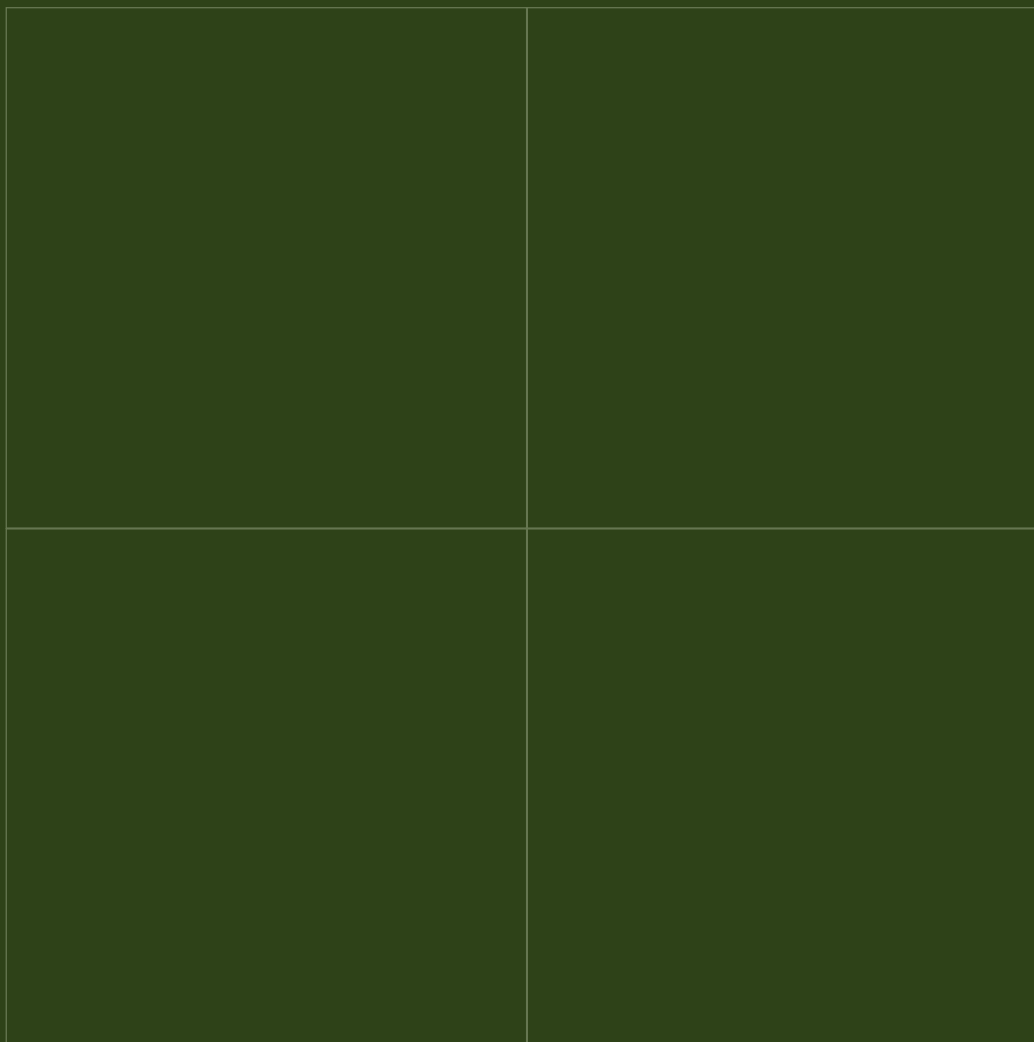




Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

Guía de Formación de Medicina

- > **Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria**
- > **Ministerio de Sanidad y Consumo**
- > **Ministerio de Educación y Ciencia**



© 2005 Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria
Ministerio de Sanidad y Consumo

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del copyright.

© de la edición, 2005 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Portaferrissa, 8, pral. 08002 Barcelona
www.semfy.com

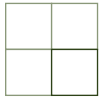
Coordinación y dirección editorial:

semfy.com ediciones

Carrer del Pi 11, 2.ª pl. of. 14, 08002 Barcelona

Diseño gráfico: ALEHOP
Ilustración portada: Víctor Escandell

Depósito legal:
ISBN: 84-96216-72-1



Prólogo

Desde la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en nuestro país, en el año 1978, hasta ahora, han sido miles los Médicos de Familia que han contribuido, mediante el desarrollo y aplicación de las competencias propias de nuestra especialidad, a la gestión de las necesidades en salud de la población española. Fruto de esa contribución ha podido ir dibujándose de manera completa nuestro perfil profesional, perfil que se recoge y define en el Nuevo Programa de la Especialidad.

El proceso de elaboración del Programa de la Especialidad, su aprobación por la Comisión Nacional de la Especialidad, por el Consejo Nacional de Especialidades, por la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y por los Ministerios de Sanidad y Consumo, y de Educación y Cultura, han supuesto un reto a los Médicos de Familia para construir una herramienta que va a trascender su mera misión formativa, y que está destinada a aportar un crecimiento significativo en la contribución de la Medicina Familiar y Comunitaria al Sistema Nacional de Salud.

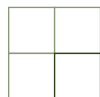
La puesta en marcha del Nuevo Programa en el proceso de especialización que inician los médicos residentes a partir de este año 2005 abre una oportunidad de futuro. Los Médicos de Familia van a empezar a surgir con mayor capacidad de resolver y de tomar decisiones en todo el sistema sanitario. Además, los nuevos residentes «tirarán» de sus tutores; porque un año más significa implicarse un poco más, estar obligado a ofrecer más y mejores contenidos, a preparar y a estudiar nuevas alternativas y acciones para su aprendizaje. Todo ello participado por las Unidades Docentes, elementos indispensables del sistema. De este modo, el Nuevo Programa va a permitirnos crecer a todos, interferir un poco más en el sistema sanitario y resolver más problemas a los ciudadanos. En definitiva, se presenta una oportunidad para alcanzar un objetivo más global; no sólo unos mejores Médicos de Familia, sino una mayor potencialidad de dar un giro de nuestro sistema sanitario hacia un modelo centrado en la salud.

El Nuevo Programa recoge las directrices que nos ayudarán a orientar la atención a la salud, de la que disponemos de mayor evidencia científica. Ésta es una atención centrada en los ciudadanos, en sus necesidades; una atención que mantiene un equilibrio entre las actividades curativas y las preventivas y de promoción de la salud; una atención afrontada desde un abordaje integral, holístico, biopsicosocial; con profesionales comprometidos con la colectividad, con las necesidades sociales de nuestro entorno inmediato, y comprometidos también con los recursos y con la gestión de los mismos. Éste es el compromiso de nuestra especialidad, su espíritu y sus valores, recogidos en el Nuevo Programa.

Pero, a partir de este momento, su puesta en marcha nos dispondrá para comenzar a trabajar en su evaluación y en las mejoras en su aplicación y perfeccionamiento. Y, sobre todo, nos dispondrá a plantearnos, de nuevo, el futuro de la especialidad. Un futuro que pasará por dar respuestas a las necesidades que surjan en el sistema sanitario y que, desde el Nuevo Programa, los Médicos de Familia podremos resolver de una manera más integral.

Con el deseo de que esta edición del Nuevo Programa de la Especialidad contribuya a facilitar su consulta y utilización por cada uno de nosotros, quiero finalizar su prólogo expresando el agradecimiento a los miles de Médicos de Familia que se implican diariamente en los aspectos esenciales que definen la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, por su entrega profesional y por su innegable contribución al desarrollo de la Medicina de Familia.

Luis Aguilera García
Presidente de la semFYC



Introducción

El nuevo programa de la especialidad nace de la firme voluntad de consolidar el cuerpo doctrinal y los valores de la Medicina de Familia y Comunitaria y de un profundo compromiso con la formación. Cuatro años de trabajo en sus diferentes fases y la colaboración de muchos Médicos de Familia lo avalan. Se han incluido áreas nuevas, se han consolidado áreas propias, se han introducido nuevas metodologías docentes y evaluativas, se han establecido prioridades y niveles de responsabilidad, se han diversificado y ampliado los entornos de aprendizaje. Se ha constituido algo más que un referente para la formación posgrado, es el marco competencial del Médico de Familia. Es el marco de referencia para la disciplina académica y el desarrollo profesional.

En definitiva, es la herramienta de referencia y como tal debe ser dinámica y responder y adaptarse a las necesidades de las personas. Esta herramienta significa un cambio no sólo cuantitativo, sino cualitativo, y deseamos que contribuya en la mejora y consolidación de la Medicina de Familia y Comunitaria y de la Atención Primaria.

Entre los cambios cualitativos cabe destacar un cambio en los contenidos. Se incorporan los valores profesionales, se define y delimita el perfil profesional, se definen competencias esenciales, transversales y específicas, se adapta el programa a las necesidades sociales y sanitarias. Se insiste y se profundiza en las competencias que se consideran «específicas» del Médico de Familia, que son la Atención a la Familia y la Atención a la Comunidad. Se desarrollan las competencias relativas a la formación, docencia e investigación.

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 la posterior formación en otras áreas de capacitación, como las urgencias, los cuidados paliativos, la intervención familiar, etc., 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. Se mejora cualitativamente en los métodos. Se incorpora la formación individualizada con un incremento progresivo de la responsabilidad. Se potencia la formación tutorizada, continuada y evaluada. Los niveles de competencia de los tutores deben estar adaptados a las áreas competenciales y a las metodologías docentes, por lo cual la Administración debe garantizar y facilitar actividades de mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores, condiciones asistenciales y docentes idóneas y actividades para mantener la motivación.

Se profundiza en la metodología educativa, que se fundamenta en el autoaprendizaje dirigido, el aprendizaje de campo, las clases, el trabajo en grupo y los talleres, siendo básicos los dos primeros; y complementarios, los otros, según se trate de adquirir conocimientos nuevos, aprender habilidades o mejorar las actitudes.

El entorno docente central de la Medicina Familiar y Comunitaria es el centro de salud. 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.

Reiteradas veces hemos comentado que este programa es, y probablemente será, más conocido, durante un tiempo, por su incremento de tres a cuatro años, antes de que sean más visibles sus cambios cualitativos. Sin embargo, son éstos y sólo éstos los que determinan el incremento del tiempo, que responde a la suma de los tiempos mínimos de formación recomendados por los expertos que han participado en la elaboración del programa.

En este proceso han colaborado muchas personas, tanto Médicos de Familia como otros profesionales: las dos comisiones nacionales y los órganos que representan; el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación y Ciencia; las sociedades científicas semFYC y SEMERGEN; la OMC; los residentes; los once miembros del comité editorial; los 83 redactores; los 153 revisores; los miembros del grupo Delphi inicial; las dos juntas directivas de semFYC, presididas por Vicenç Thomas y Luis Aguilera, que han colaborado en todas las fases de este largo proceso; sus grupos de trabajo; el Consejo Nacional de Especialidades y sus comisiones; los miembros de la Comisión de Recursos Humanos y un gran número de personas con responsabilidades en la Administración, como las dos ministras, Ana Pastor y Elena Salgado, que han apostado clara y decididamente por el pro-

grama, los directores generales de Recursos Humanos, Jaume Aubiá y Consuelo Sánchez, los subdirectores de Ordenación profesional, que han sido piezas clave en el desarrollo y aprobación de este programa, Marc Soler, Emilia Sánchez Chamorro (posteriormente también desde su responsabilidad como Subdirectora General de Especialidades en Ciencias de la Salud) y Javier Rubio; Alfonso Moreno (presidente del Consejo Nacional de Especialidades) ; los representantes de las CC.AA. y muy especialmente Nela García, Consejera de la Subdirección de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo, cuyo papel en la elaboración y aprobación de la última versión del programa ha sido esencial y aunque su nombre no aparece en el listado de autores, los miembros de la CNE le reconocemos profundamente su labor y su apoyo, así como a otros muchos profesionales anónimos que por cuestiones de espacio o falta de memoria no están en esta lista pero han colaborado en las fases de diseño, elaboración y aprobación del programa y ahora están colaborando con energía y ahínco en su puesta en marcha y desarrollo.

Quedan muchas cosas que construir. Hay que trabajar en los criterios de acreditación y reacreditación de coordinadores y tutores, en la evaluación de la competencia docente, en la evaluación de la calidad docente, en nuestros sistemas de información y comunicación, en la función investigadora, en la formación de tutores, en los sistemas de tutorización estructurada y continuada, en la evaluación formativa y los sistemas de análisis del desarrollo competencial, en las UU.DD., su organización, funciones, estructura, la gestión de la docencia, la coordinación entre docentes y entre estructuras docentes.

Pero, sobre todo, queda ahora por hacer realidad «nuestro programa» y esto es tarea de todos.

Verónica Casado
*Presidenta de la Comisión Nacional de la
Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*





Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

Guía de Formación de Medicina

- > **Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria**
- > **Ministerio de Sanidad y Consumo**
- > **Ministerio de Educación y Ciencia**

Nuevo Programa Formativo (4 años de duración), aplicable exclusivamente a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que inicien su formación a partir de la convocatoria 2004/2005.

A los residentes de otras promociones que estén cursando sus periodos formativos les será de aplicación el programa anterior.

Madrid, 17 de enero de 2005

Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA

1. Denominación oficial de la especialidad y requisitos

- > **Medicina Familiar y Comunitaria**
- > **Duración:** 4 años
- > **Licenciatura previa:** Medicina

Programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

> Miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

Presidente: Casado Vicente, Verónica

Secretaria: Fuertes Goñi, Carmen

Vocales: De Serdio Romero, Epifanio
Marco García, Teresa
Medina Ferrer, Elisa
Toquero de la Torre, Francisco
Baltanas Rubio, Pablo

Ferran Cordón Granados
Martínez Pérez, José Antonio
Pita Fernández, Salvador
Amigo Rodríguez, Pablo

> **Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que aprobó, el 20 de noviembre de 2002, la primera versión del programa formativo.**

Presidente: Gómez Gascón, Tomás

Secretaria: Fuertes Goñi, Carmen

Vocales: Casado Vicente, Verónica
Martínez Pérez, José Antonio
Monreal Hajar, Antonio
Toquero de la Torre, Francisco
Ramos Natal, Anabel

Marco García, Teresa
Medina Ferrer, Elisa
Pita Fernández, Salvador
Luque Hernández, M^º José

Ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas e informado favorablemente por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Editores, autores y colaboradores del programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

> Grupo de coordinación editorial y de redacción

Coordinadora: Verónica Casado Vicente

Miembros: Calero Muñoz, Sebastián
Cordón Granados, Ferran
Ezquerria 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

Aguiló Pastrana, Elena
Alonso Roca, Rafael
Álvarez Guisasola, Fernando
Arboniés Ortiz, Juan Carlos
Arribas Mir, Lorenzo
Arenillas Gómez, Pedro
Bailón Muñoz, Emilia
Barbero Gutiérrez, Javier
Benítez del Rosario, Miguel Ángel
Birulés Pons, Martí
Bonal Pitz, Pablo
Bravo Toledano, Rafael
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
Ezquerria 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
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**

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
 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
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

Martín Martín, Pedro
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 Hijar, Antonio
Morales Cano, José Manuel
Morán Sánchez, José Carlos
Moratalla Rodríguez, Guillermo
Nadal Blanco, María José
Navarro Echeverría, M^a Antonia
Navarro Mateu, Fernando
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

> **Coordinación de la corrección:**

Casado Vicente, Verónica



Índice

1. PRESENTACIÓN	3
2. LOS VALORES PROFESIONALES Y EL PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA	5
2.1. LOS VALORES PROFESIONALES DEL MÉDICO DE FAMILIA	5
2.2. PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA	7
3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	11
3.1. SU VINCULACIÓN CON EL PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA	11
3.2. SU FLEXIBILIDAD	11
3.3. LA RELACIÓN RESIDENTE-TUTOR	11
3.4. VINCULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DURANTE EL PERÍODO FORMATIVO CON NIVELES DE PRIORIDAD Y RESPONSABILIDAD	12
3.5. LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN	12
3.6. GUÍA BIBLIOGRÁFICA Y DE RECURSOS DE INTERNET	12
4. METODOLOGÍA DOCENTE EN EL PROGRAMA FORMATIVO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	13
4.1. AUTOAPRENDIZAJE (<i>SELF DIRECTED LEARNING</i>)	13
4.2. APRENDIZAJE DE CAMPO (<i>LEARNING IN CONTEXT</i>)	13
4.3. CLASES	13
4.4. TRABAJO GRUPAL, INTERACCIÓN GRUPAL (<i>SMALL GROUP LEARNING</i>)	13
4.5. TALLERES	14
5. LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA FORMATIVO Y SU ESTRUCTURA	15
6. EL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA FORMATIVO	17
7. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN CONCEPTO DE ATENCIÓN CONTINUADA (GUARDIAS) DURANTE EL PERIODO FORMATIVO	21
8. CONTENIDOS FORMATIVOS DEL ÁREA DOCENTE DE COMPETENCIAS ESENCIALES	23
8.1. LA COMUNICACIÓN ASISTENCIAL. LA ENTREVISTA CLÍNICA. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	23
8.2. EL RAZONAMIENTO CLÍNICO. LA TOMA DE DECISIONES. EL MÉTODO CLÍNICO CIENTÍFICO EN EL PACIENTE	27
8.3. LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN	32
8.4. LA BIOÉTICA	42

9. CONTENIDOS FORMATIVOS DEL ÁREA DOCENTE DE COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN AL INDIVIDUO _____	47
9.1. ABORDAJE DE NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD _____	48
9.2. ABORDAJE DE GRUPOS POBLACIONALES Y GRUPOS CON FACTORES DE RIESGO _____	73
10. CONTENIDOS FORMATIVOS DEL ÁREA DOCENTE DE COMPETENCIAS EN RELACIÓN A LA FAMILIA _____	91
11. CONTENIDOS FORMATIVOS DEL ÁREA DOCENTE DE COMPETENCIAS EN RELACIÓN A LA COMUNIDAD _____	97
12. CONTENIDOS FORMATIVOS DEL ÁREA DOCENTE DE COMPETENCIAS EN RELACIÓN CON LA FORMACIÓN, LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN _____	103
12.1. FORMACIÓN Y DOCENCIA _____	103
12.2. LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN _____	106
13. LOS RESPONSABLES DE LA DOCENCIA, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA FORMATIVO _____	111
13.1. EL TUTOR Y SUS RELACIONES CON EL RESIDENTE Y LA ADMINISTRACIÓN _____	111
13.2. EL TUTOR HOSPITALARIO _____	114
13.3. EL COLABORADOR DOCENTE Y EL TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA EN EL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA _____	114
13.4. EL COORDINADOR DE LA UNIDAD DOCENTE _____	115
13.5. LA COMISIÓN ASESORA _____	117
14. LA EVALUACIÓN _____	119
14.1. PLAN EVALUATIVO GLOBAL DE LA UNIDAD DOCENTE _____	119
14.2. EVALUACIÓN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES _____	119
14.3. EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA DOCENTE _____	121
15. LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD _____	123
16. BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS DE INTERNET _____	125
ANEXO I. GUÍA BIBLIOGRÁFICA Y DE RECURSOS DE INTERNET _____	127



Presentación

En los últimos años hemos podido asistir, en el ámbito de la Atención Primaria de nuestro país, 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 Atención Primaria de Salud, iniciada por el Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud. Con dichos cambios se empezaron a implantar instrumentos característicos de la Atención Primaria de Salud como son: el trabajo en equipos multidisciplinares con un horario más amplio, la historia clínica y los registros de actividades, la incorporación de nuevas habilidades y pruebas complementarias (analíticas, radiología, espirometría, ECG), introduciéndose criterios de protocolización y programación de la asistencia, al mismo tiempo que empezaron a abordarse aspectos relacionados con la prevención y promoción de la salud, con la docencia y con la investigación en Atención Primaria.

Nuestro país ha experimentado en los últimos años cambios sociales importantes que implican un incremento en la utilización de los servicios de Atención Primaria de Salud como son, el crecimiento de la población anciana y de las patologías crónicas, los cambios en la estructura familiar, los factores ligados a los estilos de vida y al entorno que han originado en los ciudadanos nuevas necesidades y expectativas de la salud. Asimismo, la importancia creciente de la Atención Primaria de Salud deriva de la mayor calidad y oferta de los servicios, favorecidas por el desarrollo científico y tecnológico y por la mejor formación y capacidad resolutoria de los Médicos de Familia (MF).

Este nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria marca un 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.

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, a pesar de ser una especialidad relativamente joven, ha conseguido su consolidación e implantación generalizada en el sistema sanitario; así lo demuestra el hecho de que en el año 2002 se hayan formado más de 18.000 especialistas, estando actualmente 5.400 en proceso de formación. Este avance cuantitativo ha ido acompañado de 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.

Desde el punto de vista interno el programa, como lo demuestra la larga relación de autores/colaboradores que se incorpora en el anexo II, se ha realizado con un alto grado de consenso ya que durante los más de dos años en los que se ha ido conformando ha contado con la participación activa de las unidades docentes de la especialidad de MFyC y de las Sociedades Científicas más representativas del sector, especialmente, con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Desde el punto de vista de los países de nuestro entorno, el presente programa, al igual que ya ocurre en otros países europeos como Austria, Dinamarca o Finlandia, eleva a cuatro años el periodo formativo, aproximándose así a las recomendaciones formuladas al respecto por la Unión Europea de Médicos Generales y por el Parlamento Europeo que aconsejan incluso, elevar a cinco años dicho periodo.

En cuanto a los contenidos del programa, interesa resaltar que éstos se adecuan a las necesidades actuales y futuras de la Atención Primaria de Salud, adaptando los periodos de rotación a los niveles de competencia que requiere el perfil profesional del Médico de Familia de una forma flexible e individualizada, estableciendo estándares mínimos, deseables y máximos en los objetivos de aprendizaje y posibilitando la evaluación de todo el proceso a fin de garantizar su calidad.

Los tutores de los centros de salud a los que corresponde el seguimiento y supervisión de las actividades realizadas por el residente a lo largo de los cuatro años que dura su formación, adquieren un alto grado de protagonismo en este programa que debe ser apoyado simultáneamente con medidas complementarias de formación de tutores destinadas a mantener y a mejorar sus competencias.

El Programa desarrolla cinco áreas competenciales: las esenciales (comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y 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 continuada y la investigación.

La Atención Primaria de Salud debe ser la base del sistema sanitario por lo que es fundamental la buena preparación de los futuros Médicos de Familia, a fin de que sean capaces de dar una mejor

atención al usuario, más accesible, más humana, más integral y más eficiente. Éste sigue siendo el reto del colectivo de Médicos de Familia como formadores, compartido con la preocupación por las futuras condiciones de trabajo, la carrera profesional, la formación continuada, la certificación y recertificación de competencias, 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 la correcta atención a los ciudadanos.

Este Programa pretende ser un instrumento dinámico, como lo han sido los anteriores, por lo que será revisado periódicamente para adaptarlo a las necesidades cambiantes del desarrollo científico y de nuestra sociedad.

La Comisión Nacional de la especialidad quiere manifestar su más sincero agradecimiento a todos los que han colaborado en la realización de este programa, así como a todos los Médicos de Familia que contribuyen diariamente al progreso de esta especialidad.





Los valores profesionales y el perfil profesional del Médico de Familia

En la actualidad, la sociedad civil tiene nuevas demandas en salud derivadas de los profundos cambios y nuevos fenómenos que en la misma se están produciendo y a los que no puede ser ajeno el Médico de Familia. Frente a éstos, su función en el conjunto social no sólo puede centrarse en elevar su nivel de formación y dar respuesta a los servicios que se le requieren, sino también en potenciar los valores que legitiman su papel en la sociedad.

2.1. Los valores profesionales del Médico de Familia

Los médicos tienen unos valores que definen sus compromisos profesionales con la sociedad, el aprendizaje, la interiorización de estos valores es imprescindible para una adecuada actividad profesional. *Enseñar*, transmitir estos valores, forma parte del trabajo de un tutor; *aprenderlos y asimilarlos* es esencial para que un residente llegue a ser un buen Médico de Familia.

Podemos agrupar los valores del Médico de Familia en 5 compromisos:

- Con las personas.
- Con la sociedad en general.
- Con la mejora continua de su trabajo.
- Con la propia especialidad.
- Con la ética.

2.1.1. Compromiso con las personas

El ciudadano es el protagonista de la atención que presta el Médico de Familia, sus actuaciones por encima de cualquier otro interés, están encaminadas a la mejora y mantenimiento de su salud. Las personas dan sentido a la profesión, se persigue obtener su confianza para que consulten siempre que lo precisen. El mejor Médico de Familia es aquel que más colabora en conseguir unos buenos resultados en la salud del colectivo al que atiende.

Respetar la autonomía del ciudadano no es sólo un deber ético, sino un objetivo de salud. El Médico de Familia facilita la información necesaria para que el propio paciente decida, con su colaboración, el curso de la atención que prefiere. A este respecto, la promoción de la autonomía del paciente para autocuidarse es, en sí misma, un objetivo de salud esencial; utópicamente, el Médico de Familia persigue que sus pacientes sean tan autónomos que dejen de necesitarle. Su fin no es hacerse imprescindible para los pacientes, sino procurar que aprendan a autocuidarse.

Al Médico de Familia le importa cada persona en su conjunto y a lo largo de toda su vida. Su ejercicio profesional no se limita a los casos clínicos o asistir enfermedades; sino que atiende a personas con unos determinados problemas y creencias, inmersas en un contexto familiar y social que constituye un todo indivisible que también es objeto de su quehacer diario.

2.1.2. 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 o de gestor de casos y coordinador de flujos, 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, el Médico de Familia debe *asegurar una atención rápida* a los ciudadanos que lo precisen, evitando la creación de barreras que dificulten el

acceso a sus servicios o que favorezcan el acceso directo de los mismos a otros servicios más especializados. Por ello, el Médico de Familia 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 sabe la influencia que tienen en la salud los factores sociales y económicos, y por ello *detecta y colabora en la mejora de las condiciones de vida* de la población a la que atiende.

2.1.3. Compromiso con la mejora continua

El Médico de Familia toma sus *decisiones sobre la base de las evidencias científicas actualizadas* y por ello mantiene al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, reconociendo a estos efectos el valor del equipo en el que trabaja y minimizando la posibilidad de cometer errores a través de la mejora continua y el compromiso científico con la especialidad.

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

2.1.4. Compromiso con la propia especialidad y con la formación de nuevos profesionales

La polivalencia, la transversalidad y la incertidumbre con las que trabaja continuamente el Médico de Familia no se consideran una limitación sino una característica propia de la especialidad y un incentivo para participar activamente en el desarrollo, consolidación y actualización del cuerpo doctrinal de esta especialidad.

El Médico de Familia sabe que su especialidad puede mejorar y, por ello *valora y participa en la formación de nuevos residentes*, a los que transmite, sin limitaciones cuanto sabe, contribuyendo a que *los nuevos especialistas sean incluso mejores que él mismo*.

Como tutor de nuevos profesionales, el Médico de Familia *ayuda a aprender a las nuevas generaciones de residentes*, sabiendo que, en el proceso de enseñar, él mismo también aprende.

El compromiso del Médico de Familia con su especialidad determina también su disposición a investigar sobre aquellas cuestiones que son pertinentes para el desarrollo de la misma a fin de ofrecer un mejor servicio a la sociedad.

2.1.5. Compromiso ético

El Médico de Familia es exigente con la Administración Sanitaria y con el resto de actores del sistema sanitario, reivindicando su buen funcionamiento. Las limitaciones de dicho sistema no le impiden mantener una *actitud ética* irreprochable en sus relaciones con los pacientes, con la sociedad en general, con la empresa sanitaria para la que trabaja y con la industria farmacéutica.

El compromiso ético del Médico de Familia se basa sobre todo en el respeto a la *autonomía* del paciente, asegurando su derecho a la intimidad y a la *confidencialidad* de su proceso. 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*.

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

2.2. Perfil profesional del Médico de Familia

El perfil del Médico de Familia es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud.

Estas características específicas del perfil profesional del Médico de Familia conforman un cuerpo propio de conocimientos derivado, fundamentalmente, de su ámbito de actuación específico: el de la Atención Primaria de Salud y de una forma propia de llevar a cabo dicha Atención a través de un enfoque biopsicosocial, en el que adquieren verdadero protagonismo la integración de las actividades de curación de la enfermedad con las actividades de promoción y prevención, rehabilitación y cuidado paliativo.

A efectos didácticos, éste perfil profesional se plasma en las cinco áreas competenciales siguientes, sobre las que existe un alto nivel de consenso en la Unión Europea.

2.2.1. Área docente de competencias esenciales: comunicación, razonamiento clínico, gestión y bioética

La principal herramienta del Médico de Familia es su capacidad de comunicación con los ciudadanos que diariamente atiende, por lo que es esencial que desarrolle la capacidad de escuchar y la empatía necesarias para la correcta relación con los usuarios.

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, por lo que debe tener la capacidad de razonamiento adecuada para distinguir aquellas situaciones que son más graves, elaborando una orientación diagnóstica más concreta, 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 en cuya elaboración participará el residente, aprendiendo a usarlos.

El Médico de Familia realiza su trabajo en el seno de un equipo de profesionales de Atención Primaria con objetivos compartidos y para un mismo grupo poblacional, por lo que debe aprender a trabajar en equipo, a identificar y fijar objetivos comunes, así como a establecer normas de funcionamiento interno y mecanismos de coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en la atención sanitaria.

Para el correcto desempeño de su trabajo, el Médico de Familia deberá aprender a distribuir adecuadamente su jornada diaria entre las diversas funciones que ha de desarrollar, organizando eficientemente su consulta, haciendo un uso racional de las pruebas complementarias, de los recursos terapéuticos y de las interconsultas con otros especialistas.

En el ámbito de la Atención Primaria, la información es la base del conocimiento para establecer diagnósticos y para la toma de decisiones, por lo que el Médico de Familia sabrá utilizar los registros y sistemas de información y las herramientas informáticas necesarias, velando por el uso confidencial de todos los datos.

El aprendizaje de la Medicina basada en la evidencia y la utilización de los recursos de Internet son instrumentos fundamentales en el campo de la gestión clínica.

El Médico de Familia aprenderá el marco teórico y las dimensiones de la calidad asistencial, sus herramientas de medición, su estructura, proceso y resultado para conocer y mejorar la calidad de su trabajo, promoviendo actividades de evaluación y mejora que le permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y de los profesionales.

El Médico de Familia deberá estar capacitado para desarrollar acciones de administración y gestión básicas en establecimientos de Atención Primaria.

Durante su periodo de formación, el Médico de Familia incorporará a sus actividades los valores y aspectos éticos de la profesión, tanto en su relación con el paciente (respeto, intimidad, confidencialidad, autonomía, consentimiento informado), como en otros ámbitos de su quehacer profesional (en la prescripción, en la distribución de recursos, en la investigación en sus relaciones con la industria farmacéutica etc.).

2.2.2. Área docente de competencias relativas a la atención al individuo

El Médico de Familia 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.

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 que realizará las historias clínicas de sus pacientes, desde una perspectiva que integre los aspectos biológicos, psíquicos y sociales de la salud y la enfermedad.

El Médico de Familia adquirirá las habilidades técnicas para un correcto diagnóstico, mediante el manejo y la valoración de las pruebas diagnósticas disponibles en su medio, estando capacitado para llevar a cabo respecto a cada proceso individual de atención sanitaria:

- Un plan diagnóstico, que incluya la realización de un correcto diagnóstico diferencial, una correcta interpretación de las pruebas complementarias y en su caso, la integración de las opiniones de otros especialistas.
- Un plan terapéutico farmacológico o no farmacológico que elaborará y negociará con el paciente, utilizando correctamente los fármacos u otras terapias accesibles al Médico de Familia.
- 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 las relativas a individuos discapacitados, inmovilizados, enfermos terminales que precisen cuidados paliativos, o también al niño, al adolescente, a la mujer, al anciano, etc.

En su contacto con el paciente, el Médico de Familia valorará también la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción integradas, por su evidencia, en la práctica asistencial. Se trata de adoptar medidas de educación para la salud y prevención primaria y secundaria para los procesos más prevalentes en la población, como son los relacionados con las enfermedades infectocontagiosas, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la infancia y la adolescencia, la mujer, las personas ancianas, etc.

El Médico de Familia tiene que desarrollar, con absoluto respeto a los derechos de intimidad, confidencialidad y autonomía del paciente, las habilidades suficientes para que en la entrevista clínica, encaminada a determinar los problemas de salud, se establezca un proceso de comunicación consentido por el paciente que desarrolle los aspectos específicos de la relación asistencial, delimitando el motivo de la consulta y evaluando el problema de salud de que se trate.

2.2.3. Área docente de competencias relacionadas con la atención a la familia

La familia tiene una gran importancia en cómo y de qué enferman sus miembros. El Médico de Familia deberá entender a cada familia como una unidad que actúa a dos niveles, como parte del contexto social en que se desenvuelve la vida y la salud, y como recurso para la salud.

El presidente 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 que el Médico de Familia adquiera habilidades para el asesoramiento, intervención y mediación familiar, conociendo las herramientas que permiten identificar los recursos familiares, la red y el apoyo social que tienen las personas y sus familias, así como los instrumentos que permiten conocer las disfunciones y problemas psicosociales de origen familiar.

2.2.4. Área docente de competencias relacionadas con la atención a la comunidad

Para mejorar la salud y disminuir las desigualdades, el Médico de Familia debe intervenir sobre los determinantes de la salud que están en un contexto físico y social distinto al del sistema sanitario. La orientación comunitaria del Médico de Familia comienza a través de su atención al individuo ya que toda su actividad en éste área debe realizarla contextualizada en el entorno de la persona, aprovechando sus recursos y minimizando sus déficits.

A tal fin, el Médico de Familia 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, por razones de clase social, género, etnia, edad, etc., sufren desigualdades en salud, programando e implementando intervenciones para abordar los problemas de salud comunitarios y conseguir el acceso al sistema sanitario de los sujetos más vulnerables.

En su faceta de atención a la comunidad, el Médico de Familia debe aprender por un lado, a utilizar sistemas de vigilancia epidemiológica que le permita conocer y controlar los aspectos del medio ambiente y sus repercusiones en la salud y, por otro, a cooperar activamente con las organizaciones comunitarias (ONG, asociaciones de ayuda mutua, etc.) y demás instituciones que persiguen mejorar la salud del conjunto de la población.

2.2.5. Área docente de competencias relacionadas con la formación e investigación

El Médico de Familia debe ser un profesional en continuo proceso de formación que mantiene y mejora constantemente su competencia profesional, debiendo adquirir las habilidades necesarias para preparar y exponer sesiones clínicas, bibliográficas, de revisión, etc., colaborando asimismo en la formación, de pregrado y de postgrado, en medicina de familia.

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

El Médico de Familia ha de saber evaluar la calidad y la importancia de los resultados de investigación publicados en revistas científicas, adquiriendo el hábito de la lectura crítica y los conocimientos básicos para desarrollar un proyecto de investigación destinado a responder preguntas e hipótesis procedentes de su trabajo, adquiriendo los conocimientos y métodos propios de la epidemiología clínica y de la medicina basada en la evidencia para ser capaz de efectuar un análisis de la situación de salud de la comunidad bajo la conducción del equipo básico de salud (Médico de Familia y Enfermera).





Características generales del programa de Medicina Familiar y Comunitaria

3.1. Su vinculación con el perfil profesional del Médico de Familia

Con la finalidad de garantizar que el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria dé respuesta a las demandas de salud que exige la sociedad actual, este programa está estrechamente vinculado al perfil profesional del Médico de Familia de tal forma que sus contenidos formativos se distribuyen en áreas docentes que coinciden con las áreas de competencia a las que se ha hecho referencia en el anterior apartado 2.2.

3.2. Su flexibilidad

La flexibilidad de este programa se pone de manifiesto, entre otros, en los aspectos siguientes:

- En los métodos de aprendizaje: el objetivo final es siempre la adquisición de competencias por parte del residente y no el método por el que éstas se adquieren. «Lo importante es el qué y no el cómo»; este planteamiento determina que, en cada área docente se prevean distintos métodos de aprendizaje, a fin de elegir en cada caso el que más se adecue al perfil formativo de los tutores y a las características específicas de la Unidad Docente donde se está formando el residente.
- En la pluripotencialidad de la formación impartida: el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria facilita los conocimientos necesarios para ejercer no sólo en los centros de salud, que constituyen el medio natural de M.F., sino también en otros ámbitos laborales donde es especialmente demandado, (como los Servicios de Emergencias, los Servicios de Urgencia Hospitalaria, la Sanidad Penitenciaria, etc.).
- En la ampliación de espacios docentes: el programa formativo está abierto a la incorporación de nuevos recursos en las Unidades Docentes para mejorar y ampliar la formación del residente, tales como: las unidades médicas de corta estancia, de hospitalización a domicilio, de atención al adolescente, de cuidados paliativos, así como a la necesaria incorporación de centros de salud rurales debido a las connotaciones específicas que tienen las actividades que realizan los Médicos de Familia en este medio.
- En la realización de estancias electivas: la evaluación formativa antes de concluir el tercer año de formación, permitirá determinar el nivel de competencias adquirido por el residente, permitiendo a través de la realización de estas estancias electivas, durante tres meses, ajustes en los niveles de competencia adquiridos por los residentes.
- En la formación individualizada de cada residente, con un incremento progresivo de la responsabilidad adaptado a las características personales de cada uno de ellos.

3.3. La relación residente-tutor

Constituye el eje fundamental sobre el que gira todo el proceso formativo, en la medida en que el sistema de residencia implica una formación teórica y práctica, programada y **tutelada**, con una participación personal y progresiva del especialista en formación en las actividades y responsabilidades propias de la especialidad.

Los tutores no sólo deben caracterizarse por sus conocimientos sobre la materia, sino también por su accesibilidad y cercanía en cualquier fase del periodo formativo ya que tienen un importante papel como facilitadores y canalizadores del proceso de aprendizaje.

La importancia de la figura del tutor determina que el residente tenga un mismo tutor principal con el que mantendrá un contacto continuado y estructurado, durante todo su periodo formativo, sin perjuicio de la existencia de tutores auxiliares o del tutor hospitalario según el lugar donde se realice la formación en cada momento.

El tutor principal es el encargado de adecuar el cronograma del periodo formativo a las necesidades formativas y las características personales de cada residente, a fin de ir corrigiendo las deficiencias formativas, de carácter subsanable, que se produzcan durante la residencia.

3.4. Vinculación de las actividades durante el periodo formativo con niveles de prioridad y responsabilidad

Especial importancia tiene en este programa que los contenidos formativos del mismo no se limitan a ser una mera relación de actividades, conocimientos y aptitudes, sino un instrumento útil para que tanto el tutor como el residente conozcan en todo momento la importancia de cada una de las actividades programadas en el proceso formativo, y el grado de responsabilidad que debe adquirir el residente respecto a cada una de ellas.

A estos efectos, en las fichas que relacionan los contenidos de cada área competencial todas las actividades se reconducen a los niveles de prioridad y responsabilidad siguientes:

Niveles de prioridad:

- **Prioridad I:** indispensable: las competencias deben ser adquiridas por todos los residentes. Su ausencia cuestiona su aptitud.
- **Prioridad II:** importante: las competencias deben ser adquiridas por la mayoría de residentes.
- **Prioridad III:** de excelencia: la adquisición de estas competencias, si los anteriores niveles se han alcanzado, puede ser criterio de excelencia.

Niveles de responsabilidad:

- **Nivel primario:** el Médico de Familia debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin apoyo de otro nivel asistencial en el 90% de los casos.
- **Nivel secundario:** una consulta a otro nivel es habitualmente requerida en el curso de 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.

3.5. La importancia de la evaluación

Todo programa formativo se plasma en un proceso complejo de aprendizaje, cuya validez y dinamismo será una realidad en la medida en que sienta criterios de evaluación, de control de la calidad de todos los elementos que intervienen en dicho proceso, a fin de detectar, mejorar y corregir sus deficiencias.

Tal es el propósito al que responde el apartado 14 de este programa, que contiene criterios de evaluación e idoneidad respecto al propio residente, al personal docente que interviene en su formación y a la estructura que posibilita el proceso, incluido este programa formativo.

3.6. Guía bibliográfica y de recursos de Internet

Uno de los ejes sobre los que gira éste programa como método y como valor, es el de transmitir al residente que tanto el autoaprendizaje como la ampliación y actualización de sus conocimientos, es un elemento imprescindible en la formación del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria que no finaliza con los cuatro años de residencia sino que constituye un compromiso profesional y permanente del Médico de Familia.

Por ello, el apartado 16 de este programa contiene la estructura de una guía bibliográfica y de recursos de Internet, relacionados con la Medicina de Familia, que se incorpora como Anexo I. La citada guía será periódicamente actualizada por la Comisión Nacional de la especialidad a través de la página web de este programa, mediante la incorporación de nuevas reseñas de las obras y artículos más importantes tanto de la doctrina científica como del propio colectivo de Médicos de Familia que, a estos efectos, podrán remitir a la Comisión Nacional sus aportaciones para que, previa selección, se incorporen a la mencionada página web.



Metodología docente en el programa formativo de Medicina Familiar y Comunitaria

Como se ha expuesto anteriormente, una de las características específicas de este programa es la diversidad de métodos de aprendizaje ya que lo importante es que el residente cumpla los objetivos del programa pese a la amplitud de sus contenidos, a los diversos perfiles de los tutores/residentes y a las también diversas características y recursos de las múltiples Unidades Docentes acreditadas para la formación de estos especialistas.

A estos efectos, los cinco métodos de aprendizaje recomendados en las distintas áreas de competencia de éste programa son:

4.1. Autoaprendizaje (*Self directed learning*)

- Consiste en: el estudio y uso de herramientas de aprendizaje individuales.
- Indicado especialmente para: la 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.

4.2. 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: la 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.

4.3. Clases

- Consiste en: transmisión unidireccional de la información, sobre una materia concreta.
- Indicado especialmente para: transmisión de información compleja y creación de un marco referencial.
- Diferentes expresiones:
 - Clase unidireccional clásica.
 - Clase participativa.Se debe favorecer la clase participativa, en la medida de lo posible.

4.4. Trabajo grupal, interacción grupal (*Small group learning*)

- Consiste en: aprovechar la interacción entre los diferentes miembros del grupo.
- Indicado 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.

4.5. Talleres

- Consiste en: el 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.





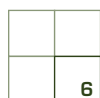
Los contenidos del programa formativo y su estructura

Los distintos apartados en los que se agrupan los contenidos formativos de cada una de las áreas que integran el programa tienen las siguientes características generales:

- En todos ellos se especifican los objetivos y las actividades agrupadas según el nivel de prioridad y responsabilidad, incluyendo asimismo, conocimientos, habilidades y actitudes.
- Las citadas actividades se han incorporado a unas fichas de gran importancia a efectos prácticos ya que, por una parte, facilitan que tanto el tutor como el residente conozcan los conocimientos, habilidades y actitudes objeto de aprendizaje en cada momento, y por otra, posibilitan que los tutores que se responsabilizan de la formación del residente puedan transmitir, mediante la entrega de dichas fichas a los responsables asistenciales de los distintos dispositivos en los que en cada momento se forma el residente, el enfoque y las actividades que han de realizar durante la rotación de que se trate.
- Asimismo, para cada área docente y en su caso para cada apartado o subapartado, se determinan la metodología docente, el lugar de aprendizaje (centro de salud, estancia en un servicio de la unidad docente, rotación externa), el tiempo de aprendizaje, la evaluación aconsejada y las lecturas recomendadas.

Aunque el objetivo final de la formación del residente es la adquisición de competencias para realizar la atención a la persona como un todo y en su contexto, a efectos docentes, el programa se estructura en cinco áreas de competencia que, para facilitar su comprensión, se han desarrollado en distintos apartados de este programa:

- **El apartado 8 del programa se refiere al Área Docente de competencias esenciales desglosada en:**
 - **La comunicación asistencial.** La entrevista clínica. La relación médico-paciente.
 - **El razonamiento clínico.** La toma de decisiones. El método clínico en el paciente.
 - **La gestión de la atención.** 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.
 - **La bioética.**
- **El apartado 9 del programa se refiere al Área Docente de competencias relacionadas con la atención al individuo, desglosada en dos grandes grupos:**
 - **Abordaje de necesidades y problemas de salud:** Factores de riesgo y problemas cardiovasculares. Problemas respiratorios. Problemas del tracto digestivo y del hígado. Problemas infecciosos. Problemas metabólicos y endocrinológicos. Problemas de la conducta y de la relación. Problemas del sistema nervioso. Problemas hematológicos. Problemas de la piel. Traumatismos, accidentes e intoxicaciones. Problemas de la función renal y de las vías urinarias. Problemas músculo-esqueléticos. Problemas de cara-nariz-boca-garganta y oídos. Problemas de los ojos. Conductas de riesgo adictivo. Urgencias y emergencias.
 - **Abordaje de grupos poblacionales y grupos con problemas de riesgo:** Atención al niño, problemas específicos y actividades preventivas. Atención al adolescente, problemas específicos y actividades preventivas. Atención a la mujer, actividades preventivas y atención en el embarazo. Atención al adulto, actividades preventivas. Atención a los trabajadores. Atención al anciano, actividades preventivas. Atención al paciente inmovilizado. Atención al paciente terminal, al duelo, al cuidador. Atención a las situaciones de riesgo familiar y social.
- **El apartado 10 del programa se refiere al Área Docente de competencias relacionadas con la familia.**
 - Objetivos y actividades docentes en relación con este área.
- **El apartado 11 del programa se refiere al Área Docente de competencias relacionadas con la comunidad.**
 - Objetivos y actividades docentes en relación con este área.
- **El apartado 12 de este programa se refiere al Área Docente de competencias relacionadas con la formación y la investigación, desglosada en:**
 - Formación y docencia.
 - Metodología de la investigación.



El cronograma del programa formativo

Los tutores que intervienen en el periodo formativo del residente, fundamentalmente el tutor principal, son los responsables de la supervisión y seguimiento de los planes (cronogramas) individuales de formación que para cada residente son elaborados por los tutores, en el seno de la Comisión Asesora. Dichos planes individuales se adaptarán a las características posibilidades y recursos de cada Unidad Docente y de cada residente, debiendo garantizar no obstante:

- Un contacto amplio inicial del residente con la Atención Primaria de salud: preferentemente seis meses y como mínimo tres meses.
- Que al menos el 50% de la residencia se realice en el Centro de Salud.
- Un tiempo de estancia formativa en el Centro de Salud todos los años.

La inevitable flexibilidad de los planes individuales de formación no es, sin embargo, un obstáculo para incluir en este apartado la siguiente propuesta de «cronograma» que contiene las pautas generales a las que la Comisión Nacional de la Especialidad considera que progresivamente deben adaptarse los planes individuales de formación.

CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

Primer año

- > Aprendizaje de campo en Atención Primaria: 3-6 meses⁽¹⁾
- > Aprendizaje de campo en Medicina Interna y especialidades: 5-8 meses
- > Vacaciones: 1 mes
- > Aprendizaje de campo en Urgencias (guardias)⁽²⁾
- > 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 rural⁽³⁾
- > Aprendizaje de campo en Atención al niño: 2 meses⁽⁴⁾
- > 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 (guardias)⁽²⁾
- > Autoaprendizaje
- > Clases/Trabajo grupal/Talleres

Cuarto año⁽⁶⁾

- > Aprendizaje de campo en Atención Primaria: 11 meses
- > Vacaciones: 1 mes
- > Aprendizaje de campo en urgencias (guardias)⁽²⁾
- > Autoaprendizaje
- > Clases/Trabajo grupal/Talleres

[continúa]

(continuación)

CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

Con carácter general el aprendizaje de campo se hará con tutorización continuada e incremento progresivo de responsabilidad, a medida que el residente vaya adquiriendo competencias profesionales según su proceso de aprendizaje.

- (1) El aprendizaje de campo en Atención Primaria de R1 se realizará en el inicio del periodo de residencia, preferentemente 6 meses.
- (2) Ver apartado 7 del programa formativo.
- (3) Las estancias en Centro Rural se harán, preferentemente, durante el segundo año de formación. Aquellas Unidades Docentes cuyas áreas o distritos de referencia no tengan ninguna zona rural, pueden asociarse con centros de salud rurales de otras Unidades Docentes, con acreditación específica para este cometido.
- (4) El aprendizaje de campo en Atención al niño se realizará fundamentalmente en Atención Primaria.
- (5) Las estancias electivas para facilitar ajustes de competencia o realizar formación complementaria, se harán al finalizar el tercer año, antes de que el residente inicie su estancia en el centro de salud. Si el tutor y el residente no consideran necesaria su realización el residente se incorporará al centro de salud.
- (6) Los residentes de M.F.y C. tienen que ser capaces durante el cuarto año de formación, de participar activamente en todas las actividades del centro de salud y de hacerse cargo de forma autónoma y completa de una Consulta de Medicina de Familia sin la presencia del tutor. La supervisión de las actividades autónomas que realice el residente en la Consulta se concretará, sin perjuicio de su seguimiento a través de las actividades de tutorización continuada a las que antes se ha hecho referencia, en la posibilidad de que el residente pueda recurrir, en caso de duda o ante situaciones complejas, a su tutor principal, al de apoyo o a otros Médicos de Familia del Centro de Salud donde pase consulta. Se recomienda que la actividad asistencial autónoma se realice de forma progresiva de tal manera que al finalizar el cuarto año abarque un periodo no inferior a dos meses.

SUGERENCIAS DE CLASES-TALLERES

Los residentes 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 auto-aprendizaje 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.

COMPETENCIAS NO CLÍNICAS

- > Introducción a la Medicina Familiar y Comunitaria
- > 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)
- > Educación para la salud
- > Atención domiciliaria
- > Metodología de la atención a la familia
- > Metodología de la atención a la comunidad
- > Planificación y programación en Atención Primaria
- > Bioética
- > Informática
- > Sociología de la salud
- > Epidemiología, estadística y demografía
- > Metodología de la prevención
- > Metodología de la formación
- > 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

COMPETENCIAS CLÍNICAS

- > Urgencias. Soporte vital básico y avanzado. Atención al paciente politraumatizado
- > Inmovilizaciones
- > Cirugía menor
- > Drogodependencias
- > Infiltraciones
- > Fisioterapia
- > Electrocardiografía básica
- > Radiología básica
- > Salud mental
- > ORL
- > Oftalmología
- > Atención a grupos poblacionales y con factores de riesgo:
 - Anciano
 - Adolescente
 - Mujer
 - Trabajador
 - Pacientes inmovilizados en domicilio
 - Pacientes terminales. Cuidados paliativos
 - Atención a pacientes en riesgo familiar: violencia doméstica y de género
 - Atención a pacientes en riesgo social: inmigrantes

(continúa)

(continuación)

COMPETENCIAS NO CLÍNICAS	COMPETENCIAS CLÍNICAS
<ul style="list-style-type: none">> 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.



	7

La prestación de servicios en concepto de atención continuada (guardias) durante el periodo formativo

La prestación de servicios en concepto de atención continuada contribuye a garantizar la formación integral del residente y el funcionamiento permanente de las Instituciones Sanitarias y se considera un elemento clave en el proceso de aprendizaje del residente y en la asunción progresiva de responsabilidades. Dichos servicios que se prestarán en los dispositivos que integren la Unidad Docente, tendrán carácter obligatorio debiendo ser supervisadas por los colaboradores y tutores de las unidades asistenciales en las que se realicen, junto con el coordinador de la unidad docente.

Desde el punto de vista formativo, es recomendable que el número de guardias no sea menor de tres, ni mayor de cinco al mes, incluso en los supuestos de acumulación de guardias derivadas de periodos vacacionales.

En todo caso, el Coordinador y los tutores de la Unidad Docente planificarán las guardias y demás actividades de los residentes, teniendo en cuenta su doble condición de personal en formación y de trabajador de las unidades y centros sanitarios en los que en cada momento se esté formando, por lo que a estos efectos, deberá existir la adecuada coordinación entre los tutores y los órganos de dirección de dichos centros y unidades.

Dado el carácter formativo que tienen los servicios prestados en concepto de atención continuada, en los periodos de recuperación que se produzcan como consecuencia de bajas prolongadas, evaluaciones negativas o de otros supuestos que prevea la legislación vigente, se incluirá en dicha recuperación el número de guardias que la Comisión Asesora considere necesarias en cada supuesto, buscando un punto de equilibrio entre la situación específica del residente y la consecución de los objetivos del programa.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE HORAS DE ATENCIÓN CONTINUADA DURANTE LA RESIDENCIA DISTRIBUIDAS POR ESTANCIAS

	C.S./ A.P.	Urgencias hospitalarias	Pediatra	Ginecología	Traumatología	Medico- quirúrgicas	S. Emerg.	Total
R-1	25%	75%						100%
R-2 Y R-3	25%	37.5%	12.5%	4.5%	12.5%	8%		100%
R-4	75%	12.5%					12.5%	100%

Esto significaría que si se realizan 4 guardias/mes, su distribución sería:

En el R-1 se harían 3 meses guardias en CS/AP y los otros 9 en urgencias hospitalarias, o bien si se reparten a lo largo de todo el año se haría 1/mes en CS/AP y 3/mes en urgencias hospitalarias.

En el R-2 y R-3 se harían 9 meses de guardias de urgencias hospitalarias, 6 meses de guardias de CS/AP, 3 meses de traumatología, 3 meses de pediatría, 1 mes en ginecología y 2 meses en médico-quirúrgicas.

En el R-4 serían 1 guardia al mes o en urgencias hospitalarias o en S. Emergencias y las otras 3 en CS/AP.

La distribución de las guardias en 2.º y 3.º 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 y en Urgencias hospitalarias, se mantendrán repartidas durante todo el año, a lo largo de los cuatro años de residencia. En todo 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.

Cuando en los centros de salud acreditados no se presten servicios en concepto de atención continuada o éstos sean insuficientes, se podrán realizar guardias en otros centros, para lo que se procederá a la acreditación específica de dichos centros para este cometido. En todos los casos se garantizará la tutorización durante las guardias.



Contenidos formativos del área docente de competencias esenciales

8.1. 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 los conocimientos y los esfuerzos intelectuales pueden ser fácilmente desaprovechados. Ya sea en el domicilio o en la consulta, todo el saber médico se transmite en el cara a cara con los pacientes, y a este respecto tan importante es lo que se dice, como la forma de decirlo.

Las técnicas de comunicación se deben enseñar y deben ser aprendidas ya que 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 llevar al residente 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 adecuadamente el tiempo y los recursos.

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 comprenden la naturaleza del problema
- > Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprenden el proceso y los estudios diagnósticos recomendados
- > Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprenden 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

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD

Conocimientos, actitudes y habilidades

- 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
 - 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 positividad 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, videoprojector, 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 el epígrafe final de este apartado 8.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Borrell F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: 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; 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: Doyma.
- 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

8.2. 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, deben ser aprendidas y se deben enseñar con el mismo rigor que las técnicas de exploración física, ya que la experiencia por sí sola, puede llevar al residente por caminos equivocados. Al igual que en la entrevista, el razonamiento clínico 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.
- > 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.

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD

Conocimientos, actitudes y habilidades

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 operacional es (ROC).
 - > Analizar en guías de práctica clínica las características de las pruebas utilizadas, así como las probabilidades preprueba y posprueba.
-

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

(continúa)

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD

Conocimientos, actitudes y habilidades

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, es para 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 el epígrafe final de este apartado 8.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- McWhinney IR. El método clínico. En: McWhinney IR. Medicina de Familia. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1996. p. 114-63. *(objetivos 1 y 2)*.
- Pascual J, Torio J y García MC. El juicio clínico en Medicina Familiar. En: Gallo Vallejo FJ y cols. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2.ª ed. Madrid: Editorial IC&M; 1997. p. 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. 2.ª 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: Díaz de Santos; 1995 *(objetivo 1)* y 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. 2.ª ed. Madrid: Editorial IC&M; 1997. p. 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. 4.ª ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1999. p. 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. 4.ª ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1999. p. 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. México: Editorial Médica Panamericana; 1998 *(objetivo 3 y 4)* y Sackett DL, Richardson 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)* y Córdoba R y Hernández AC. Pruebas diagnósticas en Atención Primaria. En: Martín Zurro A y Cano Pérez JF. Atención Primaria. 4.ª ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1999. p. 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. (4.ª ed). Barcelona: Harcourt Brace; 1999. p. 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)*.

8.3. 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 de Familia son gestores de una gran parte de recursos del Sistema Nacional de Salud: son gestores del tiempo, gestores de la información, gestores de la calidad en un marco de responsabilidad civil y médico-legal y sobre todo son gestores clínicos que deben tomar decisiones eficientes basadas en la mejor evidencia disponible, en la propia experiencia clínica y teniendo en cuenta las expectativas del paciente.

Este apartado se desarrolla 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 secundario 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.).

8.3.1. La gestión clínica

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. Valorarla 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

8.3.2. El trabajo en equipo

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	
PRIORIDAD I > Conocimiento de los fundamentos teóricos del trabajo en equipo. > Conocimiento de los fundamentos teóricos de la negociación como instrumento para la gestión de conflictos.	PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO
PRIORIDAD II > Conocimiento de los estilos de liderazgo, y la influencia del líder como elemento coordinador y dinamizador de equipos. > Conocimiento de los elementos teóricos para la conducción y dinamización de reuniones. > Manejo de las técnicas de negociación.	PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO
PRIORIDAD III > Manejo práctico de reuniones.	PRIMARIO/SECUNDARIO

8.3.3. La gestión de la actividad

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	
PRIORIDAD I > Conocimiento de las bases de la organización de los EAP en sus aspectos asistenciales. > Conocimiento de los modelos organizativos de la actividad en consulta y en domicilio. > Conocimiento de los modelos organizativos de la relación entre personal médico y de enfermería en el EAP. > Manejo de la metodología de gestión de la consulta.	PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO
PRIORIDAD II > Conocimiento de los factores que influyen en la utilización de los servicios sanitarios. > Manejo del paciente hiperfrecuentador. > Conocimiento de las bases de la organización de los EAP en los aspectos de formación, investigación y docencia.	PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO
PRIORIDAD III > Conocimiento de las bases de la organización de la unidad de atención al usuario del EAP.	PRIMARIO/SECUNDARIO

8.3.4. Los sistemas de información

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	
PRIORIDAD I	
> Conocimiento de las características general es 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.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> Capacidad para interpretar los indicadores de uso más frecuente en Atención Primaria.	PRIMARIO/SECUNDARIO
PRIORIDAD II	
> 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
PRIORIDAD III	
> 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

8.3.5. La gestión de la calidad

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
Conocimientos, actitudes y habilidades	
PRIORIDAD I	
> 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).	PRIMARIO
> Conocimiento del ciclo de la calidad y sus distintos pasos.	PRIMARIO
> Manejo de los instrumentos cuantitativos y cualitativos simples para la detección de situaciones mejorables.	PRIMARIO
> 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.	PRIMARIO
> 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.	PRIMARIO
> Conocimiento de los aspectos de la atención sanitaria que valora el profesional: prevención del <i>burn-out</i> .	PRIMARIO
> Actitud positiva hacia la evaluación y el conocimiento del error como método de mejora.	PRIMARIO
PRIORIDAD II	
> Manejo de los instrumentos para el análisis de causas y análisis de soluciones.	PRIMARIO
> Manejo de los instrumentos y metodología para la evaluación de resultados en mejora de calidad.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> 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.	PRIMARIO/SECUNDARIO

[continúa]

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Conocimientos, actitudes y habilidades	
PRIORIDAD III	
<ul style="list-style-type: none"> > Manejo de los instrumentos complejos para la detección de situaciones mejorables: Conocer y aplicar las principales técnicas grupales (<i>brainstorming</i>, 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/SECUNDARIO (la mayoría de instrumentos)</p> <p>TERCIARIO (algún instrumento de alta complejidad)</p>

8.3.6. La responsabilidad profesional

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, U VMI, 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.

* 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, videoprojector, 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 el epígrafe final de éste apartado 8.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Gestión clínica

- Martín-Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4.ª 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. 2.ª Ed. Barcelona: 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. 5.ª 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. 5.ª ed. Madrid: Hallcourt; 2003. En prensa.
- Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Barcelona: 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. 2.ª 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; 1984.
- El modelo EFGM 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 n.º 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.

8.4. La bioética

Para ejercer una medicina de familia de calidad no basta con «hacer», hay que «hacer bien», tanto desde un punto de vista científico-técnico (garantía de calidad, medicina basada en la evidencia) como ético. Esto favorecerá una práctica prudente de la Medicina de Familia.

Por otro lado, cada vez es más frecuente la aparición de conflictos éticos en la práctica diaria del Médico de Familia, relacionados no sólo con su práctica clínica asistencial, sino con cualquier otra dimensión de su quehacer diario: trabajo en equipo, relaciones con otros profesionales, relación con la industria farmacéutica, actividades preventivas, utilización de recursos, etc. El Médico de Familia deberá ser capaz de abordar dichos conflictos y tras un proceso de deliberación, ya sea individual o tras la consulta con los recursos destinados a tal fin que estén a su alcance (compañeros, comités de ética asistenciales, comités de los Colegios de Médicos, etc.), valorar las posibles vías de solución e intentar seleccionar las consideradas como óptimas para cada caso.

OBJETIVOS

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

1. Integrar la deliberación ética en el quehacer del Médico de Familia para conseguir que su práctica clínica habitual esté guiada por los principios éticos y la prudencia.

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Conocimientos, actitudes y habilidades	
PRIORIDAD I	
> Detectar situaciones de conflicto ético.	PRIMARIO
> Conocer los principios básicos de la Bioética.	PRIMARIO
> Contrastar el hecho a considerar con los principios básicos.	PRIMARIO
> Valorar posibles excepciones a los principios básicos.	PRIMARIO
> Evaluar las circunstancias y consecuencias de cada hecho a considerar para establecer los posibles cursos de acción.	PRIMARIO
> Conocer y aplicar los siguientes conceptos: Confidencialidad; Secreto profesional; Consentimiento informado; Capacidad del paciente para tomar decisiones; Deber de no abandono; Uso racional de recursos; Trabajo en equipo.	PRIMARIO
> Manejar éticamente los siguientes procesos: El consentimiento informado como proceso de toma de decisiones en la clínica; Gestión de la incapacidad temporal; Relaciones interprofesionales intranivel; Relaciones con la industria farmacéutica; Las actividades preventivas.	PRIMARIO
> Registrar en la historia clínica los aspectos éticos	PRIMARIO
PRIORIDAD II	
> Conocer las disposiciones jurídicas y deontológicas que condicionan las decisiones en la clínica.	PRIMARIO
> Manejar adecuadamente una metodología racional y crítica de análisis de problemas.	PRIMARIO
> Manejar éticamente los siguientes procesos: Evaluación de la capacidad de un paciente mayor de edad y de uno menor de edad; Adecuación a cada paciente y situación del esfuerzo terapéutico; Relaciones interprofesionales interniveles; El paciente difícil; Dar malas noticias; Anticoncepción poscoital; Aborto.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> Presentar un caso conflictivo a todo el Equipo de Atención Primaria para deliberarlo conjuntamente, o al Comité de Ética del Área u Hospital.	SECUNDARIO
PRIORIDAD III	
> Realizar trabajos de investigación relacionados con los conflictos éticos de la práctica clínica en AP.	SECUNDARIO
> Elaborar formularios de consentimiento informado para AP.	PRIMARIO

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 que se desarrollará 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, videoproector, 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 con el fin de abordar un curso avanzado.

EVALUACIÓN RECOMENDADA

Ver el epígrafe final de este apartado 8.

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. 1.ª Ed. Madrid: Triacastela; 1999.
- Documento semFYC n.º 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. (14.ª 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. 1.ª 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, etc.
- Evaluación de los docentes: capacitación en la materia, cualidades docentes, etc.
- 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 videograbaciones, información proporcionada por los pacientes, etc.).
 - 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.





Contenidos formativos del área docente de competencias relacionadas con la atención al individuo

Tal y como se comenta en el apartado de valores profesionales los Médicos de Familia deben 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*, siendo importante que esta filosofía impregne todo el proceso de aprendizaje para evitar que sólo se traten enfermedades o problemas de salud.

Este área docente se subdivide en dos grandes grupos el primero relativo al abordaje de necesidades y problemas de salud (9.1) estructurado en subapartados por aparatos o sistemas y un segundo grupo, relativo al abordaje de grupos poblacionales y con problemas de riesgo, (9.2) que se subdivide en sectores de tal carácter: niño, adolescente, mujer, etc.

No obstante, existen dos situaciones que merecen una mención especial previa por ser comunes a todos los aparatos o sistemas:

- **El paciente pluripatológico:** es un paciente muy frecuente que presenta múltiples patologías, que requieren 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

Los diferentes apartados y subapartados 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/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, el médico residente debe adquirir a lo largo de su formación, una actitud que debe mantener en todas las áreas mostrando:

«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.

9.1. Abordaje de necesidades y problemas de salud

9.1.1. Factores de riesgo y problemas cardiovasculares

9.1.1.1. Problemas cardiovasculares

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
PRIORIDAD I	
> Conocer y saber realizar las actividades preventivas en población general.	PRIMARIO
> Conocer y saber realizar las actividades preventivas en pacientes con:	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo cardiovascular • Cardiopatía isquémica • Insuficiencia cardiaca • Pacientes en riesgo de endocarditis bacteriana. 	
> Manejo diagnóstico de los siguientes problemas:	PRIMARIO/SECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Disnea • Dolor torácico • Cianosis • Palpitaciones • Síncope • Soplo cardíaco • Edemas 	
> Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de:	SECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatía isquémica • Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) • Fibrilación auricular • Insuficiencia venosa crónica • Patología arterial periférica 	

(continúa)

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>> Manejo diagnóstico y criterios de derivación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otras arritmias cardíacas. • Valvulopatía. • Miocardiopatía. • Endocarditis bacteriana. • Patología de grandes arterias: aneurisma de aorta, etc. <p>> Saber hacer e interpretar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECG. • Técnicas Doppler. • El cálculo del riesgo cardiovascular. <p>> Conocer las indicaciones y saber interpretar la radiología torácica simple.</p> <p>> Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecocardiografía. • Prueba de esfuerzo. • Holter. • Ecografía, Tomografía. <p>> Conocer las indicaciones de marcapasos.</p> <p>> Manejo del paciente en situación de urgencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome coronario agudo. • Parada cardio-respiratoria. • Insuficiencia cardíaca aguda. • Arritmias cardíacas. • Pericarditis aguda. • Trombosis venosa profunda. • Tomboembolismo pulmonar. • Obstrucción arterial periférica aguda/disección aórtica. <p>> Abordaje familiar y psicosocial del paciente con patología cardiovascular crónica.</p> <p>> Abordaje familiar y psicosocial del paciente afecto de insuficiencia cardíaca en fase avanzada.</p>	<p>SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO SECUNDARIO TERCIARIO TERCIARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</p> <p>> Saber hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación cardíaca. • Estudio de familiares de pacientes con miocardiopatía hipertrófica. <p>> Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de diagnóstico por radioisótopos. • Arteriografía/flebografía. <p>> Saber hacer el control de tratamiento con dicumarínicos.</p> <p>> Conocer las indicaciones de tratamiento trombolítico y de revascularización en el síndrome coronario agudo.</p>	<p>PRIMARIO SECUNDARIO</p> <p>TERCIARIO TERCIARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
<p>PRIORIDAD III</p> <p>> Conocer las indicaciones de cirugía en valvulopatías.</p>	<p>TERCIARIO</p>

9.1.1.2. Hipertensión arterial

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</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>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO</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</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO/TERCIARIO TERCIARIO PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</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>PRIMARIO</p>

9.1.1.3. Hiperlipemias

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</p> <p>> Conocer y aplicar las actividades preventivas con relación a la hiperlipemia a todos los pacientes, teniendo en cuenta:</p> <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 principal es 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. <p>> Saber hacer:</p> <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. <p>> Manejo diagnóstico y criterios de derivación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipercolesterolemia según el riesgo cardiovascular. • Hiperlipemias primarias y secundarias. <p>> Conocer las indicaciones y objetivos del tratamiento dietético y farmacológico según el riesgo cardiovascular y demás parámetros.</p> <p>> Manejo terapéutico de la hiperlipemias:</p> <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. <p>> Establecer unos controles periódicos del paciente con hiperlipemia.</p> <p>> 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>	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</p> <p>> Conocer la clasificación y características de las hiperlipemias primarias.</p>	<p>PRIMARIO</p>

9.1.2. Problemas respiratorios

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</p> <ul style="list-style-type: none"> > Saber realizar el abordaje del tabaquismo. > Conocer y saber realizar las actividades preventivas en población general y en población de riesgo. > Manejo diagnóstico de los siguientes problemas: <ul style="list-style-type: none"> • Tos crónica. • Disnea. • Dolor torácico. • Cianosis. • Hemoptisis. > Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Asma bronquial. • EPOC. • Neumonía adquirida en la comunidad (NAC). • Insuficiencia respiratoria. • Neumotórax. • Derrame pleural. > Manejo diagnóstico y control evolutivo de: <ul style="list-style-type: none"> • TBC. • Cáncer pleuropulmonar. > Conocer las indicaciones y saber interpretar la radiología simple de tórax. > Saber hacer e interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas funcionales respiratorias. • Pulsioximetría. • Prueba de la tuberculina. > Conocer las indicaciones de los siguiente métodos diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de alergia respiratoria. • Broncoscopia. • TAC. > Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Estudio de contactos de TBC. • Técnica de inhalación de fármacos. • Fisioterapia respiratoria. > Manejo de la quimioprofilaxis antituberculosa. > Identificar las patologías relacionadas con el trabajo. Conocer las actitudes preventivas frente a los factores de riesgo laboral. > Conocer las indicaciones de oxigenoterapia y realizar el control evolutivo. > Manejo del paciente en situación de urgencia. <ul style="list-style-type: none"> • Disnea aguda. • Hemoptisis masiva. • Neumotórax. • Parada respiratoria. • Crisis de asma grave. > Abordaje familiar y psicosocial del paciente afecto de enfermedades respiratorias en fase avanzada. 	<p>PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO TERCIARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO TERCIARIO PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</p> <ul style="list-style-type: none"> > Manejo diagnóstico y control evolutivo de: <ul style="list-style-type: none"> • Patología pleural. • Síndrome de apnea del sueño. • Enfermedades respiratorias profesionales. 	<p>TERCIARIO SECUNDARIO/TERCIARIO SECUNDARIO</p>

(continúa)

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de endoscopia. • TAC. <p>> Manejo del paciente en situación de urgencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abdomen agudo: obstrucción de vías biliares, pancreatitis, apendicitis, oclusión/perforación intestinal, incarceration herniaria. • Hemorragia digestiva. • Crisis hemorroidal/absceso en región anal. • Insuficiencia hepática. <p>> Abordaje familiar y psicosocial del paciente afecto de enfermedades crónicas digestivas.</p>	<p>TERCIARIO</p> <p>TERCIARIO PRIMARIO/SECUNDARIO TERCIARIO PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</p> <p>> Saber hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación enteral por SNG. • Anuscopia. <p>> Saber interpretar las imágenes ecográficas hepatobiliares.</p> <p>> Saber interpretar la radiología con contraste baritado.</p> <p>> Manejo terapéutico y actividades preventivas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente gastrectomizado. • Portadores de estomas. 	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD III</p> <p>> Manejo diagnóstico y control evolutivo del paciente afecto por enfermedades de baja incidencia: CBP, Wilson,...</p> <p>> Saber realizar ecografías hepatobiliares.</p> <p>> Conocer las indicaciones de trasplante hepático.</p>	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO</p>

9.1.4. Problemas infecciosos

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</p> <p>> Conocer el calendario vacunal del adulto y del paciente en situación de riesgo para infecciones oportunistas.</p> <p>> Conocer y saber realizar las actividades preventivas en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contactos de pacientes afectados de meningitis. • Contactos de pacientes afectados de TBC. • Enfermedades de transmisión sexual. • Pacientes en riesgo de infección por VIH. • Viajeros. • Accidentes percutáneos. <p>> Manejo diagnóstico del síndrome febril.</p> <p>> 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.</p> <p>> Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de infecciones urinarias: cistitis agudas, pielonefritis, infecciones urinarias recurrentes, prostatitis, orquiepididimitis.</p> <p>> Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de infecciones gastrointestinales: gastroenteritis aguda, toxiinfecciones alimentarias, hepatitis víricas.</p>	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>

(continúa)

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
> 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 TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO TERCIARIO PRIMARIO
> Saber hacer: <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. 	PRIMARIO
> Apoyo y refuerzo en la adherencia al tratamiento antirretroviral.	PRIMARIO
> Manejo del paciente en situación de urgencia: <ul style="list-style-type: none"> • Sepsis... 	TERCIARIO
> Abordaje familiar y psicosocial del paciente afecto de enfermedades infecciosas (VIH, TBC, meningitis...).	PRIMARIO
PRIORIDAD II	
> Conocer y saber realizar las actividades preventivas en: <ul style="list-style-type: none"> • Accidentes biológicos de carácter ocupacional. 	SECUNDARIO
> Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Patología importada por el viajero: fiebre, diarrea... • Patología importada por inmigrantes: paludismo, parasitosis, lepra. 	PRIMARIO/SECUNDARIO 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

9.1.5. Problemas metabólicos y endocrinológicos

9.1.5.1. Diabetes mellitus

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Conocimientos, actitudes y habilidades	
PRIORIDAD I	
> 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:	
– Control metabólico: objetivos de control, significado de la HbA _{1c} , fructosamina, glucemia, glucosuria, cetonuria, lípidos, peso tensión arterial.	PRIMARIO
– 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.	
• Cuidados compartidos.	PRIMARIO/SECUNDARIO
• Cuidados compartidos médico-enfermera.	PRIMARIO
> Indicación de consulta con otros especialistas.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> 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.	
PRIORIDAD II	
> 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

(continúa)

[continuación]

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Conocimientos, actitudes y habilidades	
> 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
PRIORIDAD III	
> 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

9.1.5.2. Obesidad

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
PRIORIDAD I	
> 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
> 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
> 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
> 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
> Conocer las indicaciones y saber interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio. 	PRIMARIO
> 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. 	PRIMARIO PRIMARIO

[continúa]

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • 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. > Abordaje familiar y psicosocial del paciente obeso.	PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO
PRIORIDAD II > Educación par a la salud en grupos.	PRIMARIO
PRIORIDAD III > Abordaje e intervención familiar en el paciente con obesidad mórbida.	PRIMARIO

9.1.5.3. Problemas tiroideos

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
PRIORIDAD I > 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.	PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO TERCARIO PRIMARIO PRIMARIO SECUNDARIO SECUNDARIO TERCARIO TERCARIO TERCARIO PRIMARIO
PRIORIDAD II > Conocer las indicaciones de los siguientes procedimientos diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • TAC/RNM en el estudio de patología tiroidea. 	PRIMARIO/TERCIARIO

9.1.5.4. Otros problemas endocrinológicos

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

9.1.6. Problemas de la conducta y de la relación. Problemas de salud mental

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

9.1.7. Problemas del sistema nervioso

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
PRIORIDAD I	
> Conocer y aplicar las actividades preventivas de los factores de riesgo cardiovascular.	PRIMARIO
> Saber hacer:	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis y exploración física neurológica. • Fondo de ojo. • Valoración funcional. 	
> Manejo diagnóstico, terapéutico y/o criterios de derivación de:	PRIMARIO
<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/SECUNDARIO
> Manejo diagnóstico, control evolutivo y/o criterios de derivación de:	PRIMARIO
<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. 	SECUNDARIO TERCIARIO TERCIARIO
> Sospecha diagnóstica y criterios de derivación de:	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad desmielinizante. • Tumor cerebral. • Enfermedad neuromuscular. 	PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO
> Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos:	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Neuroimagen (TAC, RNM, PET). • Electroencefalograma. • Electromiograma. 	
> Manejo terapéutico de:	PRIMARIO
<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
PRIORIDAD II	
> Manejo terapéutico de:	SECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Parkinson. • Epilepsia. 	SECUNDARIO
> Manejo diagnóstico de:	PRIMARIO/S ECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Otros trastornos del movimiento y de la marcha. 	
> Fisioterapia del enfermo vascular.	PRIMARIO
> Saber realizar grupos de soporte al cuidador del paciente con demencia.	PRIMARIO
PRIORIDAD III	
> Saber hacer:	TERCIARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Punción lumbar. 	
> Intervención familiar en familias con pacientes con enfermedades neurológicas crónicas y/o degenerativas en crisis.	PRIMARIO/SECUNDARIO

9.1.8. Problemas hematológicos

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
PRIORIDAD I	
> Conocer y aplicar las actividades de prevención de anemia ferropénica en mujeres embarazadas y lactantes con riesgo elevado.	PRIMARIO
> Conocer las indicaciones y saber interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Los parámetros hematológicos básicos. 	PRIMARIO
> 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. 	PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO
> Manejo diagnóstico y terapéutico de un paciente con: <ul style="list-style-type: none"> • Anemia ferropénica. • Talasemia. • Anemia por enfermedad crónica. • Anemia megaloblástica. • Eosinofilia. 	PRIMARIO/SECUNDARIO
> 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. • Hipergammaglobulinemia monoclonal. 	SECUNDARIO
> Conocer las indicaciones de la terapia antitrombótica.	TERCIARIO
> Conocer los criterios transfusionales.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> Manejo de la urgencia: <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia aguda. 	PRIMARIO
> Abordaje familiar y psicosocial del paciente con hemopatía maligna.	PRIMARIO
PRIORIDAD II	
> Saber realizar el control de tratamiento anticoagulante con dicumarínicos.	PRIMARIO

9.1.9. Problemas de la piel

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
PRIORIDAD I	
> Conocer y aplicar las actividades preventivas en: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades de transmisión sexual. • Cáncer cutáneo. 	PRIMARIO
> Conocer la descripción de las lesiones elementales y las alteraciones cutáneas más prevalentes por regiones anatómicas.	PRIMARIO
> 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 papuloscamosas, 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
> Saber hacer e interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Exploración con luz de Wood. • Recogida de muestras. 	PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO
> Conocer y manejar adecuadamente los tratamientos dermatológicos más habituales: antimicóticos, hidratantes, fotoprotectores, antibióticos tópicos, antiparasitarios, corticoides tópicos, antisépticos, antihistamínicos, fórmulas magistrales...	PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO
> 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. 	PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO
> Manejo diagnóstico y control evolutivo de las lesiones cancerosas de la piel.	TERCIARIO PRIMARIO
> Conocer las indicaciones de las pruebas epicutáneas.	SECUNDARIO
> Conocer las indicaciones de derivación urgente en Dermatología.	PRIMARIO PRIMARIO
> Abordaje familiar y psicosocial del paciente afecto de neoplasia cutánea.	PRIMARIO
PRIORIDAD II	
> Saber interpretar las pruebas epicutáneas.	SECUNDARIO
> Conocer las manifestaciones cutáneas asociadas a enfermedades internas: colagenosis, vasculitis, trastornos del aparato digestivo, del sistema nervioso central, paraneoplásicas, VIH positivo.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Uso de nitrógeno líquido. • Electrocirugía. • Infiltración intralesional con corticoides. 	PRIMARIO/SECUNDARIO

9.1.10. Traumatismos, accidentes e intoxicaciones

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</p> <p>> Conocer y aplicar las actividades preventivas en patología traumática:</p> <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. <p>> Manejo diagnóstico, terapéutica inicial y criterios de derivación de:</p> <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. <p>> Manejo diagnóstico y terapéutico de:</p> <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 vertebral es dorsales y lumbares estables. • Heridas simples. • Quemaduras leves. • Mordeduras. <p>> Saber hacer:</p> <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. <p>> Saber realizar las gestiones para activar los recursos sanitarios de emergencia.</p> <p>Conocer la periodicidad del control evolutivo de las fracturas en las que no se ha indicado tratamiento quirúrgico.</p> <p>> Abordaje familiar y psicosocial del paciente politraumatizado.</p>	<p>PRIMARIO</p> <p>TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO SECUNDARIO TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO</p> <p>SECUNDARIO TERCIARIO TERCIARIO</p> <p>TERCIARIO</p> <p>TERCIARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</p> <p>> Manejo de las ortesis.</p> <p>> Conocer las indicaciones de rehabilitación en patología de partes blandas.</p>	<p>SECUNDARIO SECUNDARIO</p>
<p>PRIORIDAD III</p> <p>> Saber hacer drenajes torácicos y abdominales.</p> <p>> Manejo terapéutico de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente politraumatizado. • Intoxicaciones agudas. <p>> Conocer las indicaciones de rehabilitación en fracturas.</p>	<p>TERCIARIO</p> <p>TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO</p>

9.1.11. Problemas de la función renal y de las vías urinarias

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

9.1.12. Problemas músculo-esqueléticos

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
PRIORIDAD I	
> 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.	PRIMARIO
> 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. 	PRIMARIO/SECUNDARIO
> Conocer las indicaciones y saber interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Radiología. • Exámenes de laboratorio. 	PRIMARIO
> Conocer las indicaciones de otras técnicas de imagen.	PRIMARIO
> Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Exploración de las diferentes articulaciones y extremidades. • Infiltración periarticular. 	PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO
> Manejo terapéutico: <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Analgésicos y antiinflamatorios. • Gastroprotección frente a fármacos. 	PRIMARIO PRIMARIO
> Conocer los criterios de derivación a otros niveles asistenciales.	PRIMARIO
> Abordaje familiar y psicosocial del paciente con problemas músculo-esquelético crónicos.	PRIMARIO
PRIORIDAD II	
> Saber interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Otras técnicas de imagen. 	SECUNDARIO
> Conocer las técnicas y las indicaciones de las infiltraciones articulares.	SECUNDARIO
> Abordaje terapéutico de problemas reumatológicos (artritis reumatoide, LES y otras conectivopatías).	SECUNDARIO
PRIORIDAD III	
> Drenaje de derrame articular.	SECUNDARIO
> Realización de ejercicios de rehabilitación a los pacientes.	SECUNDARIO

9.1.13. Problemas de cara-nariz-boca-garganta y oídos

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</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"> • Tumor esotorrinolaringológicos. > 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>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/TERCIARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/TERCIARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</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>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p>
<p>PRIORIDAD III</p> <ul style="list-style-type: none"> > Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Audiometría tonal liminar. • Saber hacer una laringoscopia directa. 	<p>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p>

9.1.14. Problemas de los ojos

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</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>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO TERCIARIO PRIMARIO</p> <p>TERCIARIO</p> <p>TERCIARIO PRIMARIO/TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</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>PRIMARIO</p> <p>SECUNDARIO/TERCIARIO</p> <p>SECUNDARIO/TERCIARIO SECUNDARIO/TERCIARIO</p>
<p>PRIORIDAD III</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>TERCIARIO</p> <p>SECUNDARIO/TERCIARIO</p>

9.1.15. Conductas de riesgo adictivo

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</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, benzodiazepinas, 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 (opiáceos). • Sobredosis de benzodiazepinas. > 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</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/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</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"> • Opiáceos. • Cocaína. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>TERCIARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
<p>PRIORIDAD III</p> <ul style="list-style-type: none"> > Realizar deshabituación de: <ul style="list-style-type: none"> • Opiáceos. • Cocaína. • Otras drogas ilegales. 	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>TERCIARIO</p>

9.1.16. Urgencias y emergencias

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</p> <p>> Manejo diagnóstico y terapéutico inicial de las urgencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas que se atienden en un Centro de Salud.</p> <p>> Saber realizar e interpretar las siguientes técnicas diagnósticas:</p> <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. <p>> Saber realizar las siguientes técnicas terapéuticas:</p> <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 TERCIARIO TERCIARIO PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</p> <p>> Manejo diagnóstico y terapéutico en un primer nivel las urgencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas atendidas en un hospital.</p> <p>> Saber hacer:</p> <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>PRIORIDAD III</p> <p>> Manejo diagnóstico y terapéutico en zona de críticos de las urgencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas atendidas en un hospital.</p> <p>> Saber hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso venoso central. • Cricotirotomía. • Pericardiocentesis. • Ecografía. 	<p>TERCIARIO</p> <p>TERCIARIO TERCIARIO TERCIARIO</p>

9.1.17. Aspectos comunes al abordaje de necesidades y problemas de salud incluidos en los apartados 9.1.1 al 9.1.16

A) TABLA RELATIVA A LOS LUGARES DE APRENDIZAJE, TIEMPOS DE ESTANCIAS RECOMENDADOS PARA EL APRENDIZAJE DE CAMPO

Materia	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

(continúa)

(continuación)

Materia	Lugar de aprendizaje	Tiempo
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 músculoesqueléticos	Centro de salud* Reumatología*,** Traumatología o urgencias de traumatología** Rehabilitación*,**	* Durante todo el tiempo 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.

B) 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.

C) METODOLOGÍA EVALUATIVA

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, etc., adaptadas siempre a las particularidades de los residentes y del ámbito (ver capítulo de evaluación).

D) BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

La bibliografía recomendada se incluye en el apartado 16 de éste programa sobre fuentes de información.

9.2. Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo

9.2.1. Atención al niño. Problemas específicos del niño y actividades preventivas en el niño

OBJETIVOS

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

1. Abordar, manejar y tratar los principales problemas de salud en la edad pediátrica.
2. Utilizar e interpretar los métodos de diagnóstico.
3. Manejar la terapéutica en la edad pediátrica.
4. Manejar las urgencias pediátricas más frecuentes.
5. Conocer el manejo de las actividades preventivas y de los controles periódicos de salud.
6. Realizar el apoyo familiar y psicosocial del niño con patologías crónicas.

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
Conocimientos y habilidades	
PRIORIDAD I	
<ul style="list-style-type: none"> > Orientar y manejar las necesidades y los problemas más frecuentes del lactante: tipo de alimentación más adecuada, ictericia fisiológica, hipo, cura del cordón umbilical, dermatitis del pañal, hernia inguinal o umbilical, ritmo deposicional, espasmos, el lactante febril, regurgitación/vómitos, diarrea, convulsiones. 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> > Manejar, tratar y/o derivar los problemas de salud pediátricos: las infecciones agudas y exantemáticas, el síndrome febril del niño mayor, las parasitosis cutáneas e intestinales, la abdominalgia, la enuresis/encopresis, los trastornos alimentarios y nutricionales, trastornos del comportamiento, cefaleas, astenia, anemia, alergia, asma, las convulsiones. 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> > Valorar y enfocar adecuadamente los problemas de crecimiento físico y psicomotor, modificaciones hormonales de la edad pediátrica, alteraciones ortopédicas, alteraciones visuales, auditivas y del lenguaje, el soplo cardíaco. 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> > Manejar e interpretar los métodos diagnósticos en pediatría: anamnesis, exploración física, tallímetro, radiología básica, interpretación y ajuste de los datos de laboratorio a la edad, optotipos, <i>cover test</i>, audiometría, podómetro, las gráficas de percentiles de talla y peso. 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> > Manejar las medidas terapéuticas más habituales y su dosificación. 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> > Conocer los calendarios vacunales. 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> > Seguir y valorar periódicamente al niño. Prevención de las drogodependencias (alcohol, tabaco, otras/os) 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> > Manejar las urgencias pediátricas más frecuentes: convulsiones, dificultad respiratoria, estridor, dolor abdominal, síndrome febril, deshidratación, intoxicaciones... 	PRIMARIO/SECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> > Abordaje familiar y psicosocial en las familias en fase de «nido vacío» y con niños. 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> > Realizar apoyo familiar y psicosocial del niño con patología crónica y retraso psicomotor. 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> > Orientar, prevenir y realizar apoyo familiar del paciente pediátrico con VIH. 	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> > Conocer y abordar las situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas de maltrato e identificar indicios y síntomas de violencia contra los niños. 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
PRIORIDAD II	
<ul style="list-style-type: none"> > Realizar técnica de punción lumbar. 	TERCIARIO
<ul style="list-style-type: none"> > Realizar técnica de sondaje nasogástrico. 	TERCIARIO
<ul style="list-style-type: none"> > Realizar técnica de sondaje vesical. 	TERCIARIO

9.2.2. 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
<p>PRIORIDAD I</p> <ul style="list-style-type: none"> > Manejar adecuadamente la entrevista clínica con el adolescente (privacidad), remarcando la confidencialidad. > Realizar el genograma para conocer dinámicas familiares y situaciones de riesgo. > Dominar las habilidades de comunicación necesarias para interrogar sobre los factores de riesgo de esta etapa. > Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades de transmisión sexual. > Realizar prevención y seguimiento de embarazos no deseados. > Prevención de accidentes y detección de conductas de riesgo en la conducción. > Prevenir y diagnosticar precozmente los trastornos de conducta alimentaria. > Prevenir e identificar situaciones de malos tratos. > 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. > Atender y tratar los motivos de consulta más habituales a estas edades. > Desarrollar habilidades en actividades de atención comunitaria: intervenciones en institutos, asociaciones de vecinos, entidades culturales... > Abordaje familiar y psicosocial en las crisis de desarrollo de «familias con adolescentes». > 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 tras tornos de conducta alimentaria. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</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>PRIORIDAD II</p> <ul style="list-style-type: none"> > 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. 	<p>PRIMARIO</p>

[continúa]

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • 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... • Reconducir 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. <p>> Manejar técnicas de abordaje familiar en situaciones de crisis debido a la adolescencia.</p> <p>> Realizar el seguimiento de adolescentes con enfermedades crónicas: asma, diabetes mellitus, enfermedades reumatológicas...</p>	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
<p>PRIORIDAD III</p> <p>> Tratar las situaciones graves que podemos detectar:</p> <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. 	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>

9.2.3. Atención a la mujer. Actividades preventivas en la mujer y atención en el embarazo

OBJETIVOS

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

1. Saber realizar el seguimiento del embarazo de bajo riesgo obstétrico.
2. Conocer y manejar la morbilidad del puerperio. Conocer los contenidos y utilidad de la Educación Maternal.
3. Dar consejo contraceptivo. Manejar los anticonceptivos hormonales, intrauterinos y de barrera.
4. Conocer y manejar las técnicas de cribado del cáncer de cérvix y de mama, y signos de alarma de cáncer de endometrio y ovario.
5. Adquirir habilidad en la realización de las exploraciones básicas ginecoobstétricas.
6. Abordar los problemas de salud relacionados con el climaterio.
7. Atender a las mujeres con los motivos de consultas más frecuentes en el área ginecoobstétrica.

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</p> <p>> Embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer y manejar las actividades que se realizan en un embarazo de bajo riesgo obstétrico. • Valorar adecuadamente la presencia de factores de riesgo que requieren atención especial, por el Médico de Familia o en el segundo nivel. • Detectar y actuar sobre factores de riesgo psicosocial. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p>

(continúa)

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer e informar de las técnicas diagnósticas de malformaciones fetales (<i>screening</i> bioquímico, biopsia corial, amniocentesis). • Conocer los principales riesgos teratógenos (fármacos, agentes físicos, agentes infecciosos, tóxicos). • Conocer los contenidos de la atención preconcepcional. • Conocer el manejo de fármacos en el embarazo y puerperio. • Realizar correctamente la auscultación de latidos fetales, medición de altura uterina y determinación de la presentación fetal. 	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<p>> Puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer y manejar la morbilidad más frecuente del puerperio. • Apoyar la lactancia materna. • Rehabilitación de musculatura del suelo pelviano. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<p>> Anticoncepción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejar los métodos anticonceptivos hormonales (indicación, seguimiento y contraindicaciones). • Manejar la anticoncepción intrauterina (indicación, seguimiento y retirada del DIU). • Manejar la anticoncepción farmacológica de emergencia. • Manejar los métodos de barrera (técnica adecuada de uso de los preservativos, adiestramiento en el manejo del diafragma). • Asesorar sobre la vasectomía y ligadura tubárica. • Asesorar sobre la interrupción voluntaria del embarazo. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<p>> Procedimientos básicos gineco-obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejar adecuadamente la entrevista clínica gineco-obstétrica. • Adquirir habilidad en la realización de tactos vaginales. • Conocer y realizar la exploración mamaria. • Saber interpretar una mamografía. • Realizar citologías cérvico-vaginales para el cribado de cáncer de cerviz. • Saber interpretar los resultados de una citología cérvico-vaginal. • Conocer las recomendaciones, su periodicidad y grado de evidencia en la prevención del cáncer ginecológico. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<p>> Climaterio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejar los síntomas del climaterio: alteraciones del ciclo, sofocos, sequedad vaginal. • Conocer e identificar los factores de riesgo de osteoporosis, conocer las indicaciones de la densitometría e interpretar sus resultados. Prevención de osteoporosis en las mujeres con riesgo. • Conocer y manejar las diferentes opciones de tratamiento no farmacológico y farmacológico, sus indicaciones, efectos secundarios, beneficios, riesgos, costes y nivel de evidencia. Conocer y manejar el tratamiento hormonal sustitutivo en el climaterio. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
<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>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>

(continúa)

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
> Abordaje familiar y psicosocial en crisis de desarrollo en las diferentes etapas	PRIMARIO
> 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.	PRIMARIO/SECUNDARIO
<hr/>	
PRIORIDAD II	
<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 vaginal es en fresco, con microscopio óptico, para diagnóstico de las vulvovaginitis más frecuentes. • Atender un parto eutócico. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
<hr/>	
PRIORIDAD III	
<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/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>

9.2.4. 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
PRIORIDAD I	
> 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. 	PRIMARIO

(continúa)

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Consejo sobre tabaco, alcohol, drogas... • Conducta sexual y salud reproductiva. • Atención dental. • Suplementos de ácido fólico en etapa periconcepcional. <p>> Identificar a los pacientes de riesgo de los siguientes grupos:</p> <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. 	PRIMARIO
<p>> Conocer las indicaciones y aplicar las vacunaciones para el adulto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gripe. • Neumococo. • Tétanos y Difteria. • Hepatitis B. • Hepatitis A. • Sarampión, Parotiditis y Rubeola. • Fiebre Tifoidea. 	PRIMARIO
<p>> Facilitar información y promocionar hábitos saludables en relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIDA. • Enfermedades de transmisión sexual. 	PRIMARIO
<p>> Realizar las siguientes actividades preventivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cribado de HTA. • Cribado de Diabetes en pacientes de riesgo. • Cribado de Dislipemias. • Cribado de Obesidad. 	PRIMARIO
<p>> Cáncer.</p> <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. 	PRIMARIO
<p>> Profilaxis, diagnóstico precoz de la Tuberculosis.</p> <p>> Incluir a los pacientes identificados en los programas correspondientes (HTA, Diabetes...).</p>	PRIMARIO
<p>> Recoger y elaborar de forma sistemática los datos producidos por estas actividades.</p>	PRIMARIO
<p>> Abordaje familiar y psicosocial en los cambios de etapa del ciclo vital familiar.</p>	PRIMARIO
<p>> Prevención de trastornos de Salud Mental.</p>	PRIMARIO

9.2.5. 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
PRIORIDAD I	
> Conocer marco normativo y organizativo de la Salud Laboral. Instituciones implicadas y su papel.	PRIMARIO
> 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.	PRIMARIO
> Conceptos de enfermedad profesional, accidente de trabajo y enfermedades relacionadas con el Trabajo.	PRIMARIO
> La incapacidad temporal y permanente: <ul style="list-style-type: none"> • Concepto, clasificación, plazos y normativa actual. • Repercusión laboral, económica, indicadores. 	PRIMARIO
> Conocer y realizar la historia clínico-laboral del trabajador, e incorporarla a la actividad. <ul style="list-style-type: none"> • Conocer e identificar riesgos actuales o pasados. • Tiempos de exposición en actividades previas y actuales. 	PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO
PRIORIDAD II	
> Ser capaz de establecer relaciones de factores de riesgo con enfermedades asociadas: fomentar la notificación de accidente de trabajo y enfermedad profesional.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> 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. 	PRIMARIO/SECUNDARIO SECUNDARIO/TERCIARIO

9.2.6. 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 social es 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 Geriatria 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

(continúa)

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> > 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. > 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...). > 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. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</p> <ul style="list-style-type: none"> > Adquirir habilidades en la utilidad, implicaciones, y recurso de cuidadores y la familia. > Realizar adecuadas intervenciones de manejo tras el cribado en las actividades preventivas. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
<p>PRIORIDAD III</p> <ul style="list-style-type: none"> > Saber realizar adecuadamente una Valoración Geriátrica Global en el medio especializado o institucional. > Implicarse y tomar parte activa en los mecanismos para hacer uso de los recursos sociales a nuestro alcance, y sus actividades. > Adquirir habilidades del manejo del anciano en el medio especializado o institucionalizado. > Profundizar en aspectos más especializados de los ancianos (fisiopatología, sociodemográficos,...). > Conocer las líneas prioritarias e implicarse en investigación de aspectos geriátricos. 	<p>SECUNDARIO/TERCIARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>TERCIARIO</p> <p>TERCIARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO/TERCIARIO</p>

9.2.8. 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>PRIORIDAD I</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>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</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>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
<p>PRIORIDAD III</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/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>

9.2.9. Atención a las situaciones de riesgo familiar y social: personas en exclusión social, pacientes discapacitados, violencia familiar

9.2.9.1. Persona en exclusión social

OBJETIVOS

El residente, al finalizar su periodo 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>PRIORIDAD I</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>PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</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>PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD III</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 <i>out-reach</i>, trabajo con pares/iguales, etc. 	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>

9.2.9.3. 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 aplicarlas 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 AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</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>PRIORIDAD II</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>PRIORIDAD III</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>

9.2.10. Aspectos comunes del abordaje a grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo incluidos en los apartados 9.2.1. al 9.2.10

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

Materia	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.

B) 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.

C) METODOLOGÍA EVALUATIVA

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, etc., adaptadas siempre a las particularidades de los residentes y del ámbito (ver capítulo de evaluación).

D) 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. 2.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.
- Illingworth RS. The normal child: some problems of the early years and their treatment, 10.ed. Nueva York: Churchill-Livingstone; 1991.
- Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM. Pediatría en Atención Primaria. 2.ª 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. 3.ª 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. 3.ª ed. Madrid: 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. N.º 10, Vol 1 y 2. Madrid: Doyma; 2000.
- Orozco P, Prat N. Menopausia. Barcelona: CAAPS. Fundació d'Atenció Primària; 1996.
- Avenis CS, Sullivan ND, Tilton P. Manual de ginecología ambulatoria. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 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. N.º 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. 4.ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
- OMS Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirla Informe técnico n.º 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: definitions and history. Immobility 2: rehabilitation. En Isaacs B. The challenge of geriatric medicine. 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 domésticos. Madrid: Consejo interterritorial del SNS; 1999.
- Noriegas B, Arechederra A, Bonino L. La atención sociosanitaria ante la violencia contralas mujeres. Madrid: Instituto de la mujer; 2000.
- Gilchrist VJ, Carden A. Malos tratos conyugales. En Taylor RB Medicina de Familia. Principios y práctica. 5.ª ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2001: 264-69
- Beebe DK, Tatum N Agresiones sexuales. En Taylor RB Medicina de Familia. Principios y práctica. 5.ª ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2001: 275-80.



	10

Contenidos formativos del área docente de competencias en relación 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, desde este punto de vista, el síntoma o la demanda individual se valora tomando como referencia al contexto familiar del individuo, 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.

OBJETIVOS

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

1. Considerarla atención al paciente en su contexto familiar.
2. Conocer la estructura familiar e identificar las crisis de desarrollo por las que atraviesa la familia a lo largo de su ciclo vital.
3. Detectar los problemas psicosociales y brindar asesoramiento familiar anticipatorio.
4. Realizar una evaluación sistemática e intervenir de forma planificada con ocasión de la aparición de problemas familiares.
5. Modificar el sistema familiar: terapia familiar.

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</p> <ul style="list-style-type: none"> > Conocer los factores que intervienen en la génesis de los problemas psicosociales. > Reconocer las diferentes variables que influyen en el proceso de salud/enfermedad. > Establecer los distintos niveles de atención. > Identificar la forma en que la familia es fuente de recursos y fuente de problemas. > Entender a la familia como un sistema y utilizar el modelo sistémico para abordar. > Reconocer la configuración de la estructura familiar. > Incorporar a la práctica clínica herramientas de exploración familiar: <ul style="list-style-type: none"> • Construir e interpretar genogramas. • Construir mapas familiares. • Evaluar la función familiar mediante el test del APGAR familiar. • Manejar la escala de acontecimientos vitales estresantes. • Identificar y analizar la red social. • Evaluar las dimensiones de apoyo social. > Conocer el crecimiento y las variantes del desarrollo en cada etapa de la vida para prestar atención médica en la: <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia y niñez temprana. • Edad del juego y edad escolar. • Adolescencia. • Adulto joven y adulto maduro. • Adulto anciano y anciano/anciano. > Identificar el momento del ciclo vital familiar para comprobar la adaptación de la familia la: <ul style="list-style-type: none"> • Formación de la pareja. • Familias con hijos pequeños. • Familias con adolescentes. • Etapa de lanzadera. • Etapa de nido vacío. > Identificar roles, funciones, reglas y rituales familiares. > Diseñar estrategias de asesoramiento familiar anticipado. > Revisar los factores de riesgo planteados por las transiciones de una fase a otra del ciclo vital familiar, y conocer su manejo, en situaciones de: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad grave y/o crónica. • Pacientes inmovilizados. • Agotamiento del cuidador. • Terminalidad. • Procesos de duelo. > Establecer una relación a largo plazo con el paciente y su familia. > Aceptar que las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad. > Compartir la responsabilidad de la asistencia con el paciente y la familia. > Tomar conciencia de que nuestros propios valores personales y culturales pueden interferir en la asistencia a pacientes y familiares con diferente sistema de creencias. > Mostrar respeto incondicional al paciente y su familia como personas y grupo que toma decisiones propias. > Comprometerse con la forma en que los pacientes y sus familias expresan su sufrimiento. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
> Asegurar la coordinación y continuidad de la atención a los pacientes y sus familiares que precisen de Terapia Familiar.	SECUNDARIO
> 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.	SECUNDARIO
> 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.	SECUNDARIO
> Identificar el modo de cooperación de cada miembro de la familia para adaptar la prescripción y maximizar las probabilidades de que ésta se realice.	SECUNDARIO

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 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. y 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 videograbaación, a 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. 2.ª 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. 2.ª ed. Barcelona: Gedisa; 1996.
- Pittman FS. Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situación de crisis. Barcelona: Paidós; 1990.
- Rakel RE. Textbook of Family Practice. 4.ª 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. 3.ª ed. Barcelona: 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. 2.ª ed. Barcelona: Herder; 1988.
- Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Barcelona: 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: Masson; 1990.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. 11.ª 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.



	11

Contenidos formativos del área docente de competencias en relación a la comunidad

Hay que tener presentes las dificultades existentes para la correcta formación del médico residente en la Atención a la Comunidad, siendo necesario 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 de salud del conjunto de la población a la que atiende aprendiendo que las actividades comunitarias, como estrategia de promoción de la 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 sus actuaciones en la propia consulta y los recursos comunitarios que pudieran ser eficaces. Por ello, los Médicos de Familia tutores de residentes, deben implicarse activamente en la formación para la Atención a la Comunidad, evitando delegar la citada formación en profesionales dedicados específicamente a ello, sin perjuicio de que el desarrollo de actividades de intervención y participación comunitaria requieran los conocimientos y habilidades de colaboradores específicos.

Será fundamental procurar que el residente adquiera 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
PRIORIDAD I	PRIMARIO
> Tener presentes los conocimientos demográficos y epidemiológicos en la atención a los pacientes, especialmente con enfermedades crónicas: prevalencia e incidencia, número de casos esperados en la población que se atiende, coberturas de diagnóstico y tratamiento.	PRIMARIO
> Conocer y tener presente la efectividad y eficiencia de la atención sanitaria individual sobre el nivel de salud de la comunidad (morbimortalidad evitada, etc.)	PRIMARIO
> Tener presentes el medio social y el contexto comunitario en la atención individual en consulta a cada paciente, identificando los condicionantes sociales y comunitarios de los problemas de salud atendidos.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> Saber identificar las limitaciones de la consulta médica en la atención a los diferentes problemas de salud de cada paciente y utilizar los recursos comunitarios disponibles que puedan ser de utilidad en cada caso.	PRIMARIO
> Recopilar y presentar datos existentes sobre la comunidad e identificar y priorizar problemas de salud comunitarios, así como conocer y saber utilizar los sistemas de información y los registros para ello.	PRIMARIO
> Estudiar la distribución y determinantes de una necesidad de salud de la comunidad.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> Conocer las bases conceptuales y las técnicas de las metodologías e investigación cualitativas, especialmente entrevistas con ciudadanos y técnicas grupales. Diferenciar metodología, método y técnica.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> Conocer y participar en métodos cualitativos para la identificación y priorización de necesidades y problemas de salud de la comunidad, así como para implementar y evaluar intervenciones comunitarias: entrevistas, grupos focales, etc.	PRIMARIO
> Conocer y utilizar las fuentes de información y los métodos para identificar los recursos comunitarios disponibles para la promoción y cuidado de la salud y recabar la información de utilidad de cada uno de ellos.	PRIMARIO
> Realizar un análisis crítico de un programa de salud existente y la metodología seguida en su elaboración, aportando opiniones sobre sus aspectos positivos y negativos y proponiendo alternativas de mejora.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> Participar activamente en actividades de algún programa de salud comunitario existente, realizando un análisis crítico de su desarrollo.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> Realizar un análisis crítico del método y resultados de la evaluación de un programa de salud comunitario, proponiendo alternativas de mejora.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> Participar en intervenciones grupales de educación para la salud con metodologías capacitadoras y participativas, en colaboración con otros profesionales no médicos (enfermería, trabajo social u otros).	PRIMARIO
> Participar activamente en actividades de coordinación con la trabajadora social del Centro de Salud y/o con Servicios Sociales.	PRIMARIO/SECUNDARIO
> Adquirir una actitud de escucha activa hacia los ciudadanos y organizaciones sociales y ciudadanas de la comunidad, favoreciendo su capacitación, protagonismo y participación activa en el cuidado y mantenimiento de su salud (<i>empowerment</i>).	

[continúa]

(continuación)

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> > Reconocer las diferentes posibilidades de actuación comunitaria según el entorno social. Valorar las diferentes posibilidades de acción comunitaria en el medio urbano y rural. 	<p>PRIMARIO</p>
<p>PRIORIDAD II</p> <ul style="list-style-type: none"> > Participar de forma activa en 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 (<i>rapid appraisal</i>) y llegando a conclusiones realmente útiles para las intervenciones en un entorno de Salud. > Coordinar grupos focales interprofesionales y con ciudadanos, analizando la información obtenida, llegando a conclusiones fiables. > Elaborar un programa de salud comunitario o mejorar uno ya elaborado y evaluado. > Realizar la evaluación de un programa de salud o parte del mismo, llegando a conclusiones prácticas y propuestas concretas de mejora. > Aplicar en un supuesto práctico o en situación real alguna técnica grupal de investigación cualitativa. > Participar activamente en actividades de coordinación intersectorial. > Participar activamente en actividades de participación comunitaria en un Centro de Salud con una actitud de escucha activa y de reconocimiento del protagonismo y responsabilidad de los ciudadanos en la promoción y cuidado de su salud (<i>empowerment</i>). 	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p>
<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 (<i>rapid appraisal</i>) 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>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>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 un elevado número de Centros de Salud acreditados, hace necesario que se adopten medidas para aprovechar todos los recursos docentes disponibles, buscando mecanismos concretos de coordinación con Centros de Salud específicamente preparados para ello y, en su caso, organizaciones ciudadanas, en las que los residentes lleven a cabo dichas actividades. 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 de todos los tutores. A este respecto, parte del tiempo asignado al Centro de Salud en el 2.º año de residencia podría dedicarse también 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 2.º 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 1/2 jornada de trabajo por lo que el número total de actividades formativas a realizar (de 1/2 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: analizar 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. 5.ª 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: 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 suplemento: 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 Organization. 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.



	12

Contenidos formativos del área docente de competencias en relación con la formación, la docencia y la investigación

12.1. 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. A este respecto, los Servicios de Salud, las Sociedades Científicas y los distintos colectivos profesionales, desarrollan 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 lugar de realizar la tradicional recopilación de datos con un formato de charla unidireccional o de libro de texto en su concepto clásico. Igualmente incorporará nuevos aspectos como son la individualización de la formación, la autorresponsabilización formativa y una mayor especificidad de las fuentes y temas de formación.

Al mismo tiempo que aumenta la necesidad de que se actualicen las competencias del Médico de Familia, está aumentando de manera exponencial la necesidad y responsabilidad de adaptarse a las nuevas tecnologías de la comunicación, información, gestión, etc. que deben incorporarse a las actividades de formación continuada de los equipos de Atención Primaria de Salud.

A lo largo del periodo 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 tal carácter que se realicen en su Centro de Salud, a fin de interiorizar la necesidad de que estas actividades le acompañen durante toda su vida profesional, como un medio esencial para garantizar una adecuada atención a los pacientes.

En definitiva, el residente debe internalizar a lo largo de su periodo formativo y tal como prevé la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, que la formación continuada y la acreditación de la competencia profesional es un principio rector del ejercicio de las profesiones sanitarias que el artículo 12 de dicha Ley configura «como un derecho y un deber» que debe ser demandado a las Instituciones Sanitarias donde en el futuro preste servicios.

12.1.1. Formación médica continuada

En formación continuada deben definirse en primer lugar las competencias profesionales y conocer las necesidades formativas, planificando posteriormente las actividades docentes adecuadas para mejorarlas competencias deficitarias. Para ello, existen distintos programas de utilidad para el Médico de Familia con un amplio espectro de contenidos, actividades y metodologías. En teoría los programas de formación médica continuada para Médicos de Familia deberían 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.

La formación continuada, tal como prevé el artículo 37 de la Ley 44/2003, antes citada y el artículo 40 de la Ley 55/2003, por la que se aprueba el Estatuto Marco de Personal Estatutario de los Servicios de Salud, será una herramienta fundamental para la adquisición de los grados en los que se articula el «desarrollo profesional» y la «carrera profesional» regulados por ambas disposiciones.

En este contexto, adquieren una importancia específica los procedimientos de evaluación de competencias tanto para los médicos residentes durante su formación y al finalizar la residencia, como para los Médicos de Familia en ejercicio, completadas, en éste último caso, con actividades de formación continuada acreditadas. Por ello, es conveniente que los residentes se familiaricen con las nuevas metodologías docentes y evaluadoras, incorporando por ejemplo actividades con pacientes simulados y estandarizados.

12.1.2. La actualización de conocimientos a través de las nuevas tecnologías

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 respecto a la comunidad, sus pacientes y el resto del sistema de salud, necesita una especial dedicación a la actualización en las nuevas tecnologías; para ello cuenta con diversos medios como son la edición en formato electrónico, de numerosas revistas de la especialidad, de las actividades relativas a congresos organizados por sociedades científicas, 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 donde se encuentran servicios adecuados y gratuitos para la formación médica continuada destinados al público en general o bien a un determinado grupo de profesionales.

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 serán especialmente útiles, no solo durante el periodo formativo, sino también en la futura vida profesional del residente, permitiéndole la creación de sus propios entornos de aprendizaje, de tutorización virtual, de evaluación *on-Line*, etc.

La popularidad de Internet ha modificado las posibilidades de los pacientes para acceder a informaciones médicas. La tradicional 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 utilizadas por sus pacientes, disponiendo de los recursos en Internet facilitados por las universidades, la industria farmacéutica y las empresas de comunicación que, entre otros, ofrecen al médico acceso gratuito a informaciones actualizadas, herramientas de búsqueda de resúmenes de artículos (disponibles o no en Medline), consultas a expertos, etc. incorporando en estos sistemas de información rutinas de cribado o comprobaciones que recuerden al médico los pasos más aconsejables que ha de seguir. 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.

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 utilizarlas en su futuro profesional, 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 relativas a la adquisición y transmisión de conocimientos.

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
PRIORIDAD I > 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.	PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO
PRIORIDAD II > Realizar actividades de mejora comunicacional en transmisión de conocimientos. > Impartir sesiones clínicas de calidad contrastada. > Presentar comunicaciones médicas en foros de investigación.	PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO
PRIORIDAD III > Participar en la elaboración del Programa Formativo de la Unidad Docente. > Actuar como docente en actividades formativas programadas por la Unidad Docente.	PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO

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.

12.2. La metodología de la investigación

La investigación de calidad debe ser fomentada como instrumento fundamental para generar conocimiento y contribuir al progreso del sistema sanitario, promoviendo el traslado de los resultados de la investigación a la práctica clínica para aumentar su efectividad. La investigación es imprescindible en todos los niveles asistenciales y para todos los profesionales sanitarios, porque a través de ella se producen innovaciones que permiten proporcionar una atención eficiente y 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, siendo sin embargo llamativa la diferencia entre el alto nivel de actividad asistencial en Atención Primaria y su escasa presencia en la Investigación actual.

Entre los motivos que sin duda determinan la necesidad de un cambio a este respecto están:

- La existencia de incertidumbre en el ejercicio profesional del Médico de Familia: En su trabajo diario surgen infinidad de interrogantes, hay por tanto 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. Y un hecho diferencial 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. Sin embargo con frecuencia se aplican los resultados de investigaciones realizadas en otros ámbitos, donde se atienden pacientes «ideales», con estadios específicos de la enfermedad y edades acotadas que no responden a los patrones de la población real que atiende el Médico de Familia en sus consultas. Por tanto, es importante que desde la práctica clínica del Médico de Familia surjan interrogantes y se busquen las mejores respuestas para los pacientes de este nivel asistencial. A este respecto el ámbito donde se lleva a cabo la investigación da forma significativa a los resultados y a cómo pueden transferirse realmente a la práctica, afectando a la estimación real de la prevalencia de la enfermedad, a la frecuencia de los estadios que presentan los pacientes, al valor predictivo de las pruebas utilizadas y la respuesta esperada del tratamiento.
- En Atención Primaria existe una relación continua con los pacientes, lo que ofrece la oportunidad de observar los mismos durante periodos ininterrumpidos de tiempo, y en su propio entorno familiar, laboral y social.
- Existe inquietud en el sector: 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. 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, pósters).

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</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>PRIORIDAD II</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 póster). 	<p>SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
<p>PRIORIDAD III</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 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, etc.).
- 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. Clase

- 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; y 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*. 1.ª ed. Barcelona: Masson; 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>



Los responsables de la docencia, supervisión y evaluación del programa formativo

La viabilidad de éste programa requiere, en todo caso, que su impartición se lleve a cabo a través de un conjunto de órganos cuyas actividades docentes y perfiles profesionales, en el marco de lo previsto en la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995, estén perfectamente engarzados con los objetivos formativos dando coherencia a todo el proceso.

Por ello, y sin perjuicio de su futura adaptación a lo que prevea la legislación de desarrollo de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y a la normativa que dicten las Comunidades Autónomas en aplicación de lo previsto en dicha Ley, se consideran figuras fundamentales para la correcta impartición del programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria:

- **El tutor principal:** será el responsable del proceso enseñanza-aprendizaje del residente tanto en las estancias en el centro de salud como fuera de él y será el mismo durante todo el periodo formativo llevando a cabo un contacto continuo y estructurado con el residente durante dicho periodo. Se recomienda que cada tutor principal tenga asignados simultáneamente un máximo de dos residentes. Deberá ser especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, sin perjuicio del régimen transitorio al que se hace referencia en el apartado 13.1.3 de este programa.
- **El tutor de apoyo:** el residente, además de contar con su tutor principal, podrá contar con tutores de apoyo especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Los tutores principales podrán actuar como tutores de apoyo de otros residentes.
- **El tutor hospitalario:** es el encargado de coordinar y supervisar la formación de los residentes durante los periodos de formación hospitalaria. Su número dependerá del número de residentes que roten por el hospital. Tendrá un perfil profesional adecuado a las funciones que debe desempeñar, valorándose especialmente que sea especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- **Los colaboradores docentes:** son los especialistas y profesionales de los distintos dispositivos de la unidad docente por los que rotan los residentes que, sin ser tutores de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, colaboran en la impartición de este programa asumiendo la supervisión y control de las actividades que se realizan durante dichas rotaciones, no requiriendo por tanto, ser especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.
- **Los técnicos de salud pública:** son aquellos profesionales que, sin ser tutores de Medicina Familiar y Comunitaria, están encargados de contribuir en la formación teórico-práctica y de investigación contemplados en el programa que se lleven a cabo en la Unidad Docente. Serán especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública u otros profesionales con formación acreditada en metodología docente e investigadora y en los bloques teórico-prácticos del programa formativo de Medicina Familiar y Comunitaria.
- **El Coordinador de la Unidad Docente:** es el responsable de la dirección, planificación y organización de la Unidad Docente realizando asimismo funciones de evaluación/control, docencia e investigación y de dirección y coordinación de las actividades docentes de los tutores de Atención Primaria. Deberá ser especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- **La Comisión Asesora de la Unidad Docente:** es el órgano colegiado en cuyo seno se organiza la formación, se supervisa su aplicación práctica y se controla el cumplimiento en la unidad de los objetivos del programa docente.
- **Otras figuras docentes** que regulen las Comunidades Autónomas en función de las características y estructura de las unidades docentes existentes en su ámbito.

13.1. El tutor y sus relaciones con el residente y la Administración

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 asume colaborar de forma activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los médicos especialistas en formación, dentro de un contexto institucionalizado.

El tutor es una figura única en el proceso formativo del residente, por lo que las distinciones a las que se ha hecho referencia en el anterior apartado 13 (principal, de apoyo y hospitalario) se efectúa en función de su mayor o menor vinculación con el residente individualmente considerado, sin que implique una relación de jerarquía entre estas figuras.

El tutor es una figura esencial en la formación del residente y especialmente en el contexto de este programa que entre sus características definitorias tiene la flexibilidad, lo que implica la individualización y personalización del programa formativo adaptando contenidos, tiempos y métodos a las necesidades propias de cada residente.

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, ya que según sea su actitud hacia la enseñanza, su preparación específica, su capacidad para transmitir conocimientos, su manejo de las relaciones interpersonales el residente obtendrá una mejor o peor preparación.

El tutor debe planificar, estimular, dirigir, seguir y evaluar el proceso de aprendizaje del residente realizando las funciones previstas en el apartado séptimo. 3 de la Orden de 22 de junio de 1995, debiendo por tanto:

- *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 su cronograma formativo y en su caso, las estancias electivas que debe realizar, informándole de otras actividades de interés para su formación.
- *Supervisar la formación del residente.* A este fin el tutor deberá:
 - Utilizar como herramienta básica las fichas que figuran en éste programa completadas con la información que le facilite el tutor hospitalario y los demás responsables de la supervisión del programa formativo.
 - Establecer con el residente a su cargo un calendario de reuniones periódicas o entrevistas para analizar entre ambos cómo se está realizando la formación e intentar corregir los puntos débiles.
- *Ser el referente-interlocutor del residente* y, por tanto, realizar una labor de acogida y de información. El tutor es un elemento esencial en la resolución de conflictos y en la protección de los derechos del residente.
- *Favorecer el autoaprendizaje y la responsabilidad progresiva del residente.*
- *Fomentar la actividad docente e investigadora del residente.*
- *Ser el principal responsable de la evaluación formativa* o continuada del residente participando activamente en la evaluación anual/calificativa a través de los comités de evaluación.
- Participar en la *elaboración de la memoria anual* de las actividades docentes realizadas por los residentes en el Centro de Salud.

13.1.1. La relación tutor/residente

El proceso de aprendizaje del residente se basa en un modelo colaborativo centrado en el que aprende. No es la típica relación de maestro y discípulo ni tampoco de amistad o de compañerismo, sino que se caracteriza por ser una relación interpersonal, individualizada y adaptada a las expectativas de cada residente, por lo que debe desarrollarse en un ambiente que permita la participación del especialista en formación en la definición de objetivos y en el intercambio progresivo de papeles a medida que el residente avanza en el proceso de aprendizaje.

Cada tutor tiene su propio estilo de tutorización pero todos ellos deben ser capaces de:

- Comunicar (empatía).
- Estimular (incentivar, impulsar e ilusionar).

- Transmitir información oportunamente.
- Explorar las expectativas y actitudes del residente.
- Favorecer el diálogo.

13.1.2. Relación tutor/administrador

La importancia de la figura del tutor en la adecuada formación de residentes determina que las Administraciones Sanitarias favorezcan los aspectos siguientes:

- Mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores en la práctica clínica y en metodología docente facilitándoles el acceso a una formación continuada específica 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.
 - Aspectos relacionados con contenidos del programa formativo.
- Condiciones asistenciales y docentes adecuadas:
 - 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.
- Actuaciones dirigidas a mantener la motivación: aquellos tutores que garanticen una enseñanza de calidad, deben ser reconocidos por parte de la Administración ya sea a través de la carrera profesional o de otros incentivos de carácter económico, laboral, formativo, etc. para compensar el esfuerzo que supone el desempeño de esta tarea.
- Aplicación de criterios que junto a la titulación exigible en cada supuesto garanticen la adecuación de los nombramientos de tutores.

13.1.3. Acreditación y reacreditación de tutores

Las Comisiones Asesoras preverán, en el marco del Plan Evaluativo Global de la Unidad Docente que se cita en el apartado 14.1., procedimientos de acreditación y reacreditación de tutores con vistas a definir su perfil básico y el mantenimiento de su competencia a cuyos efectos se tendrán en cuenta, entre otros, los criterios siguientes:

- Realización de un proyecto docente (metodología de la evaluación, tutorización, etc.) que será evaluado por la Comisión Asesora.
- Experiencia profesional mínima de un año como Médico de Familia en el correspondiente centro de salud.
- Realización de actividades de formación continuada especialmente las relacionadas con la capacitación docente y con los contenidos del programa formativo.
- Realización de actividades de investigación y de participación en actividades de mejora de la calidad.

NOTA:

Hasta que concluya el proceso de homologación del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria regulado por el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, podrán ser tutores, aun cuando no sean especialistas, los licenciados en Medicina con anterioridad al 1 de enero de 1995 siempre que acrediten el perfil profesional descrito en el apartado 2.2 del programa oficial de la especialidad, ejercicio profesional continuado y experiencia docente en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

13.2. El tutor hospitalario

La designación de este tutor se realizará por el Gerente/Director del Hospital entre los facultativos de la Institución que tengan un perfil profesional adecuado a las funciones que debe desempeñar, valorándose especialmente que sea especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Desde el punto de vista docente y en el marco de las previsiones contenidas en la Orden de 22 de junio de 1995, corresponde a los tutores hospitalarios:

- Formar parte de la Comisión Asesora de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Formar parte del Comité de Evaluación de los residentes en los términos que prevé la legislación vigente.
- Coordinar y supervisar la ejecución del programa formativo 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 Medicina Familiar y Comunitaria en todo lo relacionado con la formación hospitalaria de los médicos residentes.
- Monitorización y apoyo técnico en el ámbito docente hospitalario:
 - Detección y análisis de deficiencias en la formación de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en el hospital.
 - 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.
 - Participación en la elaboración de planes individuales de rotación para cada médico residente.
 - Información y formación a los docentes hospitalarios sobre los objetivos del programa de Medicina Familiar y Comunitaria.

13.3. El colaborador docente y el técnico de salud pública en el programa de Medicina Familiar y Comunitaria

13.3.1. El colaborador docente

La figura del colaborador docente, se inscribe en el marco de lo previsto en los artículos 104 de la Ley 14/1986, General de Sanidad y 22 de la Ley 45/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias que prevén la disponibilidad de todas las estructuras del sistema sanitario para ser utilizadas en la docencia pregraduada, especializada y continuada de profesionales.

En este contexto, los colaboradores docentes son todos aquellos especialistas y profesionales que, sin ser tutores de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, desarrollan sus funciones docentes en los distintos dispositivos que forman parte de la unidad docente, siendo los responsables de la formación de los residentes en Medicina Familiar y Comunitaria durante sus estancias formativas en los mismos. También tendrán la consideración de colaboradores docentes, aquellos profesionales que trabajan en Atención Primaria y no son Médicos de Familia (pediatras, enfermeros, fisioterapeutas, matronas, etc.) siempre que contribuyan en la formación de residentes.

Desde el punto de vista docente corresponde a estos colaboradores:

- Orientar al residente durante toda la estancia formativa en su Unidad o Servicio.
- Supervisar la formación del residente utilizando como herramienta las fichas que figuran en éste programa completadas con la información que le facilite el tutor hospitalario y el tutor principal.
- Ser el referente-interlocutor del residente durante la estancia formativa y, por tanto, realizar una labor de acogida y de información.
- Favorecer el autoaprendizaje y la responsabilidad progresiva del residente.

- Fomentar la actividad docente e investigadora del residente.
- Ser responsable de la evaluación formativa o continuada del residente durante la estancia formativa.

13.3.2. El técnico en salud pública

Todas las unidades docentes para el correcto desarrollo del programa contarán con Técnicos en Salud Pública. El número de técnicos y su dedicación a la Unidad dependerá del número de residentes en formación y de las peculiaridades de la Unidad Docente (dispersión geográfica, centros adscritos, actividades programadas, etc).

El técnico en Salud Pública es el profesional que, sin ser tutor de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, lleva 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, dirigidas a la mejora de la formación tanto de los residentes como de los tutores.

Desde el punto de vista docente y en el marco de las funciones asignadas a los técnicos de Salud Pública por la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995, corresponde a éstos profesionales:

- Formar parte de la Comisión Asesora, impartir los cursos y módulos que contempla el programa, así como colaborar con el coordinador en la planificación del mismo y su adaptación a las características propias de la correspondiente unidad docente.
- Apoyar a los tutores, detectando sus necesidades docentes y proporcionando oportunidades para facilitar su formación.
- Monitorización y apoyo técnico en los centros de salud docentes, detectando y analizando las deficiencias formativas de los mismos.
- Elaboración de programas de gestión de la calidad en la correspondiente unidad docente.
- Estimular, apoyar y crear líneas sólidas de investigación en la unidad docente, enmarcándolas en las necesidades de cada una de ellas y en los planes generales de salud.
- Colaborar con el coordinador de la unidad docente en otras actividades formativas (pregrado, especialidades médicas y de enfermería, etc.) que se lleven a cabo en la unidad docente.

13.4. El coordinador de la unidad docente

En cada Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria existirá un Coordinador de la Unidad Docente con titulación de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, designado en los términos que prevea la legislación aplicable oída la Comisión Asesora y en el supuesto de unidades docentes con centros de salud u hospitales universitarios oída también la Comisión Mixta prevista en la base sexta uno del Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias.

El nombramiento del Coordinador de la Unidad Docente, tal como prevé el apartado sexto de la Orden de 22 de junio, de 1995, debe recaer en un especialista con experiencia acreditada en las vertientes asistencial, docente e investigadora, por lo que a estos efectos para el nombramiento y en su caso cese de dicho coordinador, deberán tomarse en consideración, entre otros, los siguientes aspectos:

- Experiencia clínica, avalada por años de ejercicio profesional como Médico de Familia.
- Formación en la especialidad.
- 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 de Salud o de la Administración Autonómica o del 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.

Dedicación del coordinador

De conformidad con lo previsto en la disposición adicional primera de la Orden de 22 de junio de 1995, relativa a la «dedicación de los facultativos a las actividades de formación especializada», los órganos de dirección de los centros sanitarios deberán adoptar, 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.

Se considera recomendable que el coordinador mantenga alguna actividad asistencial adaptada a las características de la unidad.

Desde el punto de vista docente, en el marco de las funciones de dirección y de gestión de los recursos materiales de la unidad que le asigna la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995, corresponde al coordinador:

- Presidir la Comisión Asesora, ser el Jefe de Estudios de la Unidad Docente, y dirigir las actividades docentes de los tutores.
- Como Presidente de la Comisión Asesora llevará a cabo las funciones que le asigna el artículo 23 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, dirimiendo con su voto los empates que se produzcan en la adopción de acuerdos.
- Someter a la aprobación de la Comisión Asesora la planificación y organización del programa formativo así como los calendarios anuales de rotaciones, de guardias y de cursos, seminarios y talleres, supervisando su aplicación práctica.
- Presidir los Comités de Evaluación anual dirimiendo con su voto los empates que pudieran producirse, promoviendo, potenciando y supervisando el cumplimiento del plan global de evaluación de la unidad docente.
- Participar como vocal en las Comisiones de Docencia de los hospitales integrados en la Unidad Docente, supervisando y coordinando la aplicación práctica de las rotaciones en cada uno de ellos.
- Asumir la representación de la unidad siendo el interlocutor docente con los órganos de dirección de los Centros de Atención Primaria y Hospitalaria integrados en la Unidad, a fin de coordinar con los mismos las actividades que los residentes deben llevar a cabo en ambos niveles asistenciales, dirigiendo y supervisando la aplicación práctica de dichas actividades.
- Promover, fomentar y definir líneas y actividades de investigación en consonancia con el Plan de Salud de la comunidad autónoma, las necesidades del entorno y las detectadas en las reuniones periódicas con los tutores y residentes.
- Dirección de los recursos humanos y materiales adscritos a la unidad docente supervisando la organización administrativa de la misma, gestionando el presupuesto asignado y elaborando el plan anual de necesidades según protocolos de las distintas gerencias.
- Proponer a la Comisión Asesora y a través de ella a los órganos encargados en cada Comunidad Autónoma, la oferta anual de plazas en formación relativas a su Unidad.
- Gestionar las actas de evaluación anual y garantizar su correcta ejecución y envío en tiempo y forma al Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Aquellas otras tareas que le pueda asignar la normativa aplicable en cada caso.

13.5. La comisión asesora

Es el órgano colegiado de la Unidad Docente que asume las competencias previstas en el apartado segundo de la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995.

Su composición y funciones, hasta tanto se dicte la normativa a la que se refiere el artículo 27 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, se adecuarán a los criterios contenidos en el apartado sexto de la Orden de 22 de junio de 1995, desarrollando en su ámbito las funciones que se relacionan en el apartado segundo de dicha Orden Ministerial.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE n.º 280, de 22 de noviembre de 2003.
- 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 n.º 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».
- 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 Anniversary 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. Londres, 1993.
- Quirós Bauset, C. ¿Debe ser obligatoria la formación continuada? Tribuna Docente 2000; 4: 25-34.



	14

La evaluación

De acuerdo con lo previsto en el artículo 26.1 de la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, las previsiones del presente programa con vistas a garantizar la calidad de la formación se completarán con la correspondiente Resolución Administrativa mediante la que se aprueben los requisitos generales de acreditación de las unidades y centros docentes que formen especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Con la finalidad primordial de garantizar unos niveles de calidad comunes y una formación análoga de todos los residentes cualquiera que sea la unidad docente donde se imparta el programa formativo.

No obstante lo anterior y sin perjuicio de las evaluaciones externas que puedan llevarse a cabo a través de auditorías acordadas por los órganos competentes en la materia para evaluar el funcionamiento y la calidad de cada unidad docente, en todas ellas se llevará a cabo de manera sistemática, estructurada y consensuada, un **Plan Evaluativo Global** de carácter interno aprobado por la Comisión Asesora que garantice la correcta evaluación (continuada y anual) de los médicos residentes adscritos a la Unidad y la evaluación periódica de la estructura docente de la Unidad.

14.1. El plan evaluativo global de la unidad docente

En el seno de la Comisión Asesora, se elaborará el Plan Evaluativo Global de la Unidad Docente a fin de garantizar el desarrollo coordinado y correcto de las actividades de evaluación que se llevan a cabo en cada una de ellas.

Criterios para la elaboración de Plan de Evaluación Global: Sin perjuicio de las connotaciones específicas de cada Plan Evaluativo Global, el mismo deberá contener:

- Líneas estratégicas del Plan.
- Instrumentos específicos de la Unidad Docente para la evaluación del residente: autoevaluación, informes de rotación, análisis de registros, análisis de casos clínicos, demostraciones de técnicas diagnósticas y terapéuticas, ECOE, etc.
- Protocolos comunes de evaluación de las distintas rotaciones y estancias formativas a realizar por los residentes de la unidad, tomando como base las fichas que figuran en los apartados 8, 9, 10, 11 y 12 del presente programa.
- Instrumentos específicos de la Unidad Docente para la evaluación de la estructura docente en los distintos aspectos que se especifican en el apartado 14.3
- Protocolos para la evaluación de la estructura docente.
- Procedimientos de evaluación para la acreditación y reacreditación de tutores.
- Planificación de reuniones periódicas para realizar un seguimiento efectivo de las evaluaciones que se lleven a cabo en la Unidad Docente.
- Medidas para garantizar la objetividad y correcta confidencialidad de proceso formativo.
- Medidas relativas a la gestión de los resultados del Plan Evaluativo Global a fin de adoptar medidas de mejora.

14.2. Evaluación de los médicos residentes

14.2.1. Evaluación Formativa/Continuada

Esta evaluación, a la que se refiere el apartado octavo de la Orden de 22 de junio de 1995, (BOE del 30) es la más importante en la medida en que con ella se evalúa el proceso de aprendizaje del residente como consecuencia de la supervisión continuada del tutor ya sea directa o indirecta, a través de los tutores o responsables de las unidades por las que rota.

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 principal del residente, quien tendrá que ejecutar el plan personalizado en el marco del Plan Evaluativo Global de la Unidad Docente.

Los instrumentos más importantes de la evaluación formativa o continuada, además de los que se citan en el apartado octavo de la Orden de 22 de junio antes citada, son:

- *Entrevistas periódicas tutor y residente*

Tienen la finalidad de monitorizar el cumplimiento de los objetivos docentes.

Los elementos conceptuales de estas entrevistas son:

- 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».

Estas entrevistas se llevarán a cabo mediante el modelo del *feedback*: reuniones sistemáticas, pactadas previamente para la revisión de temas concretos igualmente pactados; se realizarán preferentemente, hacia la mitad de cada área formativa específica, para poder valorar las ganancias y los déficits formativos, favoreciendo así la posibilidad de establecer planes de recuperación de las deficiencias observadas.

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

- *Reuniones evaluativas del tutor principal con otros responsables del programa formativo*: con el coordinador, técnico de salud pública, tutor hospitalario,... con los que se analizarán los correspondientes informes de rotación.
- *Instrumentos específicos*: los previstos en el Plan Evaluativo Global de la Unidad Docente de que se trate.

14.2.2. Evaluación anual calificativa/sumativa

La evaluación anual a la que se refiere el apartado décimo de la orden de 22 de junio de 1995, se llevará a cabo por los comités de evaluación que tendrán la composición prevista en el apartado noveno.2 y 4 de dicha Orden.

La evaluación anual de los comités podrá ser **positiva** (con la calificación de Excelente, Destacado o Suficiente) o **negativa** (en los supuestos previstos en el apartado décimo 4 de la Orden antes citada).

Los comités de evaluación, siguiendo las pautas contenidas en el plan evaluativo global de cada Unidad Docente, adecuarán al máximo los instrumentos evaluativos disponibles para la obtención de la mayor objetividad en la evaluación anual sumativa. Los instrumentos para la realización de esta evaluación calificativa integrarán los empleados en evaluación continuada/formativa.

14.2.3. Evaluación final

La evaluación final del periodo de residencia se atenderá a lo previsto en el apartado undécimo de la Orden de 22 de junio de 1995.

La calificación final del periodo de residencia se adecuará a lo que prevean la normativa que desarrolle el artículo 20.3 e) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

14.3. Evaluación de la estructura docente

El plan evaluativo global de cada Unidad Docente incluirá la evaluación, con una periodicidad mínima bienal, de la estructura docente de la Unidad. Dicha evaluación abarcará las áreas siguientes:

- *Evaluación de áreas formativas/Servicios con los objetivos siguientes:*
 - 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.
- *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.
- *Evaluación de los tutores*

Como mínimo de forma anual, cada médico residente realizará una evaluación del tutor al que se encuentre adscrito.
- *Evaluación de la organización y gestión de la docencia.*

Se articularán medidas para que los médicos residentes adscritos a la Unidad Docente evalúen 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.





La Comisión Nacional de la Especialidad

Es un órgano asesor, del máximo nivel técnico, de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte, en el ámbito de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Corresponde a la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, según el artículo 28.8 de la Ley 44/2003, antes citada:

- La elaboración del programa formativo de la especialidad.
- El establecimiento de criterios de evaluación de los especialistas en formación.
- El establecimiento de los criterios para la evaluación en el supuesto de nueva especialización previstos en el artículo 23 de la Ley.
- La propuesta de creación de áreas de capacitación específica.
- El establecimiento de criterios para la evaluación de unidades docentes y formativas.
- El informe sobre programas y criterios relativos a la formación continuada de los profesionales, especialmente los que se refieren a la acreditación y la acreditación avanzada de profesionales en áreas funcionales específicas dentro del campo de la especialidad.
- La participación en el diseño de los planes integrales dentro del ámbito de la especialidad.
- Las que se señalan expresamente en la Ley 44/2003, o las que se determinen en las disposiciones reglamentarias dictadas en su desarrollo.





Bibliografía y recursos de Internet

Aún cuando la bibliografía específica se recomienda en cada área de conocimiento, hay que tener en cuenta que, como se ha dicho anteriormente, uno de los ejes sobre los que gira este programa como método y como valor, es el de transmitir al residente que tanto el autoaprendizaje como la ampliación y actualización de sus conocimientos es un elemento imprescindible en la formación del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria que no finaliza con los cuatro años de residencia sino que constituye un compromiso profesional y permanente del Médico de Familia.

A tal fin, en el anexo I adjunto a este programa, se ofrece una guía bibliográfica y de recursos de Internet relacionados con la Medicina de Familia, que será periódicamente actualizada por la Comisión Nacional de la Especialidad, mediante la incorporación de nuevas reseñas tanto de la doctrina científica como del propio colectivo de Médicos de Familia que, a estos efectos, podrá remitir a la Comisión Nacional sus aportaciones para que, previa selección, se incorporen a la página web de este programa.

La información que contiene dicha guía se estructura en:

- Revistas: básicas y recomendables.
- Libros básicos de Medicina de Familia.
- Recursos de Internet para el Médico de Familia:
Clasificados en:
 - Selección de recursos generales de Internet
 - Portales y herramientas de búsqueda en Internet para Atención Primaria
 - > Portales
 - > Directorios y Buscadores Médicos
 - Organismos y Sociedades Científicas
 - Departamentos Universitarios de Medicina de Familia
 - Recursos Investigación y Formación Continuada
 - > Investigación y evaluación de la literatura médica
 - > Bases de datos
 - > Revistas y libros médicos
 - Miscelánea
 - > Información para pacientes
 - > Información sobre medicamentos -Herramientas

Madrid, 17 de Enero de 2005





Anexo I

Guía bibliográfica y de recursos de Internet

1. Revistas

1.1. Básicas

(Que deben estar accesibles en el Hospital, biblioteca de Unidad Docente y centros de salud):

- Atención Primaria.
- Formación Médica Continuada (FMC).
- Centro de Atención Primaria – [c@p](#)
- Dimensión Humana.
- Tribuna Docente.

1.2. Recomendables

(Que deben estar accesibles en la biblioteca de la Unidad Docente y en el hospital):

- *American Family Physician*
- *Annals of Family Medicine*
- *Annals of Internal Medicine*
- *Archives of Family Medicine*
- *British Journal of General Practice*.
- *British Medical Journal*
- *Canadian Family Physician*.
- *Clinical Evidence*.
- Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria.
- *European Journal of General Practice*
- *Evidence-Based Medicine*.
- *Family Practice*.
- *JAMA*
- *Journal of American Board of Family Practice*
- *Journal of Family Practice*.
- *Journal Watch*
- *Lancet*
- *Medical Experience Medicine*.
- *Medicina Clínica*.
- *New England Journal of Medicine*
- *Postgraduate Medicine*, edición española.
- *Primary Care*.

En cursiva las revistas más utilizadas

2. 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 2.ª Ed. Barcelona: semFYC; 2002.
- Loayssa JR. Guía educativa del área clínica. Enseñar y aprender a ser Médico de Familia. Barcelona: semFYC; 2002.
- Evidencia Clínica. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano, MediLegis; 2002.
- Martín Zurro A, Cano JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5.ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2003.
- semFYC. Guía de terapéutica en Atención Primaria basada en la evidencia. Barcelona: semFYC; 2003.
- semFYC. Guía de ayuda al diagnóstico en Atención Primaria. Barcelona: semFYC; 2002.
- semFYC. Manual de prevención en Atención Primaria. Barcelona: semFYC; 2003.
- Serrano M, Casado V, Bonal P. Manual de Medicina de Familia: Guía Educativa. Barcelona: Ariel; 2005 (en prensa).
- Mark R. Dambro. Griffith. Los 5 minutos clave en la consulta de Atención Primaria. Wawerly Hispanica. 1996. (Edición en inglés. Portland: Hardcover; 2004).
- Taylor R. Medicina de Familia. Principios y práctica. Barcelona: Masson; 2002.
- Rakel R. Textbook of Family Practice 6.ª Ed. Nueva York: Saunders; 2002.
- McWhinney. I. La Medicina de Familia. Barcelona: Doyma; 1995.
- Ruiz de Adana R. Manual de diagnóstico y terapéutica médica en Atención Primaria. 3.ª Ed. Madrid: Díaz de Santos; 2002.
- Gallo Vallejo F. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: semFYC; 1997.
- Borrell Carrió F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: SemFYC; 2004.
- Ruiz Moral R. Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: SemFYC; 2004.
- 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; 1999.
- Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica 2.ª Ed. Barcelona: Harcourt; 2004.
- U.S. Preventive Services Task Force. Guía de Medicina clínica preventiva. 4 volúmenes. Barcelona: Medical Trends; 1998.
- Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.

- Libro básico de Garantía de Calidad.
Ej.: Tratado de Calidad Asistencial en Atención primaria. 3 vol. Madrid: Dupont Pharma, 1997.
Ej.: 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: McGraw Hill-Interamericana; 2000.
Ej.: Haciendo gestión clínica en Atención Primaria. Sevilla: Consejería de Salud; 2000.
- Libro básico de Medicina Basada en la Evidencia.
Ej.: Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg WS, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar MBE. Madrid: Harcourt Brace de España SA; 2000.
- Libro básico de Epidemiología.
Ej.: Jenicek M. Epidemiología: la lógica de la medicina moderna. Barcelona: Masson; 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; 1989.
- Libro básico de Estadística Aplicada.
Ej.: Hulley SB, Cummings SR. Diseño de la investigación clínica. Barcelona: Doyma; 1993.
Ej.: Silvia Aycaguer LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
- Libro básico de Atención a la Familia.
Ej.: Mc Daniel S, Campbell L, Seaburn D. Orientación Familiar en Atención Primaria: manual para Médicos de Familia y otros profesionales de salud. Barcelona: Springer Verlag Ibérica; 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.: Braunwald E. (Eds). Harrison. Principios de Medicina Interna. 15 Ed. 2 vols. Madrid: McGraw Hill; 2001.
Ej.: Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 14.ª ed. 2 vols. Madrid: Harcourt; 2000.
Ej.: Goldman L. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 21.ª ed. 2 vols. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2002.
- Libro básico de Reumatología.
Ej. Alonso Ruiz A, Álvaro-Gracia, Álvaro JM, Andreu JL et al. Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas. 4.ª ed. Madrid: Panamericana; 2004.
- Libro básico de Geriátrica.
Ej. Gorronogoitia A, Álvarez M. Atención al anciano. Líneas guía para la Atención Primaria de Salud. Barcelona: semFYC; 1995.
- Libro básico de Dermatología.
Ej. Fitzpatrick T, Johnson R, Wolff K, Suurmond R. Atlas en color y sinopsis de Dermatología clínica. 4.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2001.
- Libro básico de Pediatría.
Ej. Zafra MA. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Residentes Hospital Infantil La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. 4.ª ed. Madrid: Publicación de Libros Médicos; 2003.
- Libro básico de Traumatología y Cirugía Ortopédica.
Ej. Rodríguez Alonso JJ, Valverde Román L. Manual de Traumatología en Atención Primaria. Madrid: SKB; 1996
- Libro básico de Psiquiatría.
Ej. Tizón JL, San José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la Atención Primaria de salud mental. 2.ª ed. Barcelona: Herder; 1999.

- Libro básico de Cuidados Paliativos
Ej. Benitez del Rosario MA, Salinas Martín A. Cuidados Paliativos y atención primaria, aspectos de organización. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2000.
- Libro básico de Urgencias.
Ej.: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 2.ª ed. Barcelona: Harcourt; 2000.
- Libro básico de Farmacología.
- Libro básico de Radiología.
- Libro básico de Electrocardiografía y Libro básico de Otorrinolaringología.
- Libro básico de Oftalmología.

3. Recursos de Internet para el Médico de Familia

3.1. 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

Metabuscar 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.

3.2. 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 más 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 último, 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, son 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 contienen 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 que se pueden 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.

3.3. Organismos y Sociedades Científicas

semFYC Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

<http://www.semfy.com>

Español

Sociedades Federadas semFYC

<http://www.semfy.com/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

3.4. Departamentos Universitarios de Medicina de Familia

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

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

3.5. 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 median-tela 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 Libray, 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.

3.6. 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 destacan 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.medslices.com/>

Inglés

Colección de diapositivas médicas en formato Power Point donadas gratuitamente por los autores y que permiten ser visualizadas directamente o descargase 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>

