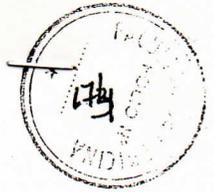




Universidad Nacional del Nordeste  
Facultad de Medicina



**RESOLUCIÓN N° 2484/11-C.D.-  
CORRIENTES, 30 de agosto de 2011.-**

**VISTO:**

El Expte. N° 10-2010-02997, por el cual se tramita la actualización de los Programas de Residencias que se llevan a cabo en el Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín" de esta Ciudad; y

**CONSIDERANDO:**

Que los Programas actualizados corresponden a las Residencias de: Medicina Familiar, Neurocirugía, Clínica Médica, Cardiología, Cirugía General, Anatomía Patológica, Terapia Intensiva y Ortopedia y Traumatología;

Lo que establecen las Cláusulas Cuarta y Quinta del Convenio suscripto oportunamente entre la Universidad Nacional del Nordeste y los Ministerios Provinciales, para la aplicación del "Sistema de Residencias de Salud en el Nordeste Argentino";

Que las mismas cuentan con el V°B° de la Sub Secretaría de Post Grado de esta Casa;

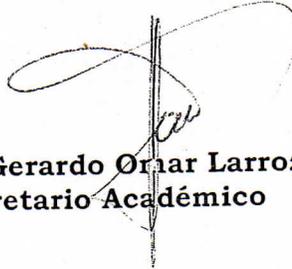
Que las actuaciones fueron analizadas por el Consejo Directivo en su sesión del día 25-08-11, las trató sobre tablas y resolvió aprobar sin objeciones;

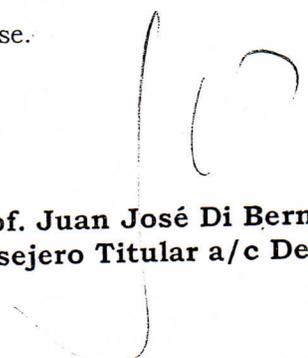
**EL H. CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE  
EN SU SESIÓN DEL DÍA 25-08-11  
RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.-** Aprobar los nuevos Programas de las Residencias que se llevan a cabo en el Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín" de esta Ciudad, que a continuación se mencionan y que corren como Anexo agregados a la presente:

MEDICINA FAMILIAR ✓  
NEUROCIRUGÍA ✓  
CLÍNICA MÉDICA ✓  
CARDIOLOGÍA ✓  
CIRUGÍA GENERAL ✓  
ANATOMÍA PATOLÓGICA ✓  
TERAPIA INTENSIVA ✓  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA ✓

**ARTÍCULO 2°.-** Regístrese, comuníquese y archívese.

  
**Prof. Gerardo Omar Larroza**  
Secretario Académico

  
**Prof. Juan José Di Bernardo**  
Consejero Titular a/c Decanato

min

ES COPIA

  
CORBELLA, ANTONIO de SANTILLANA,  
Director General  
de Organización Administrativa  
FACULTAD DE MEDICINA - U.N.N.E.



**PROGRAMA DE RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**  
**HOSPITAL ESCUELA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNNE 2010**

**Definición:**

La Medicina Familiar es una disciplina científica y académica con su propio contenido educacional en investigación en bases de evidencia y actividad clínica y es una especialidad clínica orientada a la atención primaria.

**Características de la disciplina:**

- a. Es normalmente el punto del primer contacto médico con el sistema de salud independientemente de la edad, sexo u otras características de la persona que consulta.
- b. Utiliza en forma eficiente los recursos de salud a través de un cuidado, trabajando con otros profesionales en los escenarios de atención primaria y manejando las interconsultas con otras especialidades defendiendo al paciente cuando fuera necesario.
- c. Desarrolla un enfoque centrado en la persona, orientado al individuo, su familia y su comunidad.
- d. Tiene un proceso de consulta particular que establece una relación a través del tiempo basada en una efectiva comunicación entre el médico y el paciente.
- e. Es responsable de la provisión del cuidado longitudinal del paciente de acuerdo a sus necesidades.
- f. Tiene un proceso específico de toma de decisiones determinado por la prevalencia y la incidencia de enfermedad en la comunidad.
- g. Maneja simultáneamente problemas agudos y crónicos de los pacientes.
- h. Maneja enfermedades que se presentan en forma indiferenciada por ser detectadas en estadios tempranos y que pueden requerir intervenciones de urgencia.
- i. Promueve la salud y el bienestar por intervenciones apropiadas y efectivas.
- j. Tiene una responsabilidad específica sobre la salud de la comunidad.
- k. Trata con problemas de salud en sus dimensiones físicas, psicológicas, sociales, culturales y existenciales.

(Definición europea 2002- WONCA Europa)

**Competencias del médico de familia:**

1. Manejo de la atención primaria:
  - Manejar el contacto primario con los pacientes tratando con problemas no seleccionados.
  - Cubrir todo el rango de condiciones de salud.
  - Coordinar con otros profesionales en la atención primaria y con otros especialistas.
  - Manejar en forma efectiva y apropiada la administración de los cuidados y la utilización del sistema de salud.
  - Hacer disponible al paciente los servicios apropiados dentro del sistema de salud.
  - Actuar defendiendo al paciente
2. El cuidado centrado en la persona incluye la habilidad de:
  - Adoptar una aproximación centrada en la persona con los pacientes y el problema en el contexto de las circunstancias del paciente.
  - Desarrollar una relación médico-paciente efectiva con el respeto de la autonomía del paciente.
  - Comunicar, determinar prioridades y actuar asociadamente.
  - Proveer continuidad longitudinal del cuidado determinado por la necesidad del paciente y referente a un manejo continuo y coordinado de los cuidados.
3. Habilidades específicas a resolución de problemas que incluyen la capacidad de:
  - Relacionar en los procesos de toma de decisiones a la prevalencia y la incidencia de enfermedades en la comunidad.



- Seleccionar e interpretar información del interrogatorio, examen físico y métodos complementarios y aplicarlos a un adecuado plan de cuidados en colaboración con el paciente.
  - Adoptar principios apropiados de trabajo, por Ej. exámenes complementarios incrementados usando el tiempo como una herramienta y tolerar la incertidumbre.
  - Intervenir en forma urgente cuando es necesario.
  - Manejar condiciones que puedan estar presentes en forma temprana e indiferenciada.
  - Manejar en forma efectiva y eficiente el uso de diagnósticas y terapéuticas.
4. Una aproximación comprensiva incluye la capacidad de:
- Manejar en forma simultánea múltiples padecimientos y patologías agudas y crónicas en el individuo.
  - Promover la salud y el bienestar aplicando estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en forma apropiada.
  - Manejar y coordinar la promoción de la salud, prevención, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación.
5. Orientación a la comunidad incluye la capacidad de:
- Reconciliar las necesidades de salud de los pacientes individuales y de la comunidad en que viven en balance con los recursos disponibles.
6. El enfoque holístico incluye la capacidad de:
- Usar un modelo biopsicosocial que tenga en cuenta dimensiones culturales y existenciales

## INTRODUCCIÓN

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

Por otro lado, vivimos en un país que ha experimentado cambios importantes en los últimos años. Hemos asistido a un incremento en la utilización de los servicios de AP secundario al crecimiento de la población anciana enferma, de las personas con patologías crónicas, de los cambios de la estructura familiar, de los factores ligados a los estilos de vida y al entorno o de las nuevas necesidades y expectativas originadas por los problemas que producen "infelicidad". Pero este aumento también es debido a la mayor calidad y oferta de los servicios, favorecidas éstas por el desarrollo tecnológico y su accesibilidad, con una mejor formación y mayor capacidad resolutoria de los médicos de familia (MF). Todo ello unido a un aumento de la demanda de información, con mayor capacidad de autonomía y de toma de decisiones y con la asunción de responsabilidades por parte de los usuarios. A pesar de ser una especialidad relativamente joven, se ha conseguido su consolidación e implantación generalizada. Ha habido no sólo este gran avance cuantitativo sino también otro cualitativo, con infinidad de revistas, libros, monografías, cursos, talleres, grupos de trabajo, congresos, actividades de investigación y docencia, etc., llevados a cabo por médicos de familia. Este programa revisa todos los contenidos y lo adapta a las necesidades actuales y futuras de la Medicina de Familia y la Atención Primaria. Recoge elementos novedosos e incorpora otros poco desarrollados, así como hace un análisis exhaustivo de todas las áreas docentes. El Programa realiza muchas aportaciones. Se adapta la duración del periodo de rotación a las necesidades requeridas para lograr el nivel de competencia del Médico de Familia, de una forma flexible e individualizada, basada en el perfil profesional, con establecimiento de estándares mínimos, deseables y máximos en los objetivos de aprendizaje y con evaluación de todo el proceso para garantizar su calidad. En él se da un mayor protagonismo a los tutores de los centros de salud, que deben ser

la base de la formación desde el inicio de la residencia y realizar un seguimiento del residente a lo largo de los cuatro años.

Es necesario llevar a cabo, simultáneamente a la puesta en marcha de este Programa, un programa de formación de tutores que nos permita mantener y mejorar su competencia. El Programa desarrolla cinco áreas competenciales: las esenciales (comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y la bioética), las relacionadas con la atención al individuo, las que tienen relación con la atención a la familia, las relacionadas con la atención a la comunidad y las que se relacionan con la formación y la investigación.

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

## JUSTIFICACIÓN

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

Barbara Starfield

La Atención Primaria de Salud, y el Médico de Familia como parte esencial de la misma, se han ido afianzando en todo el país en las últimas décadas. Con la creación de los equipos de Atención Primaria, los especialistas en Medicina Familiar han ido introduciendo cambios importantes en el sistema sanitario: mejor atención clínica, trabajo en equipo, actividades de prevención y promoción de la salud, práctica familiar, intervención comunitaria, incorporación de la docencia, investigación, mejora de calidad y actividades comunitarias, con su correspondiente impacto sobre los objetivos de salud relativos a la efectividad, equidad, eficiencia y también sobre la satisfacción de los usuarios. En los últimos años han aparecido trabajos de ámbito nacional e internacional que muestran claramente las ventajas del Médico de Familia como puerta de entrada al sistema de salud, como profesional con alta capacidad resolutoria de problemas y como coordinador de recursos y de los flujos de pacientes dentro del mismo. En nuestro país, los médicos de familia, dada su pluripotencialidad, se han convertido en una figura codiciada también en el área de las urgencias hospitalarias, en los servicios de emergencias extrahospitalarios y por parte de otras entidades públicas y privadas. En cualquiera de los ámbitos se exige al Médico de Familia, cada día más, un mayor nivel de competencia y capacidad de resolución -tanto por parte de la población como de la propia administración- lo que ha hecho que el anterior Programa Nacional de la Especialidad se haya quedado ligeramente obsoleto, no tanto por la adecuación o no de sus orientaciones, sino por lo limitado de los tiempos en que el aprendizaje exigido debe tener lugar. Entre los múltiples motivos que determinan la revisión y ampliación del actual programa se identifica la necesidad de afianzar los niveles de competencia necesarios para la práctica de la Medicina de Familia dada su extensión, nivel de responsabilidad, globalidad e impacto sobre los niveles de salud; la necesidad de suplir algunas carencias del pregrado por su escasa orientación hacia la Atención Primaria, siendo necesario un tiempo que permita el **cambio de una formación parcelada, biologicista, centrada en la enfermedad, orientada al conocimiento de la teoría y hospitalocentrista**, a una formación bio-psico-social, centrada en las personas, basada en la resolución de problemas y orientada a la comunidad; la necesidad de potenciar áreas de conocimiento propias de las competencias del Médico de Familia y de introducir y profundizar algunas otras. Al mismo tiempo se han ido consolidando las Unidades Docentes de Medicina de

Familia. Éstas han sido capaces de responder al importante crecimiento del número de residentes y de dar respuesta a su formación. El afianzamiento de la Atención Primaria y de nuestra especialidad en el conjunto del Estado Argentino, sugieren la redacción de un programa que tenga en cuenta la nueva situación y adapte los tiempos formativos y los métodos a las nuevas competencias exigidas a los médicos de familia. Siguiendo un modelo expositivo que va desde *lo macro* (marco más global posible) hasta *lo micro* (las experiencias en nuestras Unidades Docentes) repararemos en esos cambios que nos van a dar las claves en las cuales insertar y dimensionar el nuevo programa.

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

En segundo lugar, tal y como ya se ha comentado, recientes artículos objetivan de una manera clara las grandes aportaciones de la organización de los servicios de salud en torno a la Atención Primaria y al Médico de Familia. Barbara Starfield encuentra que aquellos países que cuentan con médicos de familia como puerta de entrada al sistema sanitario presentan un menor uso de medicación, unos costes globales menores, consiguiendo, a pesar de ello, mayores niveles de satisfacción entre los usuarios, y lo más llamativo aún, mejores niveles de salud; en definitiva mejores resultados en términos de efectividad, eficiencia micro y macroeconómica, equidad y satisfacción. Son determinantes importantes de la calidad asistencial la duración de la formación postgraduada, el grado de experiencia con el problema específico en evaluación y el tipo de organización en la que trabaja el médico. Desde hace años se viene demostrando que la Atención Primaria deben proporcionarla médicos bien formados y entrenados en su práctica. Los resultados de diferentes estudios demuestran el impacto de la accesibilidad, la longitudinalidad, la relación médico-paciente y la globalidad sobre los niveles de salud. Se demuestra asimismo que los médicos de familia entrenados en estos aspectos son más efectivos y más eficientes que otros especialistas para la prestación de las funciones propias de la Atención Primaria de salud. Al mismo tiempo se lanzan nuevas propuestas para redefinir el ámbito de la Atención Primaria y de la Medicina de Familia, no en contraposición a las anteriores definiciones, sino como adaptación a las nuevas situaciones. En el momento presente WONCA (Organización Mundial de Colegios y Academias de Médicos de Familia) EUROPA ha ultimado un documento de consenso sobre las competencias básicas del Médico de Familia. La UEMO (Unión Europea de los Médicos Generalistas) ha propuesto al Parlamento Europeo la ampliación a cinco años de la formación de los médicos de familia, equiparándola a países como Austria, Suecia y Dinamarca. En todos los casos comentados, las competencias que se exigen a los médicos de familia son siempre mayores.

Las consideraciones anteriores hay que enmarcarlas en un gran cambio demográfico caracterizado por el envejecimiento de la población, la proliferación de los movimientos migratorios, tanto emigración por motivos de trabajo o turismo, como inmigración por las desigualdades sociales entre los países. Por otra parte, asistimos a un nuevo papel de la familia y a un nuevo marco de relaciones entre las personas, caracterizadas básicamente por un auge del individualismo y la dilución de las clásicas expresiones de apoyo familiar y social. Lo anterior conlleva la aparición de problemas emergentes a los que el Médico de Familia debe dar respuesta, y por tanto capacitarse para ello, sin renunciar a su rol tradicional. Estos problemas emergentes podrían resumirse en: patología relacionada con la movilidad de los individuos y las poblaciones (patología de los viajeros internacionales, patología del inmigrante), aumento de los individuos incapacitados, bien afectos de minusvalías (mayores niveles de supervivencia de trastornos anteriormente fatales a edades tempranas), bien debido a afecciones propias de la edad (enfermedades crónicas); aumentan los individuos que sobreviven como resultado de intervenciones médicas o quirúrgicas complejas, lo que da lugar a nuevos tipos de cuidados y habilidades: pacientes dializados, portadores de prótesis articulares, valvulares, pacientes trasplantados, pacientes anticoagulados, etc. Se multiplican y aparecen conductas adictivas



(nuevas drogas de síntesis, ludopatías, adicción a Internet), que vienen a sumarse a las ya conocidas. Aumentan los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia), las conductas de riesgo, los trastornos adaptativos ante una sociedad en continuo cambio y las personas en riesgo social. Por otra parte aumentan las exigencias por parte de la sociedad, de los pacientes. Cada día se nos exige una mayor capacidad de resolución de problemas, al mismo tiempo que se espera una mayor calidad en las prestaciones. Se nos solicita una mayor y mejor información médica, asesoría sobre información que el propio paciente ha encontrado o le ha sido proporcionada a través de otras vías, bien del mundo sanitario, o en ocasiones también extrasanitario. Asimismo se nos demanda incrementar la capacitación para la autonomía de las personas. Lo anterior exige una adecuada formación en los métodos para mantenerse actualizado, de recuperación de la información relevante y de calidad, así como en la lectura crítica de la misma. Socialmente se nos exige un mejor trato humano, consejo sobre autocuidados, consejo sobre intervenciones preventivas, al tiempo que se multiplican las demandas relacionadas con el bienestar y la estética. La Administración Sanitaria también multiplica sus demandas en torno, principalmente, a una mayor eficiencia en la prestación del servicio (mayor adecuación de las prescripciones, derivaciones, solicitud de pruebas complementarias). Aparecen nuevas formas organizativas y de gestión en las que el Médico de Familia queda envuelto y debe adaptarse. Se informatizan las consultas de Atención Primaria. Los cambios en el medio hospitalario (cirugía de alta precoz, disminución de los días de estancia en el hospital) determinan que el equipo de Atención Primaria deba hacerse cargo de patologías, o determinadas fases de las mismas, que hasta ahora eran atendidos en el hospital. Los cuidados paliativos han venido a sumarse a esta larga lista de tareas a asumir por el Médico de Familia. Por otra parte, en aras de la eficiencia, se trasladan al ámbito de la Atención Primaria algunas técnicas (control del embarazo normal, cirugía menor, inserción de DIU, el control de la anticoagulación oral, el uso del doppler, el uso del ecógrafo), lo que sin duda exige una capacitación específica que demanda unos periodos formativos más largos. También, tal y como se expuso anteriormente, las urgencias y emergencias, tanto Hospitalarias como extrahospitalarias, han devenido un lugar de trabajo en el que el especialista en Medicina de Familia es el especialista preferido por las administraciones públicas y privadas por su pluripotencialidad y alta capacidad resolutoria. El campo de la metodología también se ve afectado por los cambios, no sólo en sus concepciones, sino también en las oportunidades que las nuevas herramientas posibilitan. En el momento presente –sin plantearse como alternativas dicotómicas- se hace un mayor énfasis en el proceso de aprendizaje que en los métodos de enseñanza. También surgen nuevas evidencias en relación al modo como aprenden los adultos y se enfatiza el trabajo individual en torno a una tarea. Además de lo anterior, la constatación de la rápida caducidad del saber médico hace que la enseñanza de los métodos y la adquisición de actitudes y habilidades necesarias para mantenerse actualizado y gestionar la evidencia ganen prioridad en relación con la enseñanza de los contenidos. En cuanto a las herramientas, el acceso a la información a través de diferentes formatos (CD-ROM, vídeos, Internet) posibilita una tutorización a distancia, y exige al discente el manejo de dichas herramientas, de manera que su aprendizaje debe contemplarse en el curriculum del Médico de Familia. Todo lo anterior, más la experiencia cotidiana en nuestras unidades docentes y centros de salud justifica, tal y como se hace en la introducción, la ampliación del Programa de la Especialidad de Medicina Familiar, con el fin de capacitar a los futuros médicos de familia en las exigencias que la nueva situación les depara. Las rotaciones de un mes por Diferentes servicios se hacen cada vez más insuficientes para adquirir la gran cantidad de competencias a dominar en cada una de las disciplinas. Las libranzas post-guardia y la necesidad de introducir las clases, trabajo en grupo y talleres en el horario laboral apoyan la necesidad de ampliar el tiempo de formación. También se hace preciso plantear nuevas estancias como las de cuidados paliativos, geriatría, atención a las drogodependencias, medicina deportiva, rehabilitación o patología vascular, entre otras. Pero no sólo en el área clínica de atención al individuo enfermo se detecta la necesidad de periodos más largos de aprendizaje. La atención a la familia como generadora de conflictos y también como recurso para la salud de sus miembros, el abordaje comunitario de algunos problemas y la salud laboral también nos están exigiendo una mayor capacitación. El mundo de la prevención



nos enfrenta cada día más a sus extraordinarias aportaciones, que por otro lado generan dilemas que debemos aprender a compartir con nuestros pacientes.

La Medicina Basada en la Evidencia nos plantea nuevos retos metodológicos, de manejo de herramientas y de actitud ante nuestros pacientes. La adquisición y mantenimiento de las habilidades de comunicación como herramienta fundamental del Médico de Familia, la exigencia de una medicina más humana, la atención a los problemas éticos derivados de la atención médica, de la relación con la industria farmacéutica, con la Administración Sanitaria, la gestión de la incapacidad laboral, etc., plantean también exigencias de periodos formativos necesariamente más largos, fundamentalmente en el Centro de Salud. La investigación específica en Medicina de Familia, la mejora continua de la calidad, la metodología docente, el trabajo en equipo, la organización de la atención, el conocimiento de la legislación aplicable a la Atención Primaria, son áreas que, dada la limitación actual en cuanto a tiempo disponible, se abordan de una manera incompleta. La especialidad que abarca un campo más amplio de conocimientos y habilidades no puede seguir siendo aquella a la que se reserva un periodo más corto de capacitación, en especial si se tienen en cuenta los importantes retos que se plantean a los futuros médicos de familia. De forma paralela a lo anterior no debe olvidarse que junto a la pertinencia del incremento del tiempo de formación por el impacto que éste tiene sobre los objetivos sanitarios se encuentra su factibilidad legal, económica (que viene dada por el ajuste del número de médicos de familia a formar según las necesidades del sistema sanitario), organizativa y social.

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

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

### **LOS VALORES PROFESIONALES DEL MÉDICO DE FAMILIA**

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

#### **6 compromisos:**

- 1-con las personas
- 2-con la sociedad en general
- 3-con la mejora continua de su trabajo
- 4-con la propia especialidad
- 5-con la formación
- 6-con la ética.

#### **1. Compromiso con las personas**

*El ciudadano es el protagonista* de la atención que prestamos. Nuestras actuaciones, por encima de cualquier otro interés, están encaminadas a la mejora y mantenimiento de su salud. Las personas que atendemos dan sentido a nuestra profesión: nunca nos molestan, sino que

deseamos obtener su confianza para que nos consulten cada vez que lo precisen. Nos interesa mantener y mejorar la salud de las personas. **El mejor Médico de Familia es aquel que más colabora en conseguir unos buenos resultados en la salud de la población que atiende.** *La autonomía del ciudadano que atendemos no es sólo un deber ético, sino un objetivo de salud.* Procuramos dar toda la información necesaria para que el propio paciente decida, con conocimiento y con nuestra colaboración, el curso de la atención que prefiere. Pero, además, la promoción de la autonomía del paciente para autocuidarse es, en sí misma, un objetivo de salud esencial para el Médico de Familia. Utópicamente, perseguimos que nuestros pacientes sean tan autónomos que dejen de necesitarnos. Nuestro fin no es hacernos imprescindibles para los pacientes, sino procurar que aprendan a autocuidarse. **Nos importa cada persona en su conjunto.** Los médicos de familia "no sólo tenemos" casos clínicos, enfermedades o problemas de salud; los médicos de familia "atendemos" a personas con unos determinados problemas y creencias. Estas personas **viven inmersas en un contexto familiar y social que también son objeto de nuestro interés.** Y nos interesan las personas *a lo largo de toda su vida:* desde cuando aún son un proyecto vital (antes del nacimiento) hasta cuando ya dejaron de existir materialmente (después de su muerte), pero permanecen (trascienden) en el contexto en que vivieron. Además **nos interesa todo en la vida de una persona:** no sólo aquello que está publicado en los manuales médicos sino todo aquello que la persona nos refiere y relaciona con su existencia, su salud y su calidad de vida, porque sabemos que la persona es un conjunto indivisible y cualquiera de sus partes o vivencias influye en su salud. Sabemos que cada persona es un ser único, irrepetible; como tal la aceptamos y respetamos y, por ello, la **atendemos de forma personalizada,** con matices distintos a como lo hacemos con otras personas.

## 2. Compromiso social

El Médico de Familia, en su función de puerta de entrada al sistema sanitario, o mejor aún, de agencia de salud de los ciudadanos, tiene una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios. Es conocedor de que el uso inadecuado de un recurso sanitario (un fármaco, una prueba complementaria, una consulta a otro médico, etc.) no sólo representa un riesgo de iatrogenia para el paciente sino también un gasto innecesario que priva al conjunto de la población de otros recursos. Por ello, el Médico de Familia tiene un compromiso social en el **uso eficiente de los recursos sanitarios** y en **evitar activamente la discriminación en el acceso a los servicios de salud.** Como profesional que trabaja en el primer nivel de atención, adquiere el compromiso de **asegurar una atención rápida,** a todos los ciudadanos que lo precisen, evitando la creación de barreras que eviten el acceso a sus servicios o que promuevan el acceso directo a otros servicios más especializados. Para ello se esfuerza en organizar su trabajo y el de sus colaboradores, de tal forma que pueda atender sin demoras las demandas de los ciudadanos. El Médico de Familia **conoce la relevancia de su papel** dentro del sistema sanitario, pero la ejerce con humildad, porque también es conocedor de la pequeña influencia que los médicos tienen sobre la salud. Sabe que la salud viene determinada más por factores sociales y económicos que por el propio sistema sanitario; por ello el Médico de Familia **detecta y colabora en la mejora de las condiciones de vida de la población** a la que atiende.

## 3. Compromiso con la mejora continua

El Médico de Familia es consciente de que **debe tomar sus decisiones sobre la base de las evidencias científicas actualizadas** y por ello reconoce la necesidad de mantener actualizados sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, por lo que se compromete a **formarse de forma continuada,** reconociendo el valor del equipo en que trabaja para ese cometido. Conocedor de sus propias limitaciones y de la posibilidad de cometer errores, busca, y se estimula en **la mejora continua y el compromiso científico** como método para minimizar los errores. El Médico de Familia **no espera tiempos mejores, intenta hacerlos mejores.** Su perfil profesional y su compromiso con la persona, con la sociedad y con la mejora continua

convierten al Médico de Familia en **un profesional necesario para el buen funcionamiento del sistema sanitario.**



#### **4. Compromiso con la propia especialidad**

El Médico de Familia disfruta hasta tal punto de su trabajo cotidiano, que *valora como mérito ejercer como Médico de Familia durante años*. Es consciente de que *“tiene que saber de muchas cosas”* y de que *trabaja continuamente en la incertidumbre*, pero en lugar de considerar estos hechos como limitaciones, los valora como cualidades propias de su especialidad. Es consciente de que socialmente su rol, aunque muy apreciado, es menos reconocido que el de otros especialistas, sin embargo *disfruta de sus capacidades polivalentes y del cotidiano agradecimiento de sus pacientes*. El Médico de Familia *investiga cuestiones pertinentes* que pueden ayudar al desarrollo de la especialidad para ofrecer un mejor servicio a la sociedad. Investiga sobre lo que más útil puede ser para las personas a las que atiende. La investigación es, a su vez, una herramienta de mejora continua y un compromiso social.

#### **5. Compromiso con la formación**

El Médico de Familia está convencido de que su especialidad aún puede mejorar mucho más y, por ello, *aprecia la formación de nuevos residentes*, a los que transmite, sin limitaciones, cuanto sabe (incluidos estos valores). Se siente *orgulloso de contribuir a que los nuevos especialistas sean mejores que él mismo*. El Médico de Familia, como tutor de nuevos profesionales, persigue *ayudarlos a aprender*, acepta de buen grado que en el proceso de enseñar él mismo también aprende. *El residente, Médico de Familia en formación, es responsable de su propio proceso de aprendizaje*, por lo que acepta las limitaciones de su tutor, apreciando especialmente su capacidad para estimularle en el aprendizaje. Ambos saben, y valoran, que el **proceso de enseñar-aprender es bidireccional**: una adecuada colaboración provocará que *ambos aprendan y enseñen al mismo tiempo*.

#### **6. Compromiso ético**

El Médico de Familia es exigente con la Administración Sanitaria y con el resto de actores del sistema sanitario y reivindica su buen funcionamiento, en beneficio de los ciudadanos. Pero no utiliza las limitaciones del sistema sanitario como excusa y sus defectos no le impiden mantener una *actitud ética* irreprochable, basada en los valores descritos, tanto en sus relaciones con los ciudadanos, como con la sociedad en general, con la empresa sanitaria para la que trabaja o con la industria farmacéutica. Y lo hace no sólo en su tarea habitual de consulta sino también en sus tareas docentes e investigadoras. Su compromiso ético se basa, sobre todo, en el **respeto a la autonomía del paciente y a su intimidad** (asegurando la *confidencialidad*), limitados sólo por el principio de *justicia social* (el bien de los demás). En sus actuaciones clínicas, y teniendo en cuenta su ámbito de actuación, *antepone de manera especial el principio de no-maleficencia al de beneficencia del paciente*. Es consciente de sus conflictos de intereses, los hace públicos cuando es necesario y evita que puedan menoscabar la atención a sus pacientes. Es especialmente cuidadoso y honesto en sus relaciones con la industria farmacéutica y en sus tareas de docencia y de investigación, evitando que nunca sus lícitos intereses particulares se antepongan a las necesidades de la población que atiende.

### **PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA**

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

de otros profesionales. Asimismo los componentes del perfil del MF tienen que adaptarse, por un lado, a las necesidades de salud que se identifican en el perfil epidemiológico de la población, y por otro, a su lugar específico de trabajo, la Atención Primaria.

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

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

La principal herramienta del Médico de Familia es su capacidad de comunicación; se hablará más específicamente de ella en la siguiente área. El Médico de Familia atiende habitualmente a personas con problemas de salud poco definidos, en estadios precoces de su historia natural y, a menudo, banales. El MF está capacitado para atender ese tipo de problemas y, sobre todo, tiene la capacidad de razonamiento adecuada para distinguir aquellas situaciones que son más graves. También está capacitado para elaborar, si es pertinente, una orientación diagnóstica más definida a partir de una queja muy indefinida. En el aprendizaje del razonamiento clínico y la toma de decisiones son de gran ayuda los protocolos y guías de práctica clínica; por ello el residente colaborará en su elaboración y aprenderá a usarlos. El MF organiza y realiza su trabajo en el seno de un equipo de profesionales de Atención Primaria, con objetivos compartidos y para un mismo grupo poblacional. El residente de MF aprenderá a trabajar en un equipo de Atención Primaria, identificar y fijar objetivos comunes, establecer normas de funcionamiento interno y mecanismos de coordinación entre los distintos profesionales. Para el correcto desempeño en todas las áreas del trabajo en Atención Primaria, el MF será capaz de organizar adecuadamente el tiempo diario para las diversas funciones a desarrollar, y especialmente organizará eficientemente su consulta. Deberá aprender a hacer un uso racional de las pruebas complementarias para establecer los diagnósticos, de los recursos terapéuticos o de las interconsultas con otros especialistas. En el ámbito de la Atención Primaria, la información es la base para el conocimiento, para establecer diagnósticos y para la toma de decisiones. El MF conocerá y sabrá utilizar los registros y sistemas de información, colaborando en la recogida de información mediante la realización de una correcta historia clínica y aportando datos a los registros sanitarios existentes. Sabrá utilizar las herramientas informáticas necesarias para esta función y cuidará especialmente el uso confidencial de todos los datos. El Médico de Familia deberá estar capacitado para desarrollar acciones de administración y gestión básicas en establecimientos de Atención Primaria, constituyéndose en un referente en su equipo de trabajo. El aprendizaje de la Medicina Basada en Evidencia y la utilización de los recursos de Internet deberán ser una fuente para sus labores en el campo de la gestión clínica. El objetivo principal de nuestra labor como MF es conseguir que los pacientes reciban una asistencia de calidad. El MF aprenderá el marco teórico y las dimensiones de la calidad asistencial, sus herramientas de medición, su estructura, proceso y resultado, lo que le permitirá conocer y mejorar la calidad de su trabajo. Promoverá la implantación de actividades de evaluación y mejora de la calidad, que le facilitarán la toma de decisiones. Conocerá también los instrumentos necesarios para conocer la satisfacción de los usuarios y de los profesionales. Durante el período de formación pre y postgraduada es muy importante que el MF incorpore a su labor profesional los valores y elementos de la bioética. Aprenderá a valorar los aspectos éticos en la relación con el paciente: respeto, intimidad, confidencialidad, autonomía, consentimiento informado. También aprenderá a valorar los aspectos éticos en relación con nuestra práctica profesional: valores que deben ser defendidos y respetados, dilemas, la ética en la prescripción, en la distribución de recursos, etc. Igualmente importante es velar por los aspectos éticos en la relación de los MF con la investigación y con la industria farmacéutica o con otros profesionales sanitarios.

### **2. Atención al individuo.**

El MF es fundamentalmente un buen médico clínico que debe prestar atención a los individuos de forma continuada a lo largo de su vida, tanto en la consulta como en el domicilio, de forma programada, a demanda o urgente, para los problemas agudos y para los crónicos, realizando su



trabajo de forma eficaz y eficiente. Aprenderá a hacer la historia clínica desde una perspectiva que integre los aspectos biológicos, psíquicos y sociales de la salud y la enfermedad. La atención a la globalidad (al conjunto de la persona) y la longitudinalidad (a lo largo de toda la vida) son dos características esenciales del perfil profesional del Médico de Familia. El MF adquirirá las habilidades técnicas para un correcto diagnóstico, mediante el manejo y la valoración de las pruebas diagnósticas disponibles en su medio. Establecerá un plan diagnóstico, terapéutico y de seguimiento, que incluya la realización de un correcto diagnóstico diferencial, una correcta interpretación de las pruebas complementarias o la coordinación de las opiniones de otros especialistas. Para el plan terapéutico elaborará y negociará con el paciente un posible tratamiento no farmacológico y/o farmacológico necesario para la curación y/o rehabilitación de su enfermedad, utilizando correctamente los fármacos u otras terapias accesibles al MF. También aprenderá a establecer un plan de seguimiento, con evaluación de la adherencia al tratamiento y los resultados alcanzados, garantizando la atención continuada y específica en determinadas situaciones como la situación de un discapacitado, un inmovilizado, un enfermo terminal que precisa cuidados paliativos, etc. o también un niño, un adolescente, una mujer o un anciano.

En cada contacto con el paciente, el MF valorará la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción integradas en la práctica asistencial, cuya eficacia y efectividad tengan la necesaria evidencia. Hablamos de medidas de educación para la salud, prevención primaria y de prevención secundaria para los procesos más prevalentes en la población y relacionadas con las enfermedades infectocontagiosas, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la infancia y la adolescencia, la mujer, las personas ancianas. También deberá aprender cuándo debe solicitar la opinión y colaboración de otros especialistas, asumiendo y realizando un cuidado compartido, asesorando y coordinando las evoluciones clínicas del paciente. El MF tiene que desarrollar las suficientes habilidades para la entrevista clínica, encaminada a determinar los problemas de salud, estableciendo un proceso de comunicación adecuado, desarrollando los aspectos específicos de la relación asistencial, delimitando el motivo de la consulta y evaluando el problema del paciente y adquirirá las habilidades de negociación necesarias. El MF aprenderá a desarrollar la capacidad de escucha y empatía necesaria para la correcta interrelación con los usuarios e incorporará los aspectos éticos en la relación con el paciente: respeto, intimidad, confidencialidad, consentimiento o autonomía.

### **3. Atención a la familia:**

La familia tiene una gran importancia en cómo y de qué enferman sus miembros. El MF deberá entender a cada familia como una unidad que debe ser analizada en su composición y funcionalidad, y que actúa a dos niveles sobre las personas, como parte del contexto social en que se desenvuelve la vida y la salud, y como recurso para la salud. El residente deberá ver a la familia como un sistema, incorporar la entrevista familiar, realizar e interpretar el genograma, conocer los ciclos vitales de la familia, la transición de las etapas y los acontecimientos vitales estresantes, evaluándolos y conociendo sus repercusiones. Es importante conocer las herramientas que permiten identificar los recursos familiares, la red social y el apoyo social que tienen las personas y sus familias porque en determinadas situaciones pueden ser necesarios. Deberá ser capaz de identificar las disfunciones familiares, los problemas psicosociales de origen familiar y adquirir habilidades para el asesoramiento y la intervención y mediación familiar.

### **4. Atención a la comunidad.**

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



obtener la información suficiente para identificar las necesidades de salud de la población, considerando a la comunidad en su conjunto como sujeto de atención, identificando a los grupos de riesgo que existen en la misma, programando e implementando intervenciones para abordar los problemas de salud comunitarios, y captando activamente a los sujetos vulnerables para garantizar su accesibilidad a la atención sanitaria. Debe identificar y caracterizar la existencia de grupos que sufren desigualdades en salud (de clase social, género, etnia, edad, etc.). Esto conlleva que el MF se implica de forma activa en la salud del conjunto de la comunidad, con independencia de que las personas soliciten o no atención médica. El MF aprenderá a utilizar un sistema de vigilancia epidemiológica para conocer y controlar los aspectos del medio ambiente y sus repercusiones en la salud. Además, el MF utilizará métodos de trabajo que faciliten la participación activa y cooperará con las organizaciones comunitarias (ONGs, asociaciones de ayuda mutua, etc.) y otras instituciones para mejorar la salud del conjunto de la población atendida y aportar en las iniciativas que tiendan al desarrollo de la comunidad.

#### **5. Formación e investigación.**

El MF debe ser un profesional en continuo proceso de formación y estar preparado para actuar como docente de otros profesionales que trabajen en Atención Primaria. Así mismo tendrá preparación para colaborar en la formación, tanto de pregrado como de postgrado, en medicina de familia. Deberá asumir que la formación continuada, aquella actividad docente y formativa que nos permite mantener y mejorar nuestra competencia profesional durante nuestra vida profesional, es una necesidad ineludible de todos los MF. Aprovechará especialmente las posibilidades de la formación en servicio, en el seno del propio equipo de trabajo. Por estos motivos el MF adquirirá las habilidades necesarias para preparar y exponer sesiones clínicas, bibliográficas, de revisión, etc., y conocerá los métodos de enseñanza aplicables a la formación de pre y postgrado así como de formación continuada en MF. El MF aprenderá a hacer una búsqueda bibliográfica, conocerá las bases de datos y los recursos de información y documentación médica y la forma de obtener información basada en la evidencia. El MF ha de contar con herramientas de metodología de investigación que le permitan evaluar la calidad y la importancia para su práctica de los resultados de investigación publicados en revistas científicas, desarrollando el hábito de lectura crítica de los trabajos de investigación en Atención Primaria. Además adquirirá los conocimientos básicos para desarrollar una investigación destinada a responder preguntas e hipótesis procedentes de su trabajo, adquiriendo los conocimientos necesarios de epidemiología clínica y de medicina basada en pruebas. Todos los residentes harán el diseño y/o desarrollarán y promoverán la puesta en práctica de un proyecto de investigación en todas sus etapas. El análisis de la situación de salud de la comunidad sirve como método de investigación para movilizar a la comunidad en la solución de sus problemas de salud identificados, bajo la conducción del equipo básico de salud (Médico de Familia y enfermera).

### **OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR.**

#### **GENERALIDADES Y CONDICIONES BÁSICAS.**

#### **INTRODUCCIÓN**

La especialización en Medicina Familiar tiene como objetivo que el residente adquiera el nivel de competencia (conocimientos, actitudes y habilidades) necesario para ser especialista en Medicina Familiar. En consonancia con las tradicionales definiciones y con las más actuales realizadas por la Organización Mundial de Colegios y Academias de Médicos de Familia (WONCA), el objeto de conocimiento del especialista en Medicina Familiar se encuentra en la persona como un todo, sin fragmentación entre lo físico, lo psíquico y lo social, e integrada en el entorno familiar y social.

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

de este programa han colaborado múltiples especialistas en Medicina Familiar que han sido seleccionados por su amplia trayectoria en la formación y/o por su participación en grupos de expertos.



## CONDICIONES BÁSICAS

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

### 1. Con relación al programa.

a. **Formación basada en el perfil profesional** previamente fijado y que detalla los conocimientos, habilidades y actitudes de un Médico de Familia según un catálogo de actividades docentes sujetas a una metodología docente y evaluadora, con el establecimiento de estándares mínimos, deseables, de excelencia en los objetivos de aprendizaje.

b. **Tiempo:** cuatro años para su ajuste al requerido para la adquisición de las competencias señaladas en el programa, y para contabilizar asimismo los periodos vacacionales, las libranzas post-guardia y las actividades formativas teórico-prácticas.

c. **Flexibilidad:** El objetivo final es la adquisición de las competencias y no tanto los métodos: "Lo importante no es el cómo, sino el qué". Por cada área competencial se establecen diferentes métodos docentes lo que permitirá a cada Unidad Docente buscar las mejores alternativas de formación para cada una de las áreas competenciales.

d. **Pluripotencialidad:** El programa se dirige no sólo a la formación de médicos de familia que vayan a desarrollar su actividad profesional futura en un Centro de Salud, sino que debido a su pluripotencialidad permite servir de base formativa para posterior formación en otras áreas de capacitación como las Urgencias o para desempeñar su trabajo en otros ámbitos laborales como Servicios de Urgencias y Emergencias y en otros servicios, unidades o entidades públicas y privadas. Esto conlleva también la incorporación de la **formación individualizada** con un incremento progresivo de la **responsabilidad** y de la **personalización** adaptándose a las necesidades específicas de cada residente.

### 2. Con relación a los tutores.

a. **La relación residente-tutor de Medicina de Familia** como eje fundamental en la formación del residente, la cual debe ser básicamente tutorizada, continuada y evaluada. Esta evaluación formativa activa y continua tiene como objetivo potenciar el autoaprendizaje.

b. **Los niveles de competencia de los tutores** deben estar adaptados a las áreas competenciales a transmitir y a las metodologías docentes a emplear. El Médico tutor responsable del residente será competente para recomendar y orientar, en el marco establecido por la Unidad Docente, las estancias formativas y las metodologías a seguir por su residente a lo largo de todo el periodo formativo.

c. **La Administración debe garantizar y facilitar tres ejes de intervención:**

1) Actividades de mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores en formación clínica y en metodología docente

2) Condiciones asistenciales y docentes idóneas

### 3) Actividades para mantener la motivación



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

a. **Adaptar el número de residentes a las posibilidades formativas** de la Unidad y a las necesidades del sistema sanitario.

b. **Adaptar el número de tutores.** La ampliación de un año formativo y la estancia en Atención Primaria todos los años precisa que se cuente al menos con dos tutores por residente, siendo uno de ellos para ese residente el tutor principal. El residente rotará con su tutor principal en el primer año parte de los seis meses iniciales y durante el último año, manteniendo contacto estructurado y continuado el resto del tiempo. De esta manera ningún tutor, como tutor principal, tendrá adscrito más de dos residentes. El residente rotará con el tutor de apoyo en los tiempos que se determine en el centro de salud para evitar la sobrecarga del tutor principal. Durante el segundo año el residente realizará, en la medida de lo posible, su estancia en un Centro de Salud rural.

c. **Disponer de unos recursos mínimos** que permitan el correcto desarrollo del programa docente y garantizar la adquisición del perfil profesional. La estructura docente estará al servicio de la adquisición de competencias, para lo cual se deberá garantizar la estructura de apoyo para las Unidades Docentes y la formación continuada para los tutores en todas las áreas competenciales reflejadas en el programa. Formación continuada que también debe contemplar la capacitación del tutor en la metodología docente que se precise.

d. Asimismo las Unidades Docentes deberán garantizar:

- Un **contacto amplio** inicial con Atención Primaria (entre 3-6 meses)
- Que al menos el **50% del tiempo** de la residencia se efectúe en el Centro de Salud.
- Un tiempo de estancia formativa en **Centro de Salud todos los años.**
- El **contacto continuado y estructurado con el tutor**, independientemente de las estancias formativas en el Centro de Salud.
- La **responsabilidad amplia, aunque supervisada**, en consulta durante el último año.

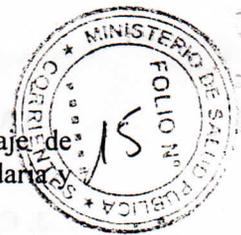
e. Las Unidades Docentes deberán favorecer:

- La **ampliación de los entornos docentes:** unidades médicas de corta estancia, de hospitalización a domicilio, de emergencias, de atención al adolescente, de cuidados paliativos, de atención a los inmigrantes, a los drogodependientes, a las víctimas de violencia (mujer, anciano, niño, etc.) y los centros de salud rurales, por la patología atendida, por la semiología y exploración, por la tecnología diagnóstica y terapéutica, por la atención familiar, comunitaria y la salud pública que en el medio rural adquieren connotaciones diferenciadas.
- La mejora de la **estructura física** que permita en la medida de lo posible consultas contiguas tutor-residente.
- Las **estancias electivas** al finalizar el tercer año que permitan ajustes en los niveles de competencia adquiridos por el residente.

#### ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

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

- a. **Área de competencias esenciales**, que engloba la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética.



- b. **Área de competencias relacionadas con la Atención al Individuo:** abordaje de necesidades y problemas de salud de las personas (prevención primaria, secundaria y terciaria).
- Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo.
    - c. Área de competencias en relación con la Atención a la Familia.
    - d. Área de competencias en relación con la Atención a la Comunidad.
    - e. Área de competencias en relación con la Formación y la Investigación.

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

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

Se establecen tres niveles de prioridad:

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

Se determinan tres niveles de responsabilidad:

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

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

## METODOLOGÍA DOCENTE



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

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

**A) Autoaprendizaje. (Self directed learning)**

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

Diferentes expresiones:

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

**B) Aprendizaje de campo (Learning in context)**

Consiste en: colocar al residente en una situación real en la que su autoaprendizaje pueda tener lugar. Indicada especialmente para: adquisición y aprehensión de la complejidad de las funciones y de la toma de decisiones como profesional.

Diferentes expresiones:

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

**C) Clases:**

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

Diferentes expresiones:

- Clase unidireccional clásica.
- Clase participativa. Se debe, en la medida de lo posible, favorecer la clase participativa.

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

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

**E) Talleres**

Consiste en: aprendizaje de habilidades en pequeños grupos. Indicados especialmente para: la adquisición de habilidades o procedimientos (conductas que deben seguirse de un modo definido)

Diferentes expresiones:

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



## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

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

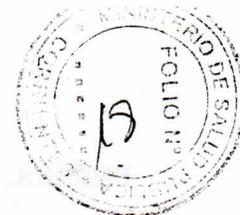
La información se estructura en:

### **A. REVISTAS BÁSICAS Y RECOMENDABLES**

### **B. LIBROS BÁSICOS DE MEDICINA DE FAMILIA**

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

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



## CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

### Primer Año:

- Aprendizaje del campo en Medicina Interna 6 meses
- Aprendizaje del campo en Atención Primaria 3 meses
- Aprendizaje del campo en Urgencia y Emergencia 2 meses y medio

### Segundo Año:

- Aprendizaje del campo en Medicina Interna 6 meses
- Aprendizaje del campo en Atención Primaria 3 meses
- Aprendizaje del campo en Urgencia y Emergencia 2 meses y medio

### Tercer Año:

- Aprendizaje del campo en Salud Mental 3 meses
- Aprendizaje del campo en Atención Primaria (interior) 3 meses
- Aprendizaje del campo en Pediatría 3 meses
- Aprendizaje del campo en Urgencia y Emergencia 2 meses y medio

### Cuarto Año:

- Aprendizaje del campo en Obstétrica /Planificación familiar 3 meses
- Aprendizaje del campo en Atención Primaria 6 meses
- Aprendizaje del campo en Urgencia 2 meses y medio

## AREA DOCENTE



## **PRIMER AÑO:**

### **Atención al individuo**

#### **Objetivos:**

El medico residente al finalizar su periodo de formación, demostrara y/ será capaz de:

1. Realizar una anamnesis detallada y dirigida al cuadro clínico que presente el paciente
2. Realizar la exploración física completa y competente en función del cuadro clínico
3. Valorar y escoger la mejor estrategia diagnóstica
4. Interpretar los exámenes de laboratorio básicos
5. Interpretar el estudio radiológico y electrocardiográfico básico, si precisa
6. Indicar las medidas higiénico – dietéticas oportunas
7. Valorar efectos secundarios e interacciones farmacológicas
8. Indicar la pauta de los controles evolutivos
9. Indicar la derivación al especialista del segundo /tercer nivel
10. Valorar la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción de la salud
11. Reconocer el papel de la familia o del grupo humano que constituya el entorno del paciente, a la hora de identificar el problema, proporcionar información e indicar el tratamiento y cuidados oportunos

#### **Conocimientos, Actitudes y Habilidades:**

Programa de clases sobre Diagnósticos y Tratamientos de Patologías Medicas Clínicas Precedentes.

Participación en ateneos clínicos y de Consultorio externo en Medicina Interna.

Clases de capacitación en Medicina de Urgencia.

Taller sobre **Comunicación Asistencial**: La entrevista clínica y relación medico paciente.

#### **Objetivos:**

El residente, al finalizar su periodo de formación, demostrara / 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 mas apropiada para cada problema
4. Informar y educar según las necesidades del paciente
5. Utilizar el tiempo y los recursos adecuadamente

#### **Conocimientos, Actitudes y Habilidades:**

- 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 biológicas, psicológicas y social de los problemas de salud
- Percatarse de la información que se ha obtenido de las vertientes biológicas, psicológicas 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 medico

#### Prioridad II:

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



- ✓ Proporcionando la información de forma clara y concisa y en la cantidad apropiada (ni escasa ni excesiva)
- ✓ Implicando al paciente y/o su familia en la toma de decisiones hasta donde ellos decidan
- Cerrar la entrevista adecuadamente
  - ✓ Resumiendo los puntos mas importantes de la entrevista, especialmente los cometidos de cada uno de los participantes: medico, paciente y/o familia y/o cuidadores
  - ✓ Previendo las posibles evoluciones y la actuación mas 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 diagnostico 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 (biología, psicología y social) que pueden darse simultáneamente
- Actitud abierta, de curiosidad y predispuesta a explorar nuestras propias actitudes, creencias y expectativas, derivadas de nuestra condición de médicos

#### Prioridad III:

- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar con:
  - ✓ Niños
  - ✓ Adolescentes
  - ✓ Ancianos
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar con:
  - ✓ Los pacientes con problemas sensoriales/de comunicación
  - ✓ Los pacientes pocos comunicativos
  - ✓ Los pacientes deprimidos
  - ✓ Los pacientes ansiosos
  - ✓ Los pacientes enfadados/agresivos
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para:
  - ✓ Comunicar con las familias de los pacientes
  - ✓ Facilitar la comunicación de los miembros de la familia entre si
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar con:
  - ✓ Los pacientes de culturas diferentes a la del medico
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para:
  - ✓ Dar malas noticias al paciente y/o su familia
  - ✓ Comunicar con los pacientes terminales
  - ✓ Obtener la historia sexual
  - ✓ Comunicar con pacientes con hábitos de riesgos y problemas de adicción
- Conocer y manejar las habilidades específicas de la 'Entrevista Motivacional'
- ✓ Conocer los estadios y el procesos del cambio de hábitos
- ✓ Desarrollar la empatia y fomentar la auto responsabilidad en dicho proceso de cambio
- ✓ Manejar las preguntas abiertas, la escucha reflexiva, los sumarios, la positivización y el fomento de la auto eficacia
- ✓ Conocer y manejar habilidades de persuasión
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para el 'Control de las Emociones' en la consulta
- Conocer y manejar las habilidades específicas necesarias para comunicar en 'Pequeños Grupos':
  - ✓ Grupos de pacientes



- ✓ Grupos de trabajo: Equipo de Atención Primaria y profesionales de otros niveles asistenciales
- Conocer y manejar los elementos éticos que influyen en la comunicación médica:
  - ✓ Principios éticos y comunicación
  - ✓ El consentimiento informado

### **CRONOGRAMA DE CLASES TALLER DE PRIMER AÑO**

- 1-Introducción a la Medicina Familiar
- 2-Comunicación. Entrevista clínica. Relación médico-paciente.
- 3-Atención domiciliaria
- 4-Metodología de la atención a la familia
- 5-Metodología de la atención a la comunidad
- 6-Planificación y programación en Atención Primaria
- 7-Bioética
- 8-Informática
- 9-Sociología de la salud
- 10-Epidemiología, estadística y demografía
- 11-Metodología de la prevención
- 12-Metodología de la formación
- 13-Metodología de la investigación
- 14-La búsqueda bibliográfica y otros servicios elementales de documentación médica
- 15-La Medicina basada en las pruebas
- 16-Habilidades sociales: abordaje de problemas, resolución de conflictos, negociación, toma de decisiones.
- 17-Oferta de servicios en los centros de salud
- 18-Razonamiento clínico

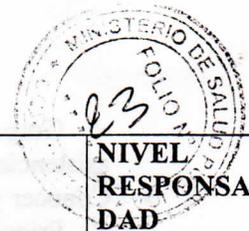
Las cuatro funciones del Médico de Familia son la atención, la docencia, la investigación y la gestión de la atención. Una buena gestión clínica y no clínica (organizativa) va a determinar que las competencias del Médico de Familia tengan el impacto deseado sobre los objetivos del sistema sanitario: la efectividad, la eficiencia, la equidad y la viabilidad del sistema. La gestión de la atención determina un elemento básico de la eficiencia microeconómica que es la eficacia de nivel es decir la capacidad de resolución de problemas con calidad científico-técnica y a un coste razonable en el nivel en el que éstos se deben resolver. Los médicos somos los responsables de la gestión de la mayor parte de recursos del Sistema Nacional de Salud. Los médicos de familia somos gestores: gestores clínicos que debemos tomar decisiones eficientes, basadas en la mejor evidencia disponible, en la propia experiencia clínica y teniendo en cuenta las expectativas del paciente, gestores del tiempo, gestores de la información y gestores de la calidad en un marco de responsabilidad civil y médico-legal.

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

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

### **ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: LA GESTIÓN CLÍNICA**

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



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

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

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

**OBJETIVOS**

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

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

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p><b>CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES</b></p> <p><b>PRIORIDAD I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de los fundamentos teóricos del trabajo en equipo</li> <li>• Conocimiento de los fundamentos teóricos de la negociación como instrumento para la gestión de conflictos</li> </ul> <p><b>PRIORIDAD II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de los estilos de liderazgo, y la influencia del líder como elemento coordinador y dinamizador de equipos</li> </ul>	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDA RIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDA RIO</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de los elementos teóricos para la conducción y dinamización de reuniones</li> <li>• Manejo de las técnicas de negociación</li> </ul> <p><b>PRIORIDAD III</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo práctico de reuniones</li> </ul>	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>
---	---

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

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

**OBJETIVOS**

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

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

ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<p><b>CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES</b></p> <p><b>PRIORIDAD I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de las bases de la organización de los EAP en sus aspectos asistenciales</li> <li>• Conocimiento de los modelos organizativos de la actividad en consulta y en domicilio</li> <li>• Conocimiento de los modelos organizativos de la relación entre personal médico y de enfermería en el EAP</li> <li>• Manejo de la metodología de gestión de la consulta</li> </ul>	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<p><b>PRIORIDAD II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de los factores que influyen en la utilización de los servicios sanitarios</li> <li>• Manejo del paciente hiperfrecuentador</li> <li>• Conocimiento de las bases de la organización de los EAP en los aspectos de formación, investigación y docencia</li> </ul>	<p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p> <p>PRIMARIO</p>
<p><b>PRIORIDAD III</b></p> <p>Conocimiento de las bases de la organización de la unidad de atención al usuario del EAP</p>	<p>PRIMARIO</p> <p>PRIMARIO/SECUNDARIO</p>

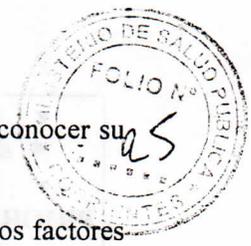
**ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

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

**OBJETIVOS**

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

1. Conocer las características generales del Sistema de Información Sanitario



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

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

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

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

**OBJETIVOS**

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

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



**Prioridad I:**

- Conocer los diferentes patrones de consumo de sustancias adictivas
- Realizar correctamente la anamnesis sobre el consumo de sustancias adictivas: tabaco, alcohol, benzodiacepinas, hipnóticos, cannabis, drogas de síntesis (MDMA), cocaína, heroína y otros psicoestimulantes
- Detectar situaciones de riesgo para el consumo de sustancias adictivas
- Detectar el consumo de sustancias adictivas
- Saber aconsejar para dejar de fumar y reducir el consumo excesivo de alcohol
- Proponer alternativas de reducción de riesgo para las drogas ilegales: cannabis, drogas de síntesis (MDMA), cocaína, heroína y otros psicoestimulantes
- Estimar el grado de dependencia a sustancias adictivas
- Conocer y aplicar las técnicas de deshabituación tabáquica. Intervenir con ayuda conductual y farmacológica para dejar de fumar
- Identificar los síntomas de alarma sobre el consumo de sustancias
- Diagnosticar y tratar la intoxicación aguda por las diferentes sustancias:
  - Intoxicación etílica
  - Sobredosis de drogas de síntesis y derivados anfetamínicos
  - Sobredosis de cocaína
  - Sobredosis de heroína (opiáceos)
  - Sobredosis de benzodiacepinas
- Diagnosticar y tratar las enfermedades asociadas a las drogodependencias
- Realizar las actividades preventivas pertinentes en el colectivo de usuarios de drogas y/o en situación de riesgo
- Conocer los recursos específicos locales y regionales para las drogodependencias y derivación a los mismos cuando sea necesario
- Intervenir y asesorar a los diferentes recursos comunitarios (asociaciones, colegios, etc.) realizando actividades de prevención primaria y secundaria
- Intervenir específicamente con la unidad familiar asesorando a los tutores/padres sobre pautas de actuación correctas

**Prioridad II:**

- Crear grupos de apoyo para la deshabituación tabáquica
- Detectar problemas de salud mental asociados a consumo excesivo de drogas psicoactivas
- Realizar deshabituación alcohólica
- Realizar desintoxicación de:
  - Opiáceos
  - Cocaína

**Prioridad III:**

- Realizar deshabituación de:
  - Opiáceos
  - Cocaína
  - Otras drogas ilegales



**TERCER AÑO:**

**Atención al Individuo**

**Atención al anciano**

**Objetivo:**

- 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 A.P.
  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

**Conocimientos y Habilidades**

**Prioridad I:**

- Abordar y manejar adecuadamente los principales síndromes geriátricos: deterioro cognitivo y demencia, síndrome confusional, incontinencia urinaria, inestabilidad y caídas, inmovilismo y sus consecuencias, desnutrición, alteración de visión y audición
- Conocer qué actividades de promoción y prevención se recomiendan claramente en población anciana (tabaco, ejercicio, vacunación antigripal y antitetánica, HTA...) y otras recomendadas pero con menos evidencia (osteoporosis, hiperlipidemia, déficit visual y auditivo, incontinencia, ...)
- Adquirir habilidades en la entrevista clínica con las personas mayores
- Sistematizar 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 (clínico-física, funcional, mental, y social)
- Conocer y aplicar algunas de las escalas más empleadas en la valoración geriátrica: MEC de Lobo, Pfeiffer, índice de Katz y el 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 domiciliaria, institucionalización, etc.
- Conocer la dinámica y mecanismos iniciales para usar los de recursos sociales (adónde 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 Geriátrica incluido en los diferentes Contrato-Programas para la Atención Primaria
- Conocer y aplicar aspectos elementales de farmacoterapia, polifarmacia y iatrogenia 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 y depresión, etc.

#### Prioridad II:

- Adquirir habilidades en la utilidad, implicaciones, y recurso de cuidadores y la familia
- Realizar adecuadas intervenciones de manejo en las actividades preventivas

#### 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
- Adquirir habilidades del manejo del anciano en el medio especializado o institucionalizado
- Conocer las líneas prioritarias e implicarse en investigación de aspectos geriátricos

### **Atención al paciente inmovilizado**

#### **Objetivos:**

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

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

### **Conocimiento, Actitudes y Habilidades**

#### Prioridad I:



- Saber realizar una anamnesis del estado orgánico, mental, funcional y social del paciente inmovilizado
- Saber realizar una exploración del estado Orgánico, mental, funcional y social del paciente inmovilizado
- Realizar correctamente el manejo terapéutico del paciente con idus inmovilizado
- Realizar correctamente el manejo terapéutico del paciente con EPOC en fase avanzada
- Realizar correctamente el manejo terapéutico del paciente con insuficiencia cardiaca en fase avanzada
- Manejar correctamente et síndrome confusional
- Conocer y saber prevenir las úlceras por presión
- Conocer y saber prevenir las complicaciones respiratorias
- Conocer y saber prevenir la enfermedad tromboembólica venosa
- Conocer y saber prevenir las complicaciones músculo - esqueléticas
- Conocer y saber prevenir las complicaciones genito — urinarias
- Conocer y saber prevenir los riesgos de la polifarmacia
- Abordar correctamente el deterioro nutricional
- Saber tratar correctamente las úlceras por presión
- Hacer un uso racional de pruebas diagnósticas
- Saber hacer un plan de rehabilitación para el tratamiento de la inmovilidad y evitar su progresión
- Saber adiestrar al cuidador del paciente inmovilizado
- Conocer, informar a la familia y utilizar correctamente los recursos socio sanitarios disponibles para cada situación
- Conocer los criterios de derivación hospitalaria

#### Prioridad II:

- Saber realizar el tratamiento de las úlceras por presión complejas
- Saber realizar un cambio de sonda vesical

#### Prioridad III:

- Saber realizar un sondaje nasogástrico
- Saber cambiar una sonda de gastrostomía
- Saber realizar una paracentesis
- Saber utilizar aspiradores

### Atención al paciente Terminal

#### Objetivos:

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

1. Identificar las complicaciones biológicas de los pacientes con enfermedad en fase terminal
2. Identificar los problemas psicosociales
3. Adquirir las habilidades para el control de las complicaciones biológicas
4. Adquirir las habilidades para la comunicación con el paciente y familia
5. Adquirir las habilidades para la programación - organización de los cuidados en el domicilio
6. Coordinar recursos sociosanitarios del área de salud

### Conocimiento, Actitudes y Habilidades

#### Prioridad I:

- Identificación / diagnóstico *de* los síndromes dolorosos oncológicos
- Identificación /diagnóstico de las complicaciones pulmonares.
- Identificación / diagnóstico de las complicaciones digestivas
- Identificación / diagnóstico de la complicaciones neurológicas
- Identificación / diagnostico de la complicaciones psiquiátrica
- Identificación y derivación si pertinente de las situaciones urgentes
- Reconocimiento de las reacciones psicológicas de adaptación del paciente
- Reconocimiento de las reacciones psicológicas de adaptación de la familia

- Abordaje terapéutico del dolor uso de opiáceos
- Abordaje terapéutico de las complicaciones respiratorias, digestivas, neuropsiquiátricas
- Comunicación con el paciente y familia
- Abordaje diagnóstico terapéutico del proceso de morir en el domicilio
- Abordaje del duelo



**Prioridad II:**

- Detección de las necesidades del paciente para el cuidado domiciliario
- Detección de la problemática psicosocial para el cuidado en el domicilio
- Utilización de las escalas vigentes para la valoración de los síntomas
- Manejo domiciliario de vías alternativas a la administración oral
- Realización de técnicas terapéuticas en el domicilio (sondaje nasogástrico, paracentesis)

**Prioridad III:**

- intervención en la comunidad para la mejora de la red de apoyo a los cuidados
- Relación / coordinación con servicios sociales asistenciales

**Atención a las situaciones de riesgo familiar y social: personas en exclusión social, Pacientes discapacitados, violencia de género.**

**Personas en exclusión social**

**Objetivos:**

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

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

**Conocimientos, Actitudes y Habilidades**

**Prioridad I:**

- Realizar una historia social integral
- Identificar situaciones de marginalidad, pobreza o hacinamiento.
- Facilitar la accesibilidad del excluido social a la consulta, eliminando barreras.
- Ser capaz de buscar e identificar las enfermedades adquiridas en la comunidad que puede presentar la persona en exclusión social.
- Realizar un manejo diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales que pueda presentar la persona en exclusión social
- Conocer los aspectos socio-culturales que influyen en el concepto salud-enfermedad en la persona en exclusión social.
- Identificar los recursos personales y familiares de la persona en exclusión social.
- Ser capaz de utilizar los recursos sociales existentes en la zona.

**Prioridad II:**

- Identificar el significado de determinados síntomas que presentan, relacionados con la expresión socio-cultural de su enfermedad-
- Realizar actividades comunitarias con grupos personas en exclusión social de

educación para la salud.



**Prioridad III:**

- Ser capaz de minimizar las dificultades de comunicación con la persona excluida socialmente
- Ser capaz de entender las emociones y conflictos psicológicos de la persona excluida socialmente
- Conocer y participar en estrategias de captación de personas en exclusión social; técnicas de "out-reach". trabajo con pares/iguales, etc.

**El paciente discapacitado**  
**Objetivos:**

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

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

**Conocimientos y Habilidades**

**Prioridad I:**

- Conocer:
  - El concepto de Minusvalía y Discapacidad
  - Las principales Minusvalías Psíquicas, El síndrome de Down. Oligofrenia.
  - Las principales Minusvalías Sensoriales. Ceguera Total y Parcial- Sordera Total y Parcial.
  - Las principales Minusvalías Motoras. La parálisis cerebral. Amputaciones.
  - Las secuelas de los traumatismos de los accidentes de tráfico.
  - Identificar y establecer una relación de confianza con el cuidador del minusválido.
- Establecer:
  - Un plan de atención a cada uno de estos grupos de discapacitados, incluyendo:
    - Las actividades preventivas, generales y específicas
    - Las actividades asistenciales previstas como cualquier otro paciente
    - Los tratamientos crónicos
    - Rehabilitación
    - Apoyo psicológico y emocional al paciente y los cuidadores
    - Gestiones administrativas e información sobre como conseguir apoyo social, prestaciones económicas, consecución de prótesis, de aparatos y material clínico, y de otro tipo
  - Derivar al paciente minusválido: Con criterios de los niveles asistenciales o instituciones previstas para ello.
  - Organizar la prestación de todos estos cuidados dentro de las actividades habituales del Centro de Salud.
  - Coordinar: Todos estos cuidados con:
    - Enfermería.



- Rehabilitación.
- Trabajo Social.
- Otros niveles asistenciales.
- Otras instituciones.
- Grupos de autoayuda.
- Conocer como debería ser un Centro de Salud libre de barreras arquitectónicas

**Prioridad II:**

- Conocer la legislación que se refiere a los cuidados de salud al paciente Minusválido

## **Violencia de Genero**

### **Objetivos**

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

1. Conocer los tipos de maltrato y ser capaz de realizar la detección precoz en la consulta mediante la identificación de situaciones de riesgo, indicios y síntomas de violencia doméstica.
2. Conocer y ser capaz de aplicar las pautas específicas de entrevista clínica ante la sospecha de violencia doméstica.
3. Realizar el diagnóstico de maltrato y de evaluar su magnitud, valorando el riesgo inmediato.
4. Realizar un examen físico y 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. Conocer los recursos sociales y sanitarios disponibles, forma de acceso y criterios de derivación.

## **Conocimientos, Actitudes y Habilidades**

**Prioridad I:**

- Conocer las situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas maltrato e identificar indicios y síntomas de violencia doméstica.
- Conocer y ser capaz de aplicar las pautas de entrevista clínica en esta situación (Actitudes y habilidades de comunicación)
- Manejar el diagnóstico de maltrato y evaluación de su magnitud, valorando el riesgo: situación crónica, aguda, riesgo potencial de lesiones y riesgo vital.
- Realizar el examen físico y conocer las particularidades a observar y las actuaciones a evitar en la exploración por agresiones y ser capaz de hacer la valoración psicológica básica (actitudes y estado emocional)
- Informar a la paciente y conocer las actuaciones urgentes a realizar
- Conocer las pautas de actuación ante una agresión sexual
- Cumplimentar correctamente el parte médico de lesiones
- Conocer las posibilidades de prevención de la violencia doméstica en nuestro nivel de atención.
- Ser capaz de establecer un plan de actuación integral y coordinado. (en colaboración con el trabajador social, hospital, servicios sociales).

**Prioridad II:**



- Identificar el momento del ciclo vital familiar para comprobar la adaptación de la familia en la:
  - Formación de la pareja
  - Familias con hijos pequeños
  - Familias con adolescentes
  - Etapa de lanzadera
  - Etapa de nido vacío
- Identificar roles, funciones, reglas y rituales familiares.
- Diseñar estrategias de asesoramiento familiar anticipado.
- Revisar los factores de riesgo planteados por las transiciones de una fase a otra del ciclo vital familiar, y conocer su manejo, en situaciones de:
  - Enfermedad grave y/o crónica
  - Pacientes inmovilizados
  - Agotamiento del cuidador
  - Terminalidad
  - Procesos de duelo
- Establecer una relación a largo plazo con el paciente y su familia.
- Aceptar que las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad.
- Compartir la responsabilidad de la asistencia con el paciente y la familia.
- Tomar conciencia de que nuestros propios valores personales y culturales pueden interferir en la asistencia a pacientes y familiares con diferente sistema de creencias.
- Mostrar respeto incondicional al paciente y su familia como personas y grupo que toma decisiones propias.
- Comprometerse con la forma en que los pacientes y sus familias expresan su sufrimiento.

#### Prioridad II :

- Conocer el modelo ecológico.
- Evaluar las fronteras exornas de la familia, las fronteras entre subsistemas y las fronteras individuales.
- Identificar quién es el miembro que enferma con más frecuencia.
- Focalizar la atención en el paciente dentro del contexto familiar.
- Interpretar la disfunción individual como sintomática de la disfunción familiar.
- Percibir a la familia como un sistema interaccional.
- Valorar la capacidad del sistema familiar para crear un equilibrio flexible entre estabilidad y cambio
- Comprender los axiomas básicos acerca del proceso de comunicación.
- Considerar comunicación "funcional" dentro de la familia aquella en la que existe una diferencia mínima entre los sentimientos manifestados y los mensajes comunicados.
- Reconocer y percibir la triangulación como una forma anómala de comunicación.
- Favorecer la comunicación directa y asertiva, que permita la negociación y resolución de problemas, entre los diferentes miembros del sistema familiar.
- Promover la expresión de sentimientos que permitan aflorar el conflicto, la confrontación y la disputa.
- Valorar de forma operativa y junto con la familia, los problemas, recursos y planes de actuación
- Colaborar con el paciente y su familia en la identificación de los problemas, detección de los recursos y puesta en marcha de los planes de actuación.
- Construir e interpretar un eco-mapa
- Evaluación de la evolución de los problemas detectados.
- Conducir una entrevista familiar en:
  - Paciente con ansiedad o depresión
  - Difusiones de pareja

- Problemas de comportamiento en niños y dificultades con adolescentes
- Adicciones
- Somatizadores



### Prioridad III.

- Asegurar la coordinación y continuidad de la atención a los pacientes y sus familiares que precisen de Terapia Familiar.
- Colaborar con otros profesionales con los que este en tratamiento algún miembro de la familia
- Apoyar a la familia en sus necesidades cuando está recibiendo tratamiento especializado.
- Distinguir entre quejas y demanda de atención médica por parte de la familia.
- Conseguir que los objetivos queden expresados en frases afirmativas que expliquen conductas a seguir
- Identificar los comportamientos de la familia que resulten adecuados para que no se planteen los problemas que se están tratando (excepciones)
- Si no es posible buscar el denominador común de los comportamientos que se hayan realizado hasta la fecha intentando resolver el problema del que se trate (denominadores comunes).
- Elaborar prescripciones orientadas a hacer mas de lo que ya se resuelve el problema para ampliar mejorías.
- Asegurar la coordinación y continuidad de la atención a los pacientes y sus familiares que precisen de Terapia Familiar.
- Conocer como elaborar prescripciones que sean lo mas opuestas posibles al denominador común de las conductas que no solucionaron el problema concreto de la familia hasta la fecha.
- Confeccionar y ser capaz de impartir prescripciones que sean lo mas opuestas posibles al denominador común de las conductas que no solucionaron el problema concreto de la familia hasta la fecha.
- Identificar el modo de cooperación de cada miembro de la familia para adaptar la prescripción y maximizar las probabilidades de que esta se realice

### Atención al niño:

#### Objetivos:

El residente, al finalizar su periodo de formación, 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

### Conocimiento y Habilidades

#### Prioridad I :

- 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 abdominalgia, la enuresis/encopresis, los trastornos alimentarios y



nutricionales, trastornos del comportamiento, cefaleas, astenia, 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. El soplo cardiaco.
- Manejar e interpretar los métodos diagnósticos en pediatría: anamnesis, exploración física, tallmetro, radiología básica, interpretación y ajuste de los datos de laboratorio a la edad, optotipos, conver test, audiometria, podómetro, las graficas de percentiles de talla y peso.
- Manejar las medidas terapéuticas más habituales y su dosificación.
- Conocer los calendarios vacunales.
- Seguir y valorar periódicamente al niño. Prevención de las drogodependencias (alcohol, tabaco, otras/os)
- Manejar las urgencias pediátricas más frecuentes: convulsiones, dificultad respiratoria, estridor, dolor abdominal, síndrome febril, deshidratación, intoxicaciones.
- Realizar apoyo familiar y psico-social del niño con patología crónica y retraso psico- motor
- Orientar, prevenir y realizar apoyo familiar del paciente pediátrico con VIH (+)

**Prioridad II :**

- Realizar técnica de punción lumbar.
- Realizar técnicas de sondaje nasogástrico.
- Realizar técnicas de sondaje vesical.



**CUARTO AÑO:**

**Atención a la comunidad**

Las dificultades existentes para la correcta formación del Médico Residente en la atención a la comunidad hacen necesario tenerlas presentes y dedicar recursos y esfuerzos específicos para dicha formación. El Residente ha de tomar conciencia de que el buen Médico de Familia no puede limitarse a abordar en la consulta las demandas que se le presentan, sino que ha de atender también las necesidades en salud del conjunto de la población a la que atiende y que las actividades comunitarias como estrategia de promoción de salud forman parte de sus funciones. La formación para la atención comunitaria incluye diversidad de conocimientos y habilidades que parten también de la propia atención individual en la consulta médica. Es necesario hacer ver al Residente los nexos de unión entre la atención individual y comunitaria y los puentes que han de establecerse entre ambas, evitando concebirlas como independientes y no relacionadas. Desde la propia consulta médica el Residente habrá de valorar el contexto comunitario de los pacientes, tanto en el análisis de sus problemas como para las posibles intervenciones, reconociendo las limitaciones de las actuaciones en la propia consulta y los recursos comunitarios que pudieran ser eficaces. Todo ello lleva implícito que cada Médico de Familia tutor de un Residente habrá de implicarse activamente en la formación para la atención a la comunidad, evitando delegar la citada formación en profesionales dedicados específicamente a ello. Para el desarrollo de actividades de intervención y participación comunitaria el Residente habrá de adquirir conocimientos y habilidades que requieren de la colaboración de profesionales específicos. Será fundamental procurar que el Residente 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, 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.



### Conocimientos y habilidades

#### 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
- Conocer y tener presente la efectividad y eficiencia de la atención sanitaria individual sobre el nivel de salud de la comunidad (morbimortalidad evitada, etc.)
- 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
- 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
- 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
- Estudiar la distribución y determinantes de una necesidad de salud de la comunidad
- Conocer las bases conceptuales y las técnicas de las metodologías e investigación cualitativas, especialmente entrevistas con ciudadanos y técnicas grupales. Diferenciar metodología, método y técnica
- Conocer y participar en métodos cualitativos para la identificación y priorización de necesidades y problemas de salud de la comunidad, así como para implementar y evaluar intervenciones comunitarias: entrevistas, grupos focales, etc.
- Conocer y utilizar las fuentes de información y los métodos para identificar los recursos comunitarios disponibles para la promoción y cuidado de la salud y recabar la información de utilidad de cada uno de ellos
- Realizar un análisis crítico de un programa de salud existente y la metodología seguida en su elaboración, aportando opiniones sobre sus aspectos positivos y negativos y proponiendo alternativas de mejora
- Participar activamente en actividades de algún programa de salud comunitario existente, realizando un análisis crítico de su desarrollo
- Realizar un análisis crítico del método y resultados de la evaluación de un programa de salud comunitario, proponiendo alternativas de mejora
- Participar en intervenciones grupales de educación para la salud con metodologías capacitadoras y participativas, en colaboración con otros profesionales no médicos (enfermería, trabajo social u otros)
- Participar activamente en actividades de coordinación con la trabajadora social del Centro de Salud y/o con Servicios Sociales
- Adquirir una actitud de escucha activa hacia los ciudadanos y organizaciones sociales y ciudadanas de la comunidad, favoreciendo su capacitación, protagonismo y participación activa en el cuidado y mantenimiento de su salud (empowerment)
- Reconocer las diferentes posibilidades de actuación comunitaria según el entorno social. Valorar las diferentes posibilidades de acción comunitaria en el medio urbano y rural

#### Prioridad II:

- Participar de forma activa en la realización de una aproximación al estado de salud de una comunidad, mediante métodos cuantitativos y cualitativos, con participación activa de la comunidad (informadores clave, representantes de asociaciones ciudadanas, profesionales de



otras instituciones), con un enfoque realista y eficiente y llegando a conclusiones realmente útiles para las intervenciones en un Centro de Salud

- Coordinar grupos focales interprofesionales y con ciudadanos, analizando la información obtenida, llegando a conclusiones fiables
- Elaborar un programa de salud comunitario o mejorar uno ya elaborado y evaluado
- Realizar la evaluación de un programa de salud o parte del mismo, llegando a conclusiones prácticas y propuestas concretas de mejora
- Aplicar en un supuesto práctico o en situación real alguna técnica grupal de investigación cualitativa
- Participar activamente en actividades de coordinación intersectorial
- Participar activamente en actividades de participación comunitaria en un Centro de Salud con una actitud de escucha activa y de reconocimiento del protagonismo y responsabilidad de los ciudadanos en la promoción y cuidado de su salud

#### Prioridad III:

- Diseñar y coordinar la realización de una aproximación al estado de salud de una comunidad, mediante métodos cuantitativos y cualitativos, con participación activa de la comunidad (informadores clave, representantes de asociaciones ciudadanas, profesionales de otras instituciones) con un enfoque realista y eficiente y llegando a conclusiones realmente útiles para las intervenciones en un Centro de Salud
- Realizar con metodología cualitativa algún trabajo o proyecto de investigación sobre aspectos relacionados con la salud comunitaria o con la evaluación de los servicios sanitarios desde la perspectiva de la población
- Diseñar y coordinar intervenciones grupales de educación para la salud grupal, con metodologías capacitadoras y participativas
- Coordinar un plan para el inicio y desarrollo de un proceso de coordinación intersectorial para la promoción de salud en una comunidad
- Coordinar un plan para el inicio y desarrollo de un proceso de participación comunitaria continuada en un Centro de Salud

#### **Atención a la mujer:** actividades preventivas en la mujer y atención en el embarazo

##### **Objetivos:**

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

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

#### **Conocimientos y habilidades**

##### Prioridad I:

- Embarazo
  - Conocer y manejar las actividades que se realizan en un embarazo de bajo riesgo obstétrico.



ACTIVIDADES DOCENTES AGRUPADAS POR PRIORIDAD	NIVEL DE RESPONSABILIDAD
<b><u>CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES</u></b>	
<b>PRIORIDAD I</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> </ul>	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento del ciclo de la calidad y sus distintos pasos</li> </ul>	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de los instrumentos cuantitativos y cualitativos simples para la detección de situaciones mejorables</li> </ul>	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de los aspectos de la atención sanitaria que valora el profesional: prevención del burn-out</li> </ul>	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud positiva hacia la evaluación y el conocimiento del error como método de mejora</li> </ul>	PRIMARIO
<b>PRIORIDAD II</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de los instrumentos para el análisis de causas y análisis de soluciones</li> </ul>	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de los instrumentos y metodología para la evaluación de resultados en mejora de calidad</li> </ul>	PRIMARIO/SECUNDO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>	PRIMARIO/SECUNDO.
<b>PRIORIDAD III</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de los instrumentos complejos para la detección de situaciones mejorables: Conocer y aplicar las principales técnicas grupales (brainstorming, grupo nominal, grupos focales) y estadísticas (diagrama de Pareto, diagrama de causa-efecto) para la realización de Planes de Mejora.</li> </ul>	PRIMARIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y documentación de los procesos asistenciales, elaborando guías de práctica clínica basadas en la evidencia.</li> </ul>	PRIMARIO/SECUNDO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selección de indicadores y establecimiento de un sistema de seguimiento y monitorización de los procesos y de los resultados de la unidad.</li> </ul>	(la mayoría de instrumentos)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento y aplicación de las principales herramientas para el control y mejora de los procesos (estandarización, gráficas de control de procesos).</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración y puesta en marcha de un plan de auditorías internas para verificar el cumplimiento de las normas o criterios de calidad.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración y puesta en marcha de Planes de Mejora de la calidad.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer los diferentes sistemas de autorización, acreditación y certificación de los servicios sanitarios.</li> </ul>	TERCIARIO(algún instrumento de alta complejidad)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y participar en la realización de métodos de autoevaluación global y sistemática de la organización, basados en el modelo europeo de excelencia.</li> </ul>	

**ÁREA: LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN: LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL**

**SUBÁREA 6: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y MÉDICO LEGAL**

**OBJETIVOS**

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

1. Conocer la legislación relativa a su puesto de trabajo y categoría profesional.

(fecha, diagnóstico), informes solicitados por el empresario.

## **PRIORIDAD II**

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

## **PRIORIDAD III**

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

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

## **METODOLOGÍA DOCENTE**

Los distintos objetivos de este área, se trabajarán a lo largo de todos los años de residencia, pero muy especialmente el primer y último año. La metodología docente básica es el **trabajo en las consultas** con los tutores, en especial los de medicina de familia y urgencias, comentando casos y situaciones, estudiándolos y presentándolos, sin olvidar el estudio individual. Se recomienda que la **formación teórico-práctica** se planifique en tres niveles: *introducción* en el primer año, que continuaría durante el segundo y tercer año con *gestión clínica, sistemas de información, trabajo en equipo, responsabilidad profesional* culminando durante el cuarto con un taller práctico sobre *gestión de la calidad*.

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

Se recomiendan como métodos:

### **A) Autoaprendizaje**

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

### **B) Aprendizaje de campo**

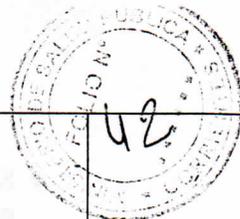
- . Trabajo con el tutor en consulta.

### **C) Cursos**

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

### **D) Trabajo grupal**

- . Trabajo de grupo sobre la toma de decisiones de los médicos.
- . Valoración sobre casos reales durante las sesiones de revisión de historias (utilización de pruebas diagnósticas, prescripción, IT...)
- . Experiencias reales de desarrollo de estudios de evaluación de la práctica clínica y de utilización de medicamentos
- . Sesiones teóricas y experiencias reales de trabajo en equipo, de análisis, organización y gestión de la actividad, diseño de circuitos y de agendas de la actividad en el Centro de



Salud, del manejo de la presión y de la frecuentación asistencial. Experiencia real de manejo de algún paciente hiperfrecuentador.

- . Trabajo grupal analizando de forma secuencial, y en ejemplos reales, las distintas etapas del ciclo evaluativo de la calidad tanto de ámbito clínico como no clínico: Identificación de 10 procesos relevantes en la unidad o equipo.
- . Participación en un equipo de mejora y en la realización de un plan de mejora, incorporación a grupos de evaluación o auditorías, auditoría de historias clínicas, trabajo de campo en proyectos de mejora, participación en grupos focales y participación en el plan de calidad del centro.
- . Participación en la elaboración de una guía de práctica clínica.
- . Asistencia a Consejos de Gestión o de Dirección.
- . Participación en las reuniones de equipo.

#### **E) Talleres**

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

#### **LUGAR DE APRENDIZAJE RECOMENDADO**

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

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

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

#### **TIEMPO DE APRENDIZAJE RECOMENDADO**

Se recomienda que el aprendizaje en gestión de la atención comience al inicio de la residencia y se prolongue a lo largo de toda la formación. Se recomienda un esfuerzo especial en los periodos de formación que se desarrollan en el Centro de Salud.

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

#### **Talleres sobre la gestión de la atención:**

##### **Objetivos:**

El residente al finalizar su periodo de formación, demostrara / 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 evolución de la practica clínica y saber aplicar los distintos instrumentos de evaluación
6. Valorar la utilidad de las pruebas complementarias y saber aplicarlas en la practica clínica
7. Realizar una prescripción farmacéutica racional
8. Manejar la IT en el marco de la consulta medica

#### **CLASES DE GESTION DE LA ATENCIÓN**

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

44

## SEGUNDO AÑO:

### Taller sobre Razonamiento clínico

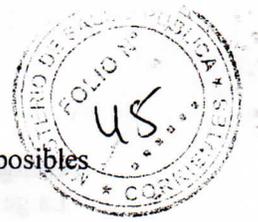
#### **Objetivos:**

El residente al finalizar su periodo de formación, demostrara/sera 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 medico de familia
3. Saber manejar en la practica las características definatorias de las *pruebas diagnosticas*
4. Elaborar un *pronostico* 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

#### **Conocimientos, Actitudes y Habilidades**

- 1. Conocer los *fundamentos* y *características de la toma de decisiones en Atención Primaria*
  - Diferenciar las características especiales de la toma de decisiones en Medicina de Familia: gran accesibilidad, enfermedad indiferenciada y/o en sus primeras etapas, falta de organización en la presentación de la enfermedad, incertidumbres sobre la importancia del problema, longitudinalidad
  - Considerar la incertidumbre como inherente al proceso de toma de decisiones
  - Conocer los distintos modelos de toma de decisiones (inductivo, hipotético-deductivo, reconocimiento de patrón)
  - Analizar como influyen en la toma de decisiones en Medicina de Familia las características definatorias de la practica en Atención Primaria



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

Prioridad II:

- Considerar los errores en la formación temprana de hipótesis, en especial el control precoz de la entrevista y el fenómeno llamado “anclaje”, así como no clasificar la información confusa y no evaluar la fiabilidad de la información del paciente
- Conocer las fuentes de variabilidad en la observación clínica y utilizar los distintos métodos para reducirla, en especial la estandarización de los procedimientos de observación y 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 clínicas

➤ 3. Saber manejar en la práctica características definitorias de las pruebas diagnósticas

Prioridad I:

- Conocer las características de las pruebas diagnósticas: sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de probabilidad
- Reconocer cómo afectan a la sensibilidad y especificidad las características de los procesos morbosos en Atención Primaria
- Aplicar las características de las pruebas a los síntomas y signos: probabilidad condicional dados unos síntomas

Prioridad II:



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

➤ 4. Elaborar un pronóstico de la enfermedad

Prioridad I:

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

Prioridad II:

- Conocer las características de los estudios pronósticos, valorando su idoneidad en los problemas presentados en Atención Primaria
- Utilizar la longitudinalidad y la continuidad de cuidados como un valor añadido en la elaboración del pronóstico

➤ 5. Decidir un plan de actuación adecuado al problema presentado y las características del paciente

Prioridad I:

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

Prioridad II:

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



➤ 6. Conseguir una adecuada adherencia al plan de actuación acordado

Prioridad I:

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

**Atención del Individuo**

**Área: Problemas de Cara-Nariz-Boca-Garganta y Oídos**

prioridad I:

- Conocer y aplicar las actividades preventivas de:
  - Cáncer oro faríngeo
  - Deterioro de la audición: anciano, trabajador
- Manejo diagnóstico y terapéutico de:
  - Otalgia y otitis
  - Hipoacusia
  - Trastornos de la voz
  - Parálisis facial periférica
  - Obstrucción nasal
  - Trastornos del gusto y del olfato
  - Acúfenos
  - Síndrome vertiginoso
  - Insuficiencia respiratoria nasal
- Manejo diagnóstico y control evolutivo de:
  - Tumores otorrinolaringológicos
- Saber hacer:
  - Anamnesis y exploración física otorrinológica
  - Otoscopia
  - Extracción de tapón de cerumen
  - Acumetría: Test Rinne y Weber
  - Taponamiento nasal anterior
  - Rinoscopia anterior
  - Laringoscopia indirecta
  - Rehabilitación vestibular
- Conocer las indicaciones y saber interpretar:
  - Radiología simple de la zona
- Manejo del paciente en situación de urgencia:
  - Epistaxis
  - Traumatismo ótico: otohematoma, perforación timpánica
  - Cuerpo extraño: fosas nasales, oído, laringe, esófago
- Abordaje familiar y psicosocial de:
  - Paciente traqueotomizado

prioridad II:

- Saber interpretar:
  - Audiometría
- Manejo terapéutico de:



- Paciente traqueotomizado
- Abordaje familiar y psicosocial de:
  - Paciente con hipoacusia (“cómo hablar al paciente”)

### Área: Problemas de los ojos

#### Prioridad I:

- 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:
  - 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:
  - Alteraciones del polo anterior: conjuntivitis aguda, hiposfagma, pterigión, pingüecula, erosión corneal, cataratas
  - Alteraciones palpebrales: orzuelo, chalazión, blefaritis, triquiasis, entropión y ectropión
  - Glaucoma crónico
- Manejo diagnóstico y control evolutivo de:
  - Neuritis óptica
  - Patología vascular retiniana
  - Retinopatía hipertensiva /diabética
  - Tumores oculares
- Saber hacer:
  - Exploración con optotipos
  - Exploración con oftalmoscopio directo
- Manejo del paciente en situación de urgencia:
  - 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

#### Prioridad II:

- 
- Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de:
  - Alteraciones de los medios transparentes: úlcera corneal, queratitis, iridociclitis, opacidades vítreas, malformaciones congénitas del polo anterior
  - Epiescleritis y escleritis
  - Uveítis anterior

### Área: Conductas de riesgo adictivo



- Valorar adecuadamente la presencia de factores de riesgo que requieren atención especial, por el médico de familia o en el segundo nivel
- Detectar y actuar sobre los factores de riesgo psico-social
- Conocer e informar de las técnicas diagnósticas de malformaciones fetales (screening bioquímico, biopsia corial, amniocentesis)
- Conocer los principales riesgos teratogénicos (fármacos, agentes físicos, agentes infecciosos, tóxicos)
- Conocer los contenidos de la atención preconcepcional
- Conocer el manejo de fármacos en el embarazo y puerperio
- Realizar correctamente la auscultación de latidos fetales, medición de altura uterina y terminación de la presencia fetal
- Puerperio
- Conocer y manejar la movilidad más frecuente del puerperio
- Apoyar la lactancia materna
- Anticoncepción
- Manejar los métodos anticonceptivos hormonales (indicación, seguimiento y contra indicaciones)
- Manejar la anticoncepción intra uterina (indicación, seguimiento y retirada del DIU)
- Manejar la anticoncepción farmacológica de emergencia
- Manejar los métodos de barrera (técnica adecuada de uso de los preservativos).
- Adiestramiento en el manejo del diafragma
- Asesorar sobre las vasectomías y ligadura tubarica
- Asesorar sobre la interrupción voluntaria del embarazo
- Procedimientos básicos gineco-obstétricos
- Manejar adecuadamente la entrevista clínica gineco-obstetricia
- Adquirir habilidad en la realización de tactos vaginales
- Conocer y realizar la exploración mamaria
- Saber interpretar una mamografía
- Realizar citologías cervico-vaginales para la detección de cáncer de cervix
- Saber interpretar los resultados de una citología cervico-vaginal
- Climaterio
- Manejar los síntomas del climaterio: alteraciones del ciclo, sofocos, sequedad vaginal.
- Prevención de osteoporosis en las mujeres con riesgos
- Conocer y manejar el tratamiento hormonal sustitutivo en el climaterio
- Motivos de consultas prevalentes
- Diagnosticar y tratar las vulvovaginitis
- Manejar los trastornos del ciclo menstrual (dismenorrea, hiper-polimenorrea, síndrome pre-menstrual)
- Diagnosticar cambios de posición de los genitales (prolapsos)
- Manejar y tratar médicamente la incontinencia urinaria
- Abordaje inicial de la pareja estéril

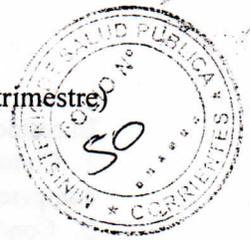
#### Prioridad II:

- Conocer la información que se debe ofertar a las mujeres con patologías crónicas frecuentes (HTA, diabetes, asma, epilepsia, alteraciones del tiroides) en tratamiento, cuando manifiestan deseos de gestación
- Conocer los contenidos de la educación maternal
- Manejar la patología cervicovaginal no neoplásica
- Manejar la realización –interpretación de frescos vaginales, con microscopio óptico, para diagnóstico de las vulvovaginitis más frecuentes

#### Prioridad III:

- Inserción del DIU

- Maneja la ecografía oftétrica nivel I (biometría fetal y ecografía básica del primer trimestre)
- Manejar la ecografía ginecológica básica
- Atender un parto eutócico



## **DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.**

### **Docencia:**

Es recomendable que exista un programa de formación continuada en el Centro de Salud, que incluya objetivos, actividades formativas, metodología docente y evaluación.

El personal del Equipo deberá participar activamente en el Programa de Formación Continuada, manteniéndose una actividad regular de sesiones clínicas, bibliográficas, de Medicina Comunitaria, con otros especialistas, cursos de reciclaje, etc. en el Centro de Salud.

El número mínimo de sesiones mensuales realizadas no deberá ser inferior a 8, debiendo estar programadas, al menos, con periodicidad mensual.

Es deseable que el Centro colabore en la formación pregraduada de Medicina y Enfermería ( y Trabajo Social en su caso).

### **Investigación:**

El Centro de Salud deberá tener actividad investigadora suficiente, incluyendo líneas de investigación, proyectos, trabajos, comunicaciones, artículos publicados,...

El Centro debe poder ofertar tutorización activa de trabajos de investigación, de al menos 1/año/residente.

Es deseable disponer de líneas de investigación.

### **Objetivos:**



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

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

### **Conocimientos, Actitudes y Habilidades**

#### **Prioridad I:**

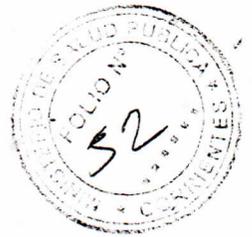
- Realizar un análisis crítico de progreso formativo y del aprovechamiento de los planes formativos durante la residencia.
- Realizar un análisis crítico de las ofertas Formativas respecto a su idoneidad y calidad.
- Conocer los diferentes enfoques de metodología docente para la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes profesionales,

#### **Prioridad II:**

- Realizar actividades de mejora comunicacional en transmisión de conocimientos.
- Impartir sesiones clínicas de calidad contrastada.
- Presentar comunicaciones médicas en foros de investigación.

#### **Prioridad III**

- Participar en la elaboración del Programa Formativo de la Unidad Docente.
- Actuar como docente en actividades formativas programadas por la Unidad Docente.



### **SISTEMA DE INGRESO AL PROGRAMA:**

Los aspirantes a ingresar a este sistema de capacitación, accederán al mismo por orden de mérito, a través de un Concurso Unificado de Médicos Residentes organizado por el Departamento de Graduados de la Facultad de Medicina.

Dicho concurso establece un puntaje de acuerdo a:

- Promedio de calificaciones de la facultad (11 puntos)
- Antecedentes curriculares ( puntos), docencia universitaria, experiencia asistencial continua de postgrado, becas, cursos de pre y postgrado, publicaciones, pasantía rural, internado rotatorio y región de procedencia.
- Examen escrito (10 puntos), modalidad de elección múltiple



## RECURSOS HUMANOS Y MARCO INSTITUCIONAL

El programa estará a cargo del Profesor Titular de la Cátedra que además se desempeña como Jefe del Departamento de Medicina del Hospital y sus funciones serán:

- a) Confeccionar el programa de la residencia.
- b) Controlar y arbitrar los medios para que éste se cumpla.
- c) Elevar anualmente un informe a la Dirección de Docencia según normativas emanadas de ésta.
- d) Supervisar estrictamente el cumplimiento de esta reglamentación.

Su actividad será completada por un Instructor en Medicina Familiar cuyas funciones serán:

- a) organización y supervisión directa de las tareas asistenciales y de las clases y talleres establecidos en el programa
- b) organizar y supervisar las rotaciones que contempla el programa
- c) evaluar a los residentes con los otros docentes del programa

El programa también contempla docentes responsables:

- a) área de atención primaria urbana
- b) área de urgencias
- c) área de atención primaria del interior de la provincia
- d) área de atención al niño
- e) área de atención a la mujer
- f) área de atención en salud mental
- g) área de atención en gestión de la salud
- h) área de Medicina Basada en la Evidencia

Las funciones de dichos docentes serán:

- a) supervisar el logro de los objetivos en cada una de las áreas respectivas del programa.
- b) Organizar y supervisar las actividades asistenciales cuando así corresponde
- c) Participar en la evaluación de los residentes

El programa se realizará en el Hospital Escuela de la Facultad de Medicina, en el servicio de Obstetricia del Hospital Vidal, en el Hospital de niños Juan Pablo II de la ciudad de

Corrientés, en un centro de atención primaria de la capital y en hospitales del interior de la provincia. Hospital de Virasoro y de Esquina.



## **EVALUACIÓN:**

### **Evaluación Por Objetivos**

La evaluación de los médicos residentes que participan del programa de capacitación será permanente y del logro de los objetivos propuestos en la programación de cada ciclo.

Semestralmente se hará una evaluación de los logros por objetivos por el Profesor a cargo del programa, por el Instructor del programa y por el docente del área respectiva. El logro de cada objetivo será calificado como muy bueno, bueno, regular o mal.

### **Evaluación de Conocimientos Adquiridos**

Anualmente serán evaluados por un examen escrito con respuestas de opciones múltiples con preguntas sobre contenidos de Medicina Interna adquiridos en el trabajo en campo.

Las rotaciones por las raes de atención primaria serán evaluadas por sistema de portfolios.

Para continuar al ciclo inmediato superior del programa el residente deberá tener un promedio de bueno o muy bueno de la evaluación de los dos semestres de los objetivos propuestos para ese ciclo, con el aval del Director de la Residencia acorde a las normas de evaluación y promoción de los respectivos programas. A tal efecto, éste deberá elevar periódicamente a la Dirección de Docencia e Investigación el resultado de dichas evaluaciones, eventuales sanciones disciplinarias y cualquier otra información pertinente, que serán archivadas en el legajo del residente.

### **Evaluación Final**

Se hará el finalizar el 4to ciclo por los mismos responsables de las evaluaciones previas y consistirá en un análisis de las evaluaciones por objetivos y del trabajo de investigación clínica o epidemiológica oportunamente presentado o publicado.

La aprobación de esta evaluación lo habilitará para la obtención del título a otorgar.

No será promovido y/o el nombramiento caducará para aquel residente que:

- a) no haya aprobado las evaluaciones correspondientes
- b) tenga más de 10 (diez) inasistencias injustificadas en el año
- c) evidencie incumplimiento de las normas éticas y deberes de los profesionales del hospital
- d) evidencie desinterés manifiesto y falta de responsabilidad en sus obligaciones asistenciales y docentes.

### **Bibliografía del presente programa:**

1. Programa de la Especialidad Medicina Familiar y comunitaria de la Sociedad Española de medicina Familiar y Comunitaria.

2. WONCA EUROPE (The European Society of General Practice / Family Medicine), 2002



El propósito de este estudio es evaluar el impacto del programa de capacitación en la formación de los médicos generales y en la atención de la familia. El estudio se realizó en Chile y los resultados se presentan a continuación.

El estudio se realizó en Chile y los resultados se presentan a continuación. El estudio se realizó en Chile y los resultados se presentan a continuación. El estudio se realizó en Chile y los resultados se presentan a continuación.

El estudio se realizó en Chile y los resultados se presentan a continuación. El estudio se realizó en Chile y los resultados se presentan a continuación. El estudio se realizó en Chile y los resultados se presentan a continuación.

El estudio se realizó en Chile y los resultados se presentan a continuación. El estudio se realizó en Chile y los resultados se presentan a continuación. El estudio se realizó en Chile y los resultados se presentan a continuación.

El estudio se realizó en Chile y los resultados se presentan a continuación. El estudio se realizó en Chile y los resultados se presentan a continuación. El estudio se realizó en Chile y los resultados se presentan a continuación.