concretas durante todo el año. Este planteamiento hace necesaria una organización planificada que conlleve a la asistencia a dicha formación sin que otras actividades lo dificulten.
- El tiempo de dedicación a la formación práctica en éste área durante el cuarto año ha de oscilar entre un mínimo obligado del 5% del tiempo total de formación y un óptimo del 10%. Dado que la asistencia a actividades formativas en éste área habitualmente no conllevará la dedicación de jornadas completas de trabajo (entrevistas, actividades grupales, reuniones con grupos ciudadanos, etc.) el tiempo de dedicación se calcula por actividades de ½ jornada de trabajo por lo que el número total de actividades formativas a realizar (de ½ jornada) durante todo el año oscilará entre un mínimo obligado de 22 actividades (una cada dos semanas y 12 días de dedicación total) y un óptimo de 44 actividades (una cada semana y 24 días de dedicación total).

EVALUACIÓN RECOMENDADA

- Supervisión de consulta del médico residente, historias clínicas y de presentación de casos clínicos centrados en el paciente: contemplar el contexto comunitario de los problemas identificados, las limitaciones de las actuaciones en consulta y la posible utilización de recursos comunitarios en cada caso.
- Evaluación de documentos elaborados: recopilación y presentación de datos e identificación y priorización de necesidades en salud, programas comunitarios elaborados y propuestas de modificaciones, evaluaciones de programas, diseño y planificación de intervenciones, etc. Dar un valor especial a la participación de los ciudadanos en los procesos.
- Supervisión de conclusiones escritas o verbales del médico residente después de observaciones participantes en actividades concretas.
- Supervisión de intervenciones del médico residente: entrevistas, actividades de educación grupal, participación en reuniones.

- La evaluación habrá de incluir de forma prioritaria las actitudes del médico residente, favorecedoras hacia la activa participación de los ciudadanos y sus organizaciones en el cuidado y promoción de salud, evitando actitudes de “poder” y autoridad sobre los mismos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades Comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos, 2001
- Kark SL, Kark E, Abramson J.H, Gofin J. Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Barcelona: Doyma,1994.
- Foz G, Gofin J, Montaner I. Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC): Fundamentos, marco conceptual y elementos básicos de su desarrollo práctico. En: Martín Zurro A., Cano Pérez J.F., Atención Primaria, conceptos , organización y práctica clínica (5ª ed). Madrid: Harcourt Brace. En prensa.
- Freeman T. Del caso clínico tradicional al caso clínico centrado en el paciente. Dimensión Humana 1999; 3 (4): 7-8
- Marchioni M. Comunidad, Participación y Desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria. Madrid: Editorial Popular, 1999
- Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.
- Soler M. Participación comunitaria en Atención Primaria: Nuevos planteamientos. En: Ruiz de Adana R. Libro del Año. Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Saned, 1996.
- Serie de 9 artículos sucesivos en la revista Atención Primaria, de diversos autores, sobre Métodos y Técnicas cualitativas en la investigación en Atención Primaria: 1999; 23 (8) Editorial. 1999; 23: 496-502. 1999; 24: 295-300. 1999; 24: 425-430. 1999; 24: 487-491. 2000; 25: 42-46. 2000; 25: 181-186. 2000; 25: 343-348. 2000; 25: 417-421
- López LA, Aranda JM. “Evaluación de las necesidades desde el Centro de Salud. Enfoques y experiencias en la práctica. Desarrollo actual y limitaciones” y “Aspectos metodológicos en relación con la evaluación de necesidades de salud”. Mesa Redonda XIX Congreso de semFYC. Atención Primaria, 1999; 24 suplem: 107-114.
- SemFYC. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Barcelona: semFYC, 1996
- Números sucesivos de revista “Comunidad” editada por semFYC, desde 1996 y con periodicidad anual
- WONCA-OMS. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996
- World Health Organisation. The Ottawa Charter: principles for health promotion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1986
- OMS. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Comunidad. Publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. 1997; 0:29-34.
- OMS. Salud para todos en el Siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999
- Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. “La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa”. Parte uno: Documento Base y Parte Dos: Libro de Evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.

5.5. FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

A.- FORMACIÓN Y DOCENCIA.

Los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria se enfrentan en su trabajo diario al reto de actualizarse en el amplio y creciente volumen de conocimientos, habilidades y actitudes que conforman su especialidad. Para ello, los servicios de salud, las sociedades científicas y los distintos colectivos profesionales desarrollan los programas de **Formación Médica Continuada** que tienen como misión básica proporcionar a los médicos de familia los instrumentos precisos para mantener y mejorar su competencia, tanto en el área de los conocimientos como en la de las habilidades y actitudes. Su implementación deberá tener en cuenta el proceso cognoscitivo (razonamiento y toma de decisiones), en vez de realizar la tradicional recopilación de datos con un formato charla unidireccional o de libro de texto en su concepto clásico. Igualmente incorporará nuevos parámetros como son la individualización de la formación, la autorresponsabilización formativa y la existencia de una mayor especificidad de las fuentes y temas de formación.

Sin embargo, desde el nacimiento de la especialidad, a la vez que aumenta la necesidad de actualizar sus competencias está aumentando de manera exponencial la necesidad y responsabilidad de adaptarse a las nuevas tecnologías de la comunicación, información, gestión, etc. Este último proceso se denomina **Desarrollo Profesional Continuo** y debe incorporarse a las actividades de formación continuada de los equipos de Atención Primaria de salud.

A lo largo del período de residencia se debe transmitir al médico residente la necesidad presente y futura de realizar actividades de formación médica continuada, asistiendo y participando en las actividades de Formación Continuada que realicen en su Centro de Salud. Además, y lo que es más importante, deberá interiorizar la necesidad de que estas actividades le acompañarán durante toda su vida profesional, no tanto para su mejora profesional, sino sobre todo para garantizar una adecuada atención a los pacientes. Y por último irá preparándose para que en un futuro más o menos próximo se considere como obligatoria la formación médica continuada para su reacreditación como especialista.

FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA

En formación continuada, lo primero es definir las competencias profesionales y conocer las necesidades formativas de los profesionales y posteriormente planificar las actividades docentes adecuadas para mejorar las competencias deficitarias. Para ello, existen distintos programas de utilidad para el Médico de Familia con un amplio espectro de contenidos, actividades y metodologías. Sin embargo, en numerosas ocasiones no responden completamente a las necesidades y expectativas de formación ni proporcionan las soluciones a los problemas planteados por la práctica cotidiana. En parte este problema traduce las dificultades de adecuar sus contenidos a los que establece el programa de formación postgrado. En teoría los programas de formación médica continuada para Médicos de Familia deben dar respuesta a la necesaria actualización y renovación de los adquiridos durante la residencia y a los avances que dentro de sus campos competenciales se vayan incorporando a lo largo de su vida profesional.

En un futuro más o menos próximo se establecerá la carrera profesional en Medicina de Familia, y la herramienta fundamental para su consolidación será, como sucede en otros países, la recertificación de la competencia. La prueba de Evaluación de Competencias al finalizar la residencia de Medicina de Familia se complementará para médicos en ejercicio con el grado de cumplimentación individual de programas y actividades de formación médica continuada acreditados por instituciones oficiales y sociedades científicas. Los residentes deben familiarizarse con las nuevas metodologías docentes y evaluadoras, por ello los pacientes simulados estandarizados deben incorporarse en las actividades docentes y evaluadoras dentro del programa de la especialidad.

DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

La informatización del conocimiento médico y de la organización asistencial, como sucede en el resto de las profesiones, debe suponer uno de los contenidos más importantes de las

actividades docentes o de formación continuada en medicina. De todas las especialidades médicas, la Medicina de Familia, por sus propias necesidades de comunicación, información y gestión con la comunidad, sus pacientes y el resto del sistema de salud, necesita una especial dedicación en adquirir y actualizarse en la mayoría de las nuevas tecnologías. Para ello actualmente cuenta con la edición en formato electrónico de numerosas revistas de la especialidad, la publicación de las actas de los congresos de la semFYC en CD-ROMs, el desarrollo de herramientas docentes con soporte multimedia (cursos multimedia o sistemas expertos de ayuda al diagnóstico), congresos virtuales, cursos especializados, casos clínicos, pacientes virtuales, foros de discusión o revisiones bibliográficas. Internet es un instrumento esencial para formación continuada médica. Los principales servicios que podremos encontrar en Internet son adecuados para la formación médica continuada y la mayor parte son gratuitos y puestos a disposición del público en general o bien destinados a un determinado grupo de profesionales, ya sea para dar a conocer las actividades de un centro o bien para dejar una constancia permanente de reuniones científicas, incluso de aquellas no relacionadas inicialmente con Internet.

Son numerosas las ventajas de la adquisición de competencias en estas nuevas tecnologías para el proceso mismo de la formación médica continuada, ya que estos métodos le serán especialmente útiles en el aprendizaje durante su vida profesional, accediendo a bases de conocimiento médicos actualizadas en la web y a CD-ROMs. Así, el Médico de Familia puede crear sus propios entornos de aprendizaje, tiene la posibilidad de tutorización "virtual", posibilidad de evaluación "on-line", etc.

La rápida popularidad de Internet ha modificado las posibilidades de los pacientes a acceder a informaciones médicas. La tradicional, y lógica en su momento, desigualdad de información científico-médica entre médico y paciente se está desdibujando, con el problema de que el paciente puede acceder a más informaciones, pero también más incorrectas o innecesarias. Todo Médico de Familia debe acceder a las informaciones médicas conocidas y utilizadas por sus pacientes. Para ello dispone de recursos en Internet facilitados por universidades, industria farmacéutica y empresas de comunicaciones que, entre otros, ofrecen al médico acceso gratuito a información actualizada, herramientas de búsqueda de resúmenes de artículos (disponibles o no en Medline), consultas a expertos, etc. Probablemente las tecnologías se simplificarán cada vez más, facilitando su uso, pero ello implicará a su vez nuevas posibilidades y tecnologías en las que habrá que actualizarse.

En un futuro muy próximo, no será fácil distinguir entre herramientas de formación continuada y los sistemas de información utilizados por el médico en su labor diaria de elaboración de historias clínicas o redacción de informes. Es decir, hay una creciente necesidad de incorporar en estos sistemas de información rutinas de cribado o comprobaciones que recuerden al médico los pasos más aconsejables a seguir, e incluso ofrezcan protocolos concretos adoptados en los centros.

El programa de la especialidad, y su desarrollo práctico en las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, debe garantizar que los médicos residentes se encuentran lo suficientemente familiarizados con todas las tecnologías de la comunicación y la información que les permitan en su futuro profesional su utilización, con la actitud de incorporar nuevas tecnologías que aparezcan.

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, será capaz de :

1. Conocer los sistemas de investigación de déficits formativos y oportunidades de mejora competencial.
2. Conocer y manejar las fuentes de formación e información habituales en el ámbito profesional.
3. Ser capaz de elaborar un plan formativo individualizado orientado a la mejora competencial.
4. Adiestrarse en las habilidades básicas en la transmisión de conocimientos y como docente.

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|--|--|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar un análisis crítico de progreso formativo y del aprovechamiento de los planes formativos durante la residencia. ➤ Realizar un análisis crítico de las ofertas formativas respecto a su idoneidad y calidad. ➤ Conocer los diferentes instrumentos de metodología docente para la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes profesionales. | <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar actividades de mejora comunicacional en transmisión de conocimientos. ➤ Impartir sesiones clínicas de calidad contrastada. ➤ Presentar comunicaciones médicas en foros de investigación. | <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Participar en la elaboración del Programa Formativo de la Unidad Docente. ➤ Actuar como docente en actividades formativas programadas por la Unidad Docente. | <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |

METODOLOGÍA DOCENTE RECOMENDADA

A) Autoaprendizaje:

- Búsqueda y utilización de información en Internet.

B) Aprendizaje de campo

- Elaboración tutorizada de planes formativos.
- Presentación de sesiones clínicas y presentación de comunicaciones a congresos.
- Participación como docente en actividades formativas.

C) Talleres

- Seminarios de práctica real con ordenador en búsquedas de ofertas formativas.
- Participación en pruebas de Evaluación de la Competencia.

LUGAR DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

- Centro de Salud.
- Sesiones/Seminarios organizados por la Unidad Docente a lo largo del periodo de residencia.

TIEMPO DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

- Debe desarrollarse a lo largo de todo el periodo de residencia.

EVALUACIÓN RECOMENDADA

- Reuniones periódicas de tutorización activa residente-tutor.
- Evaluaciones objetivas y subjetivas de las actividades docentes realizadas.

B.- LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

La investigación de calidad debe ser fomentada como instrumento fundamental para generar conocimiento y contribuir al progreso del sistema sanitario. Y debemos promover el traslado de los resultados de la investigación a la práctica clínica para aumentar la efectividad clínica. Nadie discute que la Investigación es imprescindible en todos los niveles asistenciales y para todos los profesionales sanitarios. Es a través de la Investigación e Innovación como podemos proporcionar una atención eficiente cada vez de mayor calidad.

La Atención Primaria es el primer punto de contacto que los servicios sanitarios proporcionan a los individuos y a la población, de forma continua, integral e integrada, e indiferenciada por edad, género, estado de salud o enfermedad. Pero es importante la diferencia entre el alto nivel de actividad asistencial en Atención Primaria y su escasa presencia en la Investigación actual. Es un aspecto que origina preocupación, por diferentes motivos:

- *Existe incertidumbre*: En nuestro trabajo diario surgen infinidad de interrogantes, lo que hace que se trabaje en condiciones de incertidumbre. Tenemos un gran número de preguntas pendientes de respuesta.
- En Atención Primaria se atienden *estadios más precoces de la enfermedad* que los que habitualmente se atienden en otros ámbitos especializados. Y un hecho diferencial importante es que mientras en otros ámbitos sólo puede investigarse en casos de enfermedad, mortalidad, alta tecnología, la Atención Primaria es el único nivel donde, además, *se puede investigar en Salud*. Con frecuencia aplicamos los resultados de la investigación realizada en otros ámbitos de la atención sanitaria, donde se atienden pacientes "ideales" con estadios específicos de la enfermedad y edades acotadas, que no es lo que nos encontramos en la *población real* que atendemos en nuestras consultas. Es importante que desde nuestra propia práctica clínica, donde surgen nuestros interrogantes, nos planteemos la búsqueda de las mejores respuestas para aplicar a nuestros pacientes. El ámbito donde se lleva a cabo la investigación da forma significativa a los resultados y a cómo pueden transferirse realmente a la práctica. Afectan a la estimación real de la prevalencia de la enfermedad, y la frecuencia de los estadios que presentan los pacientes afecta al valor predictivo de las pruebas utilizadas y afecta a la respuesta esperada del tratamiento.
- En Atención Primaria existe una *relación continua con los pacientes*, lo que ofrece la oportunidad de observación de los pacientes durante periodos continuados de tiempo, en su propio entorno familiar, laboral y social
- *Existe inquietud*: Las iniciativas de investigación son relativamente frecuentes, como se refleja en las masivas aportaciones a los congresos y reuniones científicas de Atención Primaria o en las revistas del ámbito. Muchos de estos proyectos son estudios descriptivos y puntuales, que con el apoyo adecuado podrían dar lugar a líneas de investigación de calidad.

La ignorancia sobre los factores que condicionan la salud de nuestros conciudadanos, sobre la historia natural de la enfermedad, sobre los servicios de salud o sobre el tipo de atención que prestamos, resulta muy caro a la sociedad tanto en términos económicos como en bienestar físico, psíquico y social. Sabemos que la base del progreso es la acumulación continua de conocimientos fundamentados en hechos, y la Atención Primaria no puede constituir una excepción.

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, será capaz de:

1. Conocer las principales fuentes de documentación científica y tener habilidades en su manejo.
2. Ser capaz de realizar una lectura crítica de originales sobre los siguientes aspectos: etiología, pruebas diagnósticas, terapéutica, pronóstico, eficiencia.
3. Conocer los principios básicos de diseño de proyectos de investigación y tener habilidades para aplicarlos al diseño de un proyecto sobre una pregunta de interés en su práctica clínica.
4. Conocer los principios éticos de la investigación biomédica e incorporarlos tanto al diseño de proyectos como a la incorporación de los resultados de investigación a la práctica clínica.
5. Tener habilidades en la presentación de resultados de investigación, tanto en forma de artículo de revista como de comunicaciones para reuniones científicas (orales, posters).

| ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD | NIVEL DE RESPONSABILIDAD |
|---|---|
| <p><u>PRIORIDAD I:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar las necesidades de mayor información científica de calidad formulando adecuadamente preguntas ➤ Conocer las estrategias de búsqueda en las principales bases bibliográficas (Medline, Librería Cochrane...) y manejarlas con habilidad media ➤ Realizar una lectura crítica de trabajos científicos, siendo capaz de tomar decisiones acerca de su validez, importancia y aplicabilidad ➤ Conocer las características y aplicaciones de las Guías de Práctica Clínica en la práctica clínica de Atención Primaria ➤ Identificar los aspectos éticos inherentes a toda investigación biomédica y la necesidad de su garantía ➤ Conocer las normas de publicación de las principales revistas en Atención Primaria y el procedimiento a seguir por los autores de un original ➤ Colaborar en algún proyecto de investigación en curso | <p>PRIMARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tener los conocimientos y habilidades necesarios para plantear/diseñar un trabajo de investigación en relación a su práctica (objetivo, tipo de diseño, población, muestra y técnica de muestreo, variables de estudio), con un interés especial por la elección de variables resultados relevantes ➤ Conocer las características, normativa y aplicaciones de los ensayos clínicos en Atención Primaria ➤ Presentar de forma metodológicamente correcta los resultados de investigación en forma de comunicación a un congreso (oral o poster) | <p>SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |
| <p><u>PRIORIDAD III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tener habilidades para la identificación y recuperación de información científica en Internet, con criterios de calidad y eficiencia en la utilización de los recursos ➤ Llevar a cabo un proyecto de investigación ➤ Conocer las estrategias de análisis estadístico: marco de aplicación, utilidad, restricciones a su uso ➤ Poder colaborar en la realización del análisis estadístico de un trabajo de investigación ➤ Tener conocimientos y habilidades para escribir un original con los resultados de un proyecto de investigación realizado | <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> |

METODOLOGÍA DOCENTE RECOMENDADA

A. Autoaprendizaje

- Lectura de publicaciones secundarias (Cochrane, Bandolera, Atención Primaria Basada en la Evidencia, Clinical Evidence...)
- Análisis de trabajos publicados que planteen problemas éticos en su diseño/aplicación

B. Aprendizaje de campo

- Seguimiento tutorizado de un proyecto de investigación
- Presentación de sesiones clínicas y Presentación de comunicaciones a congresos.

C. Clases

- Clases sobre metodología de la investigación, epidemiología, estadística, medicina basada en pruebas.

D. Trabajo grupal

- Ejercicios sobre casos reales
- Presentación y discusión de artículos en sesiones bibliográficas periódicas
- Discusión en sesiones de metodología aplicada a las propuestas de cada residente
- Grabaciones de situaciones reales o simuladas

E. Talleres

- Seminarios con práctica real con ordenador
- Seminarios de lectura crítica a lo largo de toda la residencia

LUGAR DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

- Centro de Salud
- Sesiones/Seminarios organizados por la Unidad Docente de forma longitudinal y progresiva a lo largo del periodo de residencia

TIEMPO DE APRENDIZAJE RECOMENDADO

- Debe desarrollarse a lo largo de todo el periodo de residencia.

EVALUACIÓN RECOMENDADA

- Elaboración de PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN a partir de casos (escenarios clínicos), según formato MBE
- Presentación de proyecto de investigación
- Presentación de sesiones bibliográficas con metodología de lectura crítica
- Seguimiento de la evolución de la toma de decisiones clínicas y su fundamentación en la "evidencia" de calidad disponible
- Discusión sobre situaciones reales o simuladas de aplicación de resultados de investigación a la práctica clínica

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Vuori H. Salud para todos e Investigación en Atención Primaria. Aten Primaria 1991; 8: 449-54
- Gómez de la Cámara A, Llobera J, Molina F, Martínez T, Domínguez A. Documentos de trabajo sobre investigación en Atención Primaria. Ed.: Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1996.
- Wallace P, Drage S, Jackson N. Linking education, research and service in general practice. Opportunities for the development of university linked general practices. BMJ 1998; 316: 323.
- Ricoy JR, Carrasco M, Clavería LE. Educación médica e investigación. Med Clin (Barc) 1999; 112: 259-63
- Nutting PA, Beasley JW, Werner JJ. Practice based research networks answer primary care questions. JAMA 1999; 281: 686-8.
- Jiménez Villa J. Investigación y Atención Primaria. Aten Primaria 1999; 23 (supl 1): 66-70

- Wilson S, Delaney BC, Roalfe A, Roberts L, Redman V, Wearm AM et al. Randomised controlled trial in primary care: case study. *BMJ* 2000; 321: 24-7.
- Thomas P, The research needs of primary care. Trials must be relevant to patients. *BMJ* 2000; 321: 2-3.
- Weiss BD. Why Family Practice Research? *Arch Fam Med* 2000; 9: 1105-7
- Starfield B. Necesidades de investigación en Atención Primaria. En *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. (1ª ed). Barcelona: Masson, S.A, 2001: 425-47.
- Thomas P, Griffiths F, Kai J, O'Dwyer A. Networks for research in primary health care. *BMJ* 2002; 322: 588- 90
- Godwin M, Grzybowski S, Stewart M, Labrecque M, Grava-Gubbins I, Katz A, Herbert C, Tatemichi S. The Need for an Institute of Primary Care Research within the Canadian Institutes of Health Research. A Discussion Paper by the Section of Researchers of the College of Family Physicians of Canada. URL Location: <http://www.cfpc.ca/research/cihr.asp>

6. LA EVALUACIÓN

La cumplimentación del Programa formativo en las Unidades Docentes incluirá de manera sistemática, estructurada y consensuada el desarrollo de un Plan Evaluativo Global que incluya a todos y cada uno de los elementos del sistema docente.

En cada Unidad Docente se articularán los mecanismos necesarios para llevar a cabo el plan Evaluativo que incluya los siguientes objetivos:

1.- Evaluación de los Médicos Residentes

A.- Evaluación Formativa.

B.- Evaluación Calificativa / Sumativa.

2.- Evaluación de la Estructura Docente.

A.- Evaluación de Servicios / Áreas Formativas.

B.- Evaluación de Actividades.

C.- Evaluación de Tutores.

D.- Evaluación de la Organización y Gestión de la Docencia.

COMISIÓN DE EVALUACIÓN

Para la consecución de los objetivos descritos en cada Unidad Docente se constituirá una Comisión de Evaluación que garantice el correcto desarrollo del Plan Evaluativo.

Composición: En dicha comisión, que será presidida por el Coordinador de la Unidad Docente estarán representados los técnicos, tutores y residentes de la Unidad. Su composición deberá ser aprobada por la Comisión Asesora.

Objetivos: Los cometidos de la Comisión serán los siguientes:

1. Elaborar el Plan Estratégico de Evaluación.
2. Determinar de instrumentos evaluativos específicos.
3. Garantizar la objetividad y correcta confidencialidad del proceso evaluativo.
4. Gestión de los resultados del programa evaluativo.
5. Participar en la elaboración de la Memoria Evaluativa de la Unidad Docente.
6. Proponer planes formativos específicos en evaluación para los responsables de la misma.

1.- Evaluación de los Médicos Residentes

Se establecerá un Sistema de Evaluación Integrado y bidireccional para cada residente que deberá ser conocido previamente a su puesta en marcha por el mismo.

A.-Evaluación Formativa :

La Evaluación formativa se basará en el seguimiento del cumplimiento de los objetivos docentes del Programa, su adecuación personalizada a cada médico residente y en la propuesta de actividades específicas para las áreas formativas y competencias deficitarias.

De forma general, el principal responsable de la ejecución y seguimiento de esta evaluación será el Tutor del residente, quien tendrá que ejecutar el plan personalizado según lo establecido por la Comisión de Evaluación.

Entrevistas Periódicas Tutor y residente

Se deberán establecer reuniones periódicas entre el Tutor y el residente con el fin de monitorizar el cumplimiento de los objetivos docentes.

Los elementos conceptuales de este tipo de Evaluación serán los siguientes:

- Enseñanza centrada en el residente: autovaloración de las necesidades detectadas con relación a los objetivos docentes.
- Identificación de objetivos educativos específicos y planificación de su aprendizaje.

- El tutor guía y motiva al residente hacia el autoaprendizaje.
- El tutor debe ser "el ejemplo a seguir".

Los encuentros se llevarán a cabo mediante el modelo del *feed back*: reuniones sistemáticas, pactadas previamente para la revisión de temas concretos igualmente pactados.

De forma ideal, se deberán realizar dichas reuniones evaluativas a la mitad de la cumplimentación de cada área formativa específica, para valorar las ganancias y los déficits formativos, favoreciendo así la posibilidad de establecer planes de recuperación activa de las deficiencias observadas.

Como mínimo se llevarán a cabo cuatro reuniones de este tipo por cada año lectivo.

Es conveniente que se establezcan igualmente reuniones evaluativas de carácter formativo con otros responsables del programa formativo: coordinador, técnico de salud, tutor hospitalario....

Instrumentos de evaluación

Para la puesta en práctica de las actividades de Evaluación Formativa, la Comisión de Evaluación definirá los instrumentos de valoración adecuados, proponiéndose los siguientes:

- Autovaloración de objetivos y actividades realizadas.
- Análisis de registros clínicos.
- Análisis de casos clínicos.
- Demostraciones de técnicas diagnósticas y terapéuticas.
- Análisis de los registros anotados en el Libro del especialista en formación.
- Análisis de otros tipos de registros referentes a actividades teórico/prácticas.
- Vídeo-grabaciones.
- Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECO-E).
- Otros sistemas de valoración de cumplimientos de objetivos docentes.

La Unidad Docente facilitará y coordinará los aspectos logísticos necesarios para el desarrollo del Programa de Evaluación Formativa.

B.-Evaluación Calificativa/Sumativa.

La Unidad Docente llevará a cabo el programa de evaluación calificativa/sumativa según la normativa vigente.

La Unidad Docente, a propuesta de la Comisión de Evaluación, adecuará al máximo los instrumentos evaluativos disponibles para la obtención de la mayor objetividad en la Evaluación Sumativa. A este respecto, la Comisión de Evaluación realizará propuestas de valoración y adaptación de los diferentes componentes de la evaluación sumativa dictaminada por la normativa vigente para su óptima adecuación al contexto de cada Unidad Docente.

Instrumentos de evaluación

Los instrumentos de valoración con el objetivo de la elaboración de esta evaluación calificativa podrán ser, siempre que sea posible, los descritos para la evaluación formativa. Además, podrán ser de utilidad los siguientes instrumentos:

- Registro de cumplimentación de actividades.
- Registro de asistencia a actividades programadas.
- Evaluaciones escritas multitest.
- Otros instrumentos propuestos por la Comisión de Evaluación.

2.- Evaluación de la Estructura Docente.

La Comisión de Evaluación elaborará un plan que garantice la evaluación de todos los componentes de la estructura docente como mínimo con una periodicidad bienal.

A.- Evaluación de Áreas Formativas/Servicios

Esta evaluación incluirá los siguientes objetivos:

- Estudiar la congruencia de las actividades en relación con los objetivos docentes.
- Evaluar la calidad de la supervisión.
- Evaluar la consecución de los objetivos.
- Evaluar la calidad y la disponibilidad del material y componente clínico.

B.- Evaluación de Actividades

Se elaborará una estrategia evaluativa que incluya la valoración por parte de los residentes y/o tutores de todas las actividades complementarias de carácter teórico-práctico desarrolladas por la Unidad dentro del Programa Docente.

C.- Evaluación de los Tutores

Como mínimo de forma anual, cada médico residente realizará una evaluación del Tutor al que se encuentre adscrito

D.- Evaluación de la Organización y Gestión de la Docencia.

Como mínimo de forma anual, los médicos residentes adscritos a la Unidad Docente llevarán a cabo una evaluación respecto de la adecuación de los órganos de gestión y coordinación de la Unidad Docente a los objetivos descritos en el Programa Formativo.

Metodología. Para la ejecución de la evaluación de la Estructura Docente se recomiendan los siguientes instrumentos de valoración:

- Encuestas de opinión.
- Entrevistas personalizadas.
- Discusión en Grupos específicos.

7. ESTRUCTURA DOCENTE

7.1. EL TUTOR

Introducción

El Tutor es aquel profesional de la medicina, en ejercicio activo, al que se le reconoce un nivel formativo y un entorno laboral adecuado que permite acreditarlo como capacitado para favorecer el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes propios de una formación médica especializada y que voluntariamente asume colaborar de forma activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los médicos especialistas en formación, dentro de un contexto institucionalizado.

La formación en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria al igual que en otras especialidades se basa en la práctica supervisada con asunción progresiva de responsabilidades. En la formación del residente de Medicina de Familia influyen varios factores, pero quizá los más importantes son la actitud del médico residente ante la especialidad y la manera en la que se realiza la tutorización. El tutor es, pues, una figura clave y esencial en la formación del residente y especialmente en el contexto de este programa de formación que entre sus características definitorias tiene la flexibilidad. Ésta incluye la individualización y personalización del programa adaptando contenidos, tiempos y métodos a las necesidades propias de cada residente.

A lo largo de los cuatro años y fundamentalmente en el último, tutor y residente van a compartir trabajo y pacientes, y según sea la actitud del primero hacia la enseñanza, su preparación específica y su capacidad para transmitir conocimientos, el segundo obtendrá una mejor o peor preparación. Por lo tanto el perfil del tutor incluye ser buen médico, pero también buen docente. Los aspectos decisivos del papel del tutor son el manejo de las relaciones interpersonales, el modelo válido de comportamiento profesional y la capacidad de llevar a cabo encuentros docentes.

En la especialidad de Medicina de Familia, además del tutor que cada residente tiene asignado para todo el tiempo de su formación, en el periodo que éste rota por el hospital tiene asignado un tutor hospitalario. El tutor del hospital debe tener un profundo conocimiento del programa de MFyC y debe estar acreditado para formación de residentes en MFyC.

En la formación del residente de familia participan además otros profesionales, como el personal docente de las distintas especialidades y unidades del hospital, pediatras, otros profesionales como profesores extraordinarios, personal de enfermería y trabajador social de los Centros de Salud docentes, que colaboran en determinados aspectos de la formación de los residentes.

Cualidades del tutor

El tutor debe fundamentalmente reunir dos características:

- Ser un buen Médico de Familia : su perfil competencial debe adecuarse al descrito en este programa.
- Ser un buen docente (desempeñar funciones de supervisión, orientación y ayuda al residente durante su formación, para que adquiera los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ser un buen especialista).

Relación tutor-residente

Es un modelo colaborativo centrado en el que aprende. Esta relación se escapa a las clásicas ya establecidas. No necesariamente tiene que ser de amistad, ni la que hay entre compañeros laborales y tampoco la existente entre maestro y discípulo (es algo más). Se caracteriza por ser: interpersonal, individualizada, personalizada, adaptada a las expectativas de cada residente, quien ha de colaborar en la definición de objetivos, interrelación bidireccional. Esta relación debe desarrollarse en un ambiente que dé lugar a un intercambio de papeles, en donde el residente va asumiendo progresivamente más responsabilidad.

Es necesario una comunicación efectiva entre ambos, con el fin de lograr los objetivos propuestos. Cada tutor tiene su propio estilo de tutorización y debe ser consciente de cuál es éste y del impacto que tiene en el residente. El tutor debe ser capaz de:

- Comunicar (empatía)
- Estimular (incentivar, impulsar e ilusionar) la labor que se va a realizar
- Transmitir información oportunamente
- Explorar las expectativas y actitudes del residente y estimularlas
- Favorecer el diálogo

Funciones del tutor

El tutor de Medicina de Familia es el elemento fundamental en la formación del residente, pues es el responsable de transmitir los conocimientos, habilidades y actitudes propios de la especialidad y su papel de tutor debe estar basado fundamentalmente en:

- *Orientar al residente durante todo el periodo formativo.* Para ello debe ayudarle a identificar cuáles son sus necesidades de aprendizaje y cuáles son los objetivos de cada rotación tanto a nivel hospitalario como en el Centro de Salud; establecer con él cuáles van a ser las rotaciones específicas e informarle de cuáles pueden ser las actividades formativas de interés para su formación.
- *Supervisar su formación.* A este fin el tutor deberá establecer con su residente un calendario de reuniones periódicas durante el periodo hospitalario (como mínimo en cada cambio de estancia formativa) y también específicamente en cuarto año (por ejemplo una vez al mes), para analizar entre ambos cómo se está realizando la formación de éste e intentar corregir los puntos débiles si los hay, pudiendo si es necesario proponer hasta tres meses de estancias electivas.
- El documento base con el que cuenta el tutor para conocer la evolución de la formación es el Programa actual. Es conveniente que complementa su información manteniendo entrevista con el tutor hospitalario de cada servicio por donde rotó.
- *Ser el referente-interlocutor del residente* y por tanto tiene una labor de acogida, de información, ser elemento esencial en la resolución de conflictos y velar por los derechos del residente.
- *Fomentar la actividad docente e investigadora del residente, y favorecer la responsabilidad progresiva en la tarea asistencial*
- *Participar en la evaluación formativa* del residente y también en los comités de evaluación anual y final del residente, tal y como se señala en el apartado de evaluación del programa.
- Contribuir, como se especifica en la OM del 22-6-1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los Sistemas de Evaluación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas, a la *elaboración de la memoria anual* de las actividades docentes realizadas por los residentes en el Centro de Salud y una vez visada por el coordinador de éste, remitirla a la Comisión Asesora.

En definitiva, el tutor debe planificar, estimular, dirigir, seguir y evaluar el proceso de aprendizaje del residente.

Oferta a los tutores

Es necesario que la Administración garantice y facilite el trabajo de los tutores para lo cual existen básicamente tres ejes de intervención:

A.-Mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores en formación clínica y en metodología docente. A los tutores debe facilitárseles el acceso a una formación continuada específica, con el fin de mantener su nivel de competencia docente. Esta formación, complementaria a la formación clínica, versará fundamentalmente sobre:

- Aspectos relacionados con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos
- Técnicas de comunicación, de control y mejora de calidad
- Técnicas de motivación, supervisión y evaluación
- Valores y aspectos éticos de la profesión

En las Unidades Docentes deben desarrollarse programas específicos de mantenimiento de la competencia dirigidos a los tutores compatibilizando éstos con los programas de formación de área y con el programa de formación de los residentes.

B.-Condiciones asistenciales y docentes idóneas:

- Presión asistencial regulada, siendo recomendable no tener una presión asistencial que supere los 30 pacientes/día, ni una dedicación a la asistencia de más de cinco horas.
- Tiempo específico para la docencia.
- Apoyo de la estructura docente.

C.-Actividades para mantener la motivación: Además de facilitar la formación continuada de los tutores es necesario contemplar los incentivos. Aquellos tutores que se acrediten y reacrediten y por tanto garanticen una enseñanza de calidad, deben ser reconocidos por parte de la Administración a nivel curricular, por ejemplo para una futura carrera profesional y se les contemple algún tipo de incentivo (económico, laboral, formativo, etc.) para compensar el esfuerzo que supone el desempeño de esta tarea.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Orden de 25 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas BOE nº 155, de 30 de Junio de 1995
- Bacariza M, Castaño A, Castro B, Cots J, Fernández V, Ferreiro JA et a. El perfil del tutor de Medicina de Familia y Comunitaria. 1997, MAYO 7 Y 8; Orense. Reunión del grupo de trabajo "Perfil del tutor". 1997
- Forés García D. ¿Son válidos los criterios actuales de acreditación docente de los centros y tutores de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria? FMC 1996; 3: 383-390
- EURACT. Vocational training in family medicine. How can we prepare the best family physician? Budapest. Symposium 225 th Aniversary of Semmelweis University. 1994
- Acreditación y reacreditación de los tutores de Atención Primaria. Grupo de Evaluación de las Unidades Docentes de MFyC de Cataluña. Tribuna Docente 2001; 2: 47-63
- Humphres H. Recommendations to regions for the establishment of criteria for the approval and reapproval of trainers in general practice. The Joint Committee on Postgraduate Training for General Practice. London 1993
- Quirós Bauset, C. ¿Debe ser obligatoria la formación continuada? Tribuna Docente 2000; 4: 25-34

7.2. LA UNIDAD DOCENTE. EL COORDINADOR. EL TÉCNICO DE APOYO DOCENTE. EL TUTOR HOSPITALARIO.

EL COORDINADOR DE UNIDAD DOCENTE DE MFYC: FUNCIONES Y TAREAS

En cada Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria deberá haber un Coordinador de la Unidad Docente, con titulación de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

El acceso a este puesto deberá hacerse teniendo en cuenta los méritos y estará vinculado con la carrera profesional. En la elección del Coordinador deberá tener un papel decisivo la Comisión Asesora de la propia Unidad Docente. Se deberá garantizar una mínima estabilidad en el desempeño de la función de Coordinador de Unidad Docente.

Este profesional tendrá que reunir una serie de méritos, que incluyan las tres vertientes: asistencial, docente e investigadora. Entre estos méritos se deberá valorar los siguientes:

- Experiencia clínica, avalada por años de ejercicio profesional como Médico de Familia.
- MIR de MFyC.
- Habilidades en metodologías docentes.
- Experiencia docente y de tutorización de residentes.
- Habilidades en metodología investigadora.
- Doctorado y actividades de investigación realizadas.
- Pertenencia a comisiones o grupos de trabajo del área, autonomía o estado.
- Habilidades y experiencia en negociación, mediación y comunicación entre los distintos agentes que participan en el programa formativo.
- Experiencia y formación en planificación, organización y gestión de recursos.

Las funciones del Coordinador se pueden englobar dentro de los siguientes apartados:

- Dirección y gestión.
- Planificación y organización.
- Evaluación/control.
- Asistencia.
- Docencia.
- Investigación.

DIRECCIÓN Y GESTIÓN:

Dirigir y gestionar todas las actividades y recursos en relación al programa Docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

- Gestión del presupuesto asignado.
- Dirección de los recursos humanos adscritos a la Unidad Docente.
- Participación en los procesos selectivos de los mismos.
- Participación en los procesos de acreditación docente de centros y tutores hospitalarios y de Atención Primaria.
- Presidir el comité de acreditación de tutores.
- Gestión de los recursos materiales asignados a la Unidad. Elaboración del plan anual de necesidades según protocolos de las distintas gerencias.
- Dirección y coordinación de las actividades docentes de los tutores de Atención Primaria.
- Dirección, coordinación y supervisión de las actividades docentes hospitalarias en relación con la aplicación práctica del programa de rotaciones que se establezca en cada hospital para la especialidad de Medicina de Familia.
- Gestión de licencias y permisos del personal adscrito a la Unidad y de los residentes.
- Gestión de solicitudes de rotación externa.
- Presidir la Comisión Asesora y dirimir con su voto los empates que se produzcan en el momento de adopción de acuerdos.
- Participar como vocal en las Comisiones de Docencia de los Hospitales de referencia de la Unidad.
- Presidir los Comités de Evaluación anual y final y dirimir con su voto los empates que pudieran producirse.
- Gestionar las Actas de Evaluación anual y final y garantizar su correcta ejecución y envío en tiempo y forma al Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Realizar informes que se soliciten o se crean oportunos sobre todas las actividades, recursos y otros temas en relación con la Unidad Docente y al programa de la Especialidad.
- Realizar reuniones periódicas con los residentes de la Unidad.
- Promover mecanismos de participación en la toma de decisiones de la Unidad Docente de todos los profesionales vinculados a ella.
- Representar a la Unidad Docente ante Instituciones, organizaciones y medios de comunicación.

PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Planificar y organizar todas las actividades y recursos en relación con el programa docente de la especialidad.

- Planificar y organizar el calendario de rotaciones anualmente en función de los recursos disponibles, del número de residentes adscritos y año formativo y supervisar su posterior elaboración y puesta en práctica por los servicios hospitalarios, ambulatorios y centros de salud correspondientes.
- Planificar y organizar las guardias hospitalarias y en Atención Primaria en los diferentes periodos formativos y supervisar su posterior elaboración/asignación a los residentes por los responsables, así como su cumplimiento en los términos acordados.
- Planificar y organizar en función de necesidades, tiempo y recursos disponibles los cursos y seminarios específicos que propone el programa oficial de la especialidad, así como supervisar su calidad. Organizar otros cursos, seminarios o talleres que se consideren de interés para el desarrollo de habilidades prácticas útiles en la especialidad de Medicina de Familia.
- Coordinación con las Instituciones implicadas en planificar y decidir la oferta de plazas docentes anuales que correspondan a la Unidad de la que se trate.
- Planificar y organizar reuniones específicas con tutores hospitalarios y de Atención Primaria, con residentes y con otras personas cuya aportación signifique un beneficio para el desarrollo de la especialidad y de su organización docente.
- Supervisar y coordinar la organización administrativa de la Unidad.

EVALUACIÓN Y CONTROL

Aplicar la metodología de evaluación para la mejora continua a todas las actividades y recursos en relación con el programa docente de la especialidad.

- Apoyar y motivar para la correcta realización del procedimiento de evaluación continua establecido oficialmente, (hoja de evaluación de la rotación), implicando a los tutores hospitalarios y de Atención Primaria en esta tarea.
- Promover la realización de evaluaciones de las diferentes áreas docentes nada más concluir cada período de rotación.
- Promover la realización de encuestas al finalizar la residencia que abarquen todas las áreas y contenidos de sus rotaciones, así como las observaciones que de manera abierta quisieran expresar.
- Realizar informes globales de las evaluaciones emitidas que permitan captar diferencias acusadas según tutor o lugar de rotación, así como sugerir medidas correctoras para la mejora de aspectos evaluados negativamente.
- Sistematizar la evaluación de docentes y discentes en los diferentes cursos y seminarios, mediante la aplicación de hojas protocolizadas de evaluación.
- Evaluar la asistencia a cursos y seminarios específicos contemplados en el programa.
- Elaborar la memoria anual de la Unidad.

ASISTENCIALES

La Disposición adicional primera de la ORDEN de 22 de Junio de 1995 recoge en el apartado: Dedicación de los facultativos a las actividades de formación especializada, que los órganos de dirección de los centros sanitarios adoptarán, oída la Comisión Asesora, las medidas oportunas para que los facultativos que desempeñen el cargo de Coordinador de Unidad Docente, puedan desarrollar eficazmente sus funciones.

Es imprescindible la dedicación exclusiva a la Unidad, para las funciones señaladas en este apartado, excepto en Unidades que cuenten con menos de 50 residentes en total, en las

que es deseable el mantenimiento de alguna actividad asistencial, que deberá adaptarse a las condiciones existentes en cada área y Unidad Docente.

DOCENTES

Asumir y desarrollar las funciones docentes correspondientes al programa de la especialidad desde una perspectiva global e integradora en referencia a las actividades y recursos de la Unidad Docente, compartiendo actividades docentes con los residentes, los tutores y todas aquellas personas que solicitasen su colaboración docente en la especialidad de Medicina de Familia.

- Impartir cursos y seminarios específicos.
- Promover reuniones específicas con tutores para análisis de contenidos, material y experiencias docentes.
- Asesorar en metodología docente.
- Revisar sistemáticamente bibliografía específica de contenidos docentes.
- Acudir con periodicidad a las sesiones docentes impartidas por residentes y/o tutores, supervisando su actuación y proporcionando apoyo y orientación.
- Acudir a cursos de formación continua relacionados con docencia y otros contenidos de la especialidad un mínimo de 50 horas/año.
- Definir consensuadamente con los tutores el "modelo docente" a aplicar en la Unidad y revisar sistemáticamente su adecuación.
- Favorecer el contacto con otras Unidades Docentes

INVESTIGACIÓN

Promover y desarrollar actividades de investigación propias o mediante la creación y el apoyo, desde la estructura docente, de grupos de trabajo de investigación en Atención Primaria.

- Definición de líneas de investigación de la Unidad Docente en consonancia con las necesidades del entorno y aplicabilidad práctica de resultados.
- Favorecer el desarrollo anual de cursos de metodología de Investigación.
- Fomentar la realización de al menos un trabajo de investigación durante la residencia por todos los residentes.
- Fomentar la participación de tutores en grupos de trabajo de investigación.
- Incentivar esta actividad como condición para la acreditación y reacreditación de tutores.
- Realizar un mínimo de un trabajo de investigación anual.
- Solicitar apoyo a las gerencias y destinar recursos y tiempo para el desarrollo de actividades de investigación.
- Solicitar financiación a diferentes instituciones para el desarrollo de los proyectos.

EL TÉCNICO DE APOYO DOCENTE. (TÉCNICO DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA).

Todas las Unidades Docentes, para el correcto desarrollo del programa, contarán con técnicos de salud. El número de técnicos y su dedicación a la Unidad estará en dependencia del número de Residentes en formación y de las peculiaridades de la Unidad Docente (dispersión geográfica, Centros adscritos, actividades programadas, etc.).

La elección de los técnicos se realizará en base a concurso de méritos, a propuesta del coordinador de la Unidad Docente una vez oída la Comisión Asesora.

En la valoración de los méritos para el desempeño de la plaza se tendrá en cuenta:

1.- Formación Especializada: El técnico deberá poseer una de las siguientes titulaciones:

- Ser especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, constituyendo el perfil preferencial para el desempeño de esta plaza.
- Ser especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública o Master en Salud Pública.

2.- Méritos a valorar:

- Conocimiento integral del Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria
- Formación en áreas contempladas en el programa de la especialidad.
- Actividades de investigación
- Actividades docentes
- Formación especializada vía MIR

El Técnico de Salud deberá llevar a cabo las tareas encomendadas por el Coordinador de la Unidad Docente encaminadas a la ejecución del programa teórico-práctico de la especialidad, participando en las actividades formativas y de investigación que se desarrollen en la Unidad y en los Centros de Salud, que vayan dirigidas a la mejora de la formación tanto de los residentes como de sus tutores.

Esencialmente, las funciones que deberán desarrollar los Técnicos de Salud, bajo la dirección del Coordinador de la Unidad Docente, serán las siguientes:

* Formación de postgrado especializada:

- Planificación del Programa docente de MFyC en la unidad correspondiente adaptándolo a las características propias de la misma.
- Impartir tanto los cursos y módulos que contempla el Programa, así como todos aquellos de carácter técnico que se consideren necesarios para cumplimentar la formación de los residentes.

* Formación de los tutores:

- Detección de oportunidades de mejora en la formación pedagógica de los tutores.
- Información detallada sobre todas las actividades que cumplimenta cada residente aportándolas a cada tutor en informes personalizados.
- Apoyo en la elaboración de los planes personalizados de tutorización.

* Investigación de los médicos residentes:

- Participación y tutorización de los diferentes trabajos de investigación que realicen los médicos residentes durante su periodo de formación.
- Apoyo metodológico en la elaboración del trabajo de investigación de fin de residencia.

* Evaluación de los médicos residentes

- Análisis y seguimiento del Libro del Especialista en Formación de cada residente.
- Propuestas de sistemas de evaluación de contenidos docentes de las diferentes actividades.
- Participar en el Comité de Evaluación.

- * Gestión de Calidad en la Unidad Docente:
 - Elaboración de un programa de Gestión de la Calidad de la Unidad Docente.
 - Elaboración de la guía docente de la unidad.
 - Promover mecanismos de participación en la toma de decisiones de la Unidad Docente de todos los profesionales vinculados a ella.
 - Participación en la Comisión Asesora.
- * Seguimiento individualizado de la formación del MIR: Apoyo a la tutorización
 - Apoyo y supervisión de la elaboración de sesiones clínicas, bibliográficas.
 - Apoyo al Tutor del residente en la elaboración del plan personal de formación del residente.
 - Análisis y apoyo en la cumplimentación de los objetivos fijados en el Libro del Especialista en Formación.
- * Acreditación de centros y tutores del programa MIR:
 - Participar en la elaboración del informe de solicitud de acreditación de los centros de salud.
 - Apoyo técnico en la elaboración del informe de solicitud de acreditación de los tutores.
- * Monitorización y apoyo técnico en los centros de salud docentes:
 - Detección y análisis de deficiencias formativas en los centros de salud docentes.
 - Propuesta de medidas de mejora en la organización docente de cada centro: plan individualizado.
 - Refuerzo de los puntos fuertes encontrados en la docencia de cada Centro.
 - Apoyo en la preparación de sesiones clínicas y bibliográficas o de cualquier otro tipo del Centro de Salud.
 - Potenciar y estimular la participación del residente en las actividades comunitarias del EAP.
 - Asesorar y supervisar la implantación de los programas de salud de los EAP, teniendo en cuenta la participación y conocimiento de los residentes.
 - Apoyo y estímulo a la labor de los tutores del programa de la especialidad.
 - Estimular y apoyar la investigación en los centros de salud.
- ❖ Creación de líneas sólidas de investigación y continuadas en el tiempo, enmarcándolas en las necesidades propias de cada equipo y del área sanitaria, en base a los planes generales de salud.
- ❖ Monitorización y apoyo técnico en el ámbito docente hospitalario:
 - Detección y análisis de deficiencias formativas en el hospital con relación a la Medicina Familiar y Comunitaria.
 - Propuesta de medidas de mejora en la organización docente del hospital.
 - Apoyo a los tutores hospitalarios de la especialidad.
 - Participación en la elaboración de los Programas de Guardias de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en el ámbito hospitalario.
 - Elaboración de planes de rotación individualizado para cada residente
- ❖ Colaboración con la Universidad: Formación Pregrado.
 - Coordinar la rotación de los estudiantes en los Centros de Salud Docentes.
 - Desarrollar junto con la Universidad las actividades a realizar por el estudiante durante su paso por los Centros de Salud.

EL TUTOR HOSPITALARIO.

La designación de Tutor se efectuará por la Gerencia o Dirección Médica del hospital a propuesta del Coordinador de la Unidad Docente una vez oída la Comisión de Docencia del hospital entre los facultativos de la institución. Siempre que sea factible, el tutor hospitalario preferentemente deberá ser un especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sus funciones serán las siguientes:

- ❖ Participar en la Comisión Asesora de la Unidad Docente de MFyC.
- ❖ Coordinar y supervisar la ejecución del Programa Docente en el hospital, conjuntamente con el Coordinador de la Unidad Docente, en todas sus vertientes: guardias, rotaciones, etc.
- ❖ Asesorar al Coordinador de la Unidad Docente de MFyC en todo lo relacionado con la formación hospitalaria de los Médicos Residentes.
- ❖ Participar en la Comisión de Evaluación de los residentes.
- ❖ Colaborar en la redacción de la Memoria anual de la Unidad Docente.
- ❖ Monitorización y apoyo técnico en el ámbito docente hospitalario:
 - Detección y análisis de deficiencias formativas en el hospital con relación a la Medicina Familiar y Comunitaria.
 - Propuesta de acciones de mejora en la organización docente del hospital.
 - Participación en la elaboración de los Programas de Guardias de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en el ámbito hospitalario.
 - Información y formación a los docentes hospitalarios sobre los objetivos a cumplimentar en el programa Medicina Familiar y Comunitaria.
 - Participación en la elaboración de planes de rotación individualizado para cada Medico Residente.

Es necesario así mismo, que la Administración garantice y facilite el trabajo de los tutores hospitalarios realizando acciones dirigidas al Mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores en formación clínica y en metodología docente. A los tutores debe facilitárseles el acceso a una formación continuada específica, con el fin de mantener su nivel de competencia docente. Esta formación, complementaria a la formación clínica, versará fundamentalmente sobre:

- Aspectos relacionados con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos
- Técnicas de comunicación, de control y mejora de calidad
- Técnicas de motivación, supervisión y evaluación
- Valores y aspectos éticos de la profesión

7.3. LA COMISIÓN ASESORA DE LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Para garantizar el cumplimiento del Programa Docente se constituirá una Comisión Asesora de la Unidad Docente, que será convocada por el Coordinador de la Unidad con una periodicidad mínima trimestral. Así mismo esta Comisión podrá ser convocada a propuesta del 50% de sus miembros.

Formarán parte de la Comisión Asesora:

- El Coordinador de la Unidad Docente, que actuará como Presidente de la Comisión.
- Un representante de los tutores acreditados para la docencia por cada Centro de Salud docente.
- Un tutor hospitalario de MFyC por cada hospital adscrito a la Unidad Docente.
- Representantes de los técnicos salud pública/de apoyo docente de la Unidad.
- Un representante de la Dirección a la que se encuentre adscrita la Unidad Docente.
- Un representante de los especialistas en formación de cada año lectivo.
- Un secretario de la Comisión, con voz pero sin voto, entre los auxiliares administrativos dependientes de la gerencia de Atención Primaria respectiva o su equivalente.

Podrán ser convocados otros miembros de la Unidad Docente, con voz pero sin voto, cuando se considere oportuno.

Corresponden a la Comisión Asesora las siguientes funciones:

- a) La organización y la gestión de las actividades correspondientes a la formación de los especialistas en formación y el control del cumplimiento de los objetivos que conforman su programa de formación.
- b) La supervisión de la aplicación práctica de la formación y de su integración con la actividad asistencial, ordinaria y de urgencias.
- c) La programación anual de las actividades de formación de la Unidad Docente.
- d) El informe a la gerencia o a la dirección del centro sobre la propuesta anual de plazas de formación especializada de la Unidad.
- e) La emisión de informes a las autoridades administrativas, cuando se aprecie la posible infracción de las disposiciones vigentes sobre formación especializada.
- f) La emisión de informes a las autoridades administrativas, ante el cese o nombramiento del coordinador de la Unidad Docente, debiendo ser tenido en cuenta este informe en la toma de decisiones.
- g) La solicitud de realización de auditorías docentes en la Unidad, cuando las circunstancias así lo demanden.
- h) La realización de los informes que le sean solicitados por los ministerios de Educación Cultura y Deporte y Sanidad y Consumo.
- i) La elaboración y aprobación de la Memoria Anual de actividades de formación, e incluirá también la actividad realizada por la Comisión Asesora.
- j) Cuantas otras funciones se asignen a las Comisiones Asesoras/de Docencia en los Reales Decretos 127/1984 y 2708/1982.

La Gerencia de Atención Primaria facilitará los medios materiales y humanos que resulten necesarios para el correcto desarrollo de las funciones que corresponden a la Comisión Asesora.

7.4. LA ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES, DE CENTROS, DE TUTORES.

Para garantizar la calidad de la formación de los residentes es fundamental la acreditación y reacreditación de unidades docentes, de centros de salud, de hospitales y de tutores.

Las unidades docentes, los hospitales (para la docencia en Medicina de Familia) y los centros de salud tienen un mecanismo establecido. Hay que enviar un formulario con todos los datos a la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) de Medicina Familiar y Comunitaria, Secretaría del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, 6ª planta, Ministerio de Sanidad y Consumo, Paseo del Prado 18-20, 28071 Madrid. La CNE lo valora según los criterios que se reproducen a continuación, y emite un informe. Si es favorable, pasa a la Subdirección General de Ordenación Profesional, del Ministerio de Sanidad y Consumo, que lo remite al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Si es desfavorable, se devuelve al centro explicando las causas, para que puedan ser corregidas si se quiere solicitar nuevamente en el futuro.

En cuanto a la acreditación y reacreditación de tutores la CNE establece unos criterios generales, que son ampliados en cada Comunidad Autónoma. La Comisión Asesora de la Unidad Docente es la que evalúa las solicitudes de acreditación y también es la que debe poner en marcha la reacreditación de tutores.

A fin de cubrir uno de los objetivos de este programa que es ampliar entornos docentes podrán acreditarse como Unidades de Apoyo aquéllas que la Comisión Asesora considere oportunas: unidades de salud mental, centros de atención a drogodependientes, centros de atención a inmigrantes, centros de atención a adolescentes, servicios sociales o socio-sanitarios, centros de salud rurales para rotaciones cortas y guardias, etc.

LA ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES

1. DE LA COORDINACION DE LA UNIDAD DOCENTE.

Recursos humanos:

La Unidad Docente deberá contar con los recursos humanos necesarios para poder desarrollar en su totalidad el Programa Docente de la especialidad.

- Existencia del Coordinador de la Unidad Docente, con dedicación suficiente a la misma (siendo imprescindible la dedicación exclusiva, excepto en Unidades que cuenten con menos de 50 residentes en total, en las que es deseable el mantenimiento de alguna actividad asistencial) y titulación de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Técnicos de Salud en Atención Primaria.
- Existencia de personal de apoyo y auxiliares administrativos necesarios.

Recursos materiales:

Los necesarios para el cumplimiento del Programa de la Especialidad, incluyendo existencia de biblioteca con textos y revistas actualizadas y acceso a Internet y dotación informática suficiente.

Actividades docentes:

Las que marca el Programa de la Especialidad.

Actividades Científicas y de Investigación:

Las recogidas en el Programa de la Especialidad.

De la organización de la Unidad:

- Existencia de Memoria Anual de la Unidad, según modelo oficial.
- Existencia de una programación escrita y anual.

- Organización de las guardias de los Residentes, según lo marcado por el Programa de la especialidad.

Control del cumplimiento del programa de formación :

- Existencia de normas de evaluación propias.
- Existencia de normas escritas de evaluación para extender la Certificación Anual del Residente.
- Constancia documental de que las Normas se aplican.
- Libro del Residente.

2. DEL CENTRO HOSPITALARIO.

Área física:

Existencia de Biblioteca con textos y revistas actualizadas, específicos de la Especialidad, (ver Anexo I), con acceso a Internet.

Recursos humanos:

- Existencia de un Tutor Hospitalario.
- Existencia de responsables docentes en los diferentes Servicios de rotación, a propuesta de los servicios respectivos.

Requisitos específicos del Centro para desarrollo de la Especialidad:

- Medicina Interna y Especialidades Médicas con inclusión de Dermatología.
- Pediatría.
- Obstetricia y Ginecología.
- Cirugía General y Aparato Digestivo.
- Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- O.R.L.
- Oftalmología.
- Urgencias de Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia/Ginecología, Cirugía y Traumatología.
- Unidad de Salud Mental.

Si no se dispone de ellos en el propio recinto hospitalario, se debe asegurar la docencia a los residentes en otros servicios acreditados o en unidades docentes asociadas.

Actividad Asistencial:

La que viene marcada en el Programa Docente de la especialidad.

Actividades docentes:

Existencia de sesiones y actividades docentes en cada Área de rotación, accesible a los residentes.

3. DEL CENTRO DE SALUD.

EDIFICIO Y EQUIPAMIENTOS GENERALES.

Tiempo de funcionamiento:

El equipo llevará al menos un año funcionando para poder solicitar la acreditación, salvo excepciones documentadas y transitorias.

Consultas:

- El Centro contará con consultas para Médicos de Familia, Pediatras y Enfermería.
- También consulta para el Trabajador Social, en su caso.

- Es deseable que haya consultas específicas para los residentes.

Espacios disponibles:

- El área de recepción será amplia y de fácil acceso. Las salas de espera deben ser confortables y permitir una estancia cómoda y un ambiente agradable a los pacientes.
- Las Urgencias tendrán el espacio físico adecuado y el material necesario para la atención correcta a los pacientes, así como un fácil acceso.
- El Centro deberá estar informatizado y si no es así deberá disponer de un archivo centralizado, con el objeto de facilitar el acceso a las Historias Clínicas y los trabajos de investigación. Asimismo dispondrá de espacio destinado a biblioteca, a aula docente y una sala de sesiones o reuniones para el equipo.

Equipamientos específicos:

- Cada consulta contará con los medios necesarios para el trabajo del Médico de Familia, Pediatra y Personal de Enfermería.
- El Centro contará con equipo de electrocardiografía, oxigenoterapia, aerosolterapia y esterilización material, siendo muy recomendable la presencia de espirómetro, pulsioxímetro, sonicaid y microscopio.
- Es recomendable que el Centro esté informatizado, incluyendo las consultas.

Equipamiento docente:

- Deberá disponer de pizarra o equivalente, fotocopiadora, retroproyector y proyector de diapositivas y ordenador con impresora.
- Se recomienda la existencia de monitor de TV, vídeo, cámara de vídeo y cámara fotográfica y en la medida de lo posible un vídeo proyector.

PERSONAL.**Organización del Equipo:**

- Debe de adoptarse un reglamento y normas de funcionamiento.
- Se deben tener reuniones periódicas en fechas preestablecidas.
- Debe existir un Director o Coordinador del Centro.

Composición del Equipo de Atención Primaria:

- El Equipo estará constituido por Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeros y Personal Auxiliar (Auxiliares de clínica, Administrativos y Celadores...).
- El Equipo deberá contar con el apoyo de trabajador social, matrona y fisioterapeuta.

Relación de Médicos de Familia-Población:

Se recomienda una relación de menos de 1.500 habitantes mayores de 14 años por Médico de Familia, y de menos de 1.000 habitantes menores de 14 años por Pediatra.

Cualificación de los Médicos de Familia:

- El Equipo deberá contar como mínimo con dos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Se recomienda que al menos un 50% de los Médicos de Familia deben ser especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

DATOS ASISTENCIALES.**Relativos a la asistencia a los pacientes:**

- El Centro debe ofertar todas las actividades y servicios que están contempladas como áreas y tareas a aprender por los médicos residentes, para permitir conseguir los objetivos docentes en cuanto a adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes.

- El Centro deberá disponer de un sistema de registro para las Consultas, Visitas Domiciliarias y Urgencias realizadas.
- El número medio de consultas/día/Médico de Familia no debería superar las 30.
- El número medio de consultas/día/Pediatra no debería ser superior a 25.
- La duración de la consulta médica a demanda y programada no será superior a las 5 horas de media diaria.
- El tiempo mínimo medio por consulta debe ser de 10 minutos.

SISTEMAS DE REGISTRO.

Archivo de Historias Clínicas de Atención Primaria (HCAP):

- Cada una de las personas atendidas debe tener su propia HCAP, siendo recomendable la utilización de Historia Familiar.
- Los documentos que la forman deberán mantenerse durante el tiempo y en la forma que la Ley prevea y con confidencialidad exigida por la Ética profesional.
- Deberá utilizarse un sistema de identificación y archivo que facilite la rápida localización de cualquier historia. Es recomendable que el Centro tenga informatizadas sus historias clínicas.
- Por lo menos el 50% de la población asignada dispondrá de HCAP en los archivos, porcentaje que deberá incrementarse según el tiempo de funcionamiento del Equipo.
- La HCAP constará de hoja de datos básicos, hojas de curso clínico, lista de problemas y hojas de monitorización y recomendable hoja para genograma.

Otros sistemas de registro y Control de Calidad:

- Se recomienda el uso de la codificación CIAP para la clasificación de los problemas de salud.
- La documentación clínica del Centro incluirá un fichero de edad y sexo y un registro de los grupos de riesgo.
- Debe existir un sistema de registro específico de la actividad asistencial del Centro y de los programas de salud.
- Se debe realizar alguna actividad de garantía de calidad o auditoría médica.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

Servicios de salud y actividades asistenciales:

En el Centro de Salud deberán ofertarse todos aquellos servicios y actividades en los que debe adquirir conocimientos, habilidades y actitudes un Médico de Familia, y que están previstos en el Programa de la especialidad y en el Libro del residente.

Programas de Salud:

En el Centro deberán funcionar los programas de salud que forman parte de las tareas del Médico de Familia y, al menos, deben funcionar el programa de atención al adulto, atención al niño, atención a la mujer, atención al anciano, atención a enfermos crónicos y terminales y a pacientes inmovilizados, siendo recomendables los programas de atención al adolescente, a los trabajadores y de atención a las situaciones de riesgo social y familiar.

Protocolos:

En el Centro deberán estar protocolizadas al menos las patologías crónicas más prevalentes.

Conocimiento de la Comunidad y participación comunitaria:

- Se habrá realizado el análisis de la situación de salud de la zona.
- El Centro de Salud deberá contar con un programa de actividades comunitarias mantenido en el tiempo.

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

Docencia:

- Es recomendable que exista un programa de formación continuada en el Centro de Salud, que incluya objetivos, actividades formativas, metodología docente y evaluación.
- El personal del Equipo deberá participar activamente en el Programa de Formación Continuada, manteniéndose una actividad regular de sesiones clínicas, bibliográficas, de Medicina Comunitaria, con otros especialistas, cursos de reciclaje, etc. en el Centro de Salud.
- El número mínimo de sesiones mensuales realizadas no deberá ser inferior a 8, debiendo estar programadas, al menos, con periodicidad mensual.
- Es deseable que el Centro colabore en la formación pregraduada de Medicina y Enfermería (y Trabajo Social en su caso).

Investigación:

- El Centro de Salud deberá tener actividad investigadora suficiente, incluyendo líneas de investigación, proyectos, trabajos, comunicaciones, artículos publicados,...
- El Centro debe poder ofertar tutorización activa de trabajos de investigación, de al menos 1/año/residente.
- Es deseable disponer de líneas de investigación.

BIBLIOTECA:

- El Centro deberá contar con una dotación básica de libros y revistas, especificadas en el Anexo 1, así como un espacio específico y con garantías de comodidad y aislamiento.
- Es imprescindible el acceso a Internet.
- Se deberá de disponer de facilidades para acceder a otra biblioteca mejor dotada en la Unidad Docente, con servicio de búsqueda automatizada y reprografía. Si no se dispone de algunas revistas mencionadas en el Centro se deberán tener disponibles y accesibles en la Unidad Docente.

4. ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DE TUTORES DE MFYC.

El nombramiento de los tutores se debe realizar por la Gerencia del Área de Atención Primaria a propuesta del Coordinador del Centro de Salud (Orden Ministerial 22-6-1995). Previamente, el candidato a tutor tiene que ser acreditado por la Comisión Asesora de la Unidad Docente de ese Área, según unos criterios preestablecidos.

Este proceso de acreditación y reacreditación de tutores debe contener los elementos que incluyan todos los rasgos característicos de un profesional altamente cualificado y con perfil clínico, docente e investigador de garantía contrastada. La acreditación debe servir para definir el nivel básico o mínimo de méritos curriculares necesarios para acceder al nombramiento del tutor de Medicina de Familia y la reacreditación, para obtener datos objetivos que puedan ser de utilidad para la asignación de residentes de tutores y para estimular el progreso profesional y curricular de los mismos.

Los **criterios mínimos de acreditación** para ser tutor de Medicina de Familia son:

- Ser especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Se podrá ser tutor sin este requisito hasta 2008, fin del periodo de homologación establecido por el RD 1753/98, pero se precisará la aprobación específica de la Comisión Asesora.
- Estar interesado en la docencia, para lo que se deberá presentar un proyecto docente de 4 años, a realizar con el residente.
- Tener experiencia profesional como Médico de Familia: al menos un año de trabajo en la misma plaza en el Centro de Salud docente.

- Ser un buen Médico de Familia, para lo que se establecerán sistemas de evaluación de la competencia.
- Participar en actividades de formación continuada: se establecerá un baremo para su valoración, en el que se valorarán especialmente las relacionadas con la capacitación docente.
- Realizar actividades de investigación: también se establecerá un baremo para su valoración, en el que se valorará especialmente la participación en líneas de investigación.
- Participar en actividades de mejora de calidad.
- Ejercer en un EAP acreditado y con unas condiciones de trabajo adecuadas: acceso amplio a pruebas complementarias, presión asistencial de 30 pacientes/día, colaboración del resto de miembros del EAP.
- Estar aprobado por la Comisión Asesora correspondiente.

Los criterios de acreditación deben ser objetivos, simples, claros, flexibles y adaptables a las necesidades cambiantes. Los tutores deben inicialmente ser acreditados siguiendo unos determinados criterios establecidos por la Comisión Asesora de la Unidad Docente correspondiente, en donde se tengan en cuenta los criterios mínimos y los que se establezcan a nivel de Comunidad Autónoma, y en los que se valorarán las actividades de formación continuada del candidato, cursos impartidos, trabajos científicos publicados, comunicaciones a Congresos, líneas de investigación actuales consolidadas, experiencia docente previa, su valoración por parte del responsable docente y del Coordinador de la Unidad Docente, etc.

La reacreditación de tutores también es imprescindible, con el fin de demostrar el mantenimiento de su nivel de competencia y también demostrar que han cumplido un mínimo de labores docentes, y los criterios serán muy parecidos a los de acreditación, teniendo en cuenta además como factor fundamental la evaluación realizada por los residentes. Esta evaluación debería realizarse conjuntamente por todos los residentes del Centro de Salud, para matizar los aspectos subjetivos derivados de la buena o mala relación tutor-residente.

La evaluación tendría como objetivo estimular el aprendizaje y ayudar a mejorar las actuaciones y las competencias clínicas y docentes de los docentes y no ser únicamente un método para identificar a los no competentes. Si bien hay que tener en cuenta que cualquier método de acreditación sólo es creíble si permite identificar a estos últimos. Por ello, en el caso de que el tutor no supere esta reacreditación, se debe proceder a su desacreditación.

7.5. LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

La CNE de MFyC es un órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte. Existe una Comisión Nacional por cada una de las especialidades médicas, integradas en el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, que está formado por los presidentes de todas las Comisiones Nacionales y los responsables de ambos Ministerios en esta materia y posee las competencias sobre la formación de postgrado.

Composición de la Comisión Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria:

La Comisión Nacional de MFyC está constituida por 11 miembros, todos ellos especialistas en MFyC, salvo sus residentes, y representan a varias instituciones:

- Tres vocales designados por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Tres vocales designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo entre el personal facultativo y las Instituciones Sanitarias con Unidades Docentes acreditadas.
- Dos vocales en representación de las Sociedades científicas mayoritarias, uno de ellos de la semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) y otro de la SEMERGEN (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista).
- Un representante de la Organización Médica Colegial.
- Dos representantes de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Todos los vocales son elegidos por un período de cuatro años, renovándose uno de cada grupo cada dos años, excepto el de la OMC, que es restablecido al cumplir el cuarto año. La vocalía de los representantes de los residentes es renovada cada dos años mediante la convocatoria de elecciones en las que los residentes de todo el territorio nacional eligen dos residentes de segundo año que se presentan de forma voluntaria.

Funciones de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria:

1. Proponer el programa de formación en nuestra especialidad y presentarlo para su aprobación por los Ministerios de Educación y Sanidad. Actualización del mismo, adecuando la formación de los nuevos Médicos de Familia a los cambios producidos en Atención Primaria en los últimos años y al perfil del Médico de Familia que la sociedad demanda.
2. Recomendar al Ministerio de Sanidad el número adecuado de plazas MIR de Medicina de Familia en la convocatoria anual.
3. Pronunciarse de forma oficial en las cuestiones relacionadas con el proceso docente en Medicina de Familia.
4. Coordinación del funcionamiento de las Unidades Docentes de MFyC:
 - Establecer recomendaciones a seguir por los coordinadores, manteniendo la autonomía y las características propias de cada Unidad Docente.
 - Colaboración en la resolución de cualquier problema surgido en la Unidad Docente, previa discusión de éste en la Comisión Asesora, que es el máximo órgano de decisión de cada Unidad Docente.
 - Supervisión, estudio y difusión de las memorias de actividades remitidas anualmente por los coordinadores de las Unidades Docentes.
 - Auditorías llevadas a cabo por personal dependiente del Ministerio. La elección de la Unidad Docente que se auditará se realizará al azar o a partir de la información proporcionada por algún miembro de la misma que indique algún déficit en su funcionamiento. Los resultados de estas auditorías junto con las entrevistas individuales a personas pertenecientes a la Unidad, podrán determinar la decisión de que esta Unidad Docente continúe impartiendo docencia, se le retire cautelarmente durante un tiempo determinado hasta subsanar las deficiencias o se le desacredite de forma definitiva.

5. Informar sobre la acreditación de los Centros Sanitarios, ya sean hospitales, centros de salud u otros, que cumplan las condiciones necesarias para formar e impartir docencia en Medicina de Familia.
6. Proponer el sistema de evaluación de los residentes, en base a las normas elaboradas por los Ministerios.
7. Realización de la evaluación final del residente en aquellos casos en los que éste sea considerado como No Apto por el Comité de Evaluación de la Unidad Docente a la que pertenece.
8. Dar respuesta a peticiones realizadas a título individual por todos los participantes del sistema formativo, ya sean coordinadores, técnicos de salud, tutores o residentes.
9. Informar de los cambios de especialidad a petición exclusiva del residente, así como de la convalidación de periodos formativos.
10. Estudio-informe de los expedientes de solicitud del título de especialista por facultativos extranjeros.
11. Participar de forma activa en foros, jornadas y publicaciones realizadas en el campo de la docencia en Medicina de Familia.
12. Asesorar a los Ministerios citados en todo lo que soliciten en relación a la especialidad.

La Comisión Nacional se reúne periódicamente, cada uno o dos meses y su ubicación habitual está situada en el Ministerio de Sanidad y Consumo.

7.6. RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN PREGRADUADA. DOCENCIA PREGRADO

Las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria y los Centros de Salud Docentes deben organizarse para garantizar la continuidad y coherencia del proceso docente del Médico de Familia desde su inicio en el pregrado, su especialización en el postgrado y en el mantenimiento de la competencia profesional.

Las Facultades de Medicina están obligadas a dar respuesta a las necesidades formativas que en cada momento tenga la sociedad. Deben diseñar sus planes de estudios con el propósito de formar médicos competentes profesionalmente, sobre la base del perfil profesional de los futuros médicos y contando con el consenso o el acuerdo del conjunto de la sociedad. Además, la Universidad es responsable de la formación pregrado de todos los médicos, tanto si en el futuro son especialistas hospitalarios como si trabajan en Atención Primaria como especialistas en Medicina de Familia. La gran mayoría de los médicos hospitalarios, a lo largo de su vida profesional, tendrán que trabajar en equipo en numerosas ocasiones con médicos de familia, y una buena coordinación entre ambos es imprescindible.

Las Facultades de Medicina deben incorporar la Medicina de Familia en la licenciatura por múltiples motivos. Una gran parte de los médicos que forman serán médicos de familia y debe facilitar la elección consciente en el MIR de su especialidad mediante su conocimiento en el pregrado al igual que el resto de especialidades hospitalarias. El 90 % de los actos médicos se realizan en Atención Primaria. La comunicación, la toma de decisiones en entornos de incertidumbre son habilidades que el Médico de Familia puede enseñar y que ocupan un lugar marginal en los planes de estudios.

Académicamente los médicos de familia aportan a las Facultades de Medicina importantes contenidos en conocimientos, habilidades y actitudes propias de la Medicina de Familia (relación con el paciente, abordaje biopsicosocial, prevención y promoción de la salud, atención integral, atención familiar, continuidad de cuidados, conocimiento del paciente en su entorno real familiar y comunitario, etc.) que son imprescindibles para completar la formación de cualquier médico independientemente de la especialidad elegida.

De las múltiples oportunidades de aprendizaje que ofrecen los médicos de familia a los alumnos de medicina caben destacar: posibilidad de integrar los conocimientos subespecializados adquiridos en las otras asignaturas de la licenciatura con una visión global de la salud y las enfermedades del paciente; conocimiento de los pacientes en su entorno real (familiar, socioeconómico, cultural, laboral, etc.), considerando a los pacientes como personas que son un todo y cuyo abordaje es algo más que la suma de diferentes órganos o aparatos, y todo ello fuera de la situación excepcional que supone estar en un hospital; un equilibrio, docente y asistencial, entre un paradigma asistencial basado en el hospital, centrado en la enfermedad y en el modelo biológico, y un modelo orientado a la comunidad, centrado en el paciente y en un modelo biopsicosocial.

Entre las habilidades más importantes que el Médico de Familia puede transmitir al estudiante encontramos: abordar su relación con el paciente y la familia, debe ser capaz de escuchar, observar, examinar e interpretar la información que le proporcionan, y al mismo tiempo, comunicar sus conclusiones y consejos, en una relación diagnóstica, terapéutica o de prestación de apoyo; tomar decisiones en condiciones de incertidumbre que, en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS), adquiere unas connotaciones específicas y de gran trascendencia. En APS, una gran parte de los problemas y demandas no coinciden con las descripciones usuales de manuales y tratados médicos, incluso muchas de estas demandas carecen de intervenciones efectivas o curativas, otras tienen un origen fisiopatológico poco definible bajo modelos estrictamente clínicos y, finalmente, las pruebas diagnósticas y los criterios pronósticos y terapéuticos tienen un rendimiento diferente. En consulta familiar un gran número de procesos son de evolución crónica o remitente, a los que la asistencia hospitalaria tiene poco que aportar y en los que el Médico de Familia posee una mejor situación para intervenir, proporcionando apoyo médico y personal. Asimismo son muy frecuentes los problemas psicosociales, que pueden en primera instancia presentarse como supuestas dolencias o malestares que son difícilmente definibles y finalmente al tratarse de la puerta de entrada al sistema también se atienden los problemas que finalmente son derivados al hospital.

Es importante que los estudiantes de medicina aprendan, y los médicos de familia enseñen, aquellos aspectos de la medicina que se transmiten, aprenden y practican de forma más efectiva y eficiente en un Centro de Salud y por médicos de familia, que en un hospital. En Atención Primaria los estudiantes toman un contacto intenso con una parte muy importante de la actividad asistencial, docente e investigadora real de los servicios de salud, y pueden aprender todos sus contenidos. En un Centro de Salud y con un Médico de Familia, los estudiantes pueden observar, y participar directamente, de la forma en que la población es asistida en los servicios de Atención Primaria, facilitando que los estudiantes adquieran conocimientos, habilidades y actitudes de la teoría y la práctica de la atención a la salud en un modelo integrado en el que los problemas se enfoquen desde una óptica globalizadora, humanizada y, cuando sea preciso, especializada.

Los recursos disponibles para la docencia son diversos. Las UU.DD. de Medicina de Familia y los Centros de Salud Docentes disponen de profesores, pacientes, entornos docentes, metodologías docentes tradicionales e innovadoras (clases magistrales, clases participativas, sesiones de discusión, seminarios, sesiones de solución de problemas, talleres o sesiones prácticas con casos reales o simulados (role-playing), además de la dirección del autoaprendizaje). La docencia de Medicina de Familia se centra en las figuras del tutor y el estudiante y sus necesidades formativas, frente a la centrada en el profesor; se basa en el modelaje y la resolución de problemas frente a la basada sólo en transmitir información; se integra por disciplinas coordinando varias asignaturas en el mismo o en diferentes cursos; además de existir como entidad propia, puede impregnar el currículum en diferentes niveles; se basa en la familia y la comunidad; expone al alumno a una realidad más inmediata y más cercana a las verdaderas necesidades y problemas de la comunidad; es multiprofesional, el estudiante en el Centro de Salud vive el trabajo en equipo, sus ventajas y dificultades.

En definitiva:

- La Medicina de Familia no es sólo una especialidad sino que también es una disciplina académica. Su consideración como tal tiene un reconocido impacto sobre la elección vocacional de la especialidad de Medicina de Familia y evitaría pérdidas de tiempo en recuperar los conocimientos que deberían haber sido adquiridos en el pregrado.
- La Medicina de Familia completa la formación académica del estudiante, aporta un modelo centrado en el paciente, basado en la resolución de problemas, orientado a la comunidad y hacia lo biopsicosocial; aporta contenido teórico-prácticos, metodologías y una estructura y entorno docente de calidad.
- La Medicina de Familia al igual que en los países de nuestro entorno debe ser reconocida como área de conocimiento propio de la Universidad.
- La Medicina de Familia debe incorporarse como materia troncal dentro de los estudios de pregrado y las universidades deben crear la estructura necesaria para que esto sea posible.
- El horizonte debería ser, al igual que en EEUU, Canada y la mayor parte de los países europeos, la creación de los Departamentos de Medicina de Familia con la integración de la formación de pregrado y postgrado y los programas de doctorado propios.

ANEXO 1: BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Para la **acreditación de una unidad docente** se precisará: las revistas básicas, al menos el 75% de las revistas recomendables, conexión a Internet, sistema de reprografía, y los libros básicos mencionados.

Para la **acreditación de un centro de salud** se precisará: las revistas básicas, conexión a Internet, acceso a las otras revistas en la Unidad Docente, con sistema de reprografía, y los libros básicos mencionados.

Para la **acreditación de un hospital** se precisará: las revistas básicas, conexión a Internet, al menos el 50% de las revistas recomendables, con sistema de reprografía, y los libros básicos mencionados.

A. REVISTAS:

1.- BÁSICAS (que deben estar accesibles en el Hospital, biblioteca de Unidad Docente y Centros de Salud):

1. Atención Primaria.
2. MEDIFAM.
3. Formación Médica Continuada (FMC).
4. Centro de Atención Primaria – [c@p](#)
5. Dimensión Humana.
6. Tribuna Docente.

2.- RECOMENDABLES (que deben estar accesibles en la biblioteca de la Unidad Docente y en el hospital):

7. American Family Physician
8. British Journal of General Practice.
9. British Medical Journal
10. Canadian Family Physician.
11. Clinical Evidence.
12. Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria.
13. Evidence-Based Medicine.
14. European Journal of General Practice
15. Family Practice.
16. Journal of American Board of Family Practice
17. Journal of Family Practice.
18. Medical Experience Medicine.
19. Medicina Clínica.
20. Postgraduate Medicine, edición española.
21. Primary Care.
22. New England Journal of Medicine
23. Journal Watch

B. LIBROS BÁSICOS DE MEDICINA DE FAMILIA:

Pretende constituir una relación de los libros básicos que podemos manejar en la actividad diaria del Centro de Salud. Por otra parte, no quiere ser exhaustiva. Probablemente habrá otros muchos libros que son lo suficientemente importantes como para entrar en una lista propia y que se pueden incorporar a la biblioteca del Centro.

De los libros relacionados a continuación se procurará que estén accesibles para los residentes y en sus últimas ediciones.

- semFYC. Guía de Actuación en Atención Primaria de la semFYC (2ª Ed). Barcelona: SemFYC, 2002.
- Martín Zurro A, Cano JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. (4ª Ed) Barcelona: Harcourt-Brace, 1999.
- Taylor R. Medicina de Familia. Principios y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 2001.
- Rakel R. Textbook of Family Practice. Saunders. Evidencia clínica. SemFYC, Cochrane, BMJ. 2002
- McWhinney. I. La Medicina de Familia. Barcelona: Doyma, 1995.
- Ruiz de Adana R. Manual de diagnóstico y terapéutica médica en Atención Primaria. 3ª Edición. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
- Gallo Vallejo F. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: semFYC, 1997.
- Balint M. El médico, su paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1971.
- Borrell F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Doyma. 1994
- Neighbour R. La Consulta Interior. Barcelona: SemFYC, 1998.
- Tizón. Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva desde la Atención Primaria. Barcelona: Doyma 1998.
- semFYC. Guía de Uso de Medicamentos en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
- Arribas JM . Manual de Cirugía Menor y otros Procedimientos en la Consulta del Médico de Familia. Madrid: Jarpyo Editores. 2000.
- WONCA. Clasificación Internacional Atención Primaria (CIAP-2). Barcelona: Masson, S.A. 1999.
- Argimón JM, Jimenez J. Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica (2ª Ed.). Barcelona: Ed. . Harcourt SsA,2000.
- Libro Básico de Garantía de Calidad.
Ej.: Comissió de millora de la qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i comunitaria. Guía práctica. Implantación de un plan de mejora en un EAP. Barcelona: Edide. 1994
- Libro Básico de Gestión Clínica.
Ej.: Temes JL, Parra B. Gestión Clínica. Madrid: Mc Graw Hill-Interamericana.
- Libro básico de Medicina Basada en la Evidencia.
Ej.: Sacket DL, Richardson WS, Rosenberg WS, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar MBE. Madrid: Harcout Brace de España SA, 2000.
- Libro Básico de Epidemiología.
Ej.: Jenicek M. Epidemiología: la lógica de la medicina moderna. Barcelona: Masson SA, 1996.
Ej.: Rothman K. Epidemiología Moderna. Madrid: Díaz de Santos, 1987.
Ej.: Sackett DL. Epidemiología Clínica: una Ciencia Básica para la Medicina Clínica. Madrid: Díaz de Santos.
- Libro Básico de Estadística Aplicada.
Ej.: Hulley SB, Cummings SR. Diseño de la investigación clínica. Barcelona: Ediciones Doyma, S.A. 1993
Ej.: Silvia Aycaguer LC. Cultura estadística e investigacion científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Diaz de Santos, 1997.
- Libro Básico de Atención a la Familia.
Ej.: Mc Daniel S, Campbell L, Seaburn D. Orientación Familiar en Atención Primaria.
Ej.: Guía práctica para los profesionales de la salud. Barcelona: Springer-Verlag. 1998
Ej.: De la Revilla L. Bases para la práctica familiar en la consulta. Vol. I y II.
Granada: Fundación para el estudio de la Atención a la Familia. 1999
- Libro Básico de Atención a la Comunidad.
Ej.: Turabián JL y Pérez Franco B. Actividades Comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos, 2001
- Libro básico de Medicina Interna.
Ej. : Harrison, Farreras, Cecil, Stein, etc.
- Libro básico de Reumatología.
- Libro básico de Farmacología.
- Libro básico de Geriatria.
- Libro básico de Radiología.
- Libro básico de Electrocardiografía.

- Libro básico de Dermatología.
- Libro básico de Pediatría.
- Libro básico de Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- Libro básico de Otorrinolaringología.
- Libro básico de Oftalmología.
- Libro básico de Psiquiatría.
- Libro básico de Urgencias.
Ej.: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. (2ªed). Barcelona:Harcourt. 2000.

ANEXO 2. RECURSOS DE INTERNET PARA EL MÉDICO DE FAMILIA

1. Selección de recursos generales de Internet

Learthenet

<http://www.learnthenet.com/spanish/>

Español

Excelente tutorial en línea para familiarizarse con el uso de Internet y aprender los conceptos básicos.

Yahoo

<http://es.yahoo.com/>

Español

Índice o directorio de direcciones más conocido y popular, que se transformó en un verdadero portal con toda clase de servicios.

Google

<http://www.google.com/>

Inglés/Español

El buscador de Internet más potente y útil.

Ixquick.com/

<http://ixquick.com/>

Inglés/Español

Metabuscador o buscador de direcciones Internet que utiliza varios buscadores para hacer la búsqueda más exhaustiva y completa.

Scirus

<http://www.scirus.com/>

Inglés

Buscador Internet enfocado a la información científica, incluye también enlaces a material habitualmente no accesible a otros buscadores.

Using the Internet to Find Health Information

<http://www.hsl.unc.edu/lm/Healthinternet/Frontpage.htm>

Tutorial dirigido a médicos que permite aprender y sacar el mejor provecho de las herramientas de búsqueda de Internet.

Finding Information on the Internet: A Tutorial

<http://www.lib.berkeley.edu/TeachingLib/Guides/Internet/FindInfo.html>

Tutorial avanzado y general sobre herramientas de búsqueda en Internet

2. Portales y herramientas de búsqueda en Internet para Atención Primaria

• Portales

Este término, propio de Internet, pretende definir una página web cuyo objetivo es ser la puerta entrada para la navegación en Internet. Debido al auge inicial de los portales generales se han empezado a desarrollar portales especializados, entre ellos los sanitarios. Los portales dedicados a la salud se pueden dirigir a profesionales o a población general. A continuación se relaciona una serie de portales sanitarios dedicados a profesionales y relacionados con la Atención Primaria y en español. Estas sedes web pueden constar, exclusivamente, de listados de enlaces más o menos ordenados, o ser páginas con contenidos y servicios propios, con todas las variedades intermedias que se puedan imaginar.

Fisterra

<http://www.fisterra.com>

Español

Sin duda una de las páginas mas útiles y completas para el Médico de Familia. Estructurado como un portal, se ha convertido también en una fuente de documentos exclusivos de alto valor añadido. La sección de enlaces más destacada se denomina "Recursos en la red" y presenta una selección de enlaces con énfasis en los dedicados a la literatura médica y búsqueda bibliográfica.

La sección de contenidos está representada por una sección de "Material para la consulta" con enlaces y documentos propios de material necesario durante la consulta diaria, que va desde dietas a consejos e información para pacientes. Incluye una aplicación desarrollada en Access que permite los cálculos matemáticos (factores de riesgo, dosificación, escalas diagnósticas, etc.) más habituales en la consulta de Atención Primaria. Otra útil sección es la denominada "Guías clínicas" que contiene una amplia serie de temas, sobre los problemas de salud más prevalentes en Atención Primaria realizada por médicos de familia y otros especialistas. La forma de desarrollar estos temas, está a medio camino entre una revisión breve y un protocolo de actuación. Aunque no siguen el esquema de una Guía de práctica clínica clásica y su calidad es algo variable, son un instrumento de consulta y formación continuada de gran interés y utilidad.

Por ultimo destaca la sección "El lado Humano de la Medicina", con acertados comentarios y ensayos sobre la presencia de la medicina en otras artes como la literatura y el cine.

Página web Rafabravo

<http://www.infodoctor.org/rafabravo/>

Español

Elaborada por el Dr. Rafael Bravo Toledo, médico del Centro de Salud "Sector III" del área 10 de Madrid.

Página de visita periódica obligada para el Médico de Familia en la que básicamente se puede encontrar:

- Acceso a documentos y otros recursos de alta calidad sobre medicina basada en la evidencia.
- Alerta bibliográfica sobre artículos relevantes para el Médico de Familia.
- Enlace a páginas web de interés para el Médico de Familia.

Atheneum. Club Virtual de Atención Primaria

<http://www.atheneum.doyma.es>

Español

Portal elaborado por la editorial Doyma que incluye bajo el epígrafe de "Colecciones" una serie de material documentos, clínicos o no, clasificados por áreas temáticas y publicados en las revistas de su fondo editorial. A este material y a artículos adicionales de todas sus revistas relacionados con la Atención Primaria, se puede acceder también mediante un potente buscador denominado ApLine.

Para completar su vocación de portal, incluye secciones de casos clínicos, buscador y selección de enlaces externos, noticias, galería de imágenes y test de autoevaluación.

Family Practice

<http://www.familypractice.com/intro.htm>

Inglés

Realizado por The American Board of Family Practice, una de las asociaciones de médicos de familia de los Estados Unidos, es un portal de diseño claro y bien ordenado, dividido en cuatro secciones o centros: uno dedicado a la formación continuada, otro clínico en el que se pueden encontrar recursos tan útiles como una colección de guías y algoritmos de decisión clínicos, un centro o sección de noticias donde se puede acceder al texto completo de la revista JABFP.

• Directorios y Buscadores Médicos

Primary Care Guidelines

<http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>

Inglés

Página web alojada en la Universidad de California y mantenida por uno de los miembros del Departamento de Medicina de dicha Universidad. Es un índice o directorio con una amplia lista de enlaces a guías de práctica clínica presentes en Internet, clasificadas por categorías basadas en aparatos y enfermedades, en orden alfabético y de acuerdo a las instituciones que las producen. Además de la lista presenta un motor de búsqueda interno que permite localizar rápidamente guías sobre el tema que nos interese con sólo escribir los términos adecuados. Una manera adicional de indización de estos recursos es la clasificación de acuerdo a los "cluster" diagnósticos más frecuentes encontrados en estudios de las consultas de Medicina de Familia en Estados Unidos.

El enfoque de selección de los recursos de este directorio está basado en los criterios de medicina basada en la evidencia, de los cuales se hace un repaso bien documentado.

Entre los recursos se incluyen enlaces a revisiones clínicas, conferencias de consenso y otro tipo de documentos no encuadrables en sentido estricto dentro del concepto de guías de práctica clínica, aunque de indudable interés. Junto al directorio de guías se incluyen otros enlaces de Internet y pequeños resúmenes sobre conceptos básicos de la Atención Primaria. Dada la gran cantidad de información que recoge, a veces la navegación es un poco compleja, pero este problema se supera rápidamente a poco que se utilice. En resumen es una excelente página para la rápida localización de fuentes de información generales para la práctica de la Medicina de Familia, en la que destaca la cuidada selección y la seguridad de sólo encontrar información contrastada, sin duda una buena puerta de entrada a la información médica en Internet desde la perspectiva del Médico de Familia.

Medical Student

<http://www.medicalstudent.com/>

Inglés

Lista de direcciones sin comentar y clasificada por categorías, dirigida a proporcionar enlaces con los principales recursos electrónicos presentes en Internet y enfocada a estudiantes de medicina. Destaca la sección dedicada a libros médicos.

MedWeb

<http://www.medweb.emory.edu/MedWeb/default.htm>

Inglés

Índice de recursos médicos estructurado como un clásico directorio, que permite localizar direcciones contrastadas y seleccionadas de los principales recursos sobre medicina en todas sus especialidades.

Primary Care Internet Guide

<http://www.uib.no/isf/guide/guide.htm>

Inglés

Útil lista de recursos sobre Atención Primaria, aunque poco actualizada. Destaca la sección dedicada a recopilar direcciones de listas de distribución y sociedades científicas internacionales (<http://www.uib.no/isf/guide/family.htm>).

National Guidelines Clearinghouse

<http://www.guidelines.gov/index.asp>

Inglés

Las guías de práctica clínica se caracterizan por ser la síntesis de una gran parte de la literatura y estar redactadas como un conjunto de afirmaciones breves y claras sobre los aspectos más interesantes de la práctica clínica. Gracias a Internet se puede tener acceso al texto completo de muchas de estas guías, hasta ahora inaccesibles. En general basta con visitar las páginas web de las instituciones que las patrocinan para poder obtenerlas.

Sin embargo la gran proliferación de estas guías hace a veces difícil su localización, cuando no la evaluación de su calidad. Por este motivo es de agradecer recursos como el National Guideline Clearinghouse, base de datos de guías de práctica clínica basadas en la evidencia y documentos relacionados producida por la Agency for Health Care Policy and Research, en colaboración con la American Medical Association y la American Association of Health Plans.

Presenta una colección de resúmenes de guías ordenados de acuerdo a palabras claves extraídas del vocabulario MeSH del MEDLINE o por la entidad que las ha producido. Cada resumen tiene un enlace con el texto completo de la guía cuando ésta es accesible vía Internet. Además de la relación de guías contiene artículos, bibliografías y documentos sobre temas relacionados con las guías y una sección de novedades.

Tripdatabase

<http://www.tripdatabase.com/index.cfm>

Inglés

Se trata de un metabuscador de sitios médicos que contienen documentos relevantes para la práctica médica de acuerdo al patrón de la medicina basada en la evidencia. Los sitios seleccionados no son muchos y todos son en inglés, pero la elección es acertada, predominando aquellos lugares que contiene documentos secundarios tipo resúmenes críticos de la literatura o documentos de síntesis como guías o revisiones sistemáticas.

Este buscador efectúa sus búsquedas identificando los términos de interés en el título y en el texto de cada documento presente en los sitios seleccionados. Los resultados se presentan divididos en cinco apartados según pertenezcan a una u otra de las cinco categorías en que se dividen las páginas web seleccionadas. Estos apartados son: recursos de MBE, servicios de pregunta y respuesta, guías de práctica clínica, libros electrónicos de medicina general y revistas médicas científicas.

Además del propio buscador, los temas están clasificados por áreas clínicas de actualización mensual, y se ha empezado a introducir curso de formación médica continuada denominado Virtual Learning Centre. Es sin duda una de las principales herramientas a utilizar cuando se busca información secundaria y cuando queremos tener una visión rápida de un tema de importancia clínica, siempre teniendo en cuenta que más que una fuente exhaustiva es una selección de recursos de calidad, y que por tanto las búsquedas no siempre serán satisfactorias.

3. Organismos y Sociedades Científicas

SemFyC Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

<http://www.semfyces>

Español

Sociedades Federadas SEMFyC

<http://www.semfyces/Nueva/Federadas/Marco.htm>

Español

SEMERGEN

<http://www.semergen.es/>

Español

American Academy of Family Physicians

<http://www.aafp.org/>

Inglés

Royal College of General Practitioners

<http://www.rcgp.org.uk/>

Inglés

Ministerio de Sanidad y Consumo

<http://www.msc.es>

Español

Información administrativa en la red

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13025588>

Enlace al artículo publicado en la revista Atención Primaria que recoge y comenta una serie de direcciones relacionadas con la información administrativa médica en Internet.

Organización Mundial de la Salud

<http://www.who.int>

Inglés

CDC (Atlanta)

<http://www.cdc.gov/spanish>

Español

Canadian y US preventive Task Force

<http://ahcpr.gov/pipp/>

Acceso gratis a las recomendaciones de estos grupos así como a otras guías de material preventivo

Inglés

4. Departamentos Universitarios de Medicina de Familia

<http://www.cica.es/aliens/umfus>

| EUROPA | EUROPA | ASIA | EEUU | EEUU |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Aarhus (Dinamarca) | Imperial College (RU) | Hong Kong (China) | Arizona | Rochester (nueva York) |
| Aberdeen (RU) | Keele (RU) | CuKurova (Turquía) | Buffalo (Nueva York) | Rush |
| Belfast. Queen's U. (RU) | King's College (RU) | Emiratos Árabes | California, Irvine | San Louis |
| Bergen (Noruega) | Kuopio (Finlandia) | Malasia | Case Western Reserve | Carolina del Sur |
| Berlin (Alemania) | Leicester (RU) | Sackler (Israel) | Cincinnati | Dakota del Sur |
| Berlin Freie (Alemania) | Leipzig (Alemania) | Seúl (Corea) | Colorado | Sur de Florida |
| Berna (Suiza) | Liverpool (RU) | Singapur | Duke | California Occidental |
| Birmingham (RU) | Lunds (Suecia) | Sultan Qaboos (Oman) | Carolina Occidental | Illinois Occidental |
| Bonn (Alemania) | Marburgo (Alemania) | ÁFRICA | Tennessee Este | Tennessee (Memphis) |
| Bochum (Alemania) | Mainz (Alemania) | Pretoria (Sudáfrica) | Virginia Occidental | Tejas (Galveston) |
| Bristol (RU) | Münster (Alemania) | Stellenbosch (Sudáfrica) | Finch | Tejas (San Antonio) |
| Burdeos (Francia) | Newcastle -Tyne (RU) | Witwatersrand (Sudáfrica) | Florida | Tejas Tech |
| Cambridge (RU) | Nottingham (RU) | AUSTRALIA Y NUEVA ZELANDA | Georgia | Thomas Jefferson (Phil) |
| Cardiff (RU) | Oxford (RU) | Adelaide (Australia) | Hawaii | Tulane |
| Cork (Irlanda) | Oslo (Noruega) | Melbourne (Australia) | Idaho | Upstate (SUNY) |
| Debreceni (Hungría) | Paris-5 Ouest (Francia) | Monash (Australia) | Illinois | Utah |
| Dublín (Irlanda) | Queen Mary (RU) | Otago (Nueva Zelanda) | Indiana | Vermont |
| Dublín - Trinity (Irlanda) | Royal Free (RU) | Sydney (Australia) | Iowa | Virginia |
| Dundee (RU) | Rusia (Rusia) | Tasmania (Australia) | Kansas Health Sciences | Virginia Commonwealth |
| Düsseldorf (Alemania) | Southampton (RU) | Western (Australia) | Kansas (Kansas) | Washington |
| Edimburgo (RU) | Sheffield (RU) | AMERICA | Kansas (Wichita) | Wayne |
| East Anglia (RU) | St. George's (RU) | Sabana (Colombia) | Kentucky | Virginia Oriental |
| Exeter (RU) | St Mary's (RU) | México-Auton. (México) | Louisiana | Med College Wisconsin |
| Francfort (Alemania) | Tours (Francia) | Buenos Aires (Argentina) | Marshall | Wisconsin |
| Friburgo (Alemania) | Tampere (Finlandia) | | Massachusetts | Wright State |
| Gales-Cardiff (RU) | Tromsø (Noruega) | | Miami | Albert Einstein Yeshiva |
| Glasgow (RU) | Trondheim (Noruega) | | Michigan | CANADÁ |
| Gienssen (Alemania) | Turku (Finlandia) | | Minnesota - Minneapolis | Alberta |
| Gotinga (Alemania) | Ulm (Alemania) | | Mississippi | British Columbia |
| Gothenburg (Suecia) | Uppsala (Suecia) | | Missouri (Columbia) | Calgary |
| Hamburgo (Alemania) | Witten/Herdecke (Alemania) | | Nueva York - Stony Brook | Dalhousie |
| Hammersmith (RU) | | | Nueva York | Laval |
| Heidelberg (Alemania) | | | Carolina del Norte | McMaster |
| Helsinki (Finlandia) | | | Dakota del Norte | Ottawa |
| Humboldt (Alemania) | | | Northwestern | Kingston |
| Islandia (Islandia) | | | Ohio | Saskatchewan |
| Kiel (Alemania) | | | Oklahoma | Toronto |
| | | | Minnesota - Duluth | Western Ontario |
| | | | Oklahoma (Tulsa) | Manitoba |
| | | | Oregón | |
| | | | Pennsylvania State | |
| | | | RuralNet (Marshall) | |

5. Recursos Investigación y Formación continuada

• Investigación y evaluación de la literatura médica

TRIAGE The Trent Institute for Health Services Research's gateway

<http://www.shef.ac.uk/~scharr/triage/>

Inglés

Directorio de direcciones de Internet relacionados con la investigación sanitaria que incluye una gran cantidad de enlaces a sedes web acompañadas de un breve comentario. Se prima la selección de recursos frente a la exhaustividad, con preferencia por los recursos de carácter general, aunque prácticamente se incluye toda la información presente en Internet que se puede necesitar en el campo de la investigación, desde artículos a herramientas tipo calculadoras, pasando por tutoriales y cursos. Las direcciones están clasificadas de acuerdo a varias categorías y también incluye un buscador para facilitar una búsqueda más rápida.

User's guide to medical literature

<http://www.usersguides.org/>

Soporte electrónico en Internet del libro del mismo nombre y que en dos formatos (bolsillo y manual) se publicó en el 2001. Estos libros son una nueva versión corregida y aumentada de las guías de usuarios de la literatura médica publicadas como serie en la revista JAMA. Cuenta con el texto completo de estos libros, a los que se añaden ampliaciones interactivas, como calculadoras de las medidas más usuales en evaluación crítica, enlaces con artículos a texto completo, escenarios clínicos de ejemplo, cuestionarios, etc.

Centre for Evidence based medicine del Hospital Mount Sinai

<http://www.cebm.utoronto.ca/>

Inglés

Esta sede web actualmente alojada en la Universidad de Toronto, tiene como misión fomentar el desarrollo, difusión y evaluación de diferentes recursos útiles en la práctica y enseñanza de la MBE, tanto en la formación pregraduada y postgraduada como en la formación continua de los profesionales sanitarios de la gran mayoría de las especialidades médicas. Un objetivo adicional es servir de actualización y soporte multimedia de la segunda edición del libro *Evidence-based Medicine: How to practice and teach EBM* de Sackett y colaboradores. A pesar de que el libro está también editado en otras lenguas, entre ellas el castellano, este sitio utiliza exclusivamente el inglés.

Fisterra- metodología de la investigación

<http://www.fisterra.com/material/investiga/indice.htm>

Español

Sección del portal Fisterra con una larga serie de capítulos dedicados a la formación sobre metodología de la investigación que aporta todo el conocimiento necesario para formarse en este campo.

• Bases de datos

MEDLINE - PubMed

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

Inglés

MEDLINE es una base de datos bibliográficos producida por la "National Library of Medicine" (Biblioteca Nacional de Medicina) de los Estados Unidos, que recopila diez millones de referencias bibliográficas de los artículos publicados en unas 4000 revistas médicas desde 1966 y representa la versión automatizada de tres índices impresos previos. MEDLINE contiene las referencias bibliográficas de los artículos, junto a otro tipo de información, que bien ayuda a la recuperación (como el campo de palabras clave) o bien sirve para conocer la temática del artículo (como la reseñada en el campo resumen).

PubMed, es un componente del sistema denominado **Entrez** que integra y enlaza la información que procede de diferentes bases de datos. Es por tanto una interfaz de búsqueda y recuperación en bases de datos interconectadas, que utilizan la tecnología world wide web y son accesibles mediante la red Internet.

Al contrario de lo que se cree habitualmente, PubMed no es un programa de búsqueda exclusiva para la base de datos MEDLINE, sino que es una interfaz de búsqueda en bases de datos bibliográficas del sistema Entrez. Así, actualmente permite buscar registros bibliográficos de otras bases de datos que no forman parte del MEDLINE original. En la página principal de PubMed, eligiendo la opción *limits*, el apartado *Subsets*, se pueden

visualizar las bases y subgrupos de bases de datos que son accesibles a través de PubMed.

Las características más singulares de PubMed son las que permiten optimizar las búsquedas de forma semiautomática, sin necesidad de que el usuario realice ninguna acción o conozca su funcionamiento. Algunas de estas propiedades se reseñan a continuación

- Límite de búsquedas
- Búsquedas relacionadas
- Búsqueda
- *Single Citation Matcher*
- Cubby

Cochrane Library

<http://www.update-software.com/>

<http://www.infodoctor.org/rafabravo/cochrane.html>

Inglés y español

La biblioteca Cochrane ("Cochrane Library") es una fuente de información electrónica creada por la Colaboración Cochrane, cuyo objetivo es proporcionar de forma rápida y simple las mejores evidencias necesarias para la toma de decisiones en la práctica clínica y sobre los efectos beneficiosos o perjudiciales de la atención sanitaria.

Se publica únicamente en versión electrónica en formato CD-ROM, y vía Internet a través de la sede web de la compañía informática que la realiza y distribuye, Update software. El acceso requiere del pago de una cuota de suscripción anual. En otras ocasiones, y como sucede en otras bases de datos, los productores la venden a distribuidores que utilizan aplicaciones de búsqueda y recuperación propias vía web, para que los usuarios puedan utilizar este recurso. Es el caso de *Knowledge Finder* o del distribuidor *Ovid* que la incluye en su producto denominado *Evidence based Medicine Reviews*.

La Cochrane Library contiene bases de datos de diferente estructura y origen, junto a otro tipo de información adicional:

- Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas (The Cochrane Database of Systematic Reviews)
- Base de datos de resúmenes de revisiones de evaluación de la efectividad (The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness)
- Registro Cochrane de ensayos clínicos controlados (The Cochrane Controlled Trials Register)
- Base de datos de metodología sobre las revisiones sistemáticas (The Cochrane Review Methodology Database)
- Base de datos de evaluación de las tecnologías sanitarias (Health Technology Assessment Database)
- Base de datos de evaluaciones económicas del Sistema Nacional de Salud Británico (NHS- Economic Evaluation Database)
- Otros documentos

La dirección de la página señalada al principio corresponde una página propia donde se incluyen las direcciones más relevantes relacionadas con la Cochrane Library, desde la página de acceso mediante suscripción hasta la dirección que permite buscar en los resúmenes de la principal base de datos de esta biblioteca de forma gratuita, así como la dirección de la versión en español denominada Cochrane Library Plus.

• Revistas y libros médicos

Editorial Doyma

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/home.home>

Español

Página web de ediciones Doyma que contiene más de 80 revistas. Buena parte de ellas son publicaciones oficiales de sociedades médicas, así como prestigiosas revistas internacionales en versión española y publicaciones patrocinadas en el ámbito de la salud pública. En éstas están incluidas las revistas más importantes sobre Atención Primaria publicadas en nuestro país.

Directorio de revistas médicas

<http://www.infodoctor.org/rafabravo/hojear.htm>

Página dedicada a favorecer la localización de las direcciones de las revistas médicas presentes en Internet. Consta de un directorio alfabético y un buscador que enlaza con una base de datos donde están presentes la mayoría de las revistas científicas relacionadas con la biomedicina. Se acompaña de una selección de recursos sobre revistas y literatura médica en general y de una selección de enlaces directos a revistas generalistas y de Atención Primaria.

My Morning Journal

<http://www.mymorningjournal.com/>

Inglés

Ingeniosa creación de un médico de familia canadiense que a modo de revistero virtual pone en una página web una selección de direcciones de revistas médicas. Lo novedoso es que el color del enlace cambia cuando un nuevo número de la revista está presente en la red, de tal forma que podemos saber cuándo están disponibles estos últimos números sin necesidad de acceder directamente a las páginas de las revistas.

Freebooks4doctors

<http://www.freebooks4doctors.com/>

Inglés

Sede web con enlaces a libros biomédicos presentes en Internet y accesibles sin costo alguno. Clasificados por idiomas de publicación y especialidades.

Bandolier / Bandolera

<http://www.jr2.ox.ac.uk:80/Bandolier>

<http://www.infodoctor.org/bandolera/>

Inglés/Español

Bandolier es una revista editada mensualmente por la región sanitaria de Oxford Anglia del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido desde 1994. Junto a otras fuentes de información nacidas al amparo del emergente movimiento de la medicina basada en la evidencia, su misión original es proporcionar información científica que ayudara a los que toman decisiones. Esta información se da en forma de resúmenes de revisiones sistemáticas, ensayos clínicos e informes de evaluación de las tecnologías que constituyen lo que sus redactores llaman "munición" de efectividad.

Por la calidad de sus contenidos, utilidad de su información y un peculiar sentido del humor, muy británico, se ha constituido en una importante fuente de referencia y grata lectura para todo tipo de profesionales sanitarios. Se enfoca principalmente a revisar temas relacionados con el tratamiento (farmacológicos o no), pruebas diagnósticas, servicios de salud y gestión sanitaria. El acceso a Bandolier a través de Internet es gratuito, la versión impresa es bajo suscripción, pudiéndose obtener los números atrasados en formato electrónico e impreso. Desde el número 65 existe una versión en castellano de todos los artículos que publica la revista original y que atiende al nombre de Bandolera.

6. Miscelánea

• Información para pacientes

Family Doctor

<http://www.familydoctor.org/>

Inglés/Español

Recurso web de información para pacientes elaborado por médicos y profesionales de la educación con los auspicios de la Academia Americana de Médicos de Familia. Destaca la calidad y claridad de la información con un enfoque preciso y simple. Dispone de varias secciones, la principal está formada con material elaborado a partir de las hojas de información para pacientes que periódicamente publica la revista de la Academia, muchos con versión en español y que también se incluyen en esta web. Otras secciones importantes son información sobre medicamentos con monografías sencillas suministradas por el USP, una base de datos de interacciones medicamentosas, e

información sobre especialidades publicitarias y las denominadas medicinas alternativas; todas ellas dirigidas a pacientes.

NOAH.New York Online Access to Health

<http://www.noah-health.org>
Inglés/Español

MedlinePlus

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>
Inglés/Español

• **Información sobre medicamentos**

Portal Farma

<http://www.portalfarma.com/>
Español

Portal dirigido por la Organización Farmacéutica Colegial, con importante información destinada a sus colegiados y entre la que destaca las Bases de datos de medicamentos, seguramente una de las más completas fuentes de información sobre medicamentos, comercializados en España, y de gran utilidad en el momento de la prescripción.

Información sobre medicamentos en Internet

<http://www.infodoctor.org/rafabravo/medicamentos.html>
Español

Página web basada en un artículo publicado en Atención Primaria (Aten Primaria 2001; 27:116-22) que incluye las principales direcciones de Internet necesarias sobre información de medicamentos desde el punto de vista del médico prescriptor.

• **Herramientas**

Fundación Infosalud

http://www.fundacioninfosalud.org/cardio/cv_scalas.htm
Español

Recopilación de escalas y calculadoras de riesgo cardiovascular accesibles vía Internet con una aplicación propia descargable para utilizar sin estar conectado.

Medcal 3000

<http://calc.med.edu/>
Inglés

MedCalc 3000 contiene una gran variedad de fórmulas matemáticas clínicas, criterios diagnósticos y árboles de decisión utilizados comúnmente en medicina. Dispuestas en forma de página web interactiva, sólo hay que introducir los datos relativos al paciente. Es necesario estar conectado aunque es bastante rápida y fácil de utilizar.

MedSlides

<http://www.medslides.com/>
Inglés

Colección de diapositivas médicas en formato Power Point donadas gratuitamente por los autores y que permiten ser visualizadas directamente o descargarse en el ordenador para una utilización posterior.

• **Otras direcciones útiles de Internet**

Comunicación y salud

<http://www.pcm.northwestern.edu/>

Ética biomédica

<http://www.izew.uni-tuebingen.de/bme/>

Diccionario de Medicina

<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=15898&rd=1>

Nutrición

<http://www.amedeo.com/medicine/nut/NUTRREV.HTM>