

El Reglamento de Fundaciones de Competencia Estatal, aprobado por Real Decreto 316/1996, de 23 de febrero (B.O.E. de 6 de marzo).

El Reglamento del Registro de Fundaciones de Competencia Estatal, aprobado por Real Decreto 384/1996, de 1 de marzo (B.O.E. de 29 de marzo).

La Orden CUL/2591/2004, de 22 de julio (B.O.E. del 31), en virtud de la cual se delegan en la Secretaría General Técnica del Departamento las competencias relativas al Protectorado de Fundaciones que corresponden al mismo.

Segundo.—Según los artículos 35.1 de la Ley 50/2002 y 3.1 del Reglamento de Fundaciones de Competencia Estatal, la inscripción de las Fundaciones requerirá el informe favorable del Protectorado en cuanto a la idoneidad de los fines y en cuanto a la adecuación y suficiencia dotacional, procediendo, en este caso, un pronunciamiento favorable al respecto.

Tercero.—Según las Disposiciones Transitorias cuarta de la Ley de Fundaciones y única del Reglamento del Registro de Fundaciones de competencia estatal, hasta tanto no entre en funcionamiento dicho Registro, subsistirán los actualmente existentes, por lo que procede la inscripción de la Fundación Alberto Schommer en el Registro de Fundaciones del Ministerio de Cultura.

Por todo lo cual, este Ministerio ha dispuesto:

Primero.—Acordar la inscripción en el Registro de Fundaciones del Departamento de la denominada Fundación Alberto Schommer, de ámbito estatal, con domicilio en Madrid, calle Lagasca, número 16, piso 2.º izquierda, así como del Patronato cuya composición figura en el quinto de los antecedentes de hecho.

Segundo.—Inscribir el otorgamiento de los poderes conferidos por la Fundación Alberto Schommer, a favor de don Alberto Schommer García, doña María de las Mercedes Casla López y don Íñigo Casla Uriarte, en los términos que constan en la escritura de constitución, número cuatrocientos sesenta y cuatro.

Notifíquese a los interesados a los efectos previstos en el artículo 58.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero.

Madrid, 6 de abril de 2005.—P. D. (Orden CUL/2591/2004, de 22 de julio, BOE del 31 de julio), la Secretaría General Técnica, María Concepción Becerra Bermejo.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

7188

ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

El artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, establece el procedimiento para aprobar los

programas formativos de las especialidades sanitarias en ciencias de la salud previendo, su publicación en el Boletín Oficial del Estado, para general conocimiento.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, tras un largo proceso de reflexión y debate, ha elaborado el programa formativo de dicha especialidad que ha sido verificado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, órgano asesor en materia de formación sanitaria especializada al que, de conformidad con lo previsto en la disposición transitoria sexta de la Ley 44/2003 antes citada, corresponde ejercer las competencias del todavía no constituido Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

Asimismo, dicho programa formativo ha sido estudiado e informado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud con el apoyo de su Comisión Técnica de Formación Especializada en Ciencias de la Salud, a la que se refiere el artículo 5.2 del Real Decreto 182/2004, de 30 de enero, por el que se creó dicho órgano colegiado del que forman parte, entre otros, los consejeros de sanidad de las diversas comunidades autónomas y el Director General de Universidades del Ministerio de Educación y Ciencia.

En su virtud, de conformidad con lo previsto en el artículo 21 de la Ley 44/2003, previos informes favorables de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Educación y Ciencia, dispongo:

Primero.—Aprobar el programa formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, cuyo contenido se publica como anexo a esta Orden.

Segundo.—Dicho programa formativo será de aplicación a los residentes de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que obtengan plaza en formación en Unidades Docentes de dicha especialidad, a partir de la convocatoria nacional de pruebas selectivas 2004 para el acceso en el año 2005 a plazas de formación sanitaria especializada aprobada por Orden SCO/3139/2004, de 27 de septiembre («Boletín Oficial del Estado, del 1 de octubre»).

Disposición transitoria única.

A los residentes que hubieran iniciado su formación en la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria por haber obtenido plaza en formación en convocatorias anteriores a la que se cita en el apartado segundo de esta Orden, les será de aplicación, hasta su conclusión, el programa anterior de dicha especialidad aprobado por Resolución de 25 de abril de 1996, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia.

Disposición final.

Esta Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 3 de marzo de 2005.

SALGADO MÉNDEZ

ANEXO

PROGRAMA FORMATIVO OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

DENOMINACIÓN OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD Y REQUISITOS

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

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN
 2. LOS VALORES PROFESIONALES Y EL PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA
 3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
 4. METODOLOGÍA DOCENTE
 5. LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA FORMATIVO Y SU ESTRUCTURA
 6. EL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA FORMATIVO
 7. LA PRESTACION DE SERVICIOS EN CONCEPTO DE ATENCION CONTINUADA (GUARDIAS) DURANTE EL PERIODO FORMATIVO
 8. CONTENIDOS FORMATIVOS DEL AREA DOCENTE DE COMPETENCIAS ESENCIALES
 - 8.1.LA COMUNICACIÓN ASISTENCIAL
 - 8.2 EL RAZONAMIENTO CLÍNICO
 - 8.3 LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN
 - La gestión clínica
 - El trabajo en equipo
 - La gestión de la actividad
 - Los sistemas de información
 - La gestión de la calidad
 - Responsabilidad profesional
 - 8.4. LA BIOÉTICA
9. CONTENIDOS FORMATIVOS DEL ÁREA DOCENTE DE COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN AL INDIVIDUO
 - 9.1 ABORDAJE DE NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD
 - 9.1.1. Factores de riesgo y problemas cardiovasculares
 - Problemas cardiovasculares
 - Hipertensión Arterial
 - Hipertlipemia
 - 9.1.2. Problemas respiratorios
 - 9.1.3. Problemas del tracto digestivo y del hígado
 - 9.1.4. Problemas infecciosos
 - 9.1.5. Problemas metabólicos y endocrinológicos
 - Diabetes Mellitus
 - Obesidad
 - Problemas tiroideos
 - Otros problemas metabólicos y endocrinológicos
 - 9.1.6. Problemas de la conducta y de la relación. Problemas de salud mental
 - 9.1.7. Problemas del sistema nervioso
 - 9.1.8. Problemas hematológicos
 - 9.1.9. Problemas de la piel

1. 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 multidisciplinarios 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 resolutiva 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 el elevado número de autores/colaboradores que han intervenido en su elaboración, se ha realizado con un alto grado de consenso ya que durante los mas de dos años en los que se ha ido conformando, la Comisión Nacional de la Especialidad 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 mejorar sus competencias.

- 9.1.10.Traumatismos, accidentes e intoxicaciones
- 9.1.11.Problemas de la función renal y de las vías urinarias
- 9.1.12.Problemas músculo-esqueléticos
- 9.1.13.Problemas de cara-nariz-boca-garganta y oídos
- 9.1.14.Problemas de los ojos
- 9.1.15.Conductas de riesgo adictivo
- 9.1.16.Urgencias y Emergencias
- 9.1.17.Aspectos Comunes

9.2. ABORDAJE DE GRUPOS POBLACIONALES Y GRUPOS CON FACTORES DE RIESGO

- 9.2.1.Atención al niño
- 9.2.2.Atención al adolescente
- 9.2.3.Atención a la mujer
- 9.2.4.Atención al adulto
- 9.2.5.Atención a los trabajadores
- 9.2.6.Atención al anciano
- 9.2.7.Atención al paciente inmovilizado
- 9.2.8.Atención al paciente terminal, al duelo y a la cuidadora / cuidador
- 9.2.9.Atención a las situaciones de riesgo familiar y social
 - Exclusión social
 - Discapacitados
 - Violencia familiar
- 9.2.10.Aspectos comunes

10. CONTENIDOS FORMATIVOS DEL ÁREA DOCENTE DE COMPETENCIAS EN RELACIÓN A LA FAMILIA

11. CONTENIDOS FORMATIVOS DEL ÁREA DOCENTE DE COMPETENCIAS EN RELACIÓN A LA COMUNIDAD

12. CONTENIDOS FORMATIVOS DEL ÁREA DOCENTE DE COMPETENCIAS EN RELACIÓN CON LA FORMACIÓN, DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN

13. LOS RESPONSABLES DE LA DOCENCIA, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA FORMATIVO

- 13.1.El Tutor y sus relaciones con el residente y la administración
- 13.2.El Tutor Hospitalario.
- 13.3.El Colaborador Docente y el Técnico en salud pública
- 13.4.El Coordinador de la Unidad Docente
- 13.5.La Comisión Asesora

14. LA EVALUACIÓN

- 14.1. Plan evaluativo global de la U.D.
- 14.2. Evaluación de los médicos residentes
- 14.3. Evaluación de la estructura docente

15. LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD

16. BIBLIOGRAFIA Y RECURSOS DE INTERNET

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 conecedor 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 yatrogenia 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 la 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 docente 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 irreplicable 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

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

2. 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 a los que no puede ser ajeno el Médico de Familia y frente a los que su función en el conjunto social no solo 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, aprendedores y asimilatorios 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 y 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.

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 período 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 y
- 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...

El Médico de Familia tiene que desarrollar, con absoluto respeto a los derechos de intimidad, confidencialidad y autonomía del paciente, las suficientes habilidades 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 residente deberá ver a la familia como un sistema, incorporar la entrevista familiar, realizar e interpretar el genograma, conocer los ciclos vitales de la familia, la transición de las

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 licitos intereses particulares se antepongan a las necesidades de la población 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 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 a 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

3.2 SU FLEXIBILIDAD

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

- 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 estas 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 solo 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).
- 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 solo 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 A REALIZAR 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

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 realizarse 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 (ONGs, 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).

3.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

3.1 SU VINCULACIÓN CON EL PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO 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.

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 siguientes niveles de prioridad y responsabilidad:

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 figura en un anexo aparte. 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.

4.- 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 coetáneo 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. Creación de un marco referencial.
 - Clase unidireccional clásica.
 - Clase participativa.
- Se debe, en la medida de lo posible, favorecer la clase participativa.

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

- **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 inmóvilizado. 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 esta área.

- **El apartado 11 del programa se refiere al Área Docente de competencias relacionadas con la comunidad.**

- Objetivos y actividades docentes en relación con esta 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.

6.- 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 considerara que progresivamente deben adaptarse los planes individuales de formación.

- 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 maniquíes
 - Con programas informatizados (simuladores)
 - Con proyectos educativos

5.- LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA FORMATIVO Y SU ESTRUCTURA

5.1. 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 a realizar 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 a 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.

5.2. 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 docentes 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:**

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 complementen y consolide el autoaprendizaje dirigido y el aprendizaje de campo. Las áreas que tradicionalmente se desarrollan con el apoyo de clases y talleres son las presentadas en la tabla adjunta

COMPETENCIAS NO CLÍNICAS	COMPETENCIAS CLÍNICAS
Introducción a la Medicina Familiar y Comunitaria	Urgencias. Soporte vital básico y avanzado. Atención al paciente politraumatizado
Gestión de la atención (la gestión clínica, el trabajo en equipo, la gestión y organización de la actividad, los sistemas de información, la gestión de la calidad, la responsabilidad civil y médico-legal)	Inmovilizaciones
Educación para la salud	Cirugía Menor
Atención domiciliaria	Drogodependencias
Metodología de la atención a la familia	Infiltraciones
Metodología de la atención a la comunidad	Fisioterapia
Planificación y programación en Atención Primaria	Electrocardiografía básica
Biética	Radiología básica
Informática	Salud Mental
Sociología de la salud	ORL
Epidemiología, estadística y demografía	Oftalmología
Metodología de la prevención	Atención a grupos poblacionales y con factores de riesgo:
Metodología de la formación	- Anciano
Metodología de la investigación	- Adolescente
La búsqueda bibliográfica y otros servicios elementales de documentación médica	- Mujer
La Medicina basada en las pruebas	- Trabajador
Comunicación. Entrevista clínica. Relación médico-paciente.	Pacientes Inmovilizados en domicilio
Habilidades sociales: abordaje de problemas, resolución de conflictos, negociación, toma de decisiones.	Pacientes terminales. Cuidados paliativos
Oferta de servicios en los centros de salud	Atención a pacientes en riesgo familiar. Violencia doméstica y de género
Razonamiento clínico	Atención a pacientes en riesgo social: inmigrantes

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

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

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.

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 supervisados 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 períodos 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 este 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 períodos 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 NUMERO DE HORAS DE ATENCIÓN CONTINUADA A REALIZAR DURANTE LA RESIDENCIA DISTRIBUIDAS POR ESTANCIAS

	C.S./A.P.	Urgencias hospitalarias	Pediatra	Ginecología	Traumatología	Médico-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 2º y 3º año, queda abierta a combinarse con las rotaciones por las especialidades durante esos dos años.

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

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.

8.- 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 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 el tiempo y los recursos adecuadamente.

NOTA IMPORTANTE:

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

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES	
PRIORIDAD I:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conectar adecuadamente con el paciente y/o su familia ➤ Facilitar la disposición del paciente y/o su familia a proporcionar información diagnóstica ➤ Averiguar la naturaleza y la historia del problema/s de salud del paciente ➤ Indagar por la información relevante de las vertientes biológica, psicológica y social de los problemas de salud ➤ Percatarse de la información que se ha obtenido de las vertientes biológica, psicológica y social de los problemas de salud ➤ Generar y comprobar múltiples hipótesis a lo largo de la entrevista con el paciente y/o su familia ➤ Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende la naturaleza del problema ➤ Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende el proceso y los estudios diagnósticos recomendados ➤ Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende las medidas terapéuticas pertinentes ➤ Llegar a un acuerdo con el paciente y/o su familia sobre el/los problema/s, el proceso diagnóstico y las medidas terapéuticas ➤ Promover la disposición del paciente y/o su familia a aceptar el plan de tratamiento. Negociar cuando sea preciso ➤ Aliviar el sufrimiento físico y psicológico del paciente y/o su familia ➤ Asegurar la satisfacción del paciente y/o su familia ➤ Asegurar la satisfacción del médico
PRIORIDAD II:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 paralingüaje ➤ Conocer los tipos y componentes esenciales de la comunicación no verbal ➤ 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 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Niños ✓ Adolescentes ✓ Ancianos ➤ 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 ➤ Obteniendo la información relevante <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 facilidades, 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 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Demostrando un comportamiento no verbal adecuado: contacto visual-facial, postura y posición, movimientos, expresión facial, uso de la voz ✓ Utilizando la historia clínica, el ordenador, los informes, recetas, etc. sin interferir en el diálogo o la conexión ✓ Legitimando y aceptando el punto de vista del paciente y/o su familia sin juzgarlo ✓ Mostrando empatía y ofreciendo apoyo ✓ Tratando con sensibilidad los temas embarazosos, los motivos de sufrimiento y la exploración física ✓ Demostrando un interés genuino por el paciente ➤ Acompañar adecuadamente la exploración física

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 ✓ Previniendo 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:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los pacientes de culturas diferentes a la del médico ➤ Conocer y manejar las habilidades específicas de la 'Entrevista Motivacional' <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Principios éticos y consentimiento informado

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

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES	
<p>➤ 1. CONOCER LOS FUNDAMENTOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA TOMA DE DECISIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>PRIORIDAD I:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diferenciar las características especiales de la toma de decisiones en Medicina de Familia: gran accesibilidad, enfermedad influenciada 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 <p>PRIORIDAD II:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	
<p>➤ 2. APLICAR LOS PRINCIPIOS DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO A LOS PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA</p> <p>PRIORIDAD I:</p> <ul style="list-style-type: none"> Valorar la importancia de utilizar de forma habitual las etapas previas del proceso diagnóstico: descartar patología grave, analizar por qué ocurre en este momento, descubrir el significado de los síntomas para el paciente y si existe algún otro factor presente Incluir de forma rutinaria en la práctica las distintas etapas del proceso diagnóstico: presentación de síntomas, formación temprana de hipótesis, diagnóstico diferencial, diagnóstico de la enfermedad, explicación de la enfermedad Identificar los problemas del paciente y orientar posibles hipótesis que describan y expliquen su realidad Decidir qué exploración realizar y con qué objetivos Utilizar guías de práctica clínica para la atención de problemas importantes, ya sea por su frecuencia o por su trascendencia Interpretar la dolencia en términos de su propio contexto médico, incluyendo en el razonamiento clínico las expectativas y preocupaciones del paciente y las repercusiones del problema en su vida Relacionar la investigación de síntomas con el clima de la entrevista, las técnicas comunicacionales (en especial, de apoyo narrativo) y el enfoque centrado en el paciente Considerar el examen clínico como una herramienta más eficaz que la evaluación de laboratorio en el proceso diagnóstico Reconocer los límites de su competencia y responsabilidad, identificando las situaciones clínicas que requieren ser consultadas y/o derivadas al segundo nivel <p>PRIORIDAD II:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 Estandarizar los niveles de variabilidad en la observación clínica y utilizar los distintos métodos para reducir, 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 	
<p>➤ 3. SABER MANEJAR EN LA PRÁCTICA LAS CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</p> <p>PRIORIDAD I:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>PRIORIDAD II:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conocer y emplear el análisis de decisiones en la resolución de determinados problemas clínicos, utilizando árboles de decisión y aplicándoles el análisis de sensibilidad, los conceptos de utilidad, umbral de la prueba, etc. Conocer los posibles efectos secundarios de añadir una prueba más: redundancia, efecto cascada, etc. Conocer los fundamentos teóricos de las curvas de característica operacionales (ROC) Analizar en guías de práctica clínica las características de las pruebas utilizadas, así como las probabilidades preprueba y postprueba 	
<p>➤ 4. ELABORAR UN PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD</p> <p>PRIORIDAD I:</p> <ul style="list-style-type: none"> Analizar cómo influyen en la elaboración del pronóstico las características especiales de la toma de decisiones en Medicina de Familia, en especial la enfermedad influenciada 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 <p>PRIORIDAD II:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conocer las características de los estudios pronósticos, valorando su idoneidad en los problemas presentados en Atención Primaria 	

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.

8.3.1 LA GESTION CLINICA

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

OBJETIVOS

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

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES</p> <p>PRIORIDAD I)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento de las bases conceptuales de la gestión clínica: la variabilidad de la práctica clínica y las estrategias para gestionarla ➤ Conocimiento de la MBE como instrumento para la gestión clínica: guías de práctica clínica. ➤ 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. ➤ Conocimiento del método clínico y la gestión clínica centrada en el paciente. ➤ Conocimiento teórico y habilidades para el uso adecuado de las pruebas diagnósticas. ➤ Conocimiento de las bases teóricas de la gestión farmacéutica y habilidades para la prescripción farmacéutica racional. ➤ Conocimiento y habilidades para la gestión de la IT en la consulta. <p>PRIORIDAD II)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento MBE como instrumento para la gestión clínica: toma de decisiones, evaluación de la práctica ➤ Habilidades para desarrollar guías de práctica clínica ➤ Conocimiento y habilidades para la valoración de pruebas diagnósticas ➤ Conocimiento de la utilidad del análisis coste-efectividad ➤ Conocimiento teórico y habilidades prácticas para el desarrollo de estudios de utilización de medicamentos <p>PRIORIDAD III)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Habilidad para el desarrollo de estudios de análisis coste-efectividad ➤ Habilidad para la gestión clínica ➤ Habilidad para la MBE centrada en el paciente 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>

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
<p>CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la longitudinalidad y la continuidad de cuidados como un valor añadido en la elaboración del pronóstico <p>➤ 5. DECIDIR UN PLAN DE ACTUACIÓN ADECUADO AL PROBLEMA PRESENTADO Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE</p> <p>PRIORIDAD I:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar las distintas opciones del plan de actuación: derivación, nuevas pruebas, espera terapéutica, etc • Identificar el objetivo último del tratamiento: curación, prevenir una recidiva, limitar el deterioro estructural o funcional, prevenir complicaciones posteriores, remediar la molestia actual, brindar seguridad, dejar morir con dignidad • Considerar, al seleccionar, el tratamiento y sus objetivos, la enfermedad, el síndrome y la situación social, psicológica y económica en que se halla el paciente • Explicar claramente y acordar con el paciente y su familia las medidas diagnósticas y de intervención a adoptar • Considerar la importancia de prevenir las RAM (reacciones adversas a medicamentos) así como de su seguimiento (fármaco vigilancia) <p>PRIORIDAD II:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>➤ 6. CONSEGUIR UNA ADECUADA ADHERENCIA AL PLAN DE ACTUACIÓN ACORDADO</p> <p>PRIORIDAD I:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>PRIORIDAD II:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer y utilizar los distintos métodos de valoración del cumplimiento <p>* En esta ficha se elimina la columna de nivel de responsabilidad por considerarse en todos los casos primario.</p>

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.).

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	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento de las características generales de un Sistema de Información Sanitario (SIS), sus principios básicos y sus limitaciones ➤ Conocimiento y manejo de la historia clínica en cualquier soporte ➤ Conocimiento y manejo de otros sistemas de registro de uso habitual en Atención Primaria ➤ 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 ➤ Conocimiento de los indicadores de uso más frecuente en Atención Primaria ➤ Capacidad para interpretar los indicadores de uso más frecuente en Atención Primaria 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
PRIORIDAD II	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacidad para la definición de un SIS adecuado y factible para un entorno concreto ➤ Conocimiento de las distintas aplicaciones informáticas para la informatización de la Atención Primaria 	<p>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p>
PRIORIDAD III	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacidad para el diseño de planes y programas (de formación, atención y gestión) con sus sistemas de información y de evaluación ➤ Conocimiento de las bases teóricas y metodología práctica para la informatización de un EAP 	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES	
PRIORIDAD I	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento de los fundamentos teóricos del trabajo en equipo ➤ Conocimiento de los fundamentos teóricos de la negociación como instrumento para la gestión de conflictos 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
PRIORIDAD II	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
PRIORIDAD III	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo práctico de reuniones 	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>

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	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
PRIORIDAD II	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 	<p>PRIMARIO/SECUND.</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
PRIORIDAD III	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento de las bases de la organización de la unidad de atención al usuario del EAP 	<p>PRIMARIO/SECUND.</p>

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

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

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

9.1. ABORDAJE DE NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD.

9.1.1. FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADOS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
PRIORIDAD I:	PRIMARIO PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y saber realizar las actividades preventivas en población general ➤ Conocer y saber realizar las actividades preventivas en pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo cardiovascular • Cardiopatía isquémica • Insuficiencia cardíaca • Pacientes en riesgo de endocarditis bacteriana ➤ Manejo diagnóstico de los siguientes problemas: <ul style="list-style-type: none"> • Disnea • Dolor torácico • Cianosis • Palpitaciones • Síncope • Soplo cardíaco • Edemas ➤ Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatía isquémica • Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) • Fibrilación auricular • Insuficiencia venosa crónica • Patología arterial periférica ➤ Manejo diagnóstico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Otras arritmias cardíacas • Valvulopatía • Miocardiopatía • Endocarditis bacteriana • Patología de grandes arterias: aneurisma de aorta, etc. ➤ Saber hacer e interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • ECG • Técnicas Doppler • El cálculo del riesgo cardiovascular ➤ Conocer las indicaciones y saber interpretar la radiología torácica simple ➤ Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Ecocardiografía • Prueba de esfuerzo • Holter • Ecografía, Tomografía ➤ Conocer las indicaciones de marcapasos ➤ Manejo del paciente en situación de urgencia: <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome coronario agudo • Parada cardiorrespiratoria • Insuficiencia cardíaca aguda • Arritmias cardíacas • Pericarditis aguda • Trombosis venosa profunda • Tumor embolismo pulmonar • Obstrucción arterial periférica aguda/disección aórtica ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente con patología cardiovascular crónica ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente afecto de insuficiencia cardíaca en fase avanzada 	PRIMARIO / SECUNDARIO
PRIORIDAD II:	PRIMARIO / SECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación cardíaca • Estudio de familiares de pacientes con miocardiopatía hipertrófica ➤ Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de diagnóstico por radioisótopos • Arteriografía/ flebografía ➤ Saber hacer el control de tratamiento con dicumarínicos ➤ Conocer las indicaciones de tratamiento trombolítico y de revascularización en el síndrome coronario agudo 	PRIMARIO / SECUNDARIO
PRIORIDAD III:	PRIMARIO / SECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer las indicaciones de cirugía en valvulopatías 	TERCIARIO

"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

9.1.5.3. PROBLEMAS TIROIDEOS

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer las actividades preventivas: <ul style="list-style-type: none"> • Cribado de hipotiroidismo congénito • Corrección 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 • Tiroditis de Hashimoto • Otras tiroditis • 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 mixodematoso ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente tiroideo crónico o diagnosticado de cáncer <p>PRIORIDAD II:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer las indicaciones de los siguientes procedimientos diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • TAC/RNM en el estudio de patología tiroidea 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO</p> <p>TERCIARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO SECUNDARIO SECUNDARIO TERCIARIO</p> <p>TERCIARIO TERCIARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/TERCIARIO</p>

9.1.5.2. OBESIDAD

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y realizar: <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la obesidad • Detección de la obesidad • Prevención de las posibles complicaciones de la obesidad: DM ➤ 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 ➤ Saber manejar: <ul style="list-style-type: none"> • Tablas de talla y peso • Medida del pliegue cutáneo • Índice de masa corporal • Índice cintura-cadera ➤ Manejo diagnóstico y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Obesidad androide y gnoide. Valoración de su riesgo cardiovascular • Obesidad secundaria • Obesidad mórbida o maligna ➤ Conocer las indicaciones y saber interpretar: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio ➤ Manejo terapéutico: <ul style="list-style-type: none"> • Valoración del paciente obeso androide y gnoide • Ser competente para negociar con el paciente las recomendaciones sobre estilos de vida y el tratamiento individualizado que mejor se adecuen a cada paciente en concreto, con especial atención al seguimiento de éstas • Establecer los objetivos a alcanzar, la periodicidad de las visitas y los parámetros clínicos a controlar • Conocer ampliamente las diferentes dietas hipocalóricas • Indicaciones y contraindicación de los grupos farmacológicos, así como de sus efectos secundarios y dosificación • Complicaciones crónicas de la obesidad ➤ Abordaje familiar y psicosocial del paciente obeso <p>PRIORIDAD II</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Educación para la salud en grupos <p>PRIORIDAD III</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Abordaje e intervención familiar en el paciente con obesidad mórbida 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</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:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y aplicar las medidas preventivas de los trastornos de salud mental ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica psicopatológica • Tests psicológicos básicos ➤ Manejo diagnóstico y terapéutico: <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo • Trastorno por ansiedad ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo de: <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del comportamiento • Trastornos de la alimentación • Trastornos de la autoimagen • Trastornos sexuales • Trastorno psicótico, con énfasis en la detección precoz y activa ➤ Saber utilizar las estrategias terapéuticas básicas: <ul style="list-style-type: none"> • Terapias de apoyo • Técnicas de contención terapéutica • Psicofármacos • Interconsulta ➤ Atención a las situaciones urgentes en salud mental: <ul style="list-style-type: none"> • Intentos de autolisis • Agitación psicomotriz • Crisis psicótica • Cuadro de manía e hipomanía 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/ SECUNDARIO</p> <p>TERCIARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber entender las emociones y conflictos psicológicos de las personas con problemas de salud ➤ Saber realizar un correcto abordaje familiar y psicosocial ante situaciones especiales: síndrome depresivo, demencias, enfermos terminales, duelo, incapacidades severas, etc. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
PRIORIDAD II:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo preventivo de situaciones de riesgo ligadas a las principales etapas vitales: adolescencia, maternidad, menopausia, envejecimiento y jubilación ➤ Manejo diagnóstico y terapéutico de situaciones conflictivas en Atención Primaria con relación a la salud mental: pacientes somatizadores, hiperrecurrentes, reivindicativos, agresivos, renistas, etc. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
PRIORIDAD III:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer la indicación y saber poner en práctica técnicas terapéuticas más especializadas: terapias cognitivas, grupos de autoayuda, etc. ➤ Intervención familiar en situaciones especiales: paciente psicótico, trastornos del comportamiento alimentario 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>

9.1.5.4 OTROS PROBLEMAS ENDOCRINOLÓGICOS

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

9.1.8. PROBLEMAS HEMATOLÓGICOS

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

9.1.7. PROBLEMAS DEL SISTEMA NERVIOSO

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADOS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>PRIORIDAD I:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y aplicar las actividades preventivas de los factores de riesgo cardiovascular ➤ Saber hacer: <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: <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 ➤ Manejo diagnóstico, control evolutivo y/o criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Temblor (esencial, enfermedad de Parkinson, secundario a otras enfermedades neurológicas) • Epilepsia • Infecciones del SNC: meningitis, encefalitis • Alteraciones del nivel de conciencia: coma ➤ Sospecha diagnóstica y criterios de derivación de: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad desmielinizante • Tumor cerebral • Enfermedad neuromuscular ➤ Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Neuroimagen (TAC, RNM, PET) • Electroencefalograma • Electromiograma ➤ Manejo terapéutico de: <ul style="list-style-type: none"> • Temblor esencial e inducido por fármacos • Contactos del paciente con meningitis ➤ Abordaje familiar y psicosocial de los pacientes con enfermedades neurológicas crónicas y/o degenerativas <p>PRIORIDAD II:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo terapéutico de: <ul style="list-style-type: none"> • Parkinson • Epilepsia ➤ Manejo diagnóstico de: <ul style="list-style-type: none"> • Otros trastornos del movimiento y de la marcha ➤ Fisiología del enfermo vascular ➤ Saber realizar grupos de soporte al cuidador del paciente con demencia <p>PRIORIDAD III:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Punción lumbar ➤ Intervención familiar en familias con enfermedades neurológicas crónicas y/o degenerativas en crisis. 	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO TERCIARIO PRIMARIO SECUNDARIO TERCIARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>SECUNDARIO SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO</p> <p>TERCIARIO PRIMARIO/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, entropión y ectropión • 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/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO PRIMARIO SECUNDARIO</p> <p>TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO TERCIARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>TERCIARIO TERCIARIO PRIMARIO/TERCIARIO TERCIARIO SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>SECUNDARIO/TERCIARIO SECUNDARIO/TERCIARIO SECUNDARIO/TERCIARIO</p> <p>TERCIARIO SECUNDARIO/TERCIARIO</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 • Epilepsias y escleritis • Uveítis anterior 	<p>PRIMARIO</p> <p>SECUNDARIO/TERCIARIO 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 SECUNDARIO/TERCIARIO</p>

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 • Delirio de la audición: anciano, trabajador ➤ Manejo diagnóstico y terapéutico de: <ul style="list-style-type: none"> • Otitis y otitis • Hipoacusia • Trastornos de la voz • Parálisis facial periférica • Obstrucción nasal • Trastornos del gusto y del olfato • Acúfenos • Síndrome vertiginoso • Insuficiencia respiratoria nasal ➤ Manejo diagnóstico y control evolutivo de: <ul style="list-style-type: none"> • Tumores otorrinolaringológicos ➤ Saber hacer: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis y exploración física otorrinológica • Otorrinoscopia • 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: otomastoma, 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 / TERCARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/TERCIARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO</p> <p>SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO</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>SECUNDARIO SECUNDARIO 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 SECUNDARIO</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

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

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 MENTAL	CENTRO DE SALUD* CENTRO DE SALUD MENTAL* URGENCIAS Y EMERGENCIAS*	* Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 3 meses
PROBLEMAS DEL SISTEMA NERVIOSO	CENTRO DE SALUD* MEDICINA INTERNA* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* NEUROLOGÍA** CENTROS SOCIO-SANITARIOS**	* Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes
PROBLEMAS HEMATOLÓGICOS	CENTRO DE SALUD* MEDICINA INTERNA* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* HEMATOLOGÍA**	* Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes
PROBLEMAS DE LA PIEL	CENTRO DE SALUD* DERMATOLOGÍA** URGENCIAS Y EMERGENCIAS*	* Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1-2 meses
TRAUMATISMOS, ACCIDENTES E INTOXICACIONES	CENTRO DE SALUD* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* REHABILITACIÓN**	* Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes
PROBLEMAS DE LA FUNCIÓN RENAL Y DE LAS VIAS URINARIAS	CENTRO DE SALUD* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* UROLOGÍA**	* Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes

PROBLEMAS ESQUELÉTICOS	MÚSCULO-TRAUMATOLOGÍA O REHABILITACIÓN**	CENTRO DE SALUD* REUMATOLOGÍA** TRAUMATOLOGÍA** TRAUMATOLOGÍA** REHABILITACIÓN**	* Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1-2 meses
PROBLEMAS DE OÍDOS	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	URGENCIAS Y EMERGENCIAS*	CENTRO DE SALUD* URGENCIAS Y EMERGENCIAS* OFTALMOLOGÍA**	* Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1 mes
CONDUCTAS DE RIESGO	URGENCIAS Y EMERGENCIAS*	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*	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.

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 psico-social del niño con patologías crónicas

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES</p> <p>PRIORIDAD I:</p> <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 ➢ 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 abdomenalgia, la enuresis/encopresis, los trastornos alimentarios y nutricionales, trastornos del comportamiento, cefaleas, anemia, alergia, asma, las convulsiones ➢ 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 	<p>PRIMARIA</p> <p>PRIMARIA</p> <p>PRIMARIA</p>

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: delirio, agitación, síndrome confusional, incontinencia urinaria, inestabilidad y caídas, involuimiento y sus consecuencias, desnutrición y malnutrición, alteración de la visión y audición > Conocer qué actividades de promoción y prevención se recomiendan claramente en población anciana (tabaco, ejercicio, alimentación, accidentes, vacunación antigripal y polivalente, HTA, ...) y otras enfermedades pero con menos evidencia (osteoporosis, hipertensión, déficit visual y auditivo, incontinencia...) > Adquirir habilidades en la entrevista clínica con las personas mayores > Saber realizar en la consulta la correcta realización y registro de las actividades preventivas recomendadas > Aplicar correctamente métodos de cribado en las principales actividades preventivas recomendadas > Conocer las características de la Valoración Geriátrica Global en Atención Primaria y el contenido básico de cada área que la integran (físico-funcional, mental, y social) > Conocer y aplicar algunas de las escalas más empleadas en la valoración geriátrica: MFC de Lobo, Pfeiffer, Índice de Katz y de Barthel, la Escala Geriátrica de Depresión, entre otros > Conocer los recursos sociales más inmediatos de que disponemos para este sector de población: teleasistencia, asistencia domiciliar, institucionalización, etc. > Conocer la dinámica y mecanismos iniciales para usar los recursos sociales (a dónde derivar, etc.) > Diferenciar las intervenciones en calidad y cantidad de acuerdo a las características personales, del proceso, y de los objetivos marcados > Conocer el contenido del área de Geriatria incluido en los diferentes servicios a ofertar por Atención Primaria > Conocer y aplicar aspectos elementales de farmacoterapia, polifarmacia y yatrogenia en las personas mayores > 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 transición y en las familias con personas mayores con enfermedades crónicas incapacitantes	PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO SECUNDARIO/TERCIARIO PRIMARIO
PRIORIDAD II: > 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	PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO
PRIORIDAD III: > 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	SECUNDARIO/TERCIARIO 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 > Conocer e identificar la interacción básica de las condiciones del trabajo y la Salud, respecto a los factores de riesgo en sus diferentes categorías, características individuales y daños derivados > Conceptos de enfermedad profesional, accidente de trabajo y enfermedades relacionadas con el Trabajo > La incapacidad temporal y permanente: <ul style="list-style-type: none"> • Concepto, clasificación, plazos y normativa actual • Repercusión laboral, económica, indicadores > Conocer y realizar la historia clínico-laboral del trabajador, e incorporarla a la actividad diaria. <ul style="list-style-type: none"> • Conocer e identificar riesgos actuales o pasados. Tiempos de exposición en actividades previas y actuales 	PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO 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 > 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 	SECUNDARIO/TERCIARIO

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.

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 ** 1mes (optativo)
ATENCIÓN AL ANCIANO	CENTRO DE SALUD* RECURSOS ASISTENCIALES ESPECÍFICOS**	* Durante todo el tiempo previsto para esa estancia, compartido con otras actividades ** 1mes (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 ** 1mes (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.

9.2.9.3. VIOLENCIA FAMILIAR OBJETIVOS

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

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

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADOS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p>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 al 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/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>

10.- CONTENIDOS FORMATIVOS DEL AREA DOCENTE DE COMPETENCIAS EN RELACION 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 distorsión 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. Considerar la 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
PRIORIDAD I:		
➤	Conocer los factores que intervienen en la génesis de los problemas psicosociales	PRIMARIO
➤	Reconocer las diferentes variables que influyen en el proceso de salud/enfermedad	PRIMARIO
➤	Establecer los distintos niveles de atención	PRIMARIO
➤	Identificar la forma en que la familia es fuente de recursos y fuente de problemas	PRIMARIO
➤	Entender a la familia como un sistema y utilizar el modelo sistémico para abordar familias	PRIMARIO
➤	Reconocer la configuración de la estructura familiar	PRIMARIO
➤	Incorporar a la práctica clínica herramientas de exploración familiar: <ul style="list-style-type: none"> • Construir e interpretar geneogramas • 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 	PRIMARIO
➤	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 	PRIMARIO
➤	Identificar el momento del ciclo vital familiar para comprobar la adaptación de la familia en 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 	PRIMARIO
➤	Identificar roles, funciones, reglas y rituales familiares	PRIMARIO
➤	Diseñar estrategias de asesoramiento familiar anticipado	PRIMARIO
➤	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 	PRIMARIO
➤	Establecer una relación a largo plazo con el paciente y su familia	PRIMARIO
➤	Aceptar que las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad	PRIMARIO
➤	Compartir la responsabilidad de la asistencia con el paciente y la familia	PRIMARIO
➤	Tomar conciencia de que nuestros propios valores personales y culturales pueden interferir en la asistencia a pacientes y familiares con diferente sistema de creencias	PRIMARIO
➤	Mostrar respeto incondicional al paciente y su familia como personas y grupo que toma decisiones propias	PRIMARIO
➤	Comprometarse con la forma en que los pacientes y sus familias expresan su sufrimiento	PRIMARIO
PRIORIDAD II:		
➤	Conocer el modelo ecológico	PRIMARIO
➤	Evaluar las fronteras externas de la familia, las fronteras entre subsistemas y las fronteras individuales	PRIMARIO
➤	Identificar quién es el miembro que enferma con más frecuencia	PRIMARIO
➤	Focalizar la atención en el paciente dentro del contexto familiar	PRIMARIO

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 concebirlos 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:	
➤ 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
➤ 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/SECUNDARIO
➤ 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

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
➤ Interpretar la disfunción individual como sintomática de la disfunción familiar	PRIMARIO
➤ Percibir a la familia como un sistema interactivo	PRIMARIO
➤ Valorar la capacidad del sistema familiar para crear un equilibrio flexible entre estabilidad y cambio	PRIMARIO
➤ Comprender los axiomas básicos acerca del proceso de comunicación	PRIMARIO
➤ Considerar comunicación "funcional" dentro de la familia aquella en la que existe una diferencia mínima entre los sentimientos manifestados y los mensajes comunicados	PRIMARIO
➤ Reconocer y percibir la triangulación como una forma anómala de comunicación	PRIMARIO
➤ Favorecer la comunicación directa y asertiva, que permita la negociación y resolución de problemas, entre los diferentes miembros del sistema familiar	PRIMARIO
➤ Promover la expresión de sentimientos que permitan aliviar el conflicto, la confrontación y la disputa	PRIMARIO
➤ Valorar de forma operativa y junto con la familia, los problemas, recursos y planes de actuación	PRIMARIO
➤ Colaborar con el paciente y su familia en la identificación de los problemas, detección de los recursos y puesta en marcha de los planes de actuación	PRIMARIO
➤ Construir e interpretar un eco-mapa	PRIMARIO
➤ Evaluación de la evolución de los problemas detectados	PRIMARIO
➤ Conducir una entrevista familiar en:	
• Pacientes con ansiedad o depresión	
• Disfunciones de pareja	
• Problemas de comportamiento en niños y dificultades con adolescentes	
• Somatizadores	
PRIORIDAD III:	
➤ Asegurar la coordinación y continuidad de la atención a los pacientes y sus familiares que precisen de Terapia Familiar	SECUNDARIO
➤ Colaborar con otros profesionales con los que esté en tratamiento algún miembro de la familia	SECUNDARIO
➤ Apoyar a la familia en sus necesidades cuando está recibiendo tratamiento especializado	SECUNDARIO
➤ Distinguir entre queja y demanda de atención médica por parte de la familia	SECUNDARIO
➤ Conseguir que los objetivos queden expresados en frases afirmativas que expliquen conductas a seguir	SECUNDARIO
➤ Identificar los comportamientos de la familia que resulten adecuados para que no se planteen los problemas que se están tratando (excepciones)	SECUNDARIO
➤ Si no es posible, buscar el denominador común de los comportamientos que se hayan realizado hasta la fecha intentando resolver el problema del que se trate (denominadores comunes)	SECUNDARIO
➤ Elaborar prescripciones orientadas a hacer más de lo que ya resuelve el problema para ampliar mejoras	SECUNDARIO
➤ 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

11.- CONTENIDOS FORMATIVOS DEL AREA DOCENTE DE COMPETENCIAS EN RELACION 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, formando 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

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

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 estadíos 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 estadíos 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 estadíos 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.

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 período 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 a 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 período 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.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 	PRIMARIO/SECUNDARIO SECUNDARIO SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO
--	--

13. LOS RESPONSABLES DE LA DOCENCIA, SUPERVISION Y EVALUACION 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 dicen las Comunidades Autónomas en aplicación de lo previsto en dicha Ley, se consideraran 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 tubres 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,

- *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, posters).

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 	PRIMARIO SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO PRIMARIO/SECUNDARIO SECUNDARIO
<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 poster) 	SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO PRIMARIO/SECUNDARIO
<p>PRIORIDAD III:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tener habilidades para la identificación y recuperación de información científica en 	PRIMARIO/SECUNDARIO

- 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 / ADMINISTRACIÓN

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

- 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.

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 ayudarlo 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.

- 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...) siempre que contribuyan en la formación de residentes.

Desde el punto de vista docente corresponde a éstos colaboradores:

- Orientar al residente durante todo la estancia formativa en su Unidad o Servicio
- Supervisar la formación del residente utilizando como herramienta las fichas que figuran en este 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.

- 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 siguientes criterios:

- Realización de un proyecto docente (metodología de la evaluación, tutorización ...) 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.

- 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.

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

- 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,...) 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.

- 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 *feed back*: 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 siguientes áreas:

- *Evaluación de Áreas Formativas/Servicios con los siguientes objetivos*:
 - Estudiar la congruencia de las actividades en relación con los objetivos docentes.
 - Evaluar la calidad de la supervisión.
 - Evaluar la consecución de los objetivos.
 - Evaluar la calidad y la disponibilidad del material y componente clínico.
- *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.

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.

- *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.

15. 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.

16.-BIBLIOGRAFIA Y 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.

A tal fin, se ha elaborado 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

Nota final: La metodología docente, lugar y tiempo de aprendizaje, evaluación y bibliografía recomendada en cada uno de los apartados de este programa, así como la guía bibliográfica y de recursos de internet anexa al mismo, se publican íntegramente en la versión del Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que se contiene en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo www.mscc.es