



LA INCORPORACIÓN DE LA MEDICINA DE FAMILIA Y DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN LA UAM

Experiencia en las nuevas asignaturas
del Grado de Medicina (2010-2016)

Editores:

Ángel Otero Puime | Mercedes Sánchez Martínez
Esteban González López | M^a Isabel García Lázaro
Augusto Blanco Alfonso | José M^a Arribas Blanco

LA INCORPORACIÓN DE LA MEDICINA DE FAMILIA Y DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN LA UAM

**Experiencia en las nuevas asignaturas
del Grado de Medicina (2010-2016)**

Editores:

Ángel Otero Puime
Mercedes Sánchez Martínez
Esteban González López
M^a Isabel García Lázaro
Augusto Blanco Alfonso
José M^a Arribas Blanco



CÁTEDRA DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN EN MEDICINA
DE FAMILIA Y ATENCIÓN PRIMARIA



© de la edición: UAM Ediciones, 2017
© de los textos: los editores, 2017

Universidad Autónoma de Madrid
Edificio del Rectorado
C/ Einstein, 3
28049-MADRID
Teléfono: 91 497 4233
E-mail: servicio.publicaciones@uam.es
Maquetación y diseño: Miguel Ángel Tejedor

ISBN: 978-84-8344-557-0
DL: M-581-2017

Índice

- Página PRÓLOGO
- 7 La incorporación de la medicina de familia en la UAM: una muestra de innovación docente
José M^a Sanz. Rector UAM
- 11 La cátedra UAM-Novartis de Atención Primaria y Medicina de Familia: 12 años de Apoyo a la docencia en la UAM
Concha Marzo. Directora Relaciones Institucionales y Market Access. Novartis Farmacéutica, S.A.

CAPÍTULOS

- 13 1. La Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria de la UAM. Desarrollo y estructura
- 27 2. Incorporación de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria al programa del Graduado en Medicina de la UAM
- 39 3. Contacto Precoz del estudiante con el paciente y con la clínica. Una experiencia pionera en la UAM
- 61 4. “Introducción a la Práctica Clínica”. Asignatura obligatoria del 2º Curso del Grado de Medicina
- 77 5. “Medicina de Familia y Atención Primaria”. Antecedente y banco de pruebas de la asignatura obligatoria del Grado
- 91 6. “Medicina de Familia”. Asignatura obligatoria de 5º curso del Grado de Medicina
- 119 7. Rotación en el Centro de Salud. Asignatura obligatoria integrada en el Practicum de 6º curso del Grado de Medicina

133 8. La Cátedra UAM-Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria

147 9. Desafíos ante el futuro próximo

157 ANEXOS

159 1. Profesores Asociados y Honorarios de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria de la UAM durante el periodo 1988-2016

165 2. Centros de Salud adscritos a la UAM

167 3. Cuaderno del Estudiante. Asignatura: “Introducción a la Práctica Clínica”. Curso 2015/16

189 4. “Narrativas” escritas y entregadas por estudiantes como tareas docentes de la asignatura “Introducción a la Práctica Clínica”. Curso 2015/16

205 5. Cuaderno de Prácticas Clínicas. Asignatura: “Medicina de Familia”. Curso 2015/16

233 6. Personal contratado con cargo a la cátedra UAM-Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria

PRÓLOGO

LA INCORPORACIÓN DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN LA UAM: UNA MUESTRA DE INNOVACIÓN DOCENTE

Me complace presentar y prologar este libro “Incorporación de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria a la enseñanza de la Medicina en la UAM” tras más de una década del décimo aniversario de la firma de la Cátedra de patrocinio UAM-Novartis de docencia e investigación en el ámbito de la medicina de familia y la atención primaria.

Escribo estas palabras de prólogo, como Rector de la UAM, a un libro que quiere ser un manual de consulta para quienes deseen conocer los detalles de la historia y la realidad de cómo se produjo la incorporación y el posterior desarrollo de la formación específica en Medicina de Familia en los estudios de Medicina de la UAM.

El proyecto, que se inició hace casi treinta años, se presenta a través de la experiencia de los coordinadores y miembros de la Unidad Docente, como principales agentes del proceso, e incluye los documentos y material docente generado durante todos estos años con la intención de que sirvan, tras su evaluación y discusión crítica, a todos aquellos que quieran también incluir esta formación en otros estudios de Medicina. Invito al lector a conocer y analizar el diagnóstico, los datos y la experiencia que se presenta desde una perspectiva universitaria y desde una institución reconocida por la calidad de sus estudios en la materia. En este caso, el libro que nos presentan los Profesores Ángel Otero, Mercedes Sánchez, Esteban González, M^a Isabel García, Augusto Blanco y José M^a Arribas, tiene un doble interés. El estudio trata el problema de la integración de la formación en Medicina de Familia a los estudios ya existentes de Medicina que no la consideran o lo hacen de forma marginal, mientras que, simultáneamente, ofrece conclusiones y soluciones encaminadas a mejorar la calidad de tales estudios.

El libro recorre casi treinta años de existencia y actividad intensa de la Unidad Docente de medicina de familia y atención primaria, desde su creación en 1986. Se recoge la actividad docente e investigadora y el carácter pionero e innovador que impusieron, desde el principio, sus miembros a la hora de proponer e incorporar el ámbito de la atención primaria en los planes de estudios de Medicina de la UAM. Creo que su lectura ayudará a comprender la relevancia de esta formación específica y a integrar este ámbito de formación en otros planes de estudio. Asimismo se detalla no sólo la articulación dentro de la Licenciatura de Medicina, sino también en el nuevo grado de Medicina que se comenzó a impartir en 2010.

Conviene resaltar que solo la confluencia de intereses, esfuerzos, trabajo y estudio durante todos estos años, entre los Centros de Salud vinculados a los Hospitales universitarios adscritos a la UAM, los propios Hospitales, la Unidad Docente, la propia Facultad de Medicina, la estructura docente de los MIR y otros muchos agentes activos que intervinieron desde los diversos ámbitos de la administración, hizo posible la adecuada y coordinada incorporación del ámbito de la Medicina de Familia en los estudios de Medicina de nuestra universidad. Ciertamente, tras la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, que reconocía también a los centros de salud como elementos importantes en la enseñanza práctica de la Medicina, la propia universidad tuvo que adaptarse a esta nueva oportunidad con una reestructuración de sus capacidades docentes y la creación, ese mismo año, de la Unidad Docente mencionada debía coordinar a los profesionales implicados y promover la actividad docente dentro de la actividad asistencial que se realizaba en los centros de salud y también desarrollar los programas y el material docente necesario.

La Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria de la UAM cumple 30 años este año 2016. Gracias al esfuerzo sostenido de los coordinadores y directores de la Unidad Docente, a sus miembros, ilusionados y motivados, que mostraron capacidad y tomaron decisiones, encontramos hoy, contenidos del ámbito

de la Medicina de Familia perfectamente integrados y muy valorados en nuestros estudios de Medicina. Quisiera felicitar a los coordinadores y al grupo de profesores y profesionales que han participado en el proceso por su voluntad de hacer visible y transferible el conocimiento y la experiencia acumulada durante todos estos años en un proyecto que hace posible que la formación de los médicos en la Facultad de Medicina de la UAM siga mejorando día a día.

Estoy seguro que el reconocimiento social y profesional se manifiesta explícitamente en la actividad diaria que esos profesionales realizan en los hospitales, en los centros de salud o allí donde estén ejerciendo. El compromiso de la facultad y de la Universidad es firme y decidido con el convencimiento de que la experiencia alcanzada y el continuo desarrollo e innovación en los programas y en las actividades permitirá seguir mejorando la calidad de los estudios de Medicina de la UAM.

Conviene resaltar que hace 12 años, el proyecto recibió un importante impulso con la firma de la cátedra UAM-Novartis. La cátedra supuso la incorporación de un nuevo agente del sector privado, Novartis, dispuesto a aportar financiación para nuevos recursos, ideas y actividades docentes que contribuyeron a la consolidación de la Unidad Docente y con ella a la formación y la investigación en los ámbitos de la Atención Primaria y la Medicina de Familia en la UAM.

En resumen, el libro que presentamos recoge por una parte los avatares para la incorporación de la Medicina de Familia y la Atención Primaria a la enseñanza de la Medicina en la UAM y, por otra, el reconocimiento y la descripción de las actividades docentes y de investigación desarrollada en el marco de la Cátedra UAM-Novartis. La primera se acerca a los treinta años mientras que la segunda acaba de cumplir los doce años.

José M. Sanz

Rector de la Universidad Autónoma de Madrid

LA CÁTEDRA UAM-NOVARTIS DE MEDICINA DE FAMILIA Y ATENCIÓN PRIMARIA: 12 AÑOS DE APOYO A LA DOCENCIA EN LA UAM

Hace ahora 12 años, en el 2004, ocurrieron varios hechos destacados en nuestra historia, como fueron el atroz atentado del 11-M, el cambio de Gobierno de J. M^a. Aznar a J. L. Rodríguez Zapatero, la UE se ampliaba a 25 países y el celebrado enlace de los entonces Príncipes y hoy Reyes de España, Felipe y Leticia.

En el mundo sanitario también se produjeron acontecimientos importantes, como la aprobación de la tarjeta sanitaria única para toda España, la Ley antitabaco y la incorporación de la Medicina de Familia en algunas Facultades de Medicina de las Universidades Españolas.

Por aquel entonces, Novartis ya en el año 2001 había creado junto a la Universidad Autónoma de Barcelona la primera Cátedra de Medicina de Familia como una firme apuesta de promover el desarrollo de la docencia y la investigación en el campo de la Medicina de Familia y la Atención Primaria.

El convencimiento de seguir en esta línea fue la que nos movió de nuevo, en el 2004, a constituir la segunda Cátedra con la Universidad Autónoma de Madrid, en concreto la Cátedra UAM-Novartis de Docencia e Investigación en Medicina de familia y Atención Primaria.

En ese año, el Rector de la UAM era D. Ángel Gabilondo, quien apoyó y firmo el Convenio Marco de colaboración y creación de la Cátedra. Posteriormente, entre 2009 y 2011, sería Ministro de Educación. Como Director de la Cátedra se nombró a D. Ángel Otero, Profesor titular del departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UAM y Coordinador de la Unidad Docente Interdepartamental de Medicina de Familia y Atención Primaria.

La elección de D. Ángel Otero fue un total acierto. Con él, la Cátedra ha realizado numerosas actividades encaminadas a prestar apoyo docente a la Unidad de Medicina de Familia de la Facultad de Medicina de la UAM, ha conseguido la financiación de una plaza de profesor asociado, ha participado en la organización de asignaturas optativas de 1º, 2º ciclo y rotación obligatoria de la Licenciatura de Medicina, así como desde la implantación del Grado de Medicina, en la organización de dos asignaturas troncales en 2º y 5º Curso. Ha impulsado la carrera investigadora de médicos de familia a través de becas de investigación y apoyo al desarrollo de trabajos científicos, ha apoyado la convocatoria de un premio anual a las mejores tesis doctorales realizadas por médicos de familia y ahora, ha programado la edición de este libro que tiene el objetivo de recoger la experiencia y el material docente generado como herramienta de apoyo a profesores y alumnos de las asignaturas relacionadas con Medicina de Familia y Atención Primaria.

Me gustaría finalizar expresando mi agradecimiento al ofrecerme escribir el Prólogo de este libro, en el que no sólo he intentado hacer una cronología de eventos sino también reflejar y resumir logros y esfuerzos de muchas personas que han hecho posible esta andadura. Hacer con estas líneas también extensivo el reconocimiento a la gran labor que desempeña con tanta dedicación y entusiasmo su Director, D. Ángel Otero. Espero y deseo que esta colaboración pueda seguir durante mucho tiempo aportando valor a nuestros actuales y futuros profesores universitarios y médicos de familia y atención primaria.

Concha Marzo

Directora Relaciones Institucionales y Market Access
Novartis Farmacéutica, S.A.

Capítulo 1

LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA DE FAMILIA Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LA UAM. DESARROLLO Y ESTRUCTURA

Ángel Otero y Mercedes Sánchez

1. Contexto histórico y antecedentes
2. El inicio de la Unidad Docente
3. La creación de la Cátedra UAM-Novartis de Medicina de Familia
4. Estructura actual de la Unidad
 - 4.1. Centros de Salud adscritos a la UAM
 - 4.2. Profesores Honorarios y Clínicos Colaboradores Docentes
 - 4.3. Unidad Clínica Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria

1. Contexto histórico y antecedentes

La gestación de la Unidad Docente de Medicina de Familia de la UAM está ligada directamente a la creación en 1978 de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, en el marco del programa MIR 1978¹⁻³ y a la coincidencia, en el contexto histórico de esa época marcada por la transición democrática en España y la Constitución de 1978, del debate y aprobación en ese mismo año de la Declaración de Atención Primaria de Alma Ata⁴, al que siguió un proceso acelerado de cambios normativos en el sistema sanitario que se van produciendo a partir de ese momento y que dieron lugar a lo que se llamó “El nuevo modelo de Atención Primaria”⁵⁻⁷.

El desarrollo inicial del nuevo programa MIR de la especialidad Medicina de Familia quedó muy vinculado a la estructura hospitalaria y con el paso de las primeras promociones se hizo evidente la carencia de estructuras adecuadas para la formación en el ámbito de la atención primaria. La movilización de los propios residentes

de esas primeras promociones ante el incumplimiento de las expectativas generadas con la creación de la especialidad, junto a la comprobación de la situación contradictoria en la que se encontraban en su tercer año de formación donde no existían unidades docentes extrahospitalarias (mas de un tercio de los 462 residentes de la primera promoción cambiaron de especialidad en su segundo año de residencia³) hizo que a finales de 1983, se aprobara una Orden Ministerial en la que se acordaba que “... la formación en atención primaria de salud de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria se realizará en Centros con acreditación docente radicados en el seno de la estructura asistencial primaria”⁸.

Tabla 1.1.- Aspectos del contexto histórico y calendario de acontecimientos que propiciaron el desarrollo de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria de la UAM

1978	Transición Democrática. Aprobación de la nueva Constitución Creación de la de la especialidad MIR de Medicina de Familia y Comunitaria Declaración de Atención Primaria de Alma-Ata
1983	Creación de las primeras Unidades Docentes para el MIR de Medicina de Familia y Comunitaria como entidades extrahospitalarias diferenciadas
1985	Apertura de los primeros Centros de Salud en Madrid tras la aprobación de RD de Estructuras Básicas de Salud. Las Unidades Docentes se integran en los nuevos Centros
1986	Ley General de Sanidad. En su Artículo 104.4 dispone que “Las Universidades deberán contar al menos con 1 Hospital y 3 Centros de Salud universitarios” RD 1588/86 sobre los conciertos entre Universidades y Instituciones sanitarias
1986	Comienza la rotación “voluntaria” de los alumnos de 6º por Atención Primaria
1988	Se incorporan los primeros 6 Centros de Salud a la UAM y 6 Profesores Asociados de AP, en el marco de un acuerdo UAM-INSALUD
1989	Se consolida y formaliza la Unidad Docente Interdepartamental de Atención Primaria de la UAM Se hace obligatoria la rotación por los Centros de Salud en 6º curso de Medicina

1990	El RD 1947/1990 establece el Título de Licenciado en Medicina y las directrices del plan de estudio que las Universidades han de aprobar en el plazo máximo de 3 años
1991	Se pone en marcha la asignatura optativa de “Contacto Precoz con el paciente en Atención Primaria” para alumnos de 3er curso de Medicina, bajo el formato de TAD (trabajo académicamente dirigido)
1993	Se aprueba el nuevo Plan de Estudio de la Licenciatura de Medicina de la UAM, que incluye la asignatura optativa “Medicina de Familia y Atención Primaria” y confirma la Rotación Obligatoria en Centros de Salud y el TAD
2004	Se crea la cátedra UAM-Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria
2010	Se aprueba el nuevo Grado de Medicina que incluye 1 mes del rotatorio de 6º curso en Medicina de Familia y Comunitaria y las asignaturas obligatorias “Inmersión Precoz en la Clínica” (IPC) en 1er curso y “Medicina de Familia” en 5º
2011	Se imparte la primera edición de “IPC”
2012	Se aprueba una modificación del Grado de Medicina de la UAM. Entre ellas que IPC pase a 2º curso con 5 ECTS como “Introducción a la Práctica Clínica”
2014	Comienza la primera edición de la asignatura obligatoria “Medicina de Familia” Nuevo concierto Consejería Salud-UAM. Reconoce 23 Centros de Salud adscritos
2015	Comienza el rotatorio clínico del Grado en Medicina, de 54 ECTS, que incluye un mes en Medicina de Familia y Comunitaria, equivalente a 8 ECTS
2016	Se imparte la primera edición de la nueva IPC “Introducción a la Práctica Clínica”

Ante la escasez o inexistencia de esos Centros, de forma urgente se pusieron en marcha por cada hospital con programa de la especialidad, unas estructuras extrahospitalarias con entidad propia que se denominaron “Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria” y que se ubicaron en ambulatorios de la Seguridad Social (o de corporaciones locales). Estas Unidades tenían que cumplir con unos estándares de estructura, de personal y dotación de recursos para ser acreditadas como tales y una vez que se instauraran los nuevos centros de salud previstos en la reforma sanitaria, se integrarían en ellos⁸.

En el contexto concreto de la UAM, se dieron, en esos primeros años, circunstancias coyunturales facilitadoras que propiciaron la proximidad de su Facultad de Medicina con esas nuevas Unidades Docentes de Medicina de Familia del programa MIR y con los primeros centros de salud abiertos en Madrid:

- Dos de esas primeras Unidades Docentes del programa MIR en esta especialidad (Fuencarral y Pozuelo), que habían iniciado su andadura en 1980, estaban vinculadas a Hospitales universitarios adscritos a la UAM (Hospital La Paz y Clínica Puerta de Hierro). Estas Unidades Docentes se transformaron en Centros de Salud y Equipos de Atención Primaria del nuevo modelo de Atención Primaria, una vez aprobada la nueva normativa sobre Estructuras Básicas de Salud en 1984⁹.
- El Prof. José María Segovia de Arana, Secretario de Estado para la Sanidad e impulsor de la creación de la especialidad de Medicina de Familia³ había sido el primer Decano de la Facultad de Medicina de la UAM (1970 a 1979) y su influencia generó una sensibilidad especial en la UAM ante la nueva especialidad médica y el ámbito de la Atención Primaria.
- El primer Coordinador Provincial del programa MIR de Medicina de Familia y Comunitaria de Madrid (1985 a 1988), al que se incorporaron los primeros Centros de Salud del INSALUD que se pusieron en marcha en esta Comunidad era, también, Profesor titular de la UAM (Ángel Otero).

Estos hechos, entre otros, facilitaron la comunicación y el acercamiento entre profesores de la UAM y los primeros médicos especialistas formados en esas Unidades Docentes del programa MIR de Medicina Familiar y Comunitaria y que fueron incorporándose a los primeros Centros de Salud que, progresivamente, se abrieron en las áreas de influencia de sus cuatro hospitales adscritos a la UAM. Desde 1985 se empezaron a poner en marcha experiencias puntuales y voluntarias de estancias de estudian-

tes de 6º curso de la Licenciatura de Medicina en la consulta de Médicos de Familia.

En 1986, la Ley General de Sanidad estipuló que todas las Universidades deberían de contar con Centros de Salud, junto con los Hospitales Universitarios para la enseñanza práctica de la Medicina¹⁰, y el RD 1558/1986¹¹ estableció las bases generales para el concierto entre las universidades y las instituciones sanitarias con la finalidad de incrementar la colaboración y garantizar el cumplimiento de los objetivos docentes, asistenciales y de investigación de ambas partes.

2. El inicio de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria

En ese marco y en ese mismo año de 1986 se dieron los primeros pasos de la Unidad Docente Interdepartamental de Medicina de Familia y Atención Primaria de la UAM, en la que participan dos departamentos de la Facultad de Medicina: el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología y el Departamento de Medicina, que se consolidó en 1989 con el nombramiento de un profesor permanente como Coordinador de la nueva Unidad, dependiente del Decano de la Facultad (Figura 1).

La negociación de un acuerdo entre la UAM y el INSALUD Madrid en 1987 incorporó formalmente a la estructura docente de la UAM, 6 Centros de Salud. A partir del curso 1988-89 se incorporaron 6 plazas de Profesores Asociados para médicos de familia de esos centros, que unían en su misma jornada laboral las funciones asistenciales y de docencia en la Facultad, en el marco de lo que señalaba en el RD 1558/1986¹¹, modificado posteriormente¹².

Esta incorporación formal de los nuevos Centros de Atención Primaria y de Médicos de Familia a la estructura docente de la

Universidad fue una medida pionera en España. En años sucesivos se van incorporando más Centros de Salud y más Profesores Asociados, médicos de familia. El nuevo concierto UAM-INSALUD firmado en 1994¹³ ya recogía 14 Centros de Salud Universitarios, adscritos a la enseñanza de la Medicina y 10 plazas de Profesores Asociados en esos Centros, que en 1996 se ampliaron a 14 y en 1998 a 17.

3. La creación de la Cátedra UAM-Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria, un apoyo clave al desarrollo de la Unidad Docente

La creación en 2004 de la Cátedra de patrocinio UAM-Novartis de Atención Primaria y Medicina de Familia supuso un impulso a la Unidad Docente. Entre sus objetivos se recogía explícitamente la participación de la Cátedra en actividades de apoyo a la docencia de pregrado relacionadas con la medicina de familia y la atención primaria, en coordinación con la programación docente que, sobre estos aspectos, realizan los distintos Departamentos.

En este marco, la Unidad Docente ha podido contar en los últimos años con recursos económicos para el apoyo a su estructura, puestos a su disposición desde los presupuestos de la Cátedra. Entre ellos destaca una plaza de Profesor Asociado de seis horas, el apoyo a las labores de secretaría y la contratación de estudiantes en prácticas, becarios, para facilitar la coordinación entre alumnos y profesores en las nuevas actividades docentes.

La plaza de Profesor Asociado de seis horas tenía como perfil explícito el apoyo a las actividades docentes de la Unidad de Medicina de Familia y Atención Primaria. Se cubrió mediante concurso público, siguiendo la normativa de la UAM para estas plazas, mediante convocatoria cada tres años (desde 2005 a 2014). A efectos de la estructura de personal docente de la UAM, esta plaza se adscribió al Departamento de Medicina Preventiva y

Salud Pública, que era el Departamento al que quedó vinculada la Cátedra.

En el capítulo 8 se presenta con más detalle la actividad de la Cátedra UAM-Novartis de Medicina de Familia.

Figura 1.1.- Desde el Decanato se impulsa y consolida la Unidad Interdepartamental de Atención Primaria, que se había iniciado en 1986, y se nombra a un Coordinador



4. Estructura actual de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria

4.1 Centros de Salud adscritos a la UAM

En el momento actual, como se recoge en el concierto en vigor, suscrito el 4 de noviembre de 2014, entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y la Universidad Autónoma de Madrid para la enseñanza clínica en Ciencias de la Salud ^{14,15} se cuenta con la participación de 23 Centros de Salud y 17 Plazas de Profesores Asociados de Ciencias de la Salud, en esos Centros de Salud, que quedan adscritos al Departamento de Medicina.

En el ANEXO 1 se presenta la lista de los Centros de Salud adscritos a la UAM para la enseñanza clínica de la Medicina.

4.2 Profesores Honorarios y Clínicos Colaboradores Docentes

El mismo concierto reconoce que todo el personal de la plantilla de esos centros que colabore en la docencia clínica y no ocupe una plaza docente, podrá solicitar un nombramiento de Profesor Honorario o de Clínico Colaborador Docente.

En los 6 Centros en los que no hay dotación de plaza de profesor Asociado de la UAM, se ha nombrado un Profesor Honorario, que realiza funciones similares a los Profesores Asociados Clínicos, asumiendo la responsabilidad de la coordinación de la actividad docente de sus Centros de Salud con el resto de Centros integrados en la Unidad Docente.

A medida que los compromisos docentes relacionados con la Medicina de Familia y la Atención Primaria han ido creciendo, se ha aumentado el número de Profesores Honorarios, especialmente entre aquellos Médicos de Familia que han sido Profesores Asociados en años anteriores y que quieren seguir participando activamente en las actividades docentes de la Unidad.

En el momento actual existen 13 Profesores Honorarios entre los médicos de Familia de los Centros de Salud adscritos a la UAM.

Un elemento clave en el desarrollo y logro de los objetivos planteados por la Unidad Docente es el del Clínico Colaborador Docente. Se trata de una figura honorífica reconocida por la UAM con un nombramiento específico, por la que se reconoce la actividad docente en la enseñanza práctica de la medicina a los médicos de los servicios de las instituciones sanitarias vinculadas a la UAM, sean estos los Servicios de los Hospitales Universitarios o los Centros de Salud adscritos. Es una figura que se ofrece a todos los médicos de los Centros de Salud adscrito a la UAM, que desean colaborar en la formación clínica y aceptan la responsabilidad de ser tutores de estudiantes que le acompañan en su actividad asistencial, ya sea en la consulta o en la visita domiciliaria a los pacientes.

Dada la peculiaridad de la relación médico-paciente en Atención Primaria, se trata de una actividad muy personalizada en la que el Colaborador Docente en su labor de tutor clínico tiene solo un estudiante en su consulta durante un periodo de tiempo determinado que oscila entre cuatro días para estudiantes de primero o segundo curso y un mes para estudiantes de 6º.

El número de estudiantes de medicina que realizan prácticas clínicas en los Centros de Salud adscritos a la UAM a lo largo de un curso académico es, en estos momentos, de 480 (240 alumnos de 2º curso de la asignatura “Introducción a la Práctica Clínica” con una estancia de 20 horas a lo largo de cinco días consecutivos y 240 alumnos de 6º curso en su rotatorio de un mes). En la actualidad el número de Clínicos Colaboradores Docentes es de 168, que se corresponde con la gran mayoría de los médicos de familia integrantes de esos Centros de Salud.

Formalmente los 17 Profesores Asociados Clínicos, los 13 Profesores Honorarios y los 168 Clínicos Colaboradores Docentes forman parte de la estructura del Departamento de Medicina.

El propio concierto Consejería de Salud-UAM¹⁴, reconoce que ese nombramiento, así como el de Profesor Honorario, será considerado como mérito en los baremos utilizados en los concursos de plazas de Profesor Asociado en Ciencias de la Salud de la UAM, así como en las convocatorias de plazas asistenciales por las instituciones concertadas, previa negociación en la Mesa Sectorial de Sanidad.

ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA DE FAMILIA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CURSO 2016/17

- 1 Profesor titular
 - 17 Profesores asociados clínicos
 - 13 Profesores honorarios
 - 168 Clínicos Colaboradores docentes
 - 1 Becario, Estudiante en Prácticas
 - 23 Centros de Salud adscritos
 - Correo electrónico: medicina.familia@uam.es
 - Página oficial en la Web de la Facultad de Medicina: UAM. <http://www.uam.es/medicina/>
-

4.3 La Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria, una de las cinco Unidades Clínicas Docentes de la Facultad de Medicina

La Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria es hoy una de las cinco Unidades Clínicas Docentes (UCD) de la Facultad de Medicina, junto a las de los cuatro Hospitales Universitarios adscritos a la UAM (UCD Fundación Jiménez Díaz, UCD Hospital Universitario La Paz, UCD Hospital Universitario de La Princesa, UCD Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda) y como tal se recoge en la Web de la Facultad¹⁶: UCD de Medicina de Familia y Atención Primaria (Figura 2).

Reproduciendo esta estructura de las 5 Unidades Clínicas Docentes, en la estructura del Departamento de Medicina donde están integrados todos los Profesores Asociados clínicos, los Profesores Honorarios y los Clínicos Colaboradores Docentes, se crea la Subdirección de Medicina de Familia y Atención primaria, que en el momento actual ocupa el Prof. Esteban González López, Profesor Asociado Clínico en uno de los 23 Centros de Salud Universitarios de la UAM.

Fig 1.2.- Página oficial de la Unidad Docente de Medicina de Familia en la web de la Facultad de Medicina de la UAM

The screenshot shows the website layout for the 'Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria'. At the top, there is a header with the faculty logo and navigation links: 'English', 'Directorio', 'Intranet Facultad', 'Intranet UAM', 'Información y contacto', and a search bar. Below the header is a yellow navigation bar with tabs for 'La Facultad', 'Departamentos', 'Unidades Docentes' (selected), 'Estudios', 'Internacional', 'Investigación', and 'Estudiantes'. The main content area includes a sidebar with links like 'Presentación', 'Organización y Estructura', and 'Personal Docente e Investigador'. The central banner features the text 'Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria' over a photo of a doctor and a patient. Below this are three columns: 'Docencia' with a photo of students and a list of courses; 'Centros de Salud' with a photo of a building and a list of centers; and 'Contacto' with phone, fax, and email information for the department secretaries.

Accesible en

http://www.uam.es/cs/ContentServer/Medicina/es/1242659997902/subhome/UCD_de_Medicina_de_Familia_y_Atencion_Primeria.htm

Bibliografía

1. Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención del título de especialidades médicas. BOE 206, 29 de agosto de 1978: 20172-4. 1978; 206: 20172-4.
2. Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE BOE 29, de 2 de febrero de 1979, páginas 2735 a 2736 BOE. 1979; 29:2735-6.
3. INSALUD. La medicina familiar y Comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria Insalud Servicio Publicaciones nº 1377. Ediciones Sanidad y Seguridad Social 2º ed. Madrid 1980.
4. OMS/UNICEF. Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud Alma-Ata URSS 6-2 Septiembre 1978.
5. Otero Puime A, Engel Gomez JL. La evaluación de la estructura en los centros de salud. Aproximación a la situación en España. Atención Primaria. 1987;4:484-496.
6. Haynes A. Horton R. Bhutta Z. Primary Care comes of age. Looking forward to the 30th aniversario of Alma-Ata: call for papers. Lancet. 2007;307:911-93.
7. Ortún V. La refundación de la Atención Primaria. Serie Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Srpinger Healthcare. Barcelona 2011.
8. Orden de 19 de diciembre de 1983 por la que se regula el desarrollo de la formación en atención primaria de salud de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. BOE núm. 305, de 22 de diciembre de 1983, pág 34296-34298.
9. Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE núm. 27, de 1 de febrero de 1984, pág 2627-2629.
10. Ley 14/1986 , de 25 Abril, General de Sanidad. BOE nº 102, de 29 Abril 1986 , pág 15207-15224.
11. Real Decreto 1558/1986. Bases Generales del régimen de concierto entre las Universidades y Instituciones sanitarias. BOE núm. 102 , de 31 de julio 1986: págs. 27235-27237.

12. Real Decreto 1652/1991, de 11 de octubre, por el que se modifica parcialmente el Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio 1991 BOE núm. 279, de 21 noviembre de 1991, pags 37702-03.
13. Orden de 11 de abril de 1994. Concierto entre la Universidad Autónoma de Madrid y el Instituto Nacional de Salud. BOE núm. 88, de 13 de abril 1994, págs. 11229-11236.
14. Resolución de 20 de noviembre de 2014 de la Universidad Autónoma de Madrid, por la que se publica el Concierto suscrito el 4 de noviembre de 2014 entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y la Universidad Autónoma de Madrid para la enseñanza clínica en Ciencias de la Salud. BOCM. nº 288 (4 Diciembre 2014); págs 68-75.
15. Resolución de 10 de diciembre de 2014, de la Universidad Autónoma de Madrid, por la que se publican los Anexos del Concierto suscrito el 4 de noviembre de 2014, entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y la Universidad Autónoma de Madrid para la enseñanza clínica en Ciencias de la Salud. BOCM. Núm. 302 (19 Diciembre 2014); pags 84-93.
16. Página Web de la Facultad de Medicina de la UAM. <http://www.uam.es/ss/Satellite/Medicina/es/home.htm>. Último acceso 10 Octubre 2016.

Capítulo 2

Incorporación de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria al programa del Graduado en Medicina de la UAM

Juan Antonio Vargas y Ángel Otero*

1. Plan de estudios del Graduado en Medicina de la UAM
2. El proceso de incorporación de la Medicina de Familia y del ámbito de la Atención Primaria a los planes de estudio de la UAM

1. Plan de estudios del Graduado en Medicina de la UAM

En el curso 2010/2011 se pone en marcha el nuevo plan de estudios del Graduado en Medicina de la UAM¹, en el marco de la reforma de Espacio Europeo de Enseñanza Superior (Plan Bolonia) y, más concretamente, de la nueva ordenación de las enseñanzas oficiales en España que regulaba el RD 393/2007² y su aplicación específica a los planes de estudio de Medicina^{3,4}.

Cuatro años después, en el curso 2014/15, entra en vigor una modificación del plan que, en base a la experiencia adquirida, ajusta algunos puntos del plan inicial⁵.

El Título de Médico se extiende a lo largo de 6 años con una carga 60 ECTS (European Credit Transfer System) por año. Un ECTS equivale a 25 horas de trabajo total del alumno e incluye el tiempo que el estudiante dedica a las actividades de carácter presencial, sean estas teóricas o prácticas, como el tiempo que dedica al estudio y trabajo personal.

* Decano de la Facultad de Medicina

La actividad presencial del alumno, entendida como asistencia a clases teóricas (clases expositivas, conferencias, presentación de materiales audiovisuales, etc.) o/y prácticas (seminarios de discusión, análisis de casos, resolución de problemas, trabajo con textos o datos, prácticas de laboratorio, prácticas con ordenador, prácticas de campo, prácticas clínicas o trabajos) no debe ser superior al 40% del tiempo total del ECTS en los casos de asignaturas no clínicas y del 60 % en el caso de asignaturas clínicas, dada la mayor presencia del alumno en la práctica clínica. El resto del tiempo se reserva para el estudio y aprendizaje autónomo del estudiante (salvo un 5%, aproximadamente, para tutorías y evaluación).

El actual plan de estudios del Graduado en Medicina por la UAM¹² (Título de Médico), de 360 ECTS, se organiza en 6 Módulos integrados a su vez por Materias y Asignaturas:

Módulo I: Estructura y Función del Cuerpo Humano: 14 asignaturas (79 ECTS).

Módulo II: Medicina Social, Habilidades de Comunicación e Iniciación a la Investigación: 9 asignaturas (41 ECTS).

Módulo III: Formación Clínica Humana: 22 asignaturas (119 ECTS).

Modulo IV: Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos: 12 asignaturas (49 ECTS)

Modulo V: Practicum o estancias Tuteladas y Trabajo Fin de Grado: 54 y 6 ECTS, respectivamente.

Módulo VI: Formación Optativa en Medicina: Incluye 12 créditos, que se eligen a partir de las 18 Asignaturas Optativas de Universidad.

La relación de Materias y asignaturas a lo largo de los seis años en el actual plan de estudios del grado es la siguiente:

PLAN DE ESTUDIOS DE LA UAM CONDUCENTE AL TÍTULO DE GRADUADO EN MEDICINA

Aprobado en 2010⁸ y Modificado en 2014¹²

PRIMER CURSO

MÓDULO	ASIGNATURA	ECTS
	Biología Celular y Genética Básica	8
	Bioquímica General.	6
Morfología, Estructura y Funcion del Cuerpo Humano	Bioquímica y Biología Molecular	6
	Histología General	3
	Fisiología General	6
	Anatomía I: Aparato Locomotor	8
	Anatomía del Desarrollo	4
Medicina Social: Habilidades Comunicación e Iniciación a la Invest.	Humanidades Médicas	6
	Bioestadística	6
Formación Clínica Humana	Actuaciones Básicas en situaciones urgentes	4
Optatividad	Optativas	3

SEGUNDO CURSO

MÓDULO	ASIGNATURA	ECTS
	Bioquímica y Biofísica Humana	5
	Anatomía II Esplacnología	6
Morfología, Estructura y Funcion del Cuerpo Humano	Anatomía III Órg. Sentidos y Neuroanatomía	6
	Fisiología Médica I	6
	Fisiología Médica II	6
	Histología Especial	4
	Inmunología	5

MÓDULO	ASIGNATURA	ECTS
Medicina Social: Habilidades Comunicación e Iniciación a la Invest.	Introducción a la Práctica Clínica	5
Formación Clínica Humana	Psicología Médica	6
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	Microbiología y Parasitología General	3
	Radiología e Imagen Médica	5
Optatividad	Optativas	3

TERCER CURSO

MÓDULO	ASIGNATURA	ECTS
	Introducción a la Investigación Biomédica	6
Medicina Social: Habilidades Comunicación e Iniciación a la Invest.	Investigación Epidemiológica	3
	Bioética Clínica	3
	Medicina Preventiva y Salud Pública	6
Formación Clínica Humana	Fisiopatología y Semiología I	6
	Fisiopatología y Semiología II	5
	Microbiología y Parasitología Especial	6
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	Bioquímica Clínica y Genómica Funcional Humana	4
	Anatomía Patológica General	3
	Farmacología I	5
	Farmacología II	5
	Introducción a la Práctica Quirúrgica	5
Optatividad	Optativas	3

CUARTO CURSO

MÓDULO	ASIGNATURA	ECTS
Formación Clínica Humana	Nefrología y Urología	6
	Otorrinolaringología	5
	Obstetricia y Ginecología	9
	Pediatría y Neonatología	9
	Medicina y Cirugía Respiratorio	6
	Medicina y Cirugía Cardiocirculatorio	6
	Medicina y Cirugía Digestivo	6
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	Medicina y Cirugía Sistema Nervioso	6
	Anatomía Patológica General	6
Optatividad	Optativas	3

QUINTO CURSO

MÓDULO	ASIGNATURA	ECTS	
Medicina Social: Habilidades Comunicación e Iniciación a la Invest.	Investigación Clínica Experimental	3	
	Medicina Legal y Toxicología	3	
	Psiquiatría	6	
	Oftalmología	4	
	Medicina de Familia	3	
	Endocrinología y Nutrición	7	
	Enfermedades infecciosas	4	
	Geriatría	3	
	Formación Clínica Humana	Dermatología	5
		Hematología	4
		Oncología	3
		Medicina y Cirugía del Aparato Locomotor	6

MÓDULO	ASIGNATURA	ECTS
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	Radiología Clínica	3
	Anatomía Patológica Especial II	3
	Farmacología Clínica	3

SEXTO CURSO

MÓDULO	ASIGNATURA	ECTS
Practicum o Estancias Tuteladas y Trabajo Fin de Grado	Rotación Medicina Interna y/o Urgencias Médicas	8
	Rotación Médica especialidades	8
	Rotación en Medicina Familiar y Comunitaria.	8
	Rotación Quirúrgica especialidades	8
	Rotación en Ginecología-Obstetricia	7
	Rotación Pediatría	7
	Rotación en Psiquiatría y/o Servicios Centrales	8
Trabajo Fin de Grado	6	

RELACIÓN DE ASIGNATURAS OPTATIVAS OFERTADAS*

ASIGNATURAS

- Motilidad, migración y polaridad celular (1).
- Biomecánica, biomateriales y anatomía funcional del aparato locomotor (1).
- El método experimental en Neurociencia (1).
- Avances en la función vascular (1).
- Efectos cardiovasculares de las hormonas sexuales (1).
- El corazón: hombres e ideas (1).
- Mecanismos de comunicación intercelular en la fisiología vascular (1).
- Cuidados Paliativos en el paciente con Cáncer (2).
- Introducción al trasplante de órganos y tejidos (2).

ASIGNATURAS

I Introducción a la Anatomía Patológica Hospitalaria (2).
Salud y Género (1).
Parasitología Clínica Diagnóstica (1).
Microorganismos Patógenos Emergentes y Re-emergentes (1).
Medicina tropical y salud internacional (2).
El paciente crítico (2).
Gestión de recursos de la información (1).
Habilidades para el manejo de situaciones terapéuticas especiales (2).
Gestión Sanitaria. El sistema Sanitario Español (2).
Medicina de Urgencias (2).
I Inmunología Clínica (2).
Alergología (2).
I Investigación Traslacional: Desarrollo Científico y aplicaciones clínicas (2).
Técnicas de reducción de stress (1).
Medicina Física y Rehabilitación (2).
Factores de riesgo cardiovascular: Aspectos preventivos y terapéuticos (2).
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (2).
Diagnóstico Diferencial en Medicina Clínica (2).
Técnicas de Estudio y Exámenes en Ciencias de la Salud (1).

* Todas estas asignaturas son de 3 ECTS.

(1) Curso de posible matriculación: primero-segundo.

(2) Curso de posible matriculación: tercero-cuarto.

2. El proceso de incorporación de la Medicina de Familia y del ámbito de la Atención Primaria a los planes de estudio de la UAM

Como ha quedado reflejado en el apartado anterior, en el nuevo plan de estudios de Graduado en Medicina de la UAM, la Medicina de Familia y el ámbito de la Atención Primaria se reflejan en tres asignaturas obligatorias.

Esta incorporación en el nuevo plan de estudios, aprobado en 2010 y modificado en 2014, no solo ha sido la exigencia de responder a

los requisitos de la nueva normativa que regula los planes de estudio de Medicina^{10,11}, sino que también ha sido el resultado de un largo proceso de innovación docente en la Facultad de Medicina de la UAM a lo largo de los últimos treinta años en los que se ha ido, progresivamente, consolidando el reconocimiento de la Atención Primaria como un escenario docente más para la formación clínica de los estudiantes de Medicina de la UAM y la contribución del Médico de Familia, junto al resto de docentes clínicos, a la enseñanza general de la Medicina.

En este proceso de innovación docente destacan algunos momentos importantes:

- *Curso 1986/87.* Se promueve la rotación “voluntaria” de los alumnos de sexto en las consultas de Médicos de Familia en los nuevos Centros de Salud que, poco antes, se había puesto en marcha en Madrid.
- *Curso 1989/90.* Tras la evaluación de la experiencia previa, la rotación por Atención Primaria para los alumnos de sexto curso de la Licenciatura de Medicina pasó a ser una rotación clínica obligatoria. En el nuevo plan de estudios de Licenciado en Medicina de la UAM⁶, se recoge explícitamente que “al finalizar 6º curso, todos los alumnos habrán rotado por las disciplinas clínicas fundamentales, incluida la rotación por Atención Primaria, durante el mismo periodo de tiempo”.
- *Curso 1991/92.* Se pone en marcha la asignatura optativa “Contacto Precoz con el Paciente en Atención Primaria”. Se trataba de una asignatura de 6 créditos (60 horas), equivalente a un trabajo académicamente dirigido (TAD) para alumnos de tercer año de carrera, que se mantuvo ininterrumpidamente hasta el inicio del nuevo plan de estudios de Graduado en Medicina en el curso 2010/2011, en el que aparecía la asignatura obligatoria “Inmersión Precoz en la Clínica” de 3 ECTS, del 1º año de carrera. Tras cuatro años de experiencia, coincidiendo

con la modificación del plan de estudios de 2014, esta asignatura a su vez se transformó en “Introducción a la Práctica Clínica”, de 5 ETCS, también obligatoria, en el 2º año de carrera, cuya primera edición se realizó en el curso 2015/16.

- *Curso 1993/94.* Se comenzó a impartir otra asignatura optativa de 6 Créditos (60 horas): “Medicina de Familia y Atención Primaria”, dirigida a alumnos del segundo ciclo de la Licenciatura de Medicina (especialmente de 5º curso). Se trataba de una actividad docente eminentemente práctica, que fue incorporando la metodología del aprendizaje basado en la resolución de problemas (ABRP)⁷ con grupos de 10-12 alumnos, acompañada de la estancia en un Centro de salud, bajo la tutoría personalizada de un médico de familia. Esta asignatura se ha mantenido ininterrumpidamente hasta el curso 2013/14. En el curso académico 2014/15 se inició la nueva asignatura obligatoria “Medicina de Familia” de 3 ECTS en el 5º curso del Grado de Medicina.

La experiencia adquirida con la organización de la rotación obligatoria y estas asignaturas optativas, así como la evaluación de sus resultados^{8,9-14} han supuesto un aprendizaje por parte de los profesores de la Unidad Docente de Medicina de Familia que ha permitido su adecuación a las nuevas necesidades docentes y dar continuidad al proceso de incorporación de la Medicina de Familia y la Atención Primaria a los planes de estudios de la UAM en esas tres asignaturas obligatorias del nuevo plan del Graduado en Medicina:

- La asignatura de 2º curso **“INTRODUCCIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA”**, de 5 ECTS, integrada en la Materia “Introducción a la Medicina” dentro del Modulo II (Medicina Social, Habilidades de Comunicación e Iniciación a la Investigación). Esta asignatura que comenzó el pasado curso académico 2015-16 es una modificación de la inicial **“INMERSIÓN PRECÓZ EN LA CLÍNICA”** de 3 ECTS, que se incluía en el primer curso del Grado en el plan de estudios puesto en marcha en 2010.

- La asignatura “**MEDICINA DE FAMILIA**” de 3 ECTS integrada en el Módulo III (Formación Clínica Humana), constituyendo en sí misma una Materia con la misma denominación. Se presenta en el Capítulo 5.
- La asignatura “**ROTACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**” de 8 ECTS, equivalente a un mes de rotación en el Centro de Salud, integrada en la Materia “Rotatorio Clínico” del Módulo V (Practicum o estancias Tuteladas y Trabajo Fin de Grado).

En los capítulos siguientes se presenta de forma detallada las nuevas asignaturas así como las experiencias iniciales de las primeras asignaturas que sirvieron de semilla en este proceso de innovación docente.

Bibliografía

- 1 Resolución del 22 de Noviembre de 2010, de la Universidad Autónoma de Madrid, por la que se publica el Plan de Estudios conducente al título de Graduado en Medicina. Anexo 7. BOCM núm. 301 de 17 de Diciembre 2010, págs. 85-87.
- 2 Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE nº 260 de 30 de Octubre de, 2007, págs. 44037-48.
- 3 Resolución de 17 de diciembre de 2007, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 14 de diciembre de 2007, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Médico. BOE nº 305 de 21 de diciembre de 2007, págs. 52849-50.
- 4 Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE núm. 40 de 15 febrero 2008, págs. 8351-355.
- 5 Resolución de 6 de Junio de 2014 , de la UAM, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Medicina. BOE nº155 (26 de Junio de 2014), págs. 49407-11
- 6 Resolución de 8 de septiembre de 1993. Plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UAM. BOE 227; 27 de septiembre de 1993: 27581-27591.
- 7 González-López E García-Lázaro I, A. Blanco-Alfonso A, Otero-Puime. Aprendizaje basado en la resolución de problemas: una experiencia práctica. Educ Med. 2010. 13: 15-24.
- 8 Otero A, Carreira J, Villamor J. Nuevas tendencias en la enseñanza de la medicina: evaluación de la rotación en centros de salud. Aten Primaria. 1992; 9:512-5.
- 9 De Lorenzo-Cáceres A, Otero A, Calvo E, Engel JL. Contacto precoz del alumno con el paciente en atención primaria. Una experiencia de aprendizaje basada en la resolución de problemas. Educ Med. 1998; 1: 24-31.

- 10 Otero A. Facultad de Medicina de la UAM En Bonald Pits Medicina de familia y Universidad Sevilla: Ed. Universidad de Sevilla. 2000: p 99-109.
- 11 Calvo-Corbella E, De Lorenzo-Caceres A. Cómo enseñar a los estudiantes de medicina en el Centro de Salud. Tribuna Docente en Medicina de Familia. 2000; 1:3-13.
- 12 De Lorenzo-Cáceres A. Trabajando con el estudiante en la consulta. Prácticas clínicas en Atención Primaria. Tribuna Docente en Medicina de Familia. 2004; 5:3-11.
- 13 De Lorenzo-Cáceres A, Otero A, Calvo E. Prácticas clínicas de alumnos de medicina en centros de salud. Posibilidades docentes de la Web en la Unidad de Medicina de Familia y Atención Primaria de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Aten. Primaria. 2005;37:372-4.
- 14 González López E, García Lázaro MI, Otero Puime A. Medicina de Familia en la formación del médico del futuro y del presente. Med. Clin. (Barc) (en prensa) doi: 10.1016/j.medcli.2016.11.012.

Capítulo 3

Contacto Precoz del estudiante con el paciente y con la clínica. Una experiencia pionera en la UAM

Mercedes Sánchez-Martínez, Antonio De Lorenzo-Cáceres, Eduardo Calvo, Augusto Blanco, Esteban González, Isabel García y Ángel Otero

1. Introducción
2. Contexto del contacto precoz de los estudiantes con el paciente en la enseñanza de la medicina
3. “Contacto precoz con el paciente en atención primaria”. Asignatura optativa de la licenciatura de Medicina (1993-2010)
4. “Inmersión precoz en la clínica”. Asignatura obligatoria en el Grado (2010-2014)

1. Introducción

Nuestra Universidad ha sido pionera en la incorporación en los planes de las Facultades de Medicina de España del contacto precoz del estudiante con el paciente y con la clínica.

En este capítulo, tras una breve presentación del contexto del **contacto precoz de los estudiantes de medicina con el paciente durante la carrera** en otras Facultades, se presenta la experiencia previa de la UAM en este ámbito que, inicialmente, se plasmó en una asignatura optativa, “**Contacto precoz con el paciente en Atención Primaria**”, que se mantuvo ininterrumpidamente en el Plan de estudios de la Licenciatura de Medicina durante 19 años (desde 1991 a 2010). Posteriormente, con la puesta en marcha del nuevo Grado de Medicina en 2010¹, esa experiencia acumulada se incorporó al programa docente en forma de una asignatura obliga-

toria de 1^{er} curso, “**Inmersión Precoz en la Clínica**”, que se ofertó durante cuatro años (2010 a 2014), hasta la modificación del plan de estudios actualmente en vigor ².

A partir del curso 2015-16 se sustituyó “Inmersión Precoz en la Clínica”, por una asignatura de 2^o año del Grado de 5 ECTS, también obligatoria, con el nombre de “**Introducción a la Práctica Clínica**”, que venía a integrar esa experiencia de más de dos décadas organizando el contacto precoz del estudiante de medicina con el paciente (el programa detallado de esta asignatura se presenta en el siguiente capítulo).

2. Contexto del contacto precoz de los estudiantes con el paciente en la enseñanza de la medicina

Los planes de estudio de la mayoría de Facultades de Medicina se han venido organizado en un primer periodo “*preclínico*”, constituido por las llamadas “materias básicas” impartidas en la facultad, y una segunda fase “*clínica*”, en la que al aprendizaje teórico se suma el práctico, desarrollado en entornos asistenciales reales, fundamentalmente hospitales³. En las últimas décadas, algunas Facultades de Medicina han ido introduciendo en sus planes de estudios el contacto del estudiante con los pacientes y el aprendizaje de destrezas de comunicación y habilidades clínicas desde los primeros cursos de la carrera ³⁻⁸.

Los estudiantes de Medicina necesitan tener contacto directo con el paciente durante todo su periodo de formación y no sólo en los últimos años de la carrera⁹. El contacto clínico temprano contribuye al proceso de socialización de los estudiantes facilitando su incorporación a la profesión y su identificación con los médicos que llegarán a ser¹⁰. El contacto clínico con el paciente en los primeros cursos de la carrera motiva a los estudiantes en su elección vocacional y les anima para el esfuerzo exigido por las materias

básicas de los primeros cursos, a la vez que les permite ganar confianza para aproximarse a los pacientes y aumentar el conocimiento de sí mismos y del propio paciente en su contexto individual y social ^{11,12}.

Distintos autores han resaltado, tras evaluar experiencias concretas del contacto precoz con la clínica, que los estudiantes superan barreras asociadas con hablar y tocar a extraños y tienen mejor comprensión de la relación médico-paciente, conocen aspectos concretos sobre la profesión en la práctica real y sobre el sistema sanitario y adquieren motivaciones que les ayudan en su elección vocacional futura ^{7,13,14}. También se ha señalado que esta experiencia les ayuda a valorar mejor el esfuerzo exigido en el estudio de las materias básicas y a facilitar el brusco cambio entre las clásicas etapas preclínica y clínica que retrasan el contacto con el paciente ¹⁵.

En este proceso de aprendizaje, más práctico y cercano a situaciones clínicas reales, es fundamental el papel de los médicos clínicos como tutores docentes y modelos de profesionalidad¹⁴. Los médicos de familia y el nivel de Atención Primaria, al igual que otros médicos clínicos en el hospital y en otros ámbitos de atención, pueden contribuir activamente en la enseñanza-aprendizaje de la medicina. Experiencias pioneras en este campo¹⁶⁻¹⁸ resaltan que los estudiantes valoran y se sienten próximos al entorno que rodea el ejercicio de la Medicina de Familia y valoran la variedad de pacientes atendidos y la relación personal individual con su tutor.

En España, en la década de los 90 se iniciaron experiencias puntuales en este sentido de impulsar el contacto precoz del estudiante de medicina con el paciente en los primeros años de la carrera en algunas Facultades de Medicina, entre las que destacó la experiencia pionera de la UAM ¹⁹⁻²⁶.

3. “CONTACTO PRECOZ CON EL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA”. Asignatura optativa de la licenciatura de Medicina (1991-2010).

En el curso 1991/92, coincidiendo con el debate para una revisión del plan de estudios de la Licenciatura de Medicina²⁷, se incorporó un Trabajo Académicamente Dirigido (TAD) de 6 créditos (60 horas), a contabilizar dentro de los créditos de libre configuración, que se presentaba como “**Contacto Precoz con el Paciente en Atención Primaria**”, organizado por la Unidad Docente Interdepartamental de Atención Primaria. y que se incluía en la oferta docente del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, dada la pertenencia del Coordinador de la Unidad a ese Departamento. Formalmente en el expediente académico figuraba bajo el nombre “TAD Medicina Preventiva II”.

El antecedente directo de esta actividad en la UAM se encuentra en la experiencia docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Aarhus (Dinamarca) sobre el contacto precoz de los alumnos de medicina con la atención primaria²⁸, que fue conocida durante una estancia de uno de los profesores de nuestra Unidad, el Dr. Eduardo Calvo.

Tomando aquella experiencia como referencia y teniendo en cuenta el contexto en la Facultad de Medicina de la UAM en aquel momento, la asignatura se estructuró como un TAD, que suponía una actividad docente personalizada y tutorizada por un Médico de Familia perteneciente a uno de los Centros de Salud adscritos a la Universidad. Se ofertaban 75 plazas para alumnos en el tercer año de la carrera.

“Contacto Precoz con el paciente en Atención Primaria” se impartió ininterrumpidamente a lo largo de periodo 1999-2010 y siempre se completó la oferta de 75 plazas por año, lo que supuso un total de 1425 alumnos matriculados que participaron en esta experiencia pionera²⁹⁻³⁰, equivalente a una asignatura optativa de 6 créditos.

3.1 Objetivos docentes

La asignatura optativa “Contacto Precoz con el Paciente en Atención Primaria” perseguía que al finalizar el curso el estudiante pudiera:

1. Comprender mejor las creencias, conceptos y experiencias que tienen los pacientes sobre el proceso salud/enfermedad.
2. Tomar conciencia de la importancia del medio ambiente social y familiar en el proceso de salud/enfermedad.
3. Captar el papel del médico en el Centro de Salud en sus distintas vertientes (relación con el paciente en su actividad curativa, preventiva y de promoción, relación con los otros miembros del Equipo y relación con los otros niveles del sistema sanitario).
4. Valorar la importancia e iniciar el aprendizaje de la comunicación médico-paciente, en proximidad con su ambiente social y familiar, desde el inicio de la carrera.

3.2 Organización

La distribución del tiempo del alumno en esta asignatura fue:

- 1 hora de clase para la presentación de objetivos, organización de la estancia en el Centro de salud y actividades docentes a realizar por el alumno.
- 20 horas de contacto con el tutor en su Consulta (se estiman 4 horas diarias durante 5 días, como mínimo).
- 20 horas de contacto con el paciente y su entorno.
- 19 horas para la elaboración y presentación del trabajo.

En la clase de presentación se hacía la distribución de los 75 alumnos matriculados entre los Centros de Salud integrados en la Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria de la

UAM. A cada dos alumnos se les asignaba el Médico de Familia de ese Centro que iba a actuar como tutor de la asignatura.

En esa clase inicial se exponía y se proporcionaba al alumno un guion para la elaboración del trabajo final que habían de entregar al finalizar la actividad docente (ese guion se muestra en la página siguiente).

Una vez que a los dos alumnos se le ha asignado un tutor, la relación pasaba a ser bilateral entre los alumnos y su tutor. Se presentaban a su tutor en el Centro de Salud, previa cita. En sucesivos días, el tutor les transmitía los contenidos teóricos y les presentaba a uno de sus pacientes para hacer la actividad práctica a través de entrevistas personales tanto en el centro de salud como en el domicilio o en el centro de trabajo del paciente.

Durante un mínimo de 5 días, los dos alumnos asistían a la consulta de su Tutor en el Centro de Salud. El horario y fechas de esa presencia en la consulta eran pactados entre tutor y alumnos, la mayoría en horario de tarde. Existía la posibilidad de realizar la actividad en verano (julio-agosto) previo acuerdo.

3.3 Trabajo final de la asignatura optativa

Se pretendía que el estudiante mediante la entrevista, la observación, el estudio y su relación con el tutor se aproximara a la comprensión de los factores determinantes de la salud (creencias, hábitos, relaciones familiares y sociales, factores socioeconómicos, etc.) y a la actitud para “escuchar” lo que el paciente y su entorno más próximo dicen.

El instrumento para este aprendizaje y evaluación del estudiante era la elaboración del trabajo final que debía responder a los cuatro objetivos de la asignatura. Para facilitar la elaboración de ese trabajo se entregaba el siguiente guion con los distintos apartados en que debía de estructurarse: (no era obligado su seguimiento; el

trabajo podía estructurarse de otra forma a criterio del estudiante siempre que respondiese a los objetivos de la asignatura).

- I) El paciente y su entorno:
 1. El paciente como persona
 2. La familia del paciente
 3. El domicilio
 4. El entorno inmediato

- II) La enfermedad y el paciente:
 1. Vivencia de la enfermedad por el paciente
 2. Implicaciones de la enfermedad para el paciente y su familia
 3. El paciente y los servicios sanitarios

- III) El papel del médico:
 1. El tipo de actividad realizada (curativa y preventiva)
 2. La relación con los restantes miembros del equipo
 3. La relación con los especialistas y el hospital
 4. La relación con los servicios sociales

Se recomendaba una extensión mínima de quince hojas mecanografiadas y se resaltaba la importancia de que en todo momento debería respetarse la confidencialidad de los datos del paciente, sin que en el trabajo se mencionara su identidad o identificación (apellidos o dirección). En orden a proporcionar una mayor proximidad, se permitía utilizar su nombre de pila cuando se hiciera mención al paciente.

Los estudiantes iban presentando los distintos apartados de la memoria al tutor para recibir sus comentarios. El trabajo debía de presentarse de forma oral en el Centro de Salud y por escrito en la Unidad Docente de Medicina de Familia y AP, en la Facultad.

3.4 Evaluación del alumno

Para la evaluación se tenían en cuenta distintos aspectos: asistencia al Centro de Salud, calificación del informe entregado y evalua-

ción del tutor. La calificación de esta Actividad Académicamente Dirigida se hará en una escala de 0 a 10 en base a los siguientes criterios:

	<u>Puntuación</u>
Asistencia al Centro de Salud.....	2 puntos
Comentar el borrador del informe final con el tutor.....	1 punto
Valoración del trabajo final	3 puntos
Evaluación por el tutor de la actividad del alumno	3 puntos
Presentación oral del informe en el Centro de Salud	1 punto

Dado que el trabajo final lo elaboran conjuntamente 2 alumnos, la puntuación que corresponde al apartado “Valoración del trabajo final” (3 puntos) era igual para los dos. Esta valoración del trabajo final se realizaba desde la Unidad Docente, en la Facultad, actuando como evaluadores profesores asociados de la Unidad, que se repartían los 35-40 trabajos de cada curso académico. El resto de apartados de la ficha de evaluación es individual y la realizaba el tutor de la pareja de alumnos.

3.5 Estructura Docente y Coordinación de la asignatura optativa

El gran desafío en la organización de esta asignatura optativa fue el homogeneizar una actividad tan descentralizada, que había adoptado el formato de trabajo académicamente dirigido, basado en una atención personalizada al estudiante tutorizada por un Médico de Familia y que suponía contar, en esta etapa con unos 40 tutores diferentes, dispersos en distintos Centros de Salud y en turnos diferentes. Los tutores de esta asignatura optativa organizada como un trabajo académicamente dirigido eran Prof Asociado, Prof Honorarios o, mayoritariamente, Clínicos Colaboradores Docentes (ver apartado 4.2 del capítulo 1).

Como instrumentos de homogeneización de esta actividad docente tan dispersa que fueron muy útiles se destaca la participación

voluntaria de los tutores, su asistencia a una sesión formativa de toda una mañana en la Facultad al inicio de cada curso, la guía actualizada de la actividad que se repartía tanto entre los alumnos y los tutores participantes.

En la sesión formativa con los tutores se discutía los objetivos de la asignatura, el trabajo a realizar con el alumno, el guion del trabajo final y los criterios de evaluación de los alumnos al finalizar el trabajo. Cada año se analizaba en esa sesión los resultados de la evaluación de la actividad realiza el año anterior y se intentaba responder a los problemas detectados en la organización de la actividad para el nuevo curso.

La existencia de un Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria, profesor numerario, con un despacho en la Facultad era un instrumento de homogeneización y centralización para los estudiantes, que eran mayoritariamente de cursos preclínicos (2º y 3º) y estaban en la Facultad.

Desde 2005, tras la creación de la Cátedra de patrocinio UAM-Novartis de Medicina de Familia se contrató con cargo a los presupuestos de la cátedra un Profesor Asociado de 6h con horario de permanencia en la Facultad y apoyo administrativo, que facilitó y mejoró la coordinación de la actividad docente descentralizada.

4. “INMERSIÓN PRECOZ EN LA CLÍNICA”. Asignatura obligatoria en primer curso del Grado

Con la entrada en vigor del nuevo Plan de Graduado en Medicina de la UAM, que se inició en el curso 2014-15¹, se incluyó en el 1º año del Grado una asignatura obligatoria 3 ECTS que sin solución de continuidad mantenía la idea del contacto precoz del estudiante con el paciente. La asignatura optativa “Contacto precoz con el paciente” evolucionó y se transformó en “INMERSIÓN PRECOZ EN LA CLÍNICA”.

Aunque la conexión con la experiencia anterior de la asignatura optativa es evidente, el cambio en el nombre (de “Contacto Precoz con el paciente en Atención Primaria” a “Inmersión Precoz en la Clínica”, que se identificó entre alumnos y profesores por su acrónimo IPC) indica también un proceso de consenso en la Facultad para asumir la innovación docente que suponía el mantener el contacto precoz del estudiante con el paciente, en el contexto de las condiciones formales y de los cambios que exigía la nueva normativa para la reordenación de los Planes de Estudio de Medicina³¹⁻³³, derivada del nuevo marco europeo de enseñanza superior, identificado como “plan Bolonia” y del contexto en la propia Facultad de Medicina, que hubo de enfrentarse a cambios en el número de asignaturas y, en algunas de ellas, acortar el número de horas lectivas para dar cabida a nuevas asignaturas.

Tras los primeros tres años del nuevo plan se procedió a ajustarlo con algunas modificaciones para mejorar su aplicabilidad. En el nuevo plan que se aprobó en 2014² uno de los ajustes fue retrasar al 2º curso el contacto precoz del alumno con la clínica en una nueva asignatura que asumía y ampliaba la anterior y que se denominó “Introducción a la Práctica Clínica” de 5 ECTS, que mantenía el acrónimo IPC.

La experiencia en la organización y evaluación de “Inmersión Precoz en la Clínica” en esas cuatro ediciones (desde 2014 a 2015) es la que se presenta en este apartado.

4.1 Estructura de la asignatura “Inmersión Precoz en la Clínica” (IPC)

Era una asignatura obligatoria que formaba parte de la materia de “Introducción a la Medicina”¹. En la Tabla 3.1 se muestran las principales características de la estructura, actividades docentes y contenidos de la asignatura, recogidas en la guía docente oficial.

Tabla 3.1.-
CARACTERÍSTICAS DE LA ASIGNATURA INMERSIÓN PRECOZ EN LA CLÍNICA*

<ul style="list-style-type: none"> • Asignatura obligatoria de 1^{er} Curso del Grado de Medicina • Créditos ETCS: 3 (75 horas) • Trabajo presencial del alumno: 28 horas (36%) <ul style="list-style-type: none"> ○ Clases teóricas (120 alumnos) 7 horas ○ Seminarios grupos reducidos (30 alumnos) 6 horas ○ Seminario en el Centro de Salud (12 alumnos) 4 horas ○ Estancia en el CS y prácticas clínicas 8 horas ○ Tutorías 2 horas ○ Evaluación escrita final 1 hora • Trabajo no presencial del alumno: 47 horas (64%) <ul style="list-style-type: none"> ○ Desplazamiento a los Centros de Salud ○ Preparación y estudio de las clases y seminarios ○ Redacción de las tareas y del Cuaderno del estudiantes (portafolio) 	
--	--

(*) Esta asignatura se organizó entre 2010 y 2014 y se transformó en “Introducción a la Práctica Clínica” de 5 ECTS de 2^o Curso tras la modificación del plan de estudios de la UAM en 2014 ²⁰

4.2 Objetivos específicos de la asignatura

- Saber abordar la práctica profesional respetando la autonomía del paciente, sus creencias y cultura.
- Reconocer los determinantes de salud de la población.
- Conocer los aspectos de la comunicación con pacientes, familiares y su entorno social.
- Reconocer el entorno vital de la persona enferma.
- Identificar las actividades de promoción de la salud en el ámbito familiar y comunitario.
- Identificar componentes psicosociales y familiares en el proceso salud-enfermedad.

- Conocer los servicios socio-sanitarios y las posibilidades de apoyo al proceso de cuidados en la comunidad.
- Resaltar el papel del médico como agente del paciente en el sistema sanitario y la relación entre niveles asistenciales.

4.3 Actividades de la asignatura. Clases magistrales, seminarios y estancia en el Centro de Salud

4.3.1 Clases magistrales

El programa era de 7 clases magistrales, con una duración de 55 minutos se daban en la Facultad en horario de mañana a dos grupos de 120 alumnos cada uno:

1. Introducción general a la asignatura. La actividad del médico clínico.
2. El médico y su entorno. Profesionalismo médico y valores profesionales. Qué supone ser médico.
3. El paciente como persona. La atención centrada en el paciente. La vivencia de la enfermedad y las reacciones ante la enfermedad. El entorno familiar y sociocultural del paciente.
4. Comunicación en la práctica clínica. Modelos de relación médico paciente. Entrevista clínica semi-estructurada.
5. Modelos de salud-enfermedad. Modelo biológico y modelo bio-psicosocial-cultural. Determinantes de la enfermedad.
6. El razonamiento clínico. Manejo de la incertidumbre en la práctica clínica. La información médica y el proceso de toma de decisiones.
7. Organización del Sistema Sanitario en España. Niveles asistenciales y su coordinación. El Médico como agente del paciente en el sistema sanitario.

4.3.2 Seminarios

Se organizaban 3 seminarios de 2 horas que se desarrollan en la Facultad de Medicina.

1. Valoración del entorno familiar, social y cultural del paciente.
2. Relación médico-paciente. La comunicación en la práctica clínica.
3. Razonamiento Clínico.

Cada uno de estos seminarios se daba a 8 grupos (30 alumnos por grupo), en la Facultad.

4.3.3 Estancia y práctica en el Centro de Salud

Cada estudiante realizó una estancia de 12 horas en los Centros a lo largo de 3 días en horario de tarde (de 16:00h a 20:00h).

Para ello los alumnos se dividían en tantos grupos como Centros de Salud adscritos a la UAM participaban en esta actividad (19 Centros de Salud, en aquel momento). Cada Centro de Salud recibía una media de 12 alumnos (rango 6-18, dependiendo del tamaño y recursos de cada Centro).

El primer día de estancia en el Centro de Salud el grupo de alumnos asignado a cada Centro participaba en un seminario de 4 horas de duración, que se estructuraba en varios apartados:

- Acogida de los alumnos en el Centro de Salud (30 minutos)
- Discusión y lectura sobre profesionalismo. (20 minutos)
- Reflexión sobre el enfermo y la empatía. (30 minutos)
- La historia clínica. (25 minutos)
- Cuaderno del estudiante. (15 minutos)
- Relación médico-paciente (30 minutos)

Los últimos 75 minutos del seminario se dedicaban a actividades prácticas de auscultación y toma de tensión arterial, entre otras.

Durante los dos días restantes en el Centro de Salud, cada 2 alumnos fueron asignados a un médico de familia que actuaba como tutor. Cada alumno debía realizar una serie de tareas de observación y reflexión, tanto en distintos ámbitos el centro de Salud como, principalmente, en la consulta de su tutor.

Para facilitar esta tarea se entregaba a cada alumno su cuaderno de prácticas, *CUADERNO DEL ESTUDIANTE*, en el que debía anotar, en el apartado correspondiente, las observaciones y reflexiones durante su estancia en el Centro de Salud y en la consulta de médico de familia.

Tabla 3.2.-
Estructura del CUADERNO DEL ESTUDIANTE: ASIGNATURA "IPC"

1. ACTIVIDADES FUERA DE LAS CONSULTAS

Observa y reflexiona. ¿Qué aspectos destacarías o te han llamado la atención en las siguientes áreas del Centro de Salud?

- Accesibilidad al centro de salud
- La sala de espera
- El área administrativa
- El área de consultas consulta médica

2. ACTIVIDADES EN LA CONSULTA MÉDICA

El estudiante debía rellenar las siguientes plantillas que respondían a objetivos docentes concretos:

1. Comunicación no verbal médico-paciente. (Describe diferentes actos de comunicación no verbal que descubras durante tu estancia en la consulta, tanto en el médico como en el paciente, y explica qué intentan expresar).
2. Interrupciones en la consulta médica. (Enumera y describe algunas interrupciones que se hayan producido en la consulta).

3. Relación con el segundo nivel asistencial: el hospital de referencia y los centros de especialidades. (Identifica en la siguiente tabla ejemplos comunicación del médico de familia con otras especialidades a través volante de interconsulta, informes e informes de alta desde el nivel de atención especializada o/y urgencias).
4. Modelo bio-psico-social. Componentes del motivo de consulta. (Elige 2 pacientes que hayan acudido a la consulta y describe las dimensiones biológica, psicológica y social que acompañan cada problema de salud identificado).
5. Actividades preventivas y consejos de salud. (Describe algunos consejos de salud o actividades encaminadas a la promoción y prevención de la salud que hayas visto que se realizaban en la consulta durante tu estancia).
6. Trabajo final de la rotación. Escoge un paciente concreto, que te haya parecido interesante, o te haya llamado la atención, ya sea por la enfermedad que padece, por la comunicación no verbal que se establece durante la entrevista, por la relevancia del componente psicológico o social en su problema de salud, o por cualquier otro motivo.

En una redacción breve (máximo un folio) identifica en ese paciente los siguientes apartados:

1. Motivo de consulta: Cómo el paciente enfrenta la entrevista con el médico.
2. Antecedentes personales y familiares.
3. Exposición de la anamnesis realizada por el médico.
4. Exposición de la exploración a la que se somete al paciente.
5. Actitud tomada por el médico.
6. Identificar los aspectos psicológicos, sociales o culturales que puedan influir en el problema de salud del paciente.

4.4 Recursos y carga docente de la asignatura

Para la realización de las distintas actividades docentes programadas en esta asignatura de 3ECTS, se contó con la participación de todo el profesorado de la Unidad: profesores asociados, honorarios y colaboradores clínicos docentes.

La carga de trabajo total de los docentes participantes fue de 1128 horas en cada curso académico (horas teóricas y prácticas, incluyendo exámenes).

La distribución de esa carga docente en horas de se agrupa en: 14 horas de clases magistrales (7 h impartidas a cada uno de los grupos de 125 alumnos), 80 horas de seminarios (10 h de seminarios impartidos en la facultad y en el Centro de Salud a cada grupo de 30 estudiantes), 920 horas de tutoría en la consulta en el Centro de Salud (8 horas cada 2 alumnos con un médico) y 2 horas de examen final.

4.5 Materiales docentes

Para gestionar aspectos administrativos y académicos se utilizó la plataforma informática *Moodle* de la UAM. Todos los alumnos matriculados y los Profesores tienen acceso a la plataforma. Desde ella se puede disponer del material básico de estudio de la asignatura (textos y presentaciones de las clases y seminarios; tareas; lecturas obligatorias y recomendadas) y para enviar tareas escritas y el “*cuaderno del estudiante*”.

Los materiales docentes diseñados para la impartición de clases, seminarios y prácticas, están publicado desde el curso académico 2011-12 en la plataforma “Open Course Ware” (OCW) de la Universidad Autónoma de Madrid con ISBN (978-84-695-7140-8). La Universidad ofrece en abierto materiales docentes universitarios mediante esta iniciativa que es mundial y que pretende compartir el conocimiento que la Universidad genera e imparte en sus aulas. Estos materiales pueden consultarle en:

<https://www.uam.es/docencia/ocw/cursos/estebaninmersion/index.html>

4.6 Evaluación de la asignatura

Para que un alumno pueda ser evaluado debía asistir al menos a 5 de las 6 sesiones programadas como seminarios en la Facultad y días de estancia en el Centro de Salud. La nota final de la asignatura se obtenía del siguiente modo:

- El 40% de la calificación se obtuvo de un examen (preguntas con respuesta de opción múltiple y puntos negativos).
- El 60% de la calificación se obtenía mediante evaluación continuada.

La evaluación continuada (6 puntos) se obtuvo valorando los siguientes aspectos:

- Asistencia a los seminarios: hasta 1 punto.
- Evaluación cualitativa del alumno durante su estancia en el Centro de Salud por parte del tutor: hasta 1 punto.
- Examen parcial realizado a mitad del curso con dos preguntas de desarrollo en relación con las clases y seminarios impartidos hasta ese momento: hasta 1 punto.
- Evaluación del portafolio del estudiante: 3 puntos.
- El portafolio constaba de 3 documentos: El “Cuaderno del Estudiante” y 2 tareas obligatorias de reflexión y comentario, en forma de “narrativa” de 1-2 folios de extensión, una sobre el significado que tenía para el estudiante el ser médico y otra sobre la vivencia de la enfermedad a partir de la propia experiencia o de la algún ser próximo. La evaluación del cuaderno sumaba hasta 2 puntos y la mera presentación de las tareas narrativas suponía 1 punto, sin que se evaluara su contenido.

Para poder sumar ambas calificaciones y calcular la nota final de la asignatura había que aprobar ambas evaluaciones (superar 5/10 y 3/6 puntos en el examen final y en la evaluación continuada, respectivamente).

4.7 El punto de vista de los alumnos sobre su implicación alumnos en el aprendizaje

Tras el primer año de impartición de la asignatura, se les pidió a los alumnos una evaluación cualitativa de la misma. La asignatura fue

calificada como muy útil, práctica e interesante por la práctica totalidad de los alumnos. Lo más valorado fue la estancia en los Centros de Salud, seguido por los seminarios, destacando la experiencia de contacto directo con los pacientes y poder vivir y conocer la práctica real de la medicina y de la profesión médica. Fueron especialmente señalados los aspectos de la relación médico-paciente (aprender a tratar y escuchar al paciente, el trato humano y la atención centrada en el mismo). También expresaron mayoritariamente que la asignatura les ponía en contacto con la realidad de la profesión, mencionando asimismo que les había servido de motivación y ayuda ante las dificultades del primer curso. Se mencionaban también aspectos relacionados con la adquisición de actitudes y con los valores profesionales como: el significado de ser médico, saber comportarse como tal y “*crecer como personas y humanizarse como médicos*” (sic).

Manifestaron que la asignatura había supuesto una oportunidad para reflexionar y que les había servido como motivación y como ayuda para reafirmarse en su decisión de convertirse en médicos y expusieron la necesidad de aumentar en años sucesivos, el tiempo de estancia en las consultas. Esta evaluación se ha ido repitiendo en años sucesivos y los resultados han sido similares.

4.8 Opinión de los profesores participantes

El diseño de esta asignatura y su inclusión en el nuevo plan de estudios del Grado de Medicina en la UAM ha supuesto un reto considerable para el equipo de profesores que integran la Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria. Entre los desafíos que representó esta asignatura destacaron los siguientes:

- Distribuir la carga docente representada por las clases, seminarios y días de estancia en los Centros de Salud entre los recursos docentes disponibles.

- Unificar la metodología docente y los contenidos de los cuatro diferentes tipos de actividades:
- Poner en marcha la plataforma Moodle para la asignatura.
- Diseñar y ejecutar el sistema de evaluación.
- Resolver los problemas derivados para tratar de simultanear las tareas asistenciales y docentes de los Profesores Asociados, los Profesores Honorarios u los Clínicos Colaboradores Docentes.

Los resultados de la experiencia presentada apoyan los resultados publicados por facultades europeas y norteamericanas con anterioridad al plan de Bolonia. La Medicina de Familia y la Atención Primaria pueden ofrecer al alumno un contacto precoz con la realidad de la Medicina habida cuenta de la cantidad y variedad de problemas clínicos y sociales que se presentan en ese ámbito asistencial. Este contacto inicial no tiene por qué quedar reservado a la Atención Primaria y puede ampliarse a servicios hospitalarios, de urgencias y a centros socio-sanitarios en la comunidad.

Bibliografía

- 1 Resolución del 22 de Noviembre de 2010, de la Universidad Autónoma de Madrid, por la que se publica el Plan de Estudios conducente al título de Graduado en Medicina. Anexo 7. BOCM núm. 301 (17 de Diciembre 2010), págs. 85-87.
- 2 Resolución de 6 de Junio de 2014 , de la UAM, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Medicina. BOE nº155 (26 de Junio de 2014) , págs. 49407-11
- 3 Hopayian K, Howe A, Dagley V. A survey of UK medical schools' arrangements for early patient contact. *Med Teach.* 2007;29:806-13.
- 4 Valkova L. First early patient contact for medical students in Prague. *Fam Pract.* 1997;14:394-6.

- 5 General Medical Council. *Tomorrows´ Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education*. London. 1993.
- 6 Haffling AC, Hakansson A, Hagander B. Early patient contact in primary care: a new challenge. *Med Educ*. 2001;35:901-8.
- 7 Hampshire AJ. Providing early clinical experience in primary care. *Med Educ*. 1998;32:495-501.
- 8 Baños JE, Sentí M, Miralles R. Contacto precoz con la realidad asistencial: una experiencia piloto en medicina. *Educ Med*. 2011;14:39-47.
- 9 Mathieson F, Barnfield T, Young G. What gets in the way of clinical contact? Student perceptions of barriers to patient contact. *N Z Med J*. 2009;122:23-9; quiz 9-31.
- 10 Goldie J, Dowie A, Cotton P, Morrison J. Teaching professionalism in the early years of a medical curriculum: a qualitative study. *Med Educ*. 2007;4:610-7.
- 11 Dornan T, Bundy C. What can experience add to early medical education? Consensus survey. *BMJ*. 2004;329:834.
- 12 Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach*. 2006;28:3-18.
- 13 Howe A, Dagley V, Hopayian K, Lillicrap M. Patient contact in the first year of basic medical training—feasible, educational, acceptable? *Med Teach*. 2007;29:237-45.
- 14 Von Below B, Hellquist G, Rodger S, Gunnarsson R, Bjorkelund C, Wahlqvist M. Medical students´and facilitators´experiences of an Early Professional Contact course: active and motivated students, strained facilitators. *BMC Med Educ*. 2008;8:56.
- 15 Dahle LO, Brynhildsen J, Behrbohm M, Rundquist I, Hammar M. Pros and cons of vertical integration between clinical medicine and basic science within a problem-based undergraduate medical curriculum: examples and experiences from Linköping, Sweden. *Med Teach*. 2002;24:280-5.
- 16 Kendrick T, Freeling P. A communication skills course for preclinical students: evaluation of general practice based teaching using group methods. *Med Educ*. 1993;27:211-7.

- 17 Parle JV, Greenfield SM, Skelton J, Lester H, Hobbs FD. Acquisition of basic clinical skills in the general practice setting. *Med Educ.* 1997;31:99-104.
- 18 Murray E, Todd C, Modell M. Can general internal medicine be taught in general practice? An evaluation of the University College London model. *Med Educ.* 1997; 31:369-74.
- 19 Bonald P. *Medicina de familia y Universidad*. Ed. Universidad de Sevilla. 2000.
- 20 Otero A, Carreira J, Villamor J. Nuevas tendencias en la enseñanza de la medicina: evaluación de la rotación en centros de salud. *Aten Primaria.* 1992; 9:512-5.
- 21 Otero A. Facultad de Medicina de la UAM En Bonald P. *Medicina de familia y Universidad Sevilla*. Ed. Universidad de Sevilla. 2000: págs. 99-109.
- 22 Calvo- Corbella E, De Lorenzo-Caceres A. Como enseñar a los estudiantes de medicina en el Centro de Salud. *Tribuna Docente en Medicina de Familia.* 2000;1:3-13.
- 23 De Lorenzo-Cáceres A. Trabajando con el estudiante en la consulta. *Prácticas clínicas en Atención Primaria. Tribuna Docente en Medicina de Familia.* 2004; 5:3-11.
- 24 González-López E García-Lázaro I, A. Blanco-Alfonso A, Otero-Puime. Aprendizaje basado en la resolución de problemas: una experiencia práctica. *Educ. Méd.* 2010.13: 15-24.
- 25 De Lorenzo-Cáceres A, Otero A, Calvo E. Prácticas clínicas de alumnos de medicina en centros de salud. Posibilidades docentes de la Web en la Unidad de Medicina de Familia y Atención Primaria de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). *Aten Primaria.* 2005;37:372-4.
- 26 Vargas Nuñez JA. Incorporación del alumno a la práctica clínica: cuándo y cómo. *Educ. Med.* 2016;17(Supl 1):30-32.
- 27 Resolución de 8 de septiembre de 1993. Plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UAM. *BOE* 227; 27 de septiembre de 1993: 27581-27591.
- 28 Lassen LC, Larsen JH, Almind G, Backer P. Medical students experience early patient contact in general practice. A description and evaluation of a new course in the medical curriculum. *Scand J Prim Health Care.* 1989;7:53-5.

- 29 Otero A El programa de pregrado en atención primaria de la UAM. Tarbiya. 1996;12:69-76.
- 30 De Lorenzo-Cáceres A, Otero A, Calvo E, Engel JL. Contacto precoz del alumno con el paciente en atención primaria. Educ Med. 1998;1:24-31.
- 31 Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE nº 260 de 30 de Octubre de 2007, págs. 44037-48.
- 32 Resolución de 17 de diciembre de 2007, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 14 de diciembre de 2007, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Médico. BOE nº 305 de 21 de diciembre de 2007, págs. 52849-50.
- 33 Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE núm. 40 de 15 febrero 2008, págs. 8351-355

Capítulo 4

Introducción a la Práctica Clínica. Asignatura obligatoria del 2º curso del Grado de Medicina

Augusto Blanco, José M^a Arribas, Ángel Otero, M^a Dolores Cano, M^a Victoria Castell, José M^a Vizcaino, Juan Bautista Herrero y Mónica Nacher

1. De “Inmersión Precoz en la Clínica” a “Introducción a la Práctica Clínica”
2. Estructura de la asignatura
3. Objetivos
4. Actividades docentes, Clases, seminarios y estancia en el Centro de Salud
5. Materiales docentes
6. Tareas y Portafolio del estudiante
7. Evaluación final del estudiante
8. Peculiaridades en la planificación de la actividad docente de la asignatura

1. De “Inmersión Precoz en la Clínica” a “Introducción a la Práctica Clínica”

Como se señalaba en el capítulo anterior tras la incorporación en el curso 2010-11 de la asignatura obligatoria de 1º curso del nuevo Grado de Medicina en la UAM: “**Inmersión Precoz en la Clínica**” se organizaron cuatro ediciones hasta que en 2014 se aprobó la modificación del plan de estudios² y se transformó en “**Introducción a la Práctica Clínica**” una asignatura de 2º curso, de 5 ECTS, también obligatoria².

El cambio del nombre de la asignatura, que mantiene el mismo acrónimo por el que se conocía la asignatura anterior (IPC), es un

reflejo de la necesidad de realizar ajustes en el plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UAM tras el cambio brusco que supuso sustituir el programa de la Licenciatura por el Grado de Medicina en 2010, realizado bajo la presión de cumplir con los plazos marcados para la ordenación y verificación de los planes de estudio de Medicina^{3,4}. Aunque solo habían transcurrido tres años de la implantación del nuevo Grado, se habían detectado dificultades y posibilidades de mejora en el plan de estudio, que dieron origen a la modificación del plan de estudios en 2014².

La innovación docente que suponía facilitar e incrementar el contacto precoz del estudiante con el paciente en los primeros años de la carrera se mantuvo en el nuevo plan pero acercándola más, tanto en el tiempo como en su contenido, a las asignaturas del Módulo III, “Formación Clínica Humana” Fisiopatología I y II que se dan en el tercer curso.

De ahí el cambio del nombre de “Inmersión Precoz en la Clínica” a “Introducción a la Práctica Clínica”, con un contenido más extenso, más próximo a la clásica Patología General de 3º de Licenciatura, pero manteniendo la idea del contacto precoz de estudiante con el paciente (ahora en 2º curso) con una visión holística (bio-psico-social), garantizada por el mantenimiento de los temas de la extinta asignatura de 1º y por la estancia del alumno con el paciente en el ámbito de la atención primaria.

El traslado de la asignatura al 2º año de carrera liberó espacio en el apretado programa de 1º para otras asignaturas básicas. El acuerdo adoptado mantuvo el equilibrio necesario entre la innovación y la inercia de la estructura de los primeros años de la carrera.

En los siguientes apartados de este capítulo se presenta el contenido y la organización del programa docente de “Introducción a la Práctica Clínica” (IPC), cuya primera edición se realizó en el segundo semestre del curso 2015-16.

La nueva asignatura profundiza y amplía los objetivos y contenidos de “Inmersión Precoz en la Clínica” (IPC) y, 30 años después, da continuidad a la idea del contacto precoz con el paciente en atención primaria.

2. Estructura de la asignatura

“Introducción a la Práctica Clínica” es una un asignatura obligatoria que forma parte de la materia de “Introducción a la Medicina”¹. En la Tabla 4.1 se muestran las principales características de la estructura, actividades docentes y contenidos de la asignatura, recogidas en la guía docente oficial⁵.

Tabla 4.1.-
Características de la asignatura “INTRODUCCIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA”⁶:

(*) Esta asignatura sustituyó a “Inmersión Precoz en la Clínica” y la primera edición se realiza en el curso 2015-16, segundo cuatrimestre.

3. Objetivos específicos de la asignatura

Aparte de su contribución a las competencias generales, específicas y transversales que se señalan en los requisitos para la verificación del Título de Médico⁴, los objetivos de “Introducción a la Práctica Clínica” son:

- Proporcionar a los alumnos elementos de reflexión sobre el ejercicio de la Medicina y los valores profesionales del médico.
- Acercar a los alumnos a la práctica real de la Medicina desde el inicio de sus estudios y favorecer su contacto temprano con los pacientes y sus familiares.
- Transmitir al alumno la importancia de la atención centrada en el paciente.
- Abordar la práctica profesional respetando la autonomía del paciente, sus creencias y cultura y resaltando el enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad.
- Iniciar al alumno, en los fundamentos del método clínico y en el proceso de toma de decisiones en la clínica.
- Comenzar a realizar la historia clínica estructurada: motivo de consulta, antecedentes, enfermedad actual y anamnesis por aparatos.
- Profundizar en el valor del síntoma “dolor” en la historia clínica.
- Transmitir la importancia de la exploración clínica básica y enseñar las técnicas de exploración y los hallazgos de las mismas.
- Mostrar el valor de las pruebas complementarias en el conjunto de la valoración clínica del paciente.
- Resaltar la importancia del uso racional de los recursos sanitarios disponibles.

- Enseñar y demostrar la importancia de la comunicación entre el médico y los pacientes y sus familias.
- Transmitir la importancia de conocer el entorno familiar, social y cultural de los pacientes y reconocer los determinantes de salud de la población.
- Resaltar la situación del médico ante el sufrimiento y la muerte.
- Conocer el sistema sanitario español y las relaciones entre los distintos niveles asistenciales y los diferentes profesionales que trabajan en él.
- Conocer los servicios socio-sanitarios y las posibilidades de apoyo al proceso de cuidados en la comunidad.

4. Actividades docentes: Clases, seminarios y estancia en el Centro de Salud

El programa de la asignatura se desarrolla en 20 clases, 5 seminarios y 20 horas (4 tardes) de prácticas en la consulta de un Médico de Familia, en uno de los Centros de Salud adscritos a la UAM.

4.1. Clases

Las 20 clases magistrales, en las que se explicarán los contenidos teóricos fundamentales, abordan el siguiente temario:

1. Introducción a la asignatura. Objetivos y organización.
2. El contacto con el paciente. La actividad del médico clínico.
3. La práctica clínica. El enfoque biopsicosocial.
4. El paciente (I): la atención centrada en el paciente, vivencia de la enfermedad, la Ley de autonomía del paciente.
5. El paciente (II): el entorno familiar y sociocultural; el entorno laboral.

6. Comunicación médico paciente (I).
7. Comunicación médico paciente (II).
8. Historia Clínica (I): componentes de la HC.
9. Historia Clínica (II): desarrollo de la HC. Importancia del dolor como síntoma.
10. Exploración clínica (I): enfoque general.
11. Exploración clínica (II): técnicas de exploración (piel, cabeza y cuello).
12. Exploración clínica (III): técnicas de exploración (tórax, abdomen).
13. Exploración clínica (IV): técnicas de exploración (extremidades y músculo-esquelético).
14. Exploración clínica (V): técnicas de exploración (sistema nervioso).
15. Razonamiento clínico (I): El manejo de la incertidumbre en la práctica clínica.
16. Pruebas Complementarias. Uso racional de los recursos.
17. Razonamiento clínico (II): La toma de decisiones en la práctica clínica.
18. Organización del Sistema sanitario. Modelos asistenciales. El escenario del trabajo del médico.
19. Coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Utilización de los servicios sociales. El trabajo en equipo.
20. El médico ante el sufrimiento y la muerte.

Las clases magistrales, con una duración de 55 minutos se daban en la Facultad en horario de mañana a dos grupos de 120 alumnos cada uno.

En esta primera edición de IPC, la mayoría de las clases fueron dadas por los Prof Asociados de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria (80% de las clases). El resto de temas fueron dados por profesores permanentes de Medicina Interna que eran coordinadores de las asignaturas del 3º curso del Grado Fisiopatología I y II, con el objetivo de servir de conexión entre “Introducción a la Práctica Clínica” y las asignaturas clínicas de los siguientes años de la carrera.

4.2 Seminarios

1. Valoración del entorno familiar, social y cultural del paciente.
2. Empatía.
3. Taller de anamnesis. Herramientas de comunicación con el paciente.
4. Taller de Exploración clínica básica (I).
5. Taller de Exploración clínica básica (II).

Cada seminario, con una duración de 2 horas, se daba en la Facultad a grupos de 30 alumnos (8 grupos), en horario de tarde, en seminarios y aula de habilidades clínicas. En cada seminario participaban dos profesores. Se realizaba exposiciones en “PowerPoint” y videos, seguidos de debate, técnicas de “role playing” entre 3 alumnos (paciente, médico y observador) para aspectos de comunicación, elaboración de la historia clínica, realización de entrevistas con diferentes test,...). En los talleres de exploración clínica básica se formaban grupos de 5 alumnos bajo la supervisión de los profesores, alrededor de un puesto de trabajo, en la aula de habilidades clínicas. Para exploraciones normales un alumno actuaba de enfermo y en otros tipos de exploraciones se utilizaban modelos de simulación y videos específicos. De esta manera todos los alumnos realizaban las maniobras de exploración clínica completa y se iniciaban en el significado de los hallazgos encontrados. Previamente a la realización de estos seminarios, los alumnos disponían de la documentación-guía de las maniobras de exploración clínica que

se realizarían después, junto con los detalles específicos de su ejecución y los hallazgos derivados las mismas.

Los profesores participantes eran los 17 Profesores Asociados Clínicos y Profesores Honorarios.

4.3 Prácticas y Estancia en la consulta de Medicina de Familia

Esta actividad supone 16 horas (4 tardes consecutivas, en horario de 16:00 a 20:00h) de prácticas en la consulta de un Médico de Familia, en uno de los Centros de Salud adscritos a la UAM.

La estancia en el Centro de Salud se realizó una vez terminadas las clases y los seminarios. Se trata de una actividad personalizada: un solo alumno con su tutor en la consulta.

El alumno se presentaba el primer día, en el Centro de Salud, al tutor que se le había asignado. Debía de llevar bata y fonendoscopio, así como haber leído previamente y llevar una copia del CUADERNO DEL ESTUDIANTE (cuaderno de prácticas).

El CUADERNO DEL ESTUDIANTE, además de ser el cuaderno de prácticas que tenía que rellenar y entregar antes de transcurrida una semana de finalizadas la estancia en el Centro de Salud, era una guía docente de su actividad en el Centro de Salud, donde se detallaban una serie de tareas de observación y reflexión, principalmente en la consulta de su tutor y que el alumno debía de anotar en el apartado correspondiente del cuaderno.

En el **Anexo 3** se presenta una copia del CUADERNO ya cumplimentado y entregado tal como lo subió un estudiante a la plataforma Moodle para su evaluación.

Los médicos que participaban como tutores de esta asignatura en cada centro de Salud eran Profesores Asociados, Profesores Honorarios y, fundamentalmente, los Clínicos Colaboradores Docentes que actuaron como tutores del estudiante en su consulta.

5. Materiales docentes

A partir de la experiencia adquirida en los años anteriores, se profundizó y mejoró la utilización de la plataforma informática *Moodle UAM*. Antes del comienzo de cada clase se subía el guion del tema y al acabar se subía también la presentación empleada por el profesor en clase, y en su caso, las lecturas, referencias bibliográficas o videos relacionados con el tema en cuestión (ya fueran producidos por los propios profesores o accesibles en internet).

Asimismo se subía también el guion de cada seminario y el material de apoyo empleado sí como las referencias bibliográficas y las direcciones URL de los videos empleados.

6. Tareas y Portafolio de estudiante

Cada estudiante tenía que realizar tres narrativas (redacciones breves de 1 a 2 folios) que se situaban en tres momentos del programa docente: en la primera semana, al mes y al final del curso.

- 1ª Narrativa: ¿Qué es y por qué quieres ser médico, qué esperas de esta profesión?
- 2ª Narrativa: Experiencia en primera persona sobre la vivencia de la enfermedad y el contacto con sistema sanitario (propia o de un allegado).
- 3ª Narrativa: La experiencia del primer contacto con el paciente.

El objetivo docente de estas narrativas era enfrentar al estudiante, de forma explícita, con su propia reflexión personal sobre temas, sentimientos y percepciones directamente relacionados con los objetivos de la asignatura. La primera narrativa se relaciona con el tema de los valores y la actividad clínica del médico, la segunda con los temas de vivencia de la enfermedad y empatía con el paciente y la tercera sobre el primer contacto “profesional” con un paciente real y con la enfermedad.

No se evaluaba su contenido sino el cumplimiento de esa tarea de reflexión que suponía trasladar a un papel sentimientos y sensaciones personales relacionadas con la profesión y la actividad que ha elegido estudiar. Como se señala en el apartado sobre evaluación, el mero hecho de entregarla en tiempo y forma (realizada y entregada en los momentos marcados en el programa) suponía, para cada narrativa 1 punto de la evaluación continuada. En el ANEXO 4 se presenta un ejemplo de tres narrativas concretas entregadas por alumnos en cumplimiento de sus tareas.


Estas tres narrativas o redacciones formaban parte del “**portafolio**” de cada estudiante, constituido por cinco documentos elaborados y entregados para su evaluación.

Figura 4.1.-

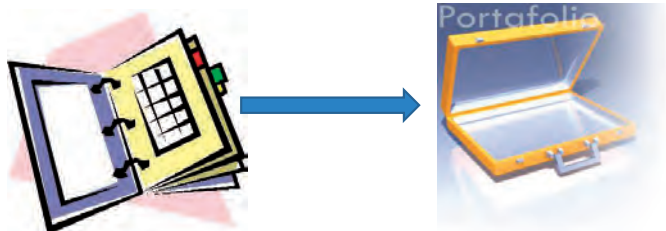
Presentación a los estudiantes del Portafolio, sus contenidos y fechas de entrega de las tareas en la primera clase de la asignatura “Introducción a la práctica clínica” (21/01/2016)

INTRODUCCIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA


Docencia práctica



- **PORTAFOLIO***. “Conjunto de documentos que elabora el alumno y que implica un análisis de diferentes aspectos de la asignatura”.



***El alumno ha de incorporar el portafolio en la plataforma Moodle**

INTRODUCCIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA


Docencia práctica

PARTES DEL PORTAFOLIO:

- **Narrativa sobre el significado de “SER MEDICO”**. [31 enero]
 - ¿Qué es y por qué quisisteis ser médicos y qué esperáis de esta profesión?
- **Narrativa sobre experiencia personal en ámbito de salud**. [25 febrero]
- **Cuaderno del estudiante cumplimentado** [3 mayo] :
 - Observación y actividades dentro y fuera de las consultas.
 - Plantillas para cumplimentar.
- **Historia clínica** (es el último apartado del cuaderno [3 mayo])
- **Narrativa sobre la experiencia con el contacto con la práctica clínica** [3 mayo].

Las fechas señaladas para la entrega de las tareas de los alumnos se refieren a la 1ª Edición de la asignatura en el Curso 2015-16

Los otros dos documentos del portafolio eran:

- EL CUADERNO DEL ESTUDIANTE (cuaderno de prácticas, a rellenar durante la estancia en el centro de salud).
- ELABORACIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA, a partir de uno de los pacientes vistos en consulta (trabajo final de la estancia en el Centro de Salud). Este documento es el último apartado del Cuaderno del estudiante, pero se evalúa por separado, como se señala en el siguiente apartado.

7. Evaluación final del estudiante

La asistencia a los **seminarios** y a las **prácticas** en los Centros de Salud y es **obligatoria**. Se aceptó, de forma excepcional, la falta a

1 seminario y/o 2 horas de la estancia en el Centro de Salud, bajo causa debidamente justificada.

La evaluación final del estudiante en la Convocatoria Ordinaria se basaba en el examen final y en la evaluación continuada (Tabla 4.1).

- **Examen escrito final.**

Se considera materia del examen escrito el contenido y conceptos presentados en las clases magistrales, en los seminarios y en las prácticas. El examen escrito se compone de:

- **Preguntas Tipo test:** 40 preguntas de respuesta múltiple (4 posibles respuestas). Cada respuesta positiva se contabilizará con un punto y cada respuesta errónea restará 0,25 puntos.
- **3 Preguntas cortas.**

Las preguntas tipo test suponen la mitad de la nota del examen escrito y las preguntas cortas la otra mitad.

Para aprobar la asignatura es necesario obtener al menos un 5 (sobre 10) en el examen escrito. El peso del examen escrito en la nota final de la asignatura es del 40%.

- **Evaluación continuada**

Los aspectos que se evalúan en este apartado y el peso relativo de cada uno de ellos, son:

- **Evaluación del Portafolio (máx. 8 ptos.)**
 - Narrativas. 1 punto por cada una de las tres narrativas entregadas en tiempo y forma.
 - Hasta 2 puntos por la evaluación del Cuaderno del Estudiante.
 - Hasta 3 puntos por la evaluación de la Historia Clínica elaborada a partir de un paciente visto en la consulta, siguiendo los criterios descritos en el Cuaderno del estudiante (plantilla 8).

La evaluación del Cuaderno y de la Historia Clínica la hace cada tutor con el apoyo del Profesor Asociado u Honorario responsable en cada Centro.

- **Evaluación de la estancia del alumno en la consulta y en el Centro de Salud (máx. 2 ptos.).**

Esta evaluación la realiza el médico de familia que actuó como tutor de ese alumno en base a los siguientes criterios:

- Asistencia y puntualidad.
- Relación con los pacientes y sus familiares, con los profesionales del Centro de Salud y con el tutor.
- Interés mostrado.
- Aprovechamiento global.

Para aprobar la asignatura es necesario obtener al menos un 5 (sobre 10) en la evaluación continuada. El peso de la evaluación continuada en la nota final de la asignatura es del 60%.

Tabla 4.2.-

Cuadro resumen de los criterios para la evaluación de los alumnos en la asignatura "Introducción a la Práctica Clínica"

	PUNTOS	CRITERIOS PARA APROBAR	PESO EN LA NOTA FINAL
Nota del examen escrito	De 0 a 10	Mínimo 5 puntos	40%
Nota evaluación continuada	De 0 a 10	Mínimo 5 puntos	60%

En los casos en que el estudiante tenga que presentarse a **Convocatoria Extraordinaria**, debe haber cumplido con los Requisitos mínimos de asistencia a seminarios y estancia en el Centro de Salud. De no cumplirlos, el alumno no podrá ser eva-

luado. Si se cumple este requisito, se conservará la nota de la evaluación continuada o la del examen escrito si hubiera aprobado alguna de las dos partes.

En la Convocatoria extraordinaria se realiza una **prueba combinada oral y escrita** (tipo test y preguntas cortas) sobre contenidos teóricos y aspectos prácticos desarrollados en la asignatura.

8. Peculiaridades en la planificación de la actividad docente de la asignatura. Carga Docente y elaboración de dameros

La organización de las plantillas de las clases y seminarios (damero) para el conjunto de las distintas asignaturas de 2º curso del Grado, que se daban en el cuatrimestre correspondiente (en nuestro caso un total de 7 asignaturas diferentes en el 2º cuatrimestre), tuvo la complejidad normal de encajar las clases y los seminarios en cada casilla del damero a lo largo de cuatrimestre, ya que los grupos para las clases (2 grupos de 120 alumnos, en horario de mañana) o para los seminarios en la Facultad (8 grupos de 30, en horario de tarde) eran los mismos para todas las asignaturas de ese curso. Cada día estaban programados varios seminarios de distintas asignaturas.

La principal dificultad para organizar y coordinar la actividad docente diaria surgió a la hora de conseguir que cuatro tardes consecutivas un grupo de alumnos no tuviera ninguna otra actividad docente programada. Finalmente, se consiguió encajar en el damero que en 6 semanas consecutivas (entre los meses de Marzo y Mayo de 2016) 40 alumnos cada semana tuvieran todas las tardes libres para dedicarlas a la estancia en los Centros de Salud.

La carga de trabajo total de los docentes participantes fue de 4074 horas en el curso 2015/16 (horas teóricas y prácticas, incluyendo exámenes y tutorías). El 94% (3840 horas) corresponde a la atención

personalizada (1 alumno 1 médico tutor) durante las 16 horas de estancia en el Centro de Salud, que coinciden con la actividad asistencial del médico de familia. El resto (234 horas) corresponde a horas presenciales de profesor en el Aula (ya sea en clase, en seminario o en el aula de habilidades clínicas, incluyendo tutorías y exámenes).

En la Tabla 4.2 se presenta la distribución de esa carga según los distintos tipos de actividad, grupos de alumnos y profesores participantes.

Tabla 4.2.-

Carga docente de la asignatura " Introducción a la Práctica Clínica", expresada en horas de profesor y tutores. Curso 2015/16. UAM

TIPO ACTIVIDAD	Nº	Horas / actividad	Nº grupos (alumnos)	Profesores /actividad	Nº TOTAL HORAS *
CLASES MAGISTRALES	20	1	2 (120)	1	40
SEMINARIOS	5	2	8 (30)	2	160
PRÁCTICAS CLÍNICAS EN CONSULTA CON TUTOR **	4	4	240 (1)	1	3840**
TUTORIAS	1	1	2 (120)	2	4
EXAMEN ORDINARIO	1	2	6 (40)	2	24
EXAMEN EXTRAORDINARIO	1	2	1	3	6
CARGA DOCENTE TOTAL					4074

(*) HORAS = Nº actividades x Nº horas x Nº grupos de alumnos x Nº profesores/tutores en esa actividad

(**) Se trata de horas del tutor coincidentes con su actividad asistencial

Bibliografía

1. Resolución del 22 de Noviembre de 2010, de la Universidad Autónoma de Madrid, por la que se publica el Plan de Estudios conducente al título de Graduado en Medicina. BOCM núm. 301 de 17 de Diciembre 2010, pág. 85-87.
2. Resolución de 6 de Junio de 2014 , de la UAM, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Medicina. BOE nº155 (26 de Junio de 2014) , pág. 49407-11.
3. Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE nº 260 de 30 de Octubre de 2007. Págs. 44037-48.
4. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE núm. 40 de 15 febrero 2008. Págs. 8351-355.
5. http://www.uam.es/ss/Satellite/Medicina/es/1242663997444/1242699386140/guiadocente/detalle/2%C2%BA_Curso_2016-2017.htm
Último acceso 13/11/2016.

Capítulo 5

“Medicina de Familia y Atención Primaria”. Antecedente y banco de pruebas de la asignatura obligatoria del Grado

*Isabel García, Esteban González, Augusto Blanco, José M^a
Vizcaíno, Concha Álvarez, Antonio De Lorenzo-Cáceres, José M^a
Arribas, Gloria Viñas y Alicia de Castro*

1. “Medicina de Familia y Atención Primaria” como asignatura optativa de la Licenciatura de Medicina en la UAM (1994-2014)
2. Programa de “Medicina de Familia y Atención Primaria” en la primera etapa (1994-2005)
3. Segunda etapa de “Medicina de Familia y Atención Primaria” (2005-2014). Incorporación de la metodología de aprendizaje basado en la resolución de problemas (ABRP)
4. Lecciones aprendidas para la asignatura obligatoria del Grado

1. “Medicina de Familia y Atención Primaria” como asignatura optativa de la Licenciatura de Medicina en la UAM (1994-2014)

Esta asignatura optativa, de 6 créditos (60 horas), se comenzó a impartir en el curso académico 1993-94, tras la publicación del nuevo plan de estudios de Licenciado en Medicina de la UAM¹ y se impartió ininterrumpidamente durante 21 ediciones, hasta el curso 2013-14, ya que en el siguiente se inició la asignatura “Medicina de Familia” de 5º del Grado.

Se ofertaban 40 plazas dirigidas a alumnos de segundo ciclo de la Licenciatura de Medicina, con preferencia para los alumnos de 5º curso, con los siguientes objetivos específicos:

- Conocer las estrategias de trabajo del Médico de Familia ante los problemas de salud más prevalentes en Atención Primaria, con un enfoque orientado a la práctica.
- Identificar componentes psicosociales y familiares en el proceso salud-enfermedad.
- Profundizar en la importancia de la comunicación médico-paciente.
- Resaltar el papel del médico de familia como agente del paciente en el sistema sanitario.
- Enfrentar al estudiante con los problemas éticos que se derivan de la relación médico-paciente.
- Insistir en la necesidad del uso racional de los recursos disponibles.

Esta innovación docente, aún en el formato de asignatura optativa, sirvió como un auténtico campo de pruebas, no exento de debate, para avanzar en la definición y contenidos de una asignatura referente de “Medicina de Familia”, diseñada y construida por un grupo de médicos de familia integrados en la recién creada Unidad Docente (ver Capítulo 1), de los que una gran mayoría pertenecían a las primeras promociones del programa MIR de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Las posiciones en ese debate se movían entre resaltar la peculiaridad e importancia del trabajo del médico de familia como especialidad médica diferenciada y la contribución que los médicos de familia podían hacer a la enseñanza general de la medicina, que era a su vez un reflejo del debate que las sociedades científicas y médicos de familia impulsaban sobre la importancia y la necesidad de que la medicina de familia se incorpora a la docencia en las Facultades de Medicina²⁻⁷.

El hecho de que se tratase de una asignatura optativa con un número limitado de plazas ofertadas y de que la dinámica de trabajo de los profesores asociados clínicos, recién incorporados a la Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria de la UAM,

fuera muy colectiva y solidaria en lo que a la construcción del plan docente y distribución de las tareas se refiere, facilitó el debate, la evaluación de distintas experiencias y alcanzar el consenso en las propuestas y cambios a llevar a cabo.

La opinión y participación de los estudiantes matriculados fue decisiva en el cambio de la metodología docente de la asignatura optativa que se acordó desde la edición 2005/06, con sus argumentos de que ya tenían demasiadas clases magistrales y que en las clases de “Medicina de familia y atención primaria”, al igual que ocurría con otras asignaturas clínicas, se repetían temas y conceptos clínicos teóricos sin que quedara claro cuál era la novedad o valor que aportaban ni que se resolviera su demanda de ser clases más orientadas a la práctica, de aprender la actitud a adoptar y las decisiones a tomar ante un enfermo real. A esto se unía el inconveniente de desplazarse desde uno de los cuatro hospitales a los que estaban adscritos al lugar donde se daban físicamente las clases-seminarios (habitualmente en la propia Facultad o en uno de los Centros de Salud adscritos a la UAM, con buena comunicación por transporte público).

En este contexto, manteniendo los objetivos docentes iniciales, la metodología docente y la organización de la asignatura cambió drásticamente a partir del curso 2005/06. En los siguientes apartados se presenta la organización de las dos etapas de la asignatura optativa (1994-2005 y 2005-2014).

2. Programa de “Medicina de Familia y Atención Primaria” en la primera etapa (1994-2005)

La organización de las 60 horas de la asignatura en las doce primeras ediciones siguió el programa inicial, aprobado en 1993:

- Enseñanza teórica: 20 horas.
- Prácticas: 20 horas.
- Elaboración de una Memoria final: 20 horas.

2.1 Temario

1. La comunicación médico-paciente. La entrevista clínica.
2. Actividades de prevención y promoción de la salud en el niño y adolescente.
3. Actividades de prevención y promoción de la salud en la mujer.
4. Actividades de prevención y promoción de la salud en el adulto.
5. El médico de familia y la atención al anciano.
6. El manejo de las patologías crónicas en Atención Primaria.
 - Hipertensión.
 - Diabetes.
 - Enfermedad obstructiva crónica.
7. El médico de familia ante el enfermo terminal.
8. Atención a la población marginal y a grupos de riesgo.
9. El enfermo funcional.
10. El manejo de los problemas de salud mental en la consulta de At. Primaria.
11. Atención Primaria. Coordinación entre AP y Atención especializada.
12. Uso racional de medicamentos en Atención Primaria.
13. Aspectos éticos de la relación médico-paciente. El médico como agente del paciente y su importancia para el Sistema Sanitario.

Este programa se daba en 16 clases-seminarios de 75 minutos (45 minutos de clase teórica y 30 minutos de presentación y discusión de un caso práctico relacionado con el tema de la clase).

2.2 Prácticas

Cada estudiante debía de realizar una estancia activa de 5 días (4 horas diarias), preferiblemente consecutivos, en la consul-

ta de Medicina de Familia del tutor que se le había asignado. Habitualmente esta estancia era por la tarde salvo que el alumno matriculado en la optativa fuera de 6º curso. En este caso esa estancia se le convalidaba por su rotación obligatoria en Atención Primaria que tenía que realizar ese año de la carrera.

2.3 Elaboración de la Memoria final

Se trataba de elaborar un documento referido a un problema de salud o aspecto relacionado con los temas del programa a propósito de un caso (o conjunto de casos) visto durante su estancia en la consulta de Medicina de Familia, junto a su tutor.

El objetivo era presentar el papel que corresponde al Médico de Familia en el manejo del problema en ese paciente, haciendo referencia a las relaciones con el resto de sistema sanitario.

En el documento debía de hacerse referencia a los siguientes apartados aunque no obligatoriamente en este mismo orden:

- Justificación de por qué se ha elegido este tema:
 - Importancia del problema.
 - Interés para el Sistema Sanitario.
 - Repercusión social.
 - Actualidad científica, etc.
- Descripción del caso clínico concreto que ha suscitado la elección del tema.
- Revisión sobre el estado actual del conocimiento:
 - En relación a algún aspecto del tema elegido (diagnóstico diferencial, pronóstico, medidas terapéuticas, epidemiología...
 - Esta revisión debía de sustentarse en una aproximación bibliográfica actual y podía utilizar programas o protocolos en marcha en el Área o en el equipo.

- Actitud del médico de familia y de la atención primaria ante ese paciente.
- Reflexión personal / comentarios sobre el tema elegido.
- Bibliografía. Ha de estar correctamente citada, siguiendo las normas de Vancouver.

El trabajo final, para el que se reservaba 20 horas de trabajo personal, debía de tener una extensión aproximada de 15-20 hojas mecanografiadas y correctamente presentadas. Antes de la presentación final debía de contar con el VºBº de su tutor.

Se aceptaba que el trabajo pudiera ser realizado por dos alumnos si habían realizado la práctica en el mismo Centro de Salud y tenía el mismo tutor para el apoyo del trabajo.

2.4 Evaluación del alumno

Se basó en tres parámetros: asistencia a las actividades de clases-seminarios, tras la cual se realizaba una evaluación tipo test de 30-40 preguntas (30%), valoración cualitativa realizada por el tutor en base al contacto con el estudiante (30%) y valoración del al trabajo final presentado (40%), realizado por una comisión de los profesores de la Unidad Docente. Una calificación de 0 en cualquiera de los parámetros imposibilitaba la compensación.

3. Segunda fase de “Medicina de Familia y Atención Primaria” (2005-2014). Incorporación de la metodología de aprendizaje basado en la resolución de problemas (ABRP)

Como se señalaba en la introducción del capítulo, tras la primeras doce ediciones de esta asignatura optativa y después de un debate en la Unidad Docente, que se fue gestando a medida que la evalua-

ción de la experiencia de los años anteriores iba aportando argumentos para el cambio en su organización, se decidió introducir la metodología de aprendizaje basado en la resolución de problemas (ABRP).

3.1 Metodología de aprendizaje basado en la resolución de problemas

En un artículo previo publicado en 2009⁸ ya se presentó esta experiencia práctica de ABRP en la UAM. En este apartado se reproducen algunas de las ideas y conceptos allí expresados.

El ABRP surge como una forma de aproximar la enseñanza y el aprendizaje a los entornos reales de la práctica profesional. Con ese objetivo y, sobre todo, para “*aprender a aprender*”, la Universidad de McMaster (Canadá) puso en marcha este tipo de enseñanza en 1972⁹. Aunque el modelo original de McMaster ha sufrido diferentes modificaciones a lo largo de los años, sus ideas principales se mantienen vigentes y han sido origen de muchos cambios en la enseñanza de la Medicina^{10,11}. Las características generales de la ABRP se exponen en la Tabla 5.1 y en la Figura 5.1.

Tabla 5.1
Características generales del ABRP

- Centrado en el alumno y sus necesidades de información. El problema dirige el aprendizaje.
- Activo, el alumno es protagonista de su aprendizaje (busca información, la evalúa y decide su aplicación o utilización de la misma).
- No hay que conocer toda la teoría completamente para poder afrontar básicamente un problema clínico. El alumno tiene conocimientos básicos y no hay que desdeñarlos.
- El profesor abandona el rol tradicional de impartir clases sólo teóricas para pasar a ser un tutor, no necesariamente experto en ese problema, que dirige las diferentes fases del aprendizaje y de la resolución del mismo.
- Se trabaja en pequeños grupos, donde todos aprenden de todos.

Figura 5.1.-
Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas

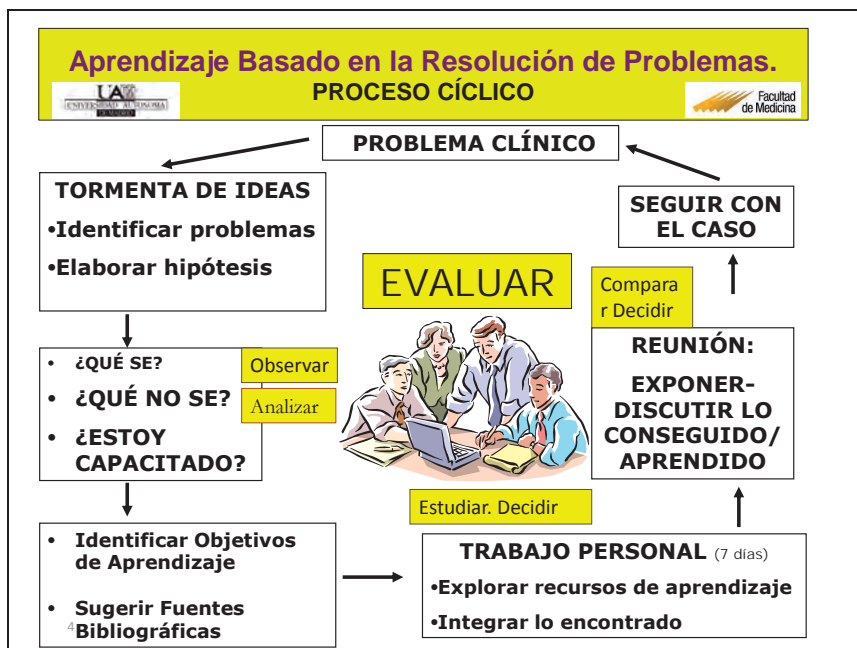


Tabla 5.2.-
Inconvenientes del ABRP

- Requiere el concurso de más profesores.
- Escasa tradición en el aprendizaje activo por parte de profesores y alumnos.
- Ansiedad entre los alumnos si no son adecuadamente tutorizados.
- Necesidad de tiempo tanto para preparar el material por parte del tutor como de los alumnos para la resolución del problema.
- La evaluación es más difícil que con un examen teórico habitual.

La incorporación de la metodología del ABRP a la enseñanza universitaria tiene algunas dificultades (Tabla 5.2), pero desde la Unidad Docente de Medicina de Atención Primaria de la UAM se

consideró que esta metodología podría ser útil para cumplir con los objetivos planteados en la asignatura y se decidió introducir ese cambio en su organización, utilizando el Método del Caso como herramienta de aprendizaje⁸.

En ese escenario el estudiante se convertiría en el médico de familia de un paciente virtual y, como ocurre en la vida real, serán los problemas de salud del paciente los que estimulen y guíen su aprendizaje, bajo la tutela de un profesor que adoptará el rol de tutor-facilitador. Confluyen sobre el enfermo problemas clínicos, preventivos, sociales y éticos que los estudiantes han de ser capaces de identificar y priorizar, formulando y planificando, además, sus posibles soluciones y argumentando en cada caso las alternativas propuestas.

El estudiante deberá analizar los escenarios clínicos que el equipo docente ha preparado, identificando los problemas y tomando decisiones, adaptando al paciente concreto atendido en un contexto particular las recomendaciones generales recogidas en la literatura médica.

3.2 Organización y desarrollo de la asignatura

En esta segunda etapa, una vez aceptada la incorporación a la metodología docente de la ABRP, la distribución inicial de las 60 horas de la asignatura cambió al siguiente esquema:

- **Enseñanza teórica:** 3 horas, en un sola clase con los siguientes contenidos:
 - Introducción y organización de la asignatura.
 - Pasar consulta: Aspectos prácticos del trabajo del médico clínico.
 - El método clínico. Razonamiento Clínico: Manejo de la incertidumbre y toma de decisiones en la práctica clínica. Pruebas diagnósticas y selección de tratamientos.
 - La búsqueda de información científica.

- **Prácticas:** se mantuvieron las de 20 horas de estancia del estudiante en la consulta de Medicina de Familia, en el Centro de Salud, con el objetivo de captar la complejidad del trabajo del médico de familia y de realizar tareas básicas en torno a las siguientes áreas de competencia: historia clínica; entrevista clínica; razonamiento clínico y toma de decisiones, incluyendo métodos diagnósticos y selección de los tratamientos; búsqueda de información bibliográfica.
- **Seminarios con metodología ABRP en grupos reducidos** (8-12 alumnos): 7 horas presenciales (en tres sesiones de 2 o 3 horas de duración con una separación entre ellas de, al menos, una semana). En las tres sesiones de trabajo se buscaba la resolución de un caso práctico, que se iba presentando bajo la forma de escenarios clínicos sucesivos referidos al mismo paciente en distintos momentos de su vida.

En esta segunda etapa de la asignatura se trabajó sobre el caso de Pedro MF, un paciente virtual, que iba a estar presente en las tres sesiones de trabajo con la metodología ABPR.

En el primer seminario se presentan dos escenarios clínicos. El primero es una consulta interpuesta en la que un hijo solicita en su nombre una receta de Antabus®. En el segundo, dos años después, conocemos al paciente: tiene 50 años, es fumador, diabético, tiene hipertensión e hipercolesterolemia, complicaciones vasculares y bronquitis crónica.

En la segunda sesión el escenario se refiere a 5 años después, en el que el paciente acude por problemas de insomnio, desgana y tristeza, desde hace meses. El grado de control es bueno excepto que no ha sido capaz de dejar de fumar.

En la tercera sesión el escenario se refiere a 10 años después de la primera visita. El paciente ha seguido las revisiones clínicas y analíticas con regularidad, pero acude esta vez por aumento

de la tos por las mañanas, ocasionalmente con sangre. En la misma sesión se presentan escenarios sucesivos con resultados de pruebas complementarias y datos evolutivos. Finalmente, una visita domiciliaria después de que el paciente hubiese sido sometido a una intervención quirúrgica en el pulmón izquierdo y sometido a quimioterapia por un cáncer de pulmón.

En el artículo ya citado, publicado en 2009⁸ se puede encontrar una descripción mas detallada de este caso para trabajar en tres sesiones con la metodología ABRP. En el siguiente capítulo sobre la asignatura obligatoria “Medicina de Familia” de 5º curso del Grado se presenta una profundización de este ejemplo de caso para ABRP así como de su actualización.

- **Trabajo personal del alumno:** Se estimó un total 30 horas, 15 horas para la búsqueda de información bibliográfica para contestar a las preguntas y situaciones generadas en las tres sesiones de trabajo de grupo y discusión del caso y 15 horas, que se estiman necesarias para elaborar las fichas de cada sesión y la elaboración del trabajo final.

3.3 Evaluación del alumno

En esta segunda etapa de “Medicina de Familia y Atención primaria” la evaluación se realizó a base a los siguientes parámetros:

- Asistencia a la clase inicial: 10% de la nota final.
- Estancia en consulta de Atención Primaria: 20% (evaluación cualitativa realizada por el tutor).
- Participación en las seminarios ABRP en grupos reducidos: 45% de la nota final, en base a los criterios de:
 - asistencia, puntualidad y actitud durante los seminarios (interés, respeto, colaboración),

- claridad de su trabajo personal y exposiciones,
 - capacidad liderazgo y organización,
 - capacidad de discusión y de trabajo cooperativo,
 - pertinencia de sus intervenciones,
 - razonamiento clínico a partir de la situación planteada,
 - reflexiona sobre sus conocimientos (identifica lo que sabe y no sabe),
 - identifica fuentes bibliográficas relevantes e incluye valoración sobre su nivel de evidencia.
- Trabajo final: 25% de la evaluación final.

Un cero en cualquiera de los apartados no podía compensarse y suponía un suspenso en la asignatura.

3.4 Evaluación de la asignatura por los alumnos

Los estudiantes evaluaron la asignatura como muy útil, que les había permitido tomar conciencia de la complejidad de la práctica clínica y de sus déficits respecto al abordaje y manejo de los problemas clínicos reales sobre los que casi sólo tenían conocimientos teóricos fragmentados, y con la que habían aprendido algunas estrategias prácticas para resolver sus carencias.

4. Lecciones aprendidas para la asignatura obligatoria del Grado

Como se señalaba previamente, esta experiencia de 21 años organizando la asignatura optativa de “Medicina de Familia y Atención Primaria” fue un auténtico banco de pruebas en la búsqueda del consenso para definir el contenido y la metodología de la futura asignatura de “Medicina de Familia” que finalmente se incorporó al Grado de Medicina como asignatura obligatoria del 5º curso,

tanto por la experiencia previa en la Licenciatura de Medicina de la de la UAM como por figurar entre los requisitos que había de cumplir el nuevo título de grado de Medicina tras la reforma de los planes de estudio¹².

De una parte, la más importante, los profesores de la Unidad adquirieron experiencia en la metodología del ABRP y en los últimos cuatro años en que se organizó la asignatura optativa de “Medicina de Familia y Atención Primaria”, cuando ya se había aprobado el nuevo plan del Grado de Medicina en 2010¹³, y mientras la primera promoción llegaba al quinto año de carrera (curso 2014/15) se fue profundizando y mejorando el caso inicial⁸ y los nuevos escenarios clínicos.

Otro acuerdo en la Unidad Docente, en base a lo aprendido en la experiencia con esta asignatura optativa, fue que entre los objetivos de la futura asignatura de Medicina de Familia debería ser prioritario el que los alumnos conocieran los contenidos teóricos básicos de esta especialidad de la medicina clínica orientada a la Atención Primaria y fueran capaces de manejarlos en la práctica, ya que en el sistema sanitario de nuestro país, la Atención Primaria es, en la mayoría de los casos, es el primer punto de contacto de los pacientes con el sistema sanitario y a él acude, en algún momento de su vida, la mayor parte de la población a lo largo de su vida.

Bibliografía

1. Resolución de 8 de septiembre de 1993. Plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UAM. BOE 227; 27 de septiembre de 1993: 27581-27591.
2. Martín Zurro A, Cano Pérez y JF. Docencia en Atención primaria y Medicina de Familia. En “Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica” (5ª ed). Barcelona: Ed Eselvier. 2011 págs 185-200.
3. Bonald P. Medicina de familia y Universidad. Sevilla: Ed Universidad de Sevilla. 2000.

4. General Medical Council. Tomorrow's Doctors. Recommendations on undergraduate medical education. London: General Medical Council, 1993.
5. Otero A, Carreira J, Villamor J. Nuevas tendencias en la enseñanza de la medicina: evaluación de la rotación en centros de salud. *Aten Primaria*. 1992; 9: 512-5.
6. Otero A. ¿Por qué no existen departamentos de medicina de familia en nuestras universidades?. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 1997; 4: 256-261.
7. Cardellach F, Villardell M. Hacia el perfil del médico que necesita la sociedad *Med Clin (Barc)* 2006; 127: 136-138.
8. González López E, García Lázaro MI, Blanco Alfonso A, Otero Puime A. Aprendizaje basado en la resolución de problemas: una experiencia práctica. *Educ. Med.* 2010; 13: 15-24.
9. Neville AJ, Norman GR. PBL in the Undergraduate MD Program at McMaster University: Three Iterations in Three Decades. *Acad. Med.* 2007; 82: 370-374.
10. Spencer JA, Jordan RK. Learner centred approaches in medical education. *BMJ* 1999; 318: 1280-3.
11. Koh GC, Khoo HE, Wong ML, Koh D. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. *CMAJ* 2008; 178: 34-41.
12. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. *BOE* núm. 40 de 15 febrero 2008; págs. 8351-355.
13. Resolución de 6 de Junio de 2014, de la UAM, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Medicina. *BOE* nº155 (26 de Junio de 2014), págs. 49407-11.

Capítulo 6

“Medicina de Familia”. Asignatura obligatoria de 5º curso del Grado de Medicina

Isabel García, Esteban González, Teresa Gijón, M^a Teresa Blanco, Ignacio Morón, Natividad Puche, Rocío Sastre y M^a Paloma Moreno

1. De “Medicina de Familia y Atención Primaria” a “Medicina de Familia”
2. Estructura de la asignatura
3. Objetivos
4. Actividades docentes. Organización
 - 4.1. Clases teóricas. Temario
 - 4.2. Clase prácticas
5. Dinámica de los seminarios ABRP
6. Evaluación final del estudiante

1. De “Medicina de Familia y Atención Primaria” a “Medicina de Familia”

La incorporación de “Medicina de Familia” como asignatura obligatoria del Grado se formalizó con la aprobación del nuevo programa de la UAM en 2010¹ aunque no se empezó a impartir hasta el curso 2014/15, cuando la primera promoción del nuevo Grado de Medicina llegó al 5º curso de carrera.

No hubo solución de continuidad entre la organización de la asignatura optativa para los estudiantes de Licenciatura y la asignatura obligatoria del Grado.

Si hubo un gran cambio en la carga docente que supuso pasar, con los mismos recursos docentes, de organizar una asignatura para 40 alumnos a otra para 240.

El cambio en el nombre pudiera interpretarse como un cambio en la orientación de la asignatura pero, en la práctica, fue un cambio condicionado para aprovechar la coyuntura favorable para la incorporación formal de “Medicina de Familia” como la asignatura que asumiera la competencia obligada del Modulo de Formación Clínica Humana identificada como “*Medicina familiar y comunitaria: entorno vital de la persona enferma, promoción de la salud en el ámbito familiar y comunitario*” entre los requisitos publicados en 2008 para la verificación del título universitario para la profesión de Médico². A su vez el Libro Blanco del Título de Médico aprobado por la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina en 2005 y publicado por ANECA en el marco del Programa de Convergencia Europea³ había identificado *Medicina Familiar y Comunitaria* como un campo de actuación específico y obligatorio del módulo de Patología Humana.

En ese contexto histórico se alcanzó el consenso necesario en la Facultad de Medicina para incorporar una asignatura obligatoria en el nombre de “Medicina de Familia”.

Tabla 6.1.-
CARACTERÍSTICAS DE LA ASIGNATURA “MEDICINA DE FAMILIA”*

• Asignatura obligatoria de 5^{er} Curso del Grado de Medicina	
• Créditos ETCS: 3 (75 horas)	
• Trabajo presencial del alumno: 34,50horas (46%)	
○ Clases teóricas (4 grupos de 60 alumnos en cada Hospital adscrito)	15 horas
○ Prácticas en grupos reducidos (8-10 alumnos) utilizando el Método del Caso (ABRP)*	16
○ Tutorías	2
○ Evaluación escrita final	1,50
• Trabajo no presencial del alumno: 40,50horas (54%)	
○ Preparación de trabajo tutelado, búsqueda bibliográfica y preparación de informes	20,50

(*) ABRP Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas

2. Estructura de la asignatura

En la Tabla 6.1 se muestran las principales características de la estructura, actividades docentes y contenidos de la asignatura, recogidas en la guía docente oficial del curso 2016/17 ⁴.

3. Objetivos de la asignatura

Además de contribuir a que el alumno alcance las competencias generales, específicas y transversales que se señalan en los requisitos para la verificación del Título de Médico², en la Guía Docente se señala:

Objetivo fundamental de la asignatura

- La enseñanza de los contenidos teórico-prácticos de la Medicina de Familia, especialidad clínica orientada a la Atención Primaria.

Competencias conceptuales

- Identificar la importancia de la atención centrada en el paciente.
- Identificar la importancia de una práctica clínica integral que incluya la atención coordinada en los campos preventivo, curativo y rehabilitador.
- Identificar el papel clave de la comunicación efectiva entre el médico de familia, los pacientes y sus familias, en el proceso de atención clínica.
- Identificar el papel del médico de familia como agente del paciente en el sistema sanitario.
- Identificar a la familia como unidad social clave cuya estructura y funcionamiento influye sobre pacientes y enfermedades. Conocer las técnicas básicas de actuación ante un problema familiar.

- Identificar la importancia del razonamiento clínico y la aplicación del método científico para la resolución de los problemas clínicos.
- Conocer y utilizar los métodos de búsqueda de información clínica de calidad y evaluar la utilidad de los mismos.
- Conocer el funcionamiento del Sistema Sanitario.

Competencias procedimentales

- Saber realizar la historia clínica completa de un paciente, incluyendo no sólo los componentes biológicos, sino también los psicológicos, sociales y culturales que sean relevantes para su salud y/o su cuidado.
- Identificar los principales problemas de salud del paciente y ordenarlos de forma jerárquica.
- Organizar la atención de los pacientes de acuerdo con los principios de la Medicina Basada en la Evidencia, integrando las mejores evidencias externas disponibles –procedentes de la literatura científica– con su experiencia clínica, los valores y preferencias del paciente y los recursos disponibles, en el proceso de toma de decisiones clínicas.
- Organizar y llevar a cabo una estrategia de búsqueda de soluciones para los problemas del paciente, seleccionar las mejores pruebas y/o terapias disponibles e integrarlas en los planes de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del enfermo.
- Proponer un uso racional de los recursos disponibles.
- Realizar un enfoque integral y longitudinal del cuidado y atención del paciente que permita la atención simultánea de múltiples problemas, agudos y crónicos.
- Integrar, para cada paciente, las actividades destinadas a la atención a sus enfermedades con las dirigidas a la promoción

de su salud y al diagnóstico precoz de enfermedades subclínicas, según su situación de riesgo.

- Identificar el papel de la familia y los cuidadores en la atención a cada paciente.
- Conocer algunas estrategias de trabajo con grupos y con la comunidad.

Competencias actitudinales

- Mostrar una actitud acorde a los valores del Profesionalismo y la Ética Médicas.
- Identificar y afrontar de modo eficiente la incertidumbre propia del quehacer médico aplicando el razonamiento clínico en la toma de decisiones.
- Mostrar respeto y comprensión hacia el paciente, su cultura y sus creencias.
- Usar el autoaprendizaje reflexivo como base de la mejora profesional.
- Desarrollar la capacidad de trabajo en grupo y las cualidades que implica: Respeto, comunicación, cooperación y liderazgo.

4. Actividades docentes. Organización

El programa de la asignatura se desarrolla en quince clases teóricas y cuatro sesiones de trabajo práctico.

4.1. Clases Teóricas

- Tema 1: Presentación de la asignatura. Introducción a la Medicina de Familia (MF). Características y funciones del Médico de Familia. Elementos nucleares y competencias centrales de la Medicina de Familia.

- Tema 2: Comunicación clínica (I): Empoderamiento y negociación.
- Tema 3: Comunicación clínica en situaciones complejas (II): Malas noticias. Gestión de los errores clínicos desde la comunicación. Paciente agresivo.
- Tema 4: Prevención de la enfermedad y promoción de la salud desde Medicina de Familia (I). Niveles de prevención. Principales problemas de salud prevenibles y recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Revisión general (excepto vacunas).
- Tema 5: Prevención de la enfermedad y promoción de la salud desde Medicina de Familia (II). Vacunas (población general, personal sanitario, recursos para viajeros). Problemas específicos: Abordaje práctico del consumo de tabaco, alcohol y drogas. Atención a adolescentes.
- Tema 6: Atención a pacientes con problemas frecuentes en MF. Obesidad. Sedentarismo. HTA. Diabetes Mellitus tipo 2.
- Tema 7: Prevención Cardiovascular desde Medicina de Familia. Manejo práctico del riesgo cardiovascular. Prevención de eventos isquémicos.
- Tema 8: Gestión clínica en la consulta de Medicina de Familia (I): Adherencia terapéutica. Gestión de recursos: Derivaciones. Prescripciones y recetas. Incapacidad Laboral Transitoria.
- Tema 9: Gestión clínica en la consulta de Medicina de Familia (II): Atención a pacientes crónicos complejos. Experiencias de coordinación entre niveles asistenciales: Medicina Interna en Atención Hospitalaria y Medicina de Familia en Atención Primaria. Continuidad asistencial y seguimiento-control de

- los pacientes: Prevención de complicaciones e ingresos hospitalarios y recuperación funcional. Polifarmacia. Compromiso activo de pacientes, familiares y cuidadores.
- Tema 10: Atención a inmigrantes y otros colectivos en riesgo social desde Medicina de Familia. Problemas más frecuentes. Actividades preventivas recomendadas. Recursos socio-sanitarios.
 - Tema 11: Abordaje del maltrato y la violencia desde Medicina de Familia: Detección. Atención clínica. Obligaciones legales. Recursos sociales.
 - Tema 12: El contexto comunitario en la atención clínica: Familia y comunidad como elementos necesarios para el manejo eficiente del paciente. Grupos de autoayuda. Recursos comunitarios.
 - Tema 13: Atención domiciliaria del paciente con enfermedad avanzada. Organización de los cuidados. Limitación del esfuerzo. Instrucciones previas. Cuidando al cuidador. Reflexiones sobre la muerte.
 - Tema 14. Razonamiento Clínico. Errores diagnósticos: Causas frecuentes iniciativas para la mejora. Selección de pruebas diagnósticas: Prevalencia y Razón de Probabilidad. Selección del mejor tratamiento: Eficacia (NNT), seguridad (NNH) y otros factores.
 - Tema 15. MBE. Búsqueda Bibliográfica útil en la práctica clínica. Formular dudas clínicas: Pregunta PICO. Buscar en fuentes bibliográficas: Pirámide de Haynes. Valoración de la calidad de la bibliografía: Sistema GRADE.

Las clases magistrales, con una duración de 55 minutos se imparten en cada uno de los cuatro Hospitales adscritos a la UAM, en los que los alumnos de 5º curso realizaban su periodo clínico.

4.1 Sesiones de Trabajo Práctico (Talleres Clínicos/Seminarios/ABRP)

Aunque en sentido estricto las prácticas clínicas conllevan la presencia del estudiante en los distintos servicios clínicos con el paciente, en la planificación y organización de las actividades prácticas de la asignatura de Medicina de Familia se eligió, en su lugar, la realización de 4 sesiones de trabajo de 4 horas, con el formato de talleres clínicos/seminarios, en pequeños grupos, utilizando la metodología de Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas (ABRP).

Además de la experiencia adquirida con ABRP, como se señalaba en el capítulo anterior, varias circunstancias aconsejaron tomar esta decisión:

- Las peculiaridades organizativas del 5º curso de Medicina en la UAM en que la actividad de clases, seminarios y prácticas clínicas se hace en el mismo hospital durante toda la jornada, con los alumnos repartidos en grupos estables que van rotando por los distintos servicios a lo largo de una o dos semanas completas. Los seminarios se hacen a primera hora (de 8:00 a 9:00:h), las prácticas en los servicios de 9:00 a 13:00 y las clases de 13:00 a 15:00.
- El hecho de que los Centros de Salud en que han de hacerse las prácticas clínicas de Medicina de Familia están, con frecuencia, alejados del hospital, lo que exige un tiempo considerable para el desplazamiento, lo que reduciría las 16 horas planeadas para la práctica a menos de la mitad, con el agravante de esfuerzo del propio desplazamiento.
- El consenso alcanzado en la Comisión del 5º curso de dedicar cuatro días completos (turno de mañana) sin clases ni ninguna actividad de prácticas en el Hospital, para que todos los estudiantes se desplacen al Centro de Salud y poder asistir a taller clínico/seminario sin tener que acudir al Hospital ni para clases o seminarios.
- Esos cuatro días fueron no eran consecutivos sino uno cada quince días, para no alterar en exceso la planificación de clases

y prácticas en los hospitales y, a la vez, para la mejor planificación de la actividad ABPR.

- Al siguiente año de carrera, en 6º curso del Grado, todos los estudiantes tienen programa una estancia de un mes en jornada completa en la consulta de medicina de Familia en un centro de salud (ver capítulo siguiente).

Los cuatro talleres clínicos / seminarios (uno cada 15 días) de 4 horas de duración, para grupos de 8-10 estudiantes, se celebraron en horario de 9:00 a 13:00h, en los centros de salud docentes (salvo alguna excepción en que se celebró en un espacio cedido por el Hospital), con la metodología ABPR, que se presentó en el capítulo anterior.

En la Tabla 6.1 se presenta la carga de la asignatura expresada en horas de profesores y tutores.

Tabla 6.1.-

Carga docente de la asignatura “Medicina de Familia”, expresada en horas de profesores y tutores. Curso 2015/16. UAM

TIPO ACTIVIDAD	Nº	Horas / actividad	Nº grupos (alumnos)	Profesores / actividad	Nº TOTAL HORAS *
CLASES MAGISTRALES	18	1	4 (55)	1	72
SEMINARIOS	4	4	23 (9-11)	1	368
PRÁCTICAS CLÍNICAS EN CONSULTA CON TUTOR **					
TUTORIAS	1	2	4 (55)	2	16
EXAMEN ORDINARIO	1	2	6 (40)	2	24
EXAMEN EXTRAORDINARIO	1	2	1	2	4
CARGA DOCENTE TOTAL					484

(*) HORAS = Nº actividades x Nº horas x Nº grupos de alumnos x Nº profesores/tutores en esa actividad

5. Dinámica de los Talleres clínicos/Seminarios ABRP

En el ANEXO 5 se presenta el CUADERNO DE PRÁCTICAS CLÍNICAS para los alumnos de este curso en que se expone con detalle la actividad que tienen que realizar y los distintos documentos y tareas.

A modo de resumen, la dinámica de las sesiones de trabajo es la siguiente:

En el grupo de trabajo el profesor distribuye de forma rotatoria entre los alumnos, y para cada sesión, los roles de secretario y director. El secretario lleva un registro de las aportaciones y de las tareas, realizadas y por realizar, así como de la distribución del trabajo entre los estudiantes. El director lidera y coordina el trabajo del grupo. La labor de ambos es muy importante ya que el tutor “*se aparta*”, adoptando un papel de observador activo que permite al grupo organizarse con autonomía y crear su propia dinámica de trabajo.

Cada escenario clínico se presenta al grupo por el tutor, partiendo del motivo de consulta referido por el paciente.

A partir de él, los alumnos deben construir la historia clínica que les permita identificar y ordenar los problemas del enfermo. Problemas sobre los que deben tomar decisiones concretas adaptando las mejores recomendaciones teóricas, procedentes de la literatura médica actual, al caso específico del paciente. Al asumir la responsabilidad propia del proceso de toma de decisiones clínicas, el estudiante descubre lo que sabe y, aún más importante, lo que no sabe y necesita aprender.

El estudiante-director dirige al grupo, animando a todos sus miembros a participar, asegurando que el grupo se centra en la tarea y respeta los plazos. El estudiante-secretario llevará un registro de lo debatido, de las áreas de incertidumbre y las sugerencias

para resolverlas, así como de la distribución del trabajo entre los alumnos. El seminario finaliza con una reflexión conjunta sobre el desarrollo de la sesión y la autoevaluación sobre el desempeño de la tarea encomendada.

El caso será después trabajado, tanto individualmente como en grupo de tres alumnos, mediante la búsqueda y selección de la bibliografía que sustentará la toma de decisiones en las áreas de incertidumbre. Como ocurre en la vida real, la búsqueda de información actualizada y de calidad adquiere especial protagonismo: siguiendo los postulados de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), los alumnos deben adaptar las recomendaciones con mejor nivel de evidencia al caso y contexto concreto del paciente-problema. De este modo, las propias carencias y áreas de incertidumbre se convierten en motor del proceso de auto-aprendizaje responsable y reflexivo. Trabajar en grupo fomenta el trabajo colaborativo en equipo, a la vez que potencia sus habilidades para la comunicación y el liderazgo.

Como resumen de su trabajo, cada grupo de 3 alumnos construirá Ficha de trabajo al concluir cada sesión de trabajo grupal, cuyos contenidos serán evaluados por el profesor y compartidos para su análisis y discusión con el grupo durante la siguiente sesión conjunta, donde se realiza una evaluación crítica, tanto de la información recopilada como de las herramientas básicas empleadas en su recuperación, con el objetivo de optimizar la calidad de las búsquedas y las decisiones. Cada estudiante a través de su grupo colaborará así en el aprendizaje del resto.

Después de cerrar un escenario clínico, el tutor aporta nuevos datos evolutivos en la historia sanitaria del paciente que se transforma en un nuevo escenario y se vuelve a repetir el ciclo de 1) identificación-discusión de problemas y necesidades formativas, 2) búsqueda personal de respuestas de calidad y 3) discusión crítica de las posibles soluciones durante la siguiente sesión de grupo.

En este proceso de ABRP el profesor actúa como facilitador-supervisor-tutor, asegurando que durante las sesiones se discutan los aspectos claves del caso. Su principal tarea consiste en crear un entorno en el que el aprendizaje resulte gratificante, estimulante e inevitable. Es obvio que el tutor ha de conocer la dinámica de grupos y procurar que su tutorización sea adecuada.

El tutor ayuda a filtrar e identificar los problemas y las necesidades de información de los alumnos y revisa con ellos tanto las fuentes bibliográficas (revistas, textos...), como los métodos de búsqueda online de los recursos.

En una primera fase las preguntas suelen ser muy generales, del tipo: ¿Qué tiene el paciente? ¿Por qué? ¿Cómo? Sus respuestas suelen estar disponibles en los medios más accesibles para el estudiante (textos, apuntes, consulta a expertos...).

Posteriormente las dudas se van haciendo más precisas y concretas, como lo es el propio contexto y condición del paciente, apareciendo preguntas como: ¿Qué prueba diagnóstica es la más adecuada y rentable? ¿Qué tratamiento es el más oportuno para este tipo de paciente? ¿Qué seguimiento debemos programar en este caso? Este tipo de preguntas suelen requerir para su solución la lectura crítica de literatura biomédica con diferentes niveles de profundización (guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y metanálisis), aplicando herramientas de evaluación crítica (lectura rigurosa, cálculo de riesgos, número necesario de pacientes a tratar, identificación del nivel de evidencia de las recomendaciones, etc.).

Se trataría, por tanto, de la aplicación de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) al ABRP. Adiestrar a los futuros médicos sobre la MBE es necesario para el mantenimiento continuo de la competencia profesional.

En las páginas siguientes (TABLA 6.2) se presentan los distintos escenarios que se emplearon en la curso académico 2015/16,

después de la evaluación realizada tras la implantación de la asignatura de Medicina de Familia el curso anterior (2014/15). Se continuó con nuestro paciente virtual, Pedro MF, con el que hemos venido trabajando desde la incorporación de la metodología ABRP en nuestro programa.

Tras la nueva evaluación por parte de estudiantes y profesores de la experiencia en el curso anterior, en el actual curso académico 2016/17 se han introducido cambios en las características del paciente y sus problemas, pero la dinámica y los objetivos de cada escenario son similares. En el primero trabajamos el profesionalismo médico al afrontar el manejo de una consulta interpuesta no autorizada, que nos permite revisar aspectos éticos y legales relevantes en estas situaciones, frecuentes en Medicina de Familia.

En este caso, nuestra paciente virtual es Carmen, una paciente crónica compleja a la que atenderemos a lo largo de su vida, con distintas situaciones reflejados en los distintos escenarios sucesivos que se van desarrollando en las cuatro sesiones de trabajo. En el segundo escenario, primera consulta de Carmen, los alumnos han de construir su historia, organizar el seguimiento de sus problemas crónicos y afrontar el diagnóstico de un nuevo problema detectado, que modificará el manejo global de la enferma. Pluripatología, polifarmacia y gestión-coordinación de recursos, son los temas clave de estas consultas. En el siguiente escenario trabajamos prevención y promoción sobre la hija de Carmen, paciente sana preocupada cuyas demandas -ligadas a la “moda”- hemos de reconducir según su perfil de riesgo. En el escenario final, Carmen está en situación terminal debido a un cáncer que, tal vez, se pudo haber detectado antes. Trabajamos la atención paliativa a domicilio, la atención a la familia y la gestión emocional del sentimiento de fracaso del médico.

Tabla 6.2.-

Esquema del caso y de los escenarios clínicos con los objetivos de aprendizaje y necesidades de formación utilizado en las sesiones de trabajo con la metodología ABRP

Primer día. Escenario Clínico 1

Acude a la consulta un varón de 20 años solicitando una receta de Antabús para su padre. Han venido a vivir hace poco a esta zona y cuenta que el paciente no puede acudir a la consulta. Interrogado, el joven informa sobre los problemas de su padre con el alcohol y de que tiene “*algo de azúcar en la sangre*”.

(La Tabla continua hasta la página 115)

Objetivos de aprendizaje	Preguntas inductoras de utilidad para la discusión
<p>Identificar problemas no biológicos: Profesionalismo y Ética.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profesionalismo. Problema legal: <ul style="list-style-type: none"> • Consulta interpuesta. Custodia de la información clínica. • Responsabilidad documentos legales. Diferencia prescripción-receta. • Profesionalismo. Ética: <ul style="list-style-type: none"> • Valora ventajas/desventajas de acceder a la petición. Ética de los principios (“Principialista”) de Beauchamp y Childers. USA, 1978, Informe Belmont. (Beneficencia/No Maleficencia; Autonomía/Justicia). • Necesario conocer qué es el Antabús. Eficacia y seguridad. • Profesionalismo. Prescripciones inducidas: Un médico prescribe, otro firma la receta. <ul style="list-style-type: none"> • Respeto hacia el trabajo de los compañeros ¿Qué opinión merece esta forma de trabajo entre los alumnos? • Aspectos legales asociados a la prescripción inducida: ¿Qué médico es el responsable si ocurre algún problema? • Estrategia de trabajo del Médico de Familia. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo lograr que el paciente consulte para poder ayudarle? 	<p>Escenario: El hijo del paciente acude a tu consulta pidiendo una receta de Antabús^R supuestamente para su padre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo sabemos que es para el paciente? Autorizaciones. Custodia de la información. Deber de secreto profesional. • ¿Le das la receta? ¿Por qué? • ¿No se la das? ¿Por qué? • Si no le das la receta... ¿Qué opinarías si se tratase de un paciente alcohólico que tras años de dura pelea con esta droga ha logrado controlar su toxicomanía con este fármaco? • Si le das la receta... ¿Y si lo que ocurre es que el hijo quiere matar a su padre para heredar? • ¿Cambia algo el planteamiento?: <ul style="list-style-type: none"> • Si la receta viene de un hospital público o de un médico privado. • Sí/No conoces al paciente. • Sí/No conoces al hijo. • ¿Pueden comprar el fármaco sin tu receta?

Primer día. Escenario Clínico 2

Dos años después el paciente (Pedro MF) acude a consulta porque no puede mantener relaciones sexuales completas.

Asocia, desde al menos un año, dolor en las pantorrillas cuando camina rápido o cuesta arriba, lo que le obliga a detenerse. Últimamente, los dolores al caminar también aparecen en la masa muscular de las nalgas.

Tiene 50 años y entre sus antecedentes recogemos que es fumador de 20-30 cigarrillos/día desde los 23 años y bebedor excesivo, desde hace unos 15 y hasta hace 1 año, cuando lo dejó tras sufrir una Pancreatitis Aguda. Cumple criterios de bronquitis crónica simple y nunca se ha planteado dejar de fumar. Fue diagnosticado de hiperglucemia hace 8 años, pero admite no haber tomado al respecto ninguna precaución dietética ni de cambio de estilo de vida. Tampoco ha realizado los controles que sus médicos previos le propusieron.

Es dueño de una empresa de publicidad. Está divorciado y vive con sus dos hijos de 20 y 19 años. No hace ejercicio y su trabajo, además de ser sedentario, le obliga a comer con frecuencia con clientes y proveedores en restaurantes. Pasa la mayor parte del día trabajando y cuando vuelve a su casa no le apetece cocinar nada, por lo que cena cualquier cosa: cereales, leche con cacao...

Entre los antecedentes familiares destaca la presencia de varios diabéticos tipo 2 no insulino dependientes en la familia paterna. Su madre es hipertensa, sin complicaciones. No hay antecedentes de enfermedad cardiovascular ni de tumores.

En la exploración física destacan como datos relevantes obesidad con IMC de 35 Kg/m², TA de 160/100 y glucosa capilar de 160 mg/dl dos horas después del desayuno.

El estudio clínico y analítico realizado ponen de manifiesto una glucemia basal en ayunas de 160 mg/dL y hemoglobina glicosilada de 10,5%, colesterol total 300 mg/dL, HDL 30 mg/dL, LDL 200 mg/dL, triglicéridos 450 mg/dL, GOT 56 UI, GPT 60 UI, GGT 90 UI, microalbuminuria >250 mg/día. Fondo de ojo sin lesiones sugerentes de retinopatía diabética. El Electrocardiograma (ECG) es normal.

Objetivos de aprendizaje	Preguntas inductoras para la discusión
<p>¿Qué hacemos con los pacientes complejos?:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La historia clínica: nuestra herramienta fundamental. • Identificar la pluripatología: Impotencia, Arteriopatía periférica, Tabaquismo-DM-HTA-Dislipemia-RCV. • Priorización de problemas relacionados. ¿Qué criterios utilizamos? ¿Coinciden los del médico y el paciente? ¿Es posible el acuerdo? <p>¿Cómo manejamos de modo coordinado los problemas del paciente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan diagnóstico: Reflexionar sobre el valor que tiene cada prueba y para qué se pide (Selección de pruebas diagnósticas), así como sobre la derivación a otros especialistas. ¿Cómo afecta al plan la comorbilidad del paciente? • Plan terapéutico. Selección de tratamiento entre las alternativas posibles. ¿Cómo afecta al plan la comorbilidad del paciente? • Plan de seguimiento: Creando alianzas. Continuidad asistencial como herramienta terapéutica. ¿Cómo afecta al plan la comorbilidad del paciente? <p>Nota. Respecto a los apartados previos (planes...) y siempre que se encuentren, incorporar nivel de evidencia que sustenta la decisión de hacer o dejar de hacer una prueba, o una revisión, o dar un tratamiento (Sistema GRADE).</p>	<p><i>El paciente ya hemos visto que no cumple adecuadamente los consejos que le han dado todos los médicos que le han tratado.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay que seguir atendiéndole a pesar de todo? • ¿Hay que atender a los pacientes que sistemáticamente incumplen tratamientos o consejos? • ¿Qué hacer en estos casos? • ¿Hay que gastar recursos públicos, siempre limitados, en atender a alguien que no sigue los consejos? ¿No es, “tirar el dinero”? • Si tiene un cáncer de pulmón ¿no se lo habrá buscado por tanto fumar a pesar de haber recibido mucho consejo médico?

Objetivos de aprendizaje	Preguntas inductoras para la discusión
<p><i>¿Por qué las cosas no han funcionado previamente? ¿Podemos hacer que mejoren?:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descubriendo al ser humano que soporta la enfermedad: aspectos psicológicos-sociales-culturales y existenciales. Los porqués del paciente. El paciente ¿parece feliz?, ese estado ¿puede influir en su enfermar y en sus enfermedades? • Comunicación, elemento básico en la relación médico-paciente. Lo que conoce y piensa de sus problemas; lo que conoce y piensa de los tratamientos. la comunicación como arma de seducción y vínculo con el paciente para lograr nuestros objetivos. • Adherencia terapéutica. Variables asociadas al incumplimiento. • Hábitos de vida. ¿Podemos ayudar a modificar conductas? • Alianza médico-paciente. Estrategias para conseguirlas. 	

Segundo día. Escenario Clínico 3

Han pasado 5 años desde la primera visita. El control de los problemas del paciente es bueno excepto porque no ha sido capaz de dejar de fumar.

Consulta porque desde hace meses está triste y desganado: nada le apetece ni le emociona. Ha perdido apetito y peso, tiene ganas de llorar y de mandar todo a paseo. Manifiesta dificultades para conciliar y mantener el sueño. Piensa en la muerte como una escapatoria, aunque no tiene ideación autolítica. El paciente admite tener problemas

en su empresa debido a que otras, de las que es proveedora, recortan gastos en publicidad: La empresa no marcha bien y los hijos no colaboran en nada. Dice que sólo piensan en gastar y nada en trabajar. A veces le entran ganas de “*mandar todo a paseo y que les zurzan a los hijos y a la empresa*” (*sic*). Y para colmo se ha venido a vivir con él (y sus hijos) su ex-mujer que estaba fuera de España y está buscando trabajo.

Objetivos de aprendizaje	Preguntas inductoras para la discusión
<p>Trastornos estado de ánimo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico. Criterios DSM-V • Abordaje desde Medicina de Familia <p>Estimación de la gravedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con especialistas hospitalarios • Aspectos clave del manejo de terapias farmacológicas y no farmacológicas <p>Información a familiares</p> <p>Promoción Salud: el tabaco (si no se ha resuelto en el escenario anterior).</p>	<p>Los problemas de Salud Mental en la sociedad actual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay que tratar la infelicidad? • ¿Dónde finaliza la infelicidad y comienza la depresión? • ¿Cuál puede ser el ámbito más adecuado para el tratamiento de éstos pacientes? • ¿Hay que derivar a todos los pacientes a Psiquiatría?

Tercer Día. Escenario Clínico 4

Han pasado 10 años desde que se conocieron médico y paciente. Desde aquella primera consulta éste ha seguido revisiones clínicas y analíticas con regularidad y el control de sus factores de riesgo cardiovascular es bueno. Incluso ha conseguido dejar de fumar. Según estamos haciendo las peticiones de pruebas complementarias comenta que desde hace meses tose más por las mañanas y ocasionalmente ha expectorado un poco de sangre. Te pregunta qué puede ser lo que

le provoque los síntomas. Le preocupa que pueda ser algo malo. La radiografía simple de tórax muestra una imagen cavitada en LSI y otro aumento de densidad en LMD y LID.

Objetivos de aprendizaje	Preguntas inductoras para la discusión
<p>Hemoptisis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • Estimación gravedad • Utilización de recursos: Coordinación con especialistas hospitalarios • Comunicación <ul style="list-style-type: none"> • Malas noticias 	<p><i>Cuando el paciente te dijo que tosía y expectoraba sangre en pequeña cantidad</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Te planteaste que podía ser un cáncer? 2. ¿Te planteaste otras posibilidades? 3. Imagínate que en tu hospital de referencia hay una lista de espera para Neumología de 6 meses y tú tienes la posibilidad de pedir un TAC. <ol style="list-style-type: none"> a. ¿lo pides asumiendo que puede ser un cáncer de pulmón y que te va a tocar darle una mala noticia? b. ¿no pides directamente el TAC y lo remites a Neumología, asumiendo la lista de espera? c. Imagínate que no te dejan pedir el TAC desde tu hospital de referencia ¿Qué haces? <ol style="list-style-type: none"> I. ¿Lo envías a urgencia? II. En ese caso le pueden decir al paciente que lo suyo no es de urgencia y que vaya médico que tiene que no sabe “<i>para que son las urgencias</i>”. III. ¿Es ético enviar al paciente a urgencias a ver si por casualidad eso hace que acceda antes a la consulta de Neumología? IV. ¿Qué otras cosas se te ocurren a la hora de la derivación del pacientes?

Tercer día. Escenario Clínico 5

Antes de conocer el diagnóstico definitivo del paciente, acude muy preocupado a tu consulta su hijo mayor. Tiene 33 años de edad. Cree que lo de su padre va a ser “algo malo”. Él también es fumador y le inquieta la posibilidad de desarrollar un cáncer de pulmón o de otro sitio, por lo que solicita le hagas un chequeo de “todo”. Ha leído en Internet algo acerca de los marcadores tumorales.

Además de ser fumador, es bebedor y tiene sobrepeso. Trabaja como consultor en una empresa y viaja mucho. Te cuenta que ocasionalmente tiene cefalea, que se encuentra cansado, y que tiene malas digestiones.

Objetivos de aprendizaje	Preguntas inductoras para la discusión
<p>Comunicación: La información como herramienta terapéutica.</p> <p>Examen de salud del adulto sano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población general • Poblaciones con riesgo especial: Diagnóstico precoz de cáncer de pulmón en fumadores. 	<p>Se trata de una situación muy frecuente en las consultas de Medicina de Familia. Es lo que se denomina un “preocupado asintomático” (<i>worried well</i>, en la literatura médica anglosajona). Son personas que pueden estar preocupadas y presentar un cuadro de ansiedad. Generalmente las causas son totalmente externas (trabajo, familia, relaciones, problemas económicos, falta de habilidades sociales o para resolver problemas) y no relacionadas con ninguna enfermedad. En ocasiones la enfermedad de una persona cercana hace que estén más preocupados y que tengan miedo a padecer el mismo problema. La facilidad de acceso a la información (Internet) hace que muchas veces los pacientes acudan a la consulta ya con su “<i>propio diagnóstico, tratamiento o pruebas aconsejadas, según Internet</i>”.</p> <p>Lo más importante es saber exactamente qué es lo que “<i>quiere el paciente y que espera del médico</i>”. ¿Es urgente lo que le pasa? ¿Coinciden las ideas del paciente con las del médico? El paciente tiene su propio plan, que necesariamente tiene porque coincidir con el del médico.</p>

Objetivos de aprendizaje	Preguntas inductoras para la discusión
	<p><i>¿Cuáles son los verdaderos riesgos de enfermedad del paciente?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo cardiovascular. • Infecciones de transmisión sexual. Trabajar con los alumnos varios posibles escenarios. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay que hacer una serología VIH, sífilis, etc.? ¿Por qué? • ¿Qué hacer si el resultado es positivo? ¿Cómo comunicar una mala noticia? ¿Qué hacer? Actuación sobre los contactos. • ¿Qué hacer/decir si el resultado es negativo? Posibilidad de estar infectado y encontrarse en “período ventana”. Posibilidad de ser realmente negativo. Consejos preventivos. • Conducción (alcohol), otras adicciones. <p><i>¿Existe algún método de diagnóstico precoz del cáncer del pulmón?</i></p> <p>¿Cuáles? ¿Qué evidencia tienen?</p> <p>El caso de los <i>marcadores tumorales</i> como ejemplo de exploración complementaria. ¿Cuándo se deben realizar? ¿Cómo se interpretan? Posibilidad de falsos positivos. ¿Hay que decir sí a todo?</p> <p><i>¿Cómo hacer coincidir la agenda del paciente (lo que quiere) con la del médico (lo que éste cree que hay que hacer).</i></p> <p>¿Qué sucede cuando ambas no coinciden? ¿Cómo establecer un <i>plan</i> con el paciente?</p>

Cuarto día. Escenario Clínico 6

Las biopsias fueron definitivas de Adenocarcinoma de pulmón bilateral. El TAC tóraco-abdominal confirmó los hallazgos anteriores junto con una afectación de ambas suprarrenales. Está recibiendo Radio y Quimioterapia. La última sesión fue muy mal tolerada y pensó que “*no lo contaba*”. Tras el alta hospitalaria sigue tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria, tramadol retard 200/12h como analgésico, omeprazol, y su tratamiento habitual.

Vas a verle a su casa y te dice que ya está harto y que en el hospital le han comentado que sí se encuentra con ganas y fuerte que le darían otra sesión de quimioterapia y que queda a criterio del paciente. Ha comenzado a leer revistas sobre medicinas alternativas y se está hinchando a vitaminas y productos de herbolario. Está muy delgado y tiene poco apetito además de ocasionales dificultades para tragar. Refiere dolor torácico en costado izquierdo, de características pleuríticas, que ha aumentado desde el alta y disnea de moderados-pequeños esfuerzos, estable. No duerme bien, aunque refiere estar bien de ánimo incluso hay momentos en que no se puede estar quieto y no puede parar de hacer cosas. Conoce el diagnóstico perfectamente, dice que confía en ti y que ya está harto de médicos y de medicinas y que no quiere saber más del hospital ni de la quimioterapia, porque la última vez casi no lo cuenta. No quiere que sus hijos tengan mucha información sobre su enfermedad. Te pregunta tu opinión, y sobre todo se plantea dejar de ir a las sesiones de quimioterapia, estar en su casa hasta que llegue el momento y “*que salga el sol por dónde sea*”.

Objetivos de aprendizaje	Preguntas inductoras para la reflexión
<p>Atención domiciliaria del enfermo terminal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación y manejo de los síntomas del paciente • Conocimientos del paciente sobre su enfermedad • Papel de familia y cuidador/cuidadores. Abordaje del duelo • Limitación del esfuerzo terapéutico. Autonomía del paciente • Últimas voluntades <p>Coordinación entre los profesionales de distintos niveles asistenciales</p>	<p>El paciente se encuentra desesperado tras conocer su diagnóstico y cree que tiene pocas expectativas de curación con la quimioterapia. Te plantea que va a encargar unas inyecciones de un preparado a base de veneno del “<i>escorpión azul</i>”. Ha leído que mejora mucho los síntomas y que hay casos de curación. Te pide consejo.</p> <p>¿Qué haces?</p> <p>¿Siempre hay que decir las cosas “científicamente”? ¿Le desanimas? ¿Es malo quitar la esperanza? ¿Es bueno no darla?</p> <p>El paciente ve que cada día con la quimioterapia va peor. Los oncólogos le van dando citas y le repiten las pruebas, pero da la sensación que no quieren decir la verdad y que el pronóstico es muy malo.</p> <p>¿Hasta dónde llegar? ¿Cuándo es el momento de decir ¡basta ya! y no más quimioterapia? ¿No será que nadie quiere darle la mala noticia?</p> <p>¿Quién se lo tiene que decir a los oncólogos?: ¿El médico de familia, el paciente, la familia?</p> <p>Implicaciones de que el paciente conozca el diagnóstico</p> <p>¿Puede ocultársele? ¿Debe ocultársele?</p> <p>Implicaciones de ocultar el diagnóstico a la familia por deseo del paciente</p> <p>Renuncia al tratamiento</p>

Objetivos de aprendizaje	Preguntas inductoras para la reflexión
	<p>¿Es un derecho del paciente? ¿Qué podemos o debemos hacer?</p> <p>Imagínate que al paciente previo a cada ciclo de quimioterapia hay que hacerle una analítica. El paciente se encuentra muy mal y muy cansado y cuando va al hospital y los oncólogos ven la analítica a veces no le ponen en ciclo de quimioterapia y el paciente además de defraudado empeora ostensiblemente ya que le cuesta un gran esfuerzo ir y volver al hospital. Además una de las veces que ha ido hacía mucho frío y ha cogido una infección respiratoria que le ha puesto peor. Tú te planteas hacerle la analítica en su domicilio para ver si está en condiciones de recibir la quimioterapia y evitarle un viaje innecesario, pero:</p> <p>Desde Oncología dicen que “<i>sus normas son sus normas</i>”, y que quieren ver la analítica que piden ellos no la que pides tú.</p> <p>El laboratorio es el mismo para el centro de salud que para el hospital y de hecho está ubicado físicamente en el hospital.</p> <p>¿Qué se te ocurre hacer?</p> <p>Asumes la política de Oncología.</p> <p>Intentas hablar con ellos.</p>

6. Evaluación del Alumno

La evaluación del alumno es continuada. Se califican tanto sus conocimientos teóricos como prácticos, que el alumno demostrará mediante su trabajo en las cuatro actividades que constituyen el *Portafolio del alumno*:

1. *Participación activa* en cada una de las cuatro clases prácticas.
2. *Entrega de tres fichas escritas, elaboradas en grupo*, correspondientes a las tres primeras sesiones de trabajo.
3. *Entrega de una cuarta ficha escrita, individual*, correspondiente a la última sesión de trabajo con la propuesta de resolución del último escenario clínico.
4. *Examen tipo test*, sobre los contenidos de las clases teóricas y prácticas.

En el **ANEXO 5**, en el CUADERNO DE PRÁCTICAS CLÍNICAS DE MEDICINA DE FAMILIA, está recogida toda la información que se facilita a alumno sobre la evaluación de la asignatura y el modelo de las distintas fichas y del trabajo final.

Para ser evaluado es necesario que el alumno haya asistido al 75% del total de las clases prácticas (3 de las 4) y haber entregado la 4ª y última *ficha final, personal*, sobre el caso clínico.

Evaluación mediante examen

Su calificación supone el 40% de la nota final de la asignatura. El examen consta de preguntas tipo test de respuesta múltiple (4 posibles respuestas con sólo una válida) y puntos negativos. Se descuenta 0,33 puntos por cada respuesta no válida. En este examen se incluye los contenidos presentados tanto en las clases teóricas como en las prácticas. Es imprescindible obtener un 5 en el examen para poder considerar el resto de componentes evaluables. El 5 corresponde al 50% del examen.

Evaluación de la participación en las clases prácticas

Su calificación supone el 60% de la nota final de la asignatura.

Para cada escenario se evalúan la participación durante la sesión de trabajo en grupo (30%) y la ficha de trabajo (70%). El peso relativo de cada sesión se incrementa de modo progresivo, siendo su peso sobre la nota final: 5% (día 1), 10% (día 2), 20% (día 3) y 25% (día 4).

- Sobre las intervenciones del alumno en cada práctica se evalúan:
 - La claridad y calidad del trabajo y de las exposiciones e intervenciones.
 - La capacidad de liderazgo y de organización.
 - La capacidad de discusión y de trabajo en grupo cooperativo.
 - La pertinencia de las intervenciones.
- Sobre las fichas se evalúan:
 - La capacidad para identificar los problemas y priorizarlos.
 - La capacidad para buscar y seleccionar la información bibliográfica.
 - La capacidad para evaluar de forma crítica de la información y adaptarla al caso-problema.

Bibliografía

1. RESOLUCIÓN del 22 de Noviembre de 2010, de la Universidad Autónoma de Madrid, por la que se publica el Plan de Estudios conducente al título de Graduado en Medicina. BOCM núm. 301 de 17 de Diciembre 2010, págs. 85-87.
2. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE núm. 40 de 15 febrero 2008; págs. 8351-355.
3. ANECA Libro Blanco del Título de Médico. A aprobado por la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina en Abril de 2005. Ed ANECA 2005.
4. http://www.uam.es/ss/Satellite/Medicina/es/1242663997444/1242699401279/guiadocente/detalle/5%C2%BA_Curso_2016-2017.htm
Ultimo acceso: 2/11/2016.

Capítulo 7

Rotación en el Centro de Salud, integrada en el rotatorio clínico de 6º curso del Grado de Medicina

Esteban González, José Luis Engel, Rosa García-Panadés, Paloma Rius, Teresa Mantilla, Esther Labrador, Miguel de Luis, Francisco Camarellas y Ángel Otero

1. Rotatorio Clínico: una única asignatura de 54 ECTS
2. De “Rotación por Atención Primaria” a “Rotación en Medicina Familiar y Comunitaria”
3. Objetivos
4. Organización de la rotación
5. Evaluación de la rotación

1. Rotatorio Clínico: una única asignatura de 54 ECTS

El Rotatorio Clínico o “Practicum” que se realiza en el 6º año del Grado de Medicina con en el formato actual, comenzó en la UAM en el curso 2015/16, cuando la primera promoción del Grado llegó al sexto año de carrera.

El Rotatorio Clínico es una asignatura de 54 ECTS¹. La práctica clínica se realiza durante siete meses (de Septiembre a Marzo) en forma de rotatorio de un mes en los servicios clínicos de los hospitales y Centros de Salud de las unidades docentes vinculadas.

Las siete rotaciones obligatorias de un mes natural que han de realizar todos los alumnos son:

1. Medicina Interna o Urgencias.
2. Especialidad médica (entre los siguientes servicios: Alergia, Digestivo, Cardiología, Farmacología clínica, Endocrino,

Geriatría, Hematología, Medicina intensiva, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología médica o Reumatología).

3. Especialidad quirúrgica (entre las siguientes servicios: Anestesia, Cirugía vascular, Cirugía cardiovascular, Cirugía general, Cirugía maxilofacial, Traumatología, Cirugía plástica o Cirugía torácica).
4. Medicina de familia.
5. Obstetricia-Ginecología o Pediatría o Médico-Quirúrgica (ORL, Oftalmología, Dermatología).
6. Psiquiatría o Servicios Centrales (entre los siguientes servicios: Psiquiatría, - Radiodiagnóstico, Medicina nuclear, Anatomía patológica, Bioquímica y análisis clínicos, Inmunología, Microbiología, Rehabilitación o Neurofisiología clínica, Oncología radioterápica o Genética).
7. Optativa.

En estas rotaciones, se considera al estudiante como “alumno interno” o como un “residente de año cero (Ro)”. Se trata de conseguir la integración del estudiante en la vida diaria del Servicio o del Centro de Salud y en sus actividades, así como el cumplimiento de tareas concretas, bajo supervisión, que queden reflejadas en el cada uno de los cuadernos de prácticas de cada rotación específica.

En la Guía Docente de esta asignatura única de 54 ECTS¹ se señalan los siguientes criterios para su evaluación:

- Evaluación continuada por parte de los tutores durante cada una de las rotaciones clínicas, mediante procedimientos objetivos de evaluación clínica, a través de la realización de un cuaderno de prácticas clínicas y herramientas tipo mini-CEX (mini clinical evaluation exercise) (60%). El estudiante deberá obtener al menos 5 puntos (sobre un máximo de 10) en cada una de las rotaciones para que estas sean aprobadas.

- Examen clínico objetivo estructurado (ECOЕ). Se realizará tras superar la totalidad del rotatorio (siete rotaciones de septiembre a marzo), un examen estructurado tipo ECOЕ integrado de las diferentes materias clínicas (40%), a realizar durante el mes de mayo.
- Durante el mes de abril se podrán recuperar aquellas rotaciones no realizadas por motivos justificados o que hayan recibido una nota negativa (inferior a 5 sobre 10), precisando la aprobación de la Comisión para su realización.

2. De “Rotación por Atención Primaria” a “Rotación en Medicina Familia”

Como se ha venido señalando, la UAM fue pionera en hacer obligatoria para todos los alumnos de 6º de la Licenciatura la rotación por Atención Primaria a partir del curso 1989/90. En el plan de estudios de Licenciado en Medicina de la UAM, publicado en 1993², se recogía explícitamente que “al finalizar 6º curso, todos los alumnos habrán rotado por las disciplinas clínicas fundamentales, incluida la rotación por Atención Primaria, durante el mismo periodo de tiempo”.

Con la puesta en marcha del Grado, la denominación de esta actividad cambió a “Rotación en Medicina Familiar y Comunitaria” en el Programa oficial del Grado³ o “Rotación en Medicina de Familia” en la Guía Docente de la Rotatorio Clínico¹.

Este cambio de nombre, de “Atención Primaria” a “Medicina de Familia”, en las asignaturas de este ámbito incorporadas a la enseñanza de la Medicina en la UAM, refleja, también, el resultado de un debate a lo largo de contextos históricos diferentes. En la década de los años 80 se resaltaba la originalidad e importancia de la reforma sanitaria que llevó a consolidar el llamado “Nuevo Modelo de Atención Primaria”⁴ en España, bajo la influencia del concepto y de la filosofía de la Atención Primaria de Salud (APS) definida en la

Conferencia de Alma-Ata en 1978⁵ en la que se resaltaban los aspectos de estrategia, política o acción de la APS. Veinte años después el aspecto más palpable en el debate era el que se refiere a la APS como al primer nivel de atención sanitaria, a la puerta de entrada del sistema sanitario, y, en el caso concreto del programa de la enseñanza clínica de la Medicina, al papel de la Medicina Familiar y Comunitaria, como quedó reflejado en el Libro Blanco del Título de Médico aprobado por la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina en 2005⁶ y en los requisitos en 2008 para la verificación del título universitario para la profesión de Médico⁷.

El nombre actual de la Unidad Docente (de Medicina de Familia y Atención Primaria), que cuando se creó en 1989 se llamaba Unidad Interdepartamental de Atención Primaria (Fig 1.1, pág 19), intenta reflejar, adaptándose al nuevo contexto histórico, esa visión mas amplia de la APS, en la que nació la propia especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978⁸.

3. Objetivos de la rotatorio en “Medicina de Familia”

- Captar la peculiaridad del trabajo del Médico de Familia en contraste con el trabajo en el hospital.
- Conocer y participar en la atención de los problemas de salud más frecuentes atendidos en el nivel primario de salud.
- Conocer el ámbito asistencial dónde aparecen y se resuelven la mayoría de problemas de salud.
- Conocer las características del trabajo en los centros de salud.
- Resaltar la importancia de la relación médico-paciente y la personalización de la asistencia.

4. Estructura y Organización de la rotación

La característica básica y clave para la organización de esta rotación es la relación personalizada de 1 alumno con 1 tutor, que se convierte a su vez en la mayor dificultad y desafío de la estructura de la Unidad Docente, ya que exige ofertar 40 plazas durante cada uno

de los siete meses del curso académico reservados para el rotatorio clínico (de Septiembre a Marzo), para poder garantizar la atención a los 240 alumnos matriculados en el 6º curso del Grado.

La planificación de esta actividad exige la disponibilidad de 40 médicos de familia cada mes, integrados en la Unidad Docente como Profesores Asociados, Profesores Honorarios o Colaboradores Clínicos Docentes, que acepten el compromiso de tener durante ese mes (en Diciembre y Enero la rotación es de 3 semanas, condicionadas por las vacaciones navideñas) y durante toda la jornada de trabajo, a un estudiante de sexto curso del Grado de Medicina.

En la Tabla 7.1 se presenta la carga docente de la rotación de “Medicina de Familia” expresada en horas de profesores y tutores, en las que destacan las horas docentes del tutor coincidentes con su actividad asistencial durante su jornada laboral en el centro de Salud.

Tabla 7.1.- Carga docente de la rotación en “Medicina de Familia y Comunitaria”, integrada en el Rotatorio Clínico de 6º curso. Curso 2015/16. UAM

TIPO ACTIVIDAD	Nº	Horas / actividad	Nº grupos (alumnos)	Profesores / actividad	Nº TOTAL HORAS *
CLASES MAGISTRALES					
SEMINARIOS	1 1	2 5	7 (30-35) 7 (30-35)	1 4	14 140
PRÁCTICAS CLÍNICAS EN CONSULTA CON TUTOR	1	120	240 (1)	1	32.800**
EXAMEN ORDINARIO ECOE	1	4	1	4	16
EXAMEN ORDINARIO ECOE	1	4	1	1	4
CARGA DOCENTE TOTAL					33.074

(*) HORAS = Nº actividades x Nº horas x Nº grupos de alumnos x Nº profesores/tutores en esa actividad

(**) Se trata de horas del tutor coincidentes con su actividad asistencial

La oferta de las plazas disponibles para la rotación se publica en el mes de Mayo del curso anterior identificando el nº de plazas que oferta cada Centro de Salud y el turno (mañana o tarde). El proceso de elección de las distintas plazas que cada mes se ofertan (tanto las plazas en los Centros de Salud como las de distintos servicios hospitalarios) es organizado por los propios alumnos antes de finalizar el quinto curso, siguiendo unos criterios previamente consensuados.

Los trabajos y actividades del alumno en esta rotación se agrupan en cuatro apartados:

1. Seminario de presentación.
2. Participación activa en la consulta del tutor asignado.
3. Cumplimentación del cuaderno de prácticas clínicas.
4. Presentación de un caso clínico.

4.1 Seminario de Presentación

El primer día lectivo del mes elegido para rotar por Medicina de Familia todos los alumnos de ese mes asisten a un seminario obligatorio en la Facultad en el que se les presentan y se discuten los objetivos, las características organizativas y las peculiaridades de la rotación. Se esa sesión se les recuerda la organización del trabajo en un Centro de salud, la composición del equipo de atención primaria y sus funciones, que habían conocido en la asignatura de Inmersión Precoz en la Clínica.

Se les presentan las instrucciones para rellenar el Cuaderno de Practicas, en sus tres apartados: actividad realizada en la consulta, el caso clínico presentado y un comentario personal (no evaluable) sobre la rotación en medicina de familia así como los criterios para la evaluación de la rotación.

Al acabar este seminario de presentación se les comunica el nombre del tutor al que han de presentarse, ese mismo día, en el Centro de Salud y en el turno que les haya correspondido.

4.2 Actividad en la consulta

El alumno comparte todos los escenarios de trabajo del médico de familia que actúa como su tutor, tanto en su actividad asistencial (Consulta, áreas de Urgencia y/o domicilio de los pacientes) como en la actividad docente y organizativa (sesiones clínicas, reunión del Equipo, si procede, etc.).

Su estancia en la consulta es activa. Tiene que realizar una serie de actividades clínicas y preventivas que debe de registrar en el Cuaderno de Prácticas. Al principio será un mero observador para posteriormente realizar, él mismo, las actividades bajo supervisión del tutor. El Cuaderno contiene una lista de problemas de salud, a modo de “check list”, para que el estudiante anote si las ha observado y si las ha realizado o no (Tabla 7.2).

Esa lista de problemas reflejan un plan de las actividades clínicas y preventivas, equivalentes a objetivos operativos, que los estudiantes han de realizar durante su rotación en Medicina de Familia, ya sea en la consulta o en otros escenarios (área de urgencias, atención domiciliaria, otras consultas en el Centro de Salud, vacunaciones, actividades de educación sanitaria, etc.).

4.3 El Cuaderno de Prácticas Clínicas (CPC)

El CPC, como se acaba de indicar, incluirá el seguimiento de las actividades realizadas, las opiniones personales sobre la rotación y el resumen del caso clínico junto con el archivo power-point (o similar), empleado en la presentación en el “seminario de casos clínicos”.

El alumno ha de subir el CPC a la plataforma Moodle en el plazo máximo de 7 días tras la finalización de la rotación, con una extensión máxima de en 10 folios (Arial 12) en archivos .doc o .pdf.

4.4 Presentación de un Caso Clínico

El alumno ha de preparar, con el VºBº de su tutor un caso clínico, a partir de un caso real observado durante su rotación por Medicina de Familia, que sea de interés para la Medicina de Familia.

Aparte del resumen que ha de incorporar al CPC, todo alumno ha de realizar la presentación pública de ese caso clínico el último día en la Facultad, junto con el resto de estudiantes que hayan rotado ese mes (“Seminario de Casos Clínicos”) ante dos profesores de la Unidad, que evaluarán la presentación y el resultado de la discusión.

La presentación será de 10 minutos, con un máximo 10 diapositivas. Tras la presentación oral, el resto de alumnos asistentes y los profesores podrán intervenir con preguntas y comentarios.

Se aconsejaba que el caso se presentara previamente en una sesión del centro de salud.

Se recomendaba que tanto la redacción-resumen del caso que se incluye en el CPC así como la presentación pública siguieran el siguiente esquema:

Tabla 7.2.- Lista de problemas que el alumno ha de señalar si los ha observado y si los ha realizado durante su rotación por Medicina de Familia (“Check list”)

PROBLEMA DE SALUD	Observado (SI/NO)	Realizado (SI/NO)
Infección respiratoria aguda alta		
Infección respiratoria aguda baja		
Disnea		
Síndrome febril		
Dolor torácico		
Dolor abdominal		

PROBLEMA DE SALUD	Observado (SI/NO)	Realizado (SI/NO)
Dolor articular (incl. traumatismos)		
Dolor lumbar		
Cefalea		
Edema de miembros inferiores uni o bilateral		
Cambios del estado mental		
Mareo		
Lesiones cutáneas		
Ansiedad. Depresión		
Síntomas urinarios agudos		
Heridas		
Artrosis		
Asma. EPOC		
Insuficiencia cardíaca		
Valoración de resultados de pruebas		
Evaluación inicial de un problema social		
Paciente con enfermedad avanzada		
Factores de riesgo cardiovascular		
Prevención de la cardiopatía coronaria. Consejo		
Prevención de la enfermedad cerebrovascular		
Prevención del cáncer de colon. Consejo		
Prevención del cáncer ginecológico. Consejo		
Prevención del cáncer de colon. Consejo		
Consejos en la menopausia		
Cribado de diabetes mellitus e HTA		
Cribado de depresión		
Atención al anciano. Detección deterioro cognitivo. Caídas		
Prevención y detección precoz de las ETS		
Vacunaciones		

PROBLEMA DE SALUD	Observado (SI/NO)	Realizado (SI/NO)
Consejo prenatal		
Planificación familiar		
Abuso de sustancias: tabaco		
Abuso de sustancias: alcohol		

- Interés para medicina de familia así como para el cuidado compartido del paciente con otras especialidades.
- Presentación del caso y desarrollo del mismo. Desarrollo del caso.
- Contexto biopsicosocial y familiar del paciente y entrevista clínica.
- Conclusión del caso.
- Bibliografía y recursos utilizados.

Se aceptaba la posibilidad de que dos alumnos pudieran preparar el mismo caso, con el VºBº de sus tutores, repartiéndose el guion de la exposición oral. En ese caso dispondrían de 20 minutos.

5. Evaluación de la Rotación

Como se señalaba, todo el rotatorio clínico (54 ECTS) recibe una evaluación de 0 a 10 puntos conjunta de las siete rotaciones mensuales específicas realizadas entre Septiembre y Marzo, formada por la suma de la media de las evaluaciones de cada uno de las rotaciones específicas (de 0 a 10) y la nota alcanzada en el examen ECOE (de 0 a 10), ponderadas con el 60 % y 40% respectivamente.

El estudiante deberá obtener al menos 5 puntos (sobre un máximo de 10) en cada una de las rotaciones para que estas sean aprobadas. En caso contrario ha de repetir la rotación.

Los criterios específicos para la evaluación de la Rotación por Medicina de Familia son:

- Que el alumno haya asistido como mínimo al 75% de los días de rotación en medicina de familia, salvo causa justificada y valorada por la Unidad Docente y que haya entregado el CPC cumplimentado (a través de la plataforma Moodle) y haya presentado su caso clínico en el “Seminarios de casos clínicos”.
- La nota se obtiene como resultado de sumar:
 - 1 punto por la cumplimentación en tiempo y forma del CPC.
 - Hasta 3 puntos por la presentación del caso clínico.
 - Hasta 6 puntos por la evaluación de su tutor sobre el grado de implicación en interés mostrado en la rotación.
- La valuación del caso clínico la realizan los dos profesores responsables del seminario de casos clínicos (15- 20 alumno por seminario) en base a tres criterios (que contabilizan hasta 1 punto cada uno):
 - *Interés del caso para la medicina de familia.* El escenario clínico que se presente no debe ser una “rareza” o una enfermedad de baja incidencia o prevalencia. Son preferibles situaciones habituales vistas en la consulta de Medicina de Familia y que el alumno no haya observado en sus estancias hospitalarias u orientadas al seguimiento de patología en el entorno del médico de familia.
 - *Presentación y defensa.* Se evaluará calidad de la presentación, así como la presencia en la exposición de los aspectos propios de la Medicina de Familia (abordaje centrado en el paciente y no en la enfermedad, el impacto de la enfermedad en el paciente y en la estructura familiar, características socioculturales de paciente, accesibilidad, la influencia de la organización del sistema sanitario, y el proceso diagnóstico y terapéutico).

- *Conclusión del caso.*
- Los criterios que emplea el Tutor para la evaluación de la implicación del estudiante en la rotación de medicina de familia (hasta 6 puntos) eran:
 - *Asistencia y puntualidad* (hasta 1,5 puntos).
 - Acude todos los días y es puntual: 1,5.
 - Acude del 75 al 100% de los días y es puntual: 1,0.
 - Acude menos del 75% de los días: 0.
 - *Trato con el enfermo y sus familias* (hasta 1,5 puntos).
 - Muestra respeto y educación habitualmente: 1,5.
 - Muestra respeto y educación ocasionalmente: 0,5-1,0.
 - No muestra respeto ni educación: 0.
 - *Trato con el tutor y resto del equipo* (hasta 1,5 puntos).
 - Se relaciona bien con el tutor y el resto del equipo: 1,5.
 - Se relaciona regular con el tutor y el resto del equipo: 0,5-1,0.
 - Se relaciona mal con el tutor y el resto del equipo: 0.
- *Aprovechamiento y progresión* (hasta 1,5 puntos).
 - Se observa aprovechamiento y progresión: 1,5.
 - Se observa dudoso aprovechamiento y progresión: 0,5-1,0.
 - No se observa aprovechamiento ni progresión: 0.

Bibliografía

1. http://www.uam.es/ss/Satellite/Medicina/es/1242663997444/1242699402608/guidadocente/detalle/6%C2%BA_Curso_2016-2017.htm
2. Resolución de 8 de septiembre de 1993. Plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UAM. BOE 227; 27 de septiembre de 1993: 27581-27591.
3. Resolución de 6 de Junio de 2014 , de la UAM, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Graduado en Medicina. BOE nº155 (26 de Junio de 2014) , pag 49407-11.
4. Ortún V. La refundación de la Atención Primaria. Serie Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Srpinger Healthcare. Barcelona 2011.
5. OMS/UNICEF. Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud Alma-Ata URSS 6-2 Septiembre 1978.
6. Libro blanco ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE núm. 40 de 15 febrero 2008 pgs 8351-355.
7. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE núm. 40 de 15 febrero 2008 pgs 8351-355.
8. Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE BOE 29, de 2 de febrero de 1979, páginas 2735 a 2736 BOE. 1979; 29:2735-6.

Capítulo 8

La Cátedra UAM-Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria

Ángel Otero y Mercedes Sánchez

1. Convenio entre UAM y Novartis para la creación de la Cátedra
2. Actividad de la Cátedra en el periodo 2004-2016
 - 2.1 Apoyo a la Unidad Docente de Medicina de Familia de la UAM
 - 2.2 Impulso a la realización del doctorado y apoyo a proyectos de investigación entre los médicos de familia
 - 2.3 Convocatoria de un premio anual a las mejores tesis doctorales presentadas por médicos de familia
 - 2.4 Actividades de apoyo para el reconocimiento de la Medicina de Familia en la Universidad
 - 2.4.1 En el ámbito de Comunidad de Madrid
 - 2.4.2 En el ámbito nacional
 - 2.5 Apoyo al Proyecto “Percepciones y conocimientos de los estudiantes de medicina en relación con la Atención Primaria y la Medicina de Familia” (ISCIII/FIS PI 070975)

1. La creación de la cátedra mediante convenio firmado en 2004

Tras la creación en 2001, en la Universidad Autónoma de Barcelona, de la cátedra de patrocinio UAB-Novartis de Docencia e Investigación en Medicina de Familia, dirigida por el Prof Amando Martín Zurro, y su influencia en el proceso de acercar la Medicina de Familia a la Universidad, se iniciaron contactos entre la Empresa Novartis y la UAM que concluyeron con la firma, el 16/11/2004, de un convenio específico por el que se creaba la Cátedra UAM-Novartis de “Docencia e Investigación en Medicina de Familia y Atención Primaria”.

En dicho convenio se recogían, entre otras, las siguientes indicaciones:

- Como **objetivos** generales de la cátedra se señalaban el promover un conjunto de actividades de docencia, investigación, formación, información y documentación en el ámbito de la medicina de familia y de la atención primaria de salud y como objetivos específicos, a desarrollar en el marco de un programa anual, se señalaban explícitamente:
 - a. Facilitar el intercambio de experiencias investigadoras y de conocimiento entre Novartis y los profesores e investigadores de la Universidad Autónoma interesados en dicho intercambio.
 - b. Realizar actividades docentes de postgrado relacionadas con la medicina de familia y la atención primaria, tanto en Programas de Doctorado como en Títulos propios de Master y Diplomas Expertos o de Especialización.
 - c. En caso necesario, y a requerimiento del Departamento al que se vincula la Cátedra, participar en actividades de apoyo a la docencia de pregrado (asignaturas optativas y de libre configuración) relacionadas con la medicina de familia y la atención primaria, en coordinación con la programación docente que sobre estos aspectos realicen los distintos Departamentos, fomentando la actividad Inter-Departamental.
 - d. Alentar la realización de investigaciones, tanto conjuntas como propias, en el ámbito de la medicina de familia y de la atención primaria.
 - e. Favorecer la difusión y conocimiento de las investigaciones realizadas mediante publicaciones y otras acciones de comunicación.
 - f. Fomentar la colaboración entre la Universidad Autónoma de Madrid y el ámbito empresarial.



Figura 8.1 Acto de la firma del convenio de la Cátedra UAM-Novartis de “Docencia e Investigación en Medicina de Familia y Atención Primaria”, celebrado el 16/11/2004, en la Universidad Autónoma de Madrid.

En la foto inferior Montserrat Tarrés, Directora de Comunicación de Novartis; Ángel Otero, Profesor responsable de la Cátedra; Ángel Gabilondo, Rector de la UAM; Joan Bigorra, Director General de la División Pharma y Juan José Cabiñillas, apoderado de Novartis, en aquel momento.

Se creaba el Consejo Directivo de la Cátedra, encargado de la aprobación anual de actividades con su correspondiente presupuesto y de la supervisión y control de la ejecución del programa anual de actividades.

- El Consejo Directivo de la Cátedra está integrado por cinco miembros:
 - Rector o persona en quien delegue.
 - Dos representantes de Novartis.
 - El decano de la Facultad de Medicina.

- El profesor responsable de la Cátedra.
- Como profesor responsable de la Cátedra se nombra a Ángel Otero, Profesor Titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina.
- Para el desarrollo de los objetivos del programa de la cátedra la dotación de Novartis es de 48.000 € anuales. Esta dotación anual se mantuvo entre los años 2005-2012.
- La gestión económica de la Cátedra se lleva a cabo desde la Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid.

2. La actividad de la Cátedra en el periodo 2004-2016

Desde su puesta en marcha en 2004, la Cátedra de patrocinio UAM-Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria ha centrado su actividad en responder a los objetivos aprobados en el Convenio fundacional y actualizados por el Consejo Directivo de la Cátedra en las sucesivas reuniones anuales de seguimiento del Convenio, que se agrupan en tres apartados:

- Apoyo a la Unidad Docente de Medicina de Familia de la UAM.
- Impulso a la realización del doctorado y apoyo a proyectos de investigación entre los médicos de familia.
- Favorecer el reconocimiento de la Medicina de Familia en la Universidad.

2.1 Apoyo a la Unidad Docente de Medicina de Familia de la UAM

La actividad principal de la Cátedra UAM-Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria se ha dirigido a cumplir con el objetivo de apoyo directo a la estructura docente de la propia Universidad encargada de la enseñanza-aprendizaje de la Medicina de Familia y Atención Primaria tanto en el programa de en la Licenciatura (2004-

2010) como en el de Graduado en Medicina (2010-2016), aportando recursos materiales y humanos a la Unidad Interdepartamental de Atención Primaria de la Facultad de Medicina de la UAM.

En 2004 ya existían en la dotación de profesorado de la UAM las 17 plazas de nueva creación de Profesores Asociados Clínicos, cubiertas por Médicos de Familia de los Centros adscritos a la Unidad (como se ha reseñado en punto 2 del capítulo 1: El inicio de la Unidad Docente), integrados en la Unidad Docente, junto con, al menos, 6 Profesores Honorarios, responsables de la docencia en los 23 Centros.

Aunque en la redacción inicial de los objetivos de la cátedra el objetivo específico referido a “participar en actividades de apoyo a la docencia de pregrado (asignaturas optativas y de libre configuración) relacionadas con la medicina de familia y la atención primaria” no parecía el objetivo fundacional más importante, el Consejo Directivo de la Cátedra consideró prioritario apoyar esa actividad docente de pregrado, dispersa entre los 23 Centros de Salud y los 17 profesores Asociados Clínicos, con recursos humanos y materiales que apoyaran la labor de coordinación de la Unidad Docente.

Al cumplimiento de este objetivo se ha venido dedicando la mayor parte de la dotación presupuestaria de la cátedra a lo largo de todo el periodo 2004-2016. Concretamente para:

- Dotación de una plaza de Profesor Asociado de 6 horas desde 2005 hasta 2013, que se ubicaba en la Facultad de Medicina, en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, para facilitar la coordinación de la actividad docente.
- Apoyo de secretaría a la actividad docente de la Unidad, a partir de un contrato a tiempo parcial de un administrativo o/y la contratación de estudiantes en prácticas, becarios, para facilitar la coordinación entre alumnos y profesores en las nuevas actividades docentes.
- Apoyo directo a la unidad en material informático y de papelería.

La edición de este libro sobre “La incorporación de la medicina de familia y de la atención primaria a la enseñanza de la medicina en la UAM”, es una expresión de esa actividad de apoyo de la Cátedra UAM-Novartis de “Investigación y Docencia en Medicina de Familia y Atención Primaria” a la docencia de pregrado.

2.2 Impulso a la realización del doctorado y apoyo a proyectos de investigación entre los médicos de familia

Para impulsar la carrera investigadora de médicos de familia con vocación de ser profesores universitarios y con el objetivo de realizar la Tesis Doctoral y obtener el grado de doctor, la Cátedra convocó en los primeros siete años una plaza de Becario de investigación para un Médico de Familia, que se integraba en la Cátedra y en la Unidad Docente, con una duración media de dos años. En total se ofertaron y se cubrieron tres convocatorias de estas becas.

También se ofreció desde la Cátedra apoyo directo, mediante material o servicios a proyectos de trabajos de investigación en marcha o a desarrollar entre los médicos de familia de la Unidad, que solicitaron esa ayuda.

Asimismo se apoyó la celebración de un curso de “**Introducción en metodología de la investigación y epidemiología para médicos de familia**”, organizado por la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SMMFYC) de 40 horas celebrado en Marzo de 2007 y de otro sobre “**Introducción a la estadística y manejo del programa SPSS para profesionales de atención primaria**”, organizados en la UAM desde el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública en Noviembre de 2007.

2.3 Convocatoria de un premio anual a las mejores tesis doctorales presentadas por médicos de familia

Dentro de este objetivo principal de resaltar la importancia de que los médicos de familia interesados en llegar a ser profesores en la

Universidad desarrollaran una carrera de investigación que incluyera el doctorado, las tres cátedras de Medicina de Familia patrocinadas por Novartis existentes en aquel momento en la Universidad Española (las Cátedras de la Universidad Autónoma de Barcelona, de la Universidad Autónoma de Madrid y de la Universidad de Zaragoza), convocaron un premio a las mejores tesis doctorales presentadas por médicos de familia y defendidas en el curso académico anterior a la Convocatoria, en cualquier Universidad española, que aportaran elementos relevantes al desarrollo de la Medicina de Familia y la Atención Primaria. Medicina de Familia y la Atención Primaria.

En total y dentro de esta actividad promovida por las tres Cátedras Novartis de Medicina de Familia se convocaron cuatro ediciones de este Premio a las mejores tesis defendidas en los cursos académicos 2007/2008, 2008/2009, 2009/2010 y 2010/2011. En cada edición se dieron dos premios, el primero de 4.000 Euros y un segundo premio de 2.000 Euros.

Los actos de entrega de los premios se realizaron en actos públicos celebrados cada año en una de las distintas sedes de las tres Cátedras (Zaragoza, Madrid y Barcelona).



Figura 8.2 Actos de entrega del 4º Premio Cátedras Novartis de Medicina de Familia celebrados en Madrid, 27 Enero de 2013. En la foto Xavier Mundet, Director de la Cátedra UAB-Novartis; Carmen Suárez, Vicedecana Facultad Medicina UAM; Susana García, responsable Novartis Comunidad Madrid y Ángel Otero, Director Cátedra UAM-Novartis.

2.4 Actividades de apoyo para el reconocimiento de la Medicina de Familia en la Universidad

Las actividades de la Cátedra UAM-Novartis dirigidas a facilitar o promover el reconocimiento de la Medicina de Familia y del ámbito de la Atención Primaria en la Universidad, se agrupan a su vez en dos subapartados:

- Actividades realizadas en el ámbito de la Comunidad de Madrid, especialmente con las Universidades Madrileñas.
- Actividades realizadas en ámbito nacional, realizadas, especialmente, con las otras Cátedras Novartis (UAB-Novartis en Barcelona y UZ-Novartis en Zaragoza) así como con las tres sociedades de Medicina de Familia.

2.4.1 Actividades realizadas en el ámbito de la Comunidad de Madrid

En el ámbito de la Comunidad de Madrid se apoyó la celebración de las Jornadas de Medicina de Familia y Universidades de Madrid, organizadas por la SMMFYC (la I se celebró el 7 /04/2005 en “La Pagoda”, en la UAM y la II en la Universidad de Alcalá de Henares el 24/05/2006), donde se presentaron las experiencias de la Unidad Docente de Atención Primaria de la UAM en las asignaturas optativas de “Contacto Precoz con el Paciente” y “Medicina de Familia y Atención Primaria” en la Licenciatura de Medicina de la UAM.

El 18/11/2010, coincidiendo con la preparación de la primera edición de la asignatura obligatoria “Inmersión Precoz en la Clínica”, en el 1^{er} curso del Grado de Medicina, la cátedra apoyó la celebración de una reunión de representantes de distintas Facultades de Medicina de Madrid, de los distintas sociedades de Medicina de Familia de Madrid, abierta a los tutores y Médicos de Familia interesados.

El 27/1/2013, se dio continuidad a aquella reunión de 2010 con una nueva jornada sobre “La experiencia de las Universidades Madrileñas en la incorporación de la Medicina de Familia a la

Universidad” en la que participaron representantes tanto de las Universidades Públicas como Privadas de la Comunidad de Madrid con algún tipo de actividad docente en este ámbito, así como representantes de las tres sociedades de Medicina de Familia.

2.4.2 Actividades realizadas en ámbito nacional

A nivel nacional y dentro de este objetivo de actividades de apoyo para el reconocimiento de la Medicina de Familia en la Universidad se quiere destacar que, aprovechando ambiente favorable generado por la discusión primero y finalmente la aprobación del Libro Blanco del Título de Médico promovido por la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina en 2005 y publicado por ANECA¹, en el que se había identificado *Medicina Familiar y Comunitaria* como un campo de actuación específico y obligatorio del módulo de Patología Humana, las 3 Cátedras Novartis de Medicina de Familia (Universidad Autónoma de Barcelona, Universidad Autónoma de Madrid y Universidad de Zaragoza) acordaron promover un programa sensibilización y apoyo a la incorporación formal de la Medicina de Familia y la Atención Primaria a los planes de estudios de Medicina.

El primer acto de esta actividad conjunta de las 3 Cátedras Novartis a nivel nacional fue la celebración de una Jornada de difusión con el tema “Universidad y Medicina de Familia” celebrado en el Salón de Actos Ernest Lluch del Ministerio de Sanidad y Consumo el 2 Noviembre de 2006 Jornadas en el Ministerio de Sanidad, en la que el Prof Miquel Villardell impartió la conferencia “Papel de la Medicina de Familia en la enseñanza universitaria”.

Tras la publicación en Febrero de 2008 de los requisitos para la verificación del título universitario para la profesión de Médico², como continuación de ese programa conjunto de las 3 Cátedras, se acordó impulsar una reunión de todas las cátedras de patrocinio de Medicina de Familia existentes en aquel momento en la Universidad española con el fin de alcanzar una propuesta consensuada sobre

los contenidos y características de una asignatura de Medicina de Familia para el nuevo Grado de Medicina y del módulo de prácticas tuteladas al que se refiere la Orden EC/332/2008, de 13 de febrero.

La reunión se celebró el 16 de diciembre 2008 en el Aula “La Pagoda” de la UAM. Participaron expertos de 10 Cátedras de patrocinio (las 3 de Novartis, la Catedra Lilly de la Universidad Miguel Hernandez, las cátedras SEMERGEN de las Universidades de Alcalá de Henares, Badajoz, Granada y Santander, las cátedras SEMG de Santiago de Compostela y Zaragoza) y la Academia de Medicina de Familia de SEMFyC.

Para facilitar la dinámica de generación del consenso entre los expertos participantes se contó con el apoyo técnico de la empresa Grupo Calité Investigación, cuyo servicio fue contratado por las 3 Cátedras Novartis de Medicina de Familia.

Tras el documento preliminar del Grupo de Expertos participantes en la reunión inicial del 16/12/2008 se continuó con el trabajo on-line, empleando metodologías para facilitar el consenso, hasta alcanzar dos **documentos finales** que se hicieron públicos a finales de Enero de 2009, de acceso libre y amplia difusión:

- “Competencias, contenidos, metodología y sistemas de evaluación de la asignatura medicina de familia”³.
- “Prácticas Tuteladas en los Centros de Salud”⁴.

2.5 Apoyo al Proyecto de Investigación “Percepciones y conocimientos de los estudiantes de medicina en relación con la Atención Primaria y la Medicina de Familia” (ISCIII/FIS PI 070975)

Como una actividad de la cátedra que refleja tanto su implicación en alentar la realización de investigaciones, tanto conjuntas como propias, en el ámbito de la medicina de familia y de la atención primaria como en favorecer la relación entre las 3 Cátedras Novartis, se quiere señalar el apoyo y la participación en el Proyecto de Investigación “Percepciones y conocimientos de los estudiantes

de medicina en relación con la Atención Primaria y la Medicina de Familia”. Este proyecto, que presentó como Investigador Principal el Dr. Amando Martín Zurro y en el que figuraban, como Investigadores Colaboradores, los Directores de las tres Cátedras Novartis de Medicina de Familia, fue seleccionado en la Convocatoria del FIS de 2007 (PI 070975). El proyecto se desarrolló entre 2008 y 2010 y contaba con una financiación de 45.000 €.

Bajo el liderazgo del IP, este proyecto de investigación supuso la participación colectiva de 37 investigadores médicos de familia ligados a la actividad Docente en la mayoría de las Facultades de Medicina. Estos investigadores participantes en el proyecto se identifican como grupo de investigación UNIMEDFAM (Universidad y Medicina de Familia) y aportaron el esfuerzo colectivo necesario e imprescindible para alcanzar los objetivos del estudio.



Figura 8.3 Documento de consenso elaborado por las Cátedras de Patrocinio de Medicina de Familia existentes en las distintas Facultades de Medicina de España y por la Academia de Medicina de Familia, conforme a la Orden EC/332/2008. Enero 2009.

Los resultados de este proyecto, que se recogen en distintas publicaciones científicas⁵⁻⁹, han supuesto un estímulo para impulsar y adecuar la incorporación de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria a los programas de las Facultades de Medicina.

Se trata de un estudio sobre las percepciones y expectativas de los estudiantes de medicina sobre la Medicina de Familia y la Atención Primaria, representativo del conjunto del Estado español, a partir de un cuestionario administrado a los estudiantes de 1º, 3º y 5º año de carrera en 2 cortes transversales realizados en los cursos 2009-2010 y 2011-2012, en 22 facultades de las 27 existentes en aquel momento. En la 1ª fase se obtuvieron 5.299 cuestionarios y 3.869 en la segunda.

Entre sus resultados destaca que los estudiantes perciben la Medicina de Familia y la Atención Primaria como un ámbito esencial del sistema sanitario y de ejercicio profesional pero con escaso atractivo científico-técnico y alejada en sus preferencias a la hora de pensar en la especialidad que desean (el 88% prefieren las especialidades médicas hospitalarias seguidas de las quirúrgicas y la pediatría). El 87% consideran necesaria y obligatoria la formación en estas materias durante la carrera, que debería iniciarse en el 3º curso⁹.

Bibliografía

1. ANECA Libro Blanco del Título de Médico. A aprobado por la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina en Abril de 2005 .Ed ANECA 2005.
2. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE núm. 40 de 15 febrero 2008 pgs 8351-355.
3. https://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/asigmedfamilia.pdf Ultimo acceso 13/nov 2016.
4. https://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/practicas_tuteladas.pdf. Ultimo acceso 13/nov 2016.
5. Martín Zurro A, Jimenez Villa J, Monreal Hajar A, Mundet Tuduri X, Otero Puime A. Medicina de Familia y Universidad en España: reflexiones iniciales a partir de un proyecto de investigación estatal. Aten Primaria. 2011;43:203-8.
6. Selva Olid A, Martín Zurro A, Jiménez Villa J, Monreal Hajar A, Mundet Tuduri X, Otero Puime A, Mas Dalmau G, Alonso Coello P for the Universidad y Medicina de Familia Research Group (UNIMEDFAM). Medical students' perceptions and attitudes about family practice: a qualitative research synthesis. BMC Medical Education. 2012;12:81.
7. Alonso-Coello P, Jimenez Villa J, Monreal Hajar A, Mundet Tuduri X, Otero Puime A, Martin Zurro A, for the Universidad y Medicina de Familia Research Grup (UNIMEDFAM). Attitudes and perceptions of medical students about family practice in Spain: Protocol for a cross-sectional survey. BMJ Open. 2011;1:2 e000231.
8. Martin Zurro A, Jimenez Villa J, Monreal Hajar A, Mundet Tuduri X, Otero Puime A, Alonso-Coello P, for the Universidad y Medicina de Familia Research Group (UNIMEDFAM). Medical student attitudes towards family medicine in Spain: a statewide analysis. BMC Fam Pract. 2012;13:47.
9. Martín Zurro A, Jimenez Villa J, Monreal Hajar A, Mundet Tuduri X, Otero Puime A, Alonso Coello P; por el Grupo de Investigación Universidad y Medicina de Familia (UNIMEDFAM). Los estudiantes de medicina españoles y la medicina de familia. Datos de las 2 fases de una encuesta estatal Aten Primaria. 2013;45(1):38-45.

Capítulo 9

Desafíos ante el futuro próximo

Ángel Otero

1. Fortalezas y debilidades de la incorporación de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria a la Facultad de Medicina de la UAM
2. Relación entre Universidad y Sistema Sanitario. Papel de la estructura asistencial de la Atención Primaria en esta actividad docente
3. Participación abierta a todos los médicos del Centro de Salud Universitario
4. Proceso de incorporación de Médicos de Familia como profesores permanentes en la estructura docente de la Facultad
5. Impulsar líneas de investigación en el ámbito de Medicina de Familia
6. Necesidad de personal docente a tiempo completo en la Unidad Docente
7. Riesgo de reducir el concepto de Atención primaria al a primer nivel de atención médica
8. Actividad transversal e interdepartamental de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria en la estructura de la Facultad

1. Fortalezas y debilidades de la incorporación de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria a la Facultad de Medicina de la UAM

Desde que en el curso 1989/90 se incorporó la rotación por Atención Primaria como una rotación clínica obligatoria para los alumnos de sexto curso de la Licenciatura de Medicina, el proceso de incorporación de la Medicina de Familia y la Atención Primaria en la UAM ha ido avanzando hasta alcanzar la situación actual que se describe en los capítulos anteriores de este libro y que refleja una realidad evidente e incontestable.

Así, hoy, la Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria es una de las cinco Unidades Clínicas Docentes de la Facultad junto a las de los cuatro Hospitales Universitarios adscritos a la UAM y en ella están integrados 23 Centros de Salud Universitarios, 17 Profesores Asociados Clínicos así como 13 Profesores Honorarios y 168 Colaboradores Clínicos Docentes, Médicos de Familia de esos Centros de Salud.

La carga docente total de la Unidad, tanto en el pasado curso 2015/16 como en el actual 2016/17, expresada en horas de profesor dedicadas a las actividades docentes presenciales en clases y seminarios (“horas de tiza” como algunos las identifican en el argot universitario) supone 905 horas para el conjunto las tres asignaturas obligatorias del Grado de Medicina (“Introducción a la Práctica Clínica” en 2º curso “Medicina de Familia” en 5º curso y “Rotación en Medicina Familiar y Comunitaria” en el rotatorio clínico de 6º curso).

A esta carga docente hay que sumar las horas de práctica clínica del estudiante junto al médico de familia en los distintos escenarios de su actividad asistencial, especialmente en la consulta del Centro de Salud y en el domicilio del paciente. Dadas las características de esta práctica clínica personalizada (1 profesor o tutor solo atiende a la vez a un estudiante) esas horas prácticas coinciden con la actividad asistencial de ese profesor o tutor y, en sentido estricto, supone más de treinta mil horas (36.640) en cada curso académico, si tenemos en cuenta que se trata de 240 alumnos del 2º Curso (Introducción Precoz a la Práctica Clínica) que pasan 16 horas en la consulta del médico de familia y otros 240 alumnos del rotatorio del 6º curso que pasan 120 horas en su rotación de un mes por Medicina de Familia y Comunitaria.

Junto a esta realidad organizativa y estructural de la Unidad Docente también son objetivables otras fortalezas de esta incorporación, como:

- El propio hecho de que la Unidad Docente haya podido responder con éxito, en los siete cursos académicos transcurridos desde que se implantó el nuevo grado (2010-2011 al 2016-2017), a la nueva responsabilidad docente contraída utilizando los recursos disponibles a su alcance, a pesar de la complejidad creciente en su organización.
- La aceptación y la acogida favorable entre los estudiantes y en la propia estructura de la Facultad.
- La colaboración interdepartamental, especialmente con la colaboración entre los Departamentos de Medicina y de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- La experiencia acumulada y el aprendizaje adquirido por los profesores de la Unidad tras la organización y evaluación de las sucesivas ediciones de las nuevas asignaturas.
- La producción y consolidación de metodología y material docente innovador que se ha ido consolidando en estos años.
- La colaboración publico-privada en el inicio de este proyecto, que se refleja en el apoyo de la cátedra de patrocinio UAM-Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria al desarrollo inicial de la Unidad Docente.

Pero, frente a estas fortalezas se detectan debilidades o amenazas que requieren ser enfrentadas o corregidas a medio plazo si se quiere garantizar en el futuro próximo la continuidad y el éxito de esta incorporación de la Medicina de Familia y la Atención Primaria a las Facultades de Medicina. En concreto destacan desafíos a superar en los siguientes campos:

1. Relación entre Universidad y Sistema Sanitario. Papel de la estructura asistencial de la Atención Primaria en esta actividad docente.

2. Participación abierta a todos los médicos del Centro de Salud Universitario.
3. Proceso de incorporación de Médicos de Familia como profesores permanentes en la estructura docente de la Facultad de Medicina.
4. Importancia de la investigación en la carrera universitaria.
5. Necesidad de personal docente a tiempo completo en la Unidad Docente con a tiempo completo.
6. Riesgo de reducir el concepto de Atención primaria al a primer nivel de atención médica.
7. Actividad transversal e interdepartamental de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria en la estructura de la Facultad.

Aunque estas consideraciones no sean reproducibles o generalizables al 100% en el resto de Facultades de Medicina de España, creemos que los desafíos a los que se enfrenta la consolidación de la experiencia de la UAM en lo que a la incorporación de la Medicina de Familia y la Atención Primaria se refiere, pueden ser similares en otras Facultades y Universidades españolas.

2. Relación entre Universidad y Sistema Sanitario. Papel de la estructura asistencial de la Atención Primaria en esta actividad docente

Como se señalaba en el apartado anterior, a la carga docente presencial de los profesores en el aula hay que sumar las horas de práctica clínica personalizada del estudiante junto al médico de familia (un estudiante, un médico) en los distintos escenarios de su actividad asistencial, especialmente en la consulta del Centro

de Salud y en el domicilio del paciente. En el caso del actual Grado de Medicina de la UAM supone una carga total de más de treinta mil horas en un curso académico, coincidentes con horas de la jornada laboral dedicada a la actividad asistencial por médicos de los Centros de Salud Universitarios adscritos a la UAM (equivalentes a más de cinco mil jornadas laborales en las que se comparte la actividad asistencial con la actividad de docencia práctica).

Para el caso concreto de los profesores clínicos asociados, el RD 15558/1986 (y el RD 1652/1991, que lo corrige), señala explícitamente que las actividades docentes y asistenciales de estos profesionales se desarrollará en la misma jornada laboral, con una dedicación horaria que divide en tres apartados (punto 2 de la base decimotercera):

- a) Hasta un máximo de tres horas semanales exclusivamente docentes, si tuviera encomendada esta actividad, durante el período lectivo.
- b) Hasta un máximo de tres horas semanales de tutoría o asistencia al alumnado, durante el período lectivo.
- c) El resto de las horas de la jornada semanal... se dedicará a la actividad asistencial, en la que quedarán incluidas las horas de docencia práctica...

Aunque esta regulación se refiere al personal asistencial contratado por la Universidad como Profesores Asociados Clínicos, en el marco del concierto entre la UAM y la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid se señala en su cláusula quinta que "...dado que todo servicio concertado lo será en su totalidad, todo el personal de la plantilla de los centros sanitarios objeto del presente Concierto que colabore en la docencia clínica y no ocupe una plaza docente podrá solicitar un nombramiento honorífico docente de la UAM...". Parece claro que para el resto de los médicos de familia del Centro de Salud Universitario que participen en la docencia (en nuestro caso Profesores Honorarios y Clínicos Colaboradores

Docentes) es también extensible esa unión entre la actividad asistencial y la actividad docente en la misma jornada laboral.

Más allá de cómo se contabilice la carga extra que supone para el médico de familia y para la propia organización de la asistencia sanitaria en los Centros de Salud la presencia del alumno en los distintos escenarios de su actividad asistencial, es una carga considerable que no se puede resolver solo desde la Universidad con las horas presenciales de sus profesores, sino que hace imprescindible la participación de la estructura asistencial de la Atención Primaria.

Esta realidad obliga a una estrecha colaboración y entendimiento entre dos instituciones, la universitaria y la sanitaria, con una cultura organizativa no siempre coincidente. En los Hospitales Universitarios existe más tradición en la ordenación de esa relación entre la asistencia y la docencia, no exenta, tampoco, de momentos de tensión. En el caso de los Centros de Salud Universitarios existe menos experiencia en esa relación, sin la cual no es posible llevar a cabo el objetivo de la incorporación efectiva de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria a la enseñanza de la Medicina.

La Facultad de Medicina y la estructura asistencial de Atención Primaria han enfrentarse juntas al desafío para compartir esa responsabilidad de cómo organizar esa dualidad entre la actividad asistencial y la docente del médico de familia vinculado a la Universidad.

3. Participación abierta a todos los médicos del Centro de Salud Universitario

Ligado a las consideraciones expuestas en el apartado anterior está también el desafío de compatibilizar las legítimas aspiraciones individuales de los médicos de familia de un Centro por avanzar en la carrera universitaria como profesores, con la participación del resto de los médicos del Centro de Salud en la docencia de los alumnos de Medicina.

Es el Centro de Salud quien se adscribe a la Universidad, mediante el concierto o convenio oportuno. Aparte de que algunos médicos del centro puedan tener el estatus de Profesor Asociado o Profesor Permanente, todo el resto del equipo tiene la posibilidad de participar en esa actividad docente. La Universidad les reconoce esa participación con el título de Profesor Honorario o Colaborador Clínico Docente.

Si en estos momentos, con la dotación de personal docente que cuenta la UAM, la actividad docente para la docencia práctica en Medicina de Familia y Atención Primaria quedara en manos solo de los Profesores contratados como Asociados Clínicos, sería muy difícil, sino imposible, cumplir con los objetivos propuestos. Además aumentaría el riesgo de conflictos en el Equipo de Atención Primaria si unos médicos participan en la Docencia y otros quedaran al margen a pesar de su interés en participar.

Desde esta perspectiva, todo el Centro de Salud y todo el Equipo de Atención Primaria es el que se adscribe a la Universidad y se integra en su cultura organizativa.

Si desde la cultura universitaria no sería posible aceptar que un mismo Centro estuviese adscrito a Facultades de Medicina distintas, desde la propia cultura del Equipo de Atención Primaria también parece difícil aceptar esa posibilidad de una adscripción del Centro de Salud a Universidades diferentes.

4. Proceso de incorporación de Médicos de Familia como profesores permanentes en la estructura docente de la Facultad de Medicina

La consolidación de la incorporación de la Medicina de Familia y la Atención Primaria a la enseñanza de la Medicina requiere de la existencia de Médicos de Familia como profesores permanentes en este ámbito.

Se trata de un proceso lento, que requiere tanto la disponibilidad y el apoyo de la estructura universitaria para convocar plazas de profesores con el perfil de Medicina de Familia como de la existencia de médicos acreditados como profesores por ANECA que pudieran cubrir esas plazas.

La Universidad debe de enfrentarse a la decisión de convocar esas nuevas plazas de nueva creación que en el momento actual de restricciones del número de plazas permanentes obliga a priorizar ante las demandas de innovación docente que se producen en otras áreas de la Universidad.

Por otra parte, es necesario fomentar una política de carrera profesional docente entre los médicos de familia con vocación docente para que pueden cumplir con los requisitos de acreditación para las plazas de profesores permanentes. Requisitos que incluyen junto a la experiencia docente previa, una producción científica contrastable en ámbito de investigación y una formación específica que, entre otras formas, exige la estancia en Centros de referencia y calidad contrastada.

5. Impulsar líneas de investigación en el ámbito de la Medicina de Familia

Desde su nacimiento en 1986, los esfuerzos prioritarios de la actividad de la Unidad Docente han estado centrados en la incorporación de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria al proceso de la enseñanza-aprendizaje de la Medicina. Esos esfuerzos se han visto recompensados con el reconocimiento de las distintas asignaturas y actividades docentes que se reflejan en esta obra, pero, a su vez, han adsorbido tanta energía organizativa que se ha descuidado la importancia de impulsar líneas de investigación relevantes y de calidad en el ámbito de la Medicina de Familia.

Si el avance en la carrera universitaria de los médicos de familia va a estar condicionada por su actividad investigadora y por su

producción científica, la consolidación de la Medicina de Familia en la Universidad requiere de una estructura objetivable, con líneas de investigación propias, con recursos humanos, materiales y económicos.

Ese objetivo requiere de una planificación a medio-largo plazo que se visualice a través de proyectos de investigación radicados en la Unidad Docente, seleccionados en convocatorias públicas de investigación y con una producción científica objetivable.

La relación y colaboración con otros grupos de investigación en la Facultad de Medicina, tanto clínicos como básicos, es una oportunidad para avanzar en la imprescindible actividad investigadora que se asocia a la Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria.

6. Necesidad de personal docente a tiempo completo en la Unidad Docente

En este proceso de consolidación de la Unidad Docente ante el incremento de la oferta docente se requiere presencia en la Facultad de personal docente a tiempo completo que se encargue de labores de coordinación y proximidad a los alumnos, ya que los Profesores Asociados Clínicos, con su dualidad asistencial y docente, la sobrecarga de la actividad asistencial en el Centro de Salud y la dispersión geográfica de los propios Centros, tienen grandes dificultades para ejercer esa función imprescindible en la Facultad.

7. Riesgo de reducir el concepto de Atención Primaria al de primer nivel de atención médica

La propia dinámica por la consolidación de la Medicina de Familia como un ámbito diferenciado en la Facultad de Medicina

ha llevado a resaltar uno de los conceptos clásicos de la definición de la Atención Primaria de Salud, el de ser el primer nivel de atención sanitaria, la puerta de entrada al sistema nacional de salud

A pesar del debate sobre la definición generada en la Conferencia de Alma-Ata de 1978 y sobre la importancia en las políticas sanitarias de los países más y menos desarrollados, no puede olvidarse que la Atención Primaria de Salud tiene distintas acepciones aparte de esta ligada al nivel organizativo del sistema de atención sanitaria: a) una filosofía o paradigma en el contexto de “la utopía” salud para todos, b) una política o estrategia para la acción, c) núcleo del sistema sanitario para superar las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios de salud ó d) un enfoque intersectorial al integrarla como parte del desarrollo socioeconómico del país.

8. Actividad transversal e interdepartamental de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria en la estructura de la Facultad

Dentro del contexto señalado en el apartado anterior y resaltando la opción tomada en la UAM de integrar a la Unidad Docente de Medicina de Familia y Atención Primaria en el Departamento de Medicina, se quiere resaltar el desafío que supone la actividad interdepartamental de la Unidad Docente.

Aunque se señalaba como una fortaleza la historia de la Unidad Interdepartamental en la UAM desde su comienzo, la dinámica del día a día puede limitar esa relación con otros Departamentos clínicos con los que debiera tener relaciones preferentes (Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Psiquiatría) y, especialmente con el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (Atención Primaria es uno de los descriptores de la asignatura de Medicina Preventiva y Salud Pública).

ANEXOS

ANEXO 1

Profesores Asociados y Honorarios que forman parte en la actualidad (curso 2016-17*) o han participado en la Unidad Docente desde su constitución en 1988

NOMBRES	APELLIDOS
Fernando	Abadín Delgado
Angelines	Acedo Acedo
Ramón	Adanero Collado
Ana M ^a	Álamo Antúnez
Patricio	Alonso Sacristán
M ^a Concepción	Álvarez Herrero *
María José	Álvarez Pasquín
Gerardo	Antón Martín
Arturo	Arija Hernández
José María	Arribas Blanco *
M ^a Luisa	Arroba Basanta
Pablo	Astorga Díaz
Montserrat	Aza Plaza
Gerardo	Badalá Marcano
Lourdes	Barrutell Rubio
Augusto	Blanco Alfonso *
Teresa	Blanco Ramos *
Fabiola	Blanco Urzaiz *
Eduardo	Calvo Corbella *
Esperanza	Calvo García
Francisco	Camarelles Guillem *
M ^a Dolores	Cano Pérez *

NOMBRES	APELLIDOS
M ^a Victoria	Cantera Urcia
Jose Alfonso	Carreira Delgado
M ^a Victoria	Castell Alcalá *
Francisco	Cirujano Pita
Pedro	Conthe Gutiérrez
Pedro	Corral Martínez
Alicia	de Castro Cuenca *
Antonio	de Lorenzo-Cáceres Ascanio *
Miguel	de Luis Durán *
Miguel	del Amo Feduchy
Elvira	Díaz de Tuesta De Lenaza
Jose Luis	Engel Gómez *
Blanca	Fernández-Cuartero Rebollar
Mariano	Ferrer Marín Blázquez
Susana	García Boro
Arturo	García Bueno
Adoración	García Calleja
María Isabel	García Lázaro*
Luis Miguel	García Olmos
Rosa	García Panadés*
Araceli	Garrido Barral
Teresa	Gijón Conde*
Esteban	González López *
Juan José	González Marcos
Carmen Gloria	González Nuñez
M ^a Nieves	Gracia Aguado *
Yolanda	Granda Martín

NOMBRES	APELLIDOS
Mónica	Grande Francia
Juan Bautista	Herrero Jimeno *
Benjamín	Ibarrola Muñoz
Andrés	Juez Juez
Jacinta	Landa Goñi
M ^a Esther	Labrador Arranz *
María del Carmen	Lobón Agúndez
Cristina	López Menéndez
Andrés	Maisonave González
Teresa	Mantilla Morato *
Jaime	Marín Cañada
Dionisio	Marín García
Carmen	Martín López
José Luis	Martínez Carrasco
Felix	Mata Benjumea
Elena	Mazorra Benito
Olga	Moran Horna
M ^a Paloma	Moreno del Campo*
Joaquín	Morera Montes
Ignacio	Morón Merchante *
Alicia	Muñoz Nuñez
Mónica	Nácher Conchez
Armando	Nevado Loro
Ángeles	Nieto Díez
Blanca	Novella Arribas
Juan Carlos	Obaya Rebollar
José	Olmedo Pérez

NOMBRES	APELLIDOS
M ^a Ángela	Oria Fernández
Marisa	Palomo Pinto Maja
M ^a Dolores	Parejo Pablos
María Isabel	Parra Martínez
María Luisa	Pascual Martín
Julián Antonio	Pereira Cuello
Amparo	Pérez Gutiérrez
Natividad	Puche López *
Alejandra	Rabanal Carrera
Marta	Ramírez Ariza
M ^a Dolores	Reguera de Castro
Pedro	Rincón Víctor
Paloma	Rius Fortea *
José	Rivero Alemán
Estrella	Robles Fernández
Dacio	Rodríguez Calderón
Concepción	Rodríguez Gallego *
Antonio	Saenz Calvo
Azucena	Saez Berlana
Lidia	Sánchez Beiza
Mercedes	Sánchez Martínez
Ignacio	Sánchez Miró
Pedro	Sanchidrián Fernández
Ángel	Sanz Rosado
Rocío	Sastre de la Fuente *
Paloma	Seguido Aliaga
Ángel	Serrano Vázquez
M ^a Ángeles	Sesmero Lillo

NOMBRES	APELLIDOS
Cristina	Sosa Díaz-Saavedra
Manuel	Taboada Taboada
Ricardo	Vallés Vila
Milagros	Velázquez Garcia
Luis	Vega López
Juan Carlos	Verdes Montenegro
Begoña	Vicuña Castrejón
Luis	Villanueva Aranguren
Gloria	Viñas Fernández
José María	Vizcaino Sánchez-Rodrigo *
Cristóbal	Zarco Colón

(*) Forman parte de los Profesores Asociados Clínicos y Honorarios durante el curso 2016-17

ANEXO 2

RELACIÓN DE CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A LA UAM

Concierto UAM – Consejería de Sanidad de 2014

Centros de Salud

C.S. La Chopera
C.S. Argüelles
C.S. Barrio del Pilar
C.S. Ciudad Jardín
C.S. Ciudad Periodistas
C.S. Fuencarral
C.S. Fuentelarreina
C.S. Goya
C.S. Cerro del Aire
C.S. Doctor Castroviejo
C.S. Pozuelo Estación
C.S. Prosperidad
C.S. Reina Victoria
C.S. V Centenario
C.S. Santa Hortensia
C.S. Valdezarza
C.S. Villanueva de la Cañada
C.S. Tres Cantos
C.S. Aravaca
C.S. Infanta Mercedes
C.S. Jaime Vera
C.S. María Auxiliadora
C.S. Potosí

ANEXO 3

CUADERNO DEL ESTUDIANTE. Asignatura “Introducción a la Práctica Clínica” (IPC)

Actividades de observación en el Centro de Salud Curso 2015-2016

DATOS PERSONALES:

NOMBRE:

PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO:

CORREO ELECTRÓNICO:

NOMBRE DEL PROFESOR/TUTOR (ROTACIÓN):

CENTRO DE SALUD:

Esta **herramienta de trabajo** ha sido diseñada para facilitar tu aprendizaje durante tu **rotación por el centro de salud**.

Con ella pretendemos:

1. Potenciar tu capacidad de **observación** y **reflexión**, porque consideramos que estas habilidades son necesarias para mejorar tu cualificación médica.
2. Llamar tu atención sobre algunos aspectos que rodean el **acto clínico** y que, no siendo estrictamente médicos y escapando muchas veces a nuestras competencias y control, debemos incorporar a nuestro trabajo como clínicos si perseguimos buenos resultados, pues lo delimitan y modulan.

3. Iniciar en el **aprendizaje autodirigido** basado en la reflexión. Pretendemos que seas más independiente, que aprendas a identificar tus necesidades formativas, que desarrolles habilidades de planificación y que potencies tu creatividad.

Para ello te proponemos que observes y describas la realidad que ves durante tu rotatorio clínico, que identifiques posibles problemas y sugieras elementos de mejora. Creemos que es positivo que tengas este cuaderno como guía de aquellas cosas a las que tienes que prestar atención, pero no estés preocupado con rellenar cada ítem de forma precipitada. El cuaderno no ha de entorpecer tu atención y relación en la consulta. Puede resultarte útil repasar el guion de los contenidos revisados durante las clases y/o seminarios que han precedido a esta rotación práctica.

Tu trabajo deberá quedar registrado en las distintas plantillas que integran este CUADERNO DEL ESTUDIANTE:

1. ACTIVIDADES FUERA DE LAS CONSULTAS (Sin tiempo definido)

- A. Observación de los **accesos físicos al centro**.
- B. Observación de las **salas de espera**.
- C. Observación en el **área administrativa**.

2. ACTIVIDADES EN LA CONSULTA MÉDICA

1. Comunicación no verbal médico-paciente.
2. De las palabras del paciente al motivo (o motivos) de consulta.
3. Interrupciones en la consulta médica.
4. Relación del médico con otros profesionales.
5. Entrevista clínica semiestructurada.
6. Modelo biopsicosocial.

7. Actividades preventivas/curativas.
8. Trabajo final de la estancia en el Centro de Salud:
Elaboración de una Historia Clínica.

(Cuando las rellenes puedes extenderte más allá del espacio inicialmente reservado, si lo necesitas).

Al terminar tu rotación, guarda el documento final y súbelo como **CUADERNO DEL ESTUDIANTE** a **MOODLE** (en la pestaña de tareas) antes del **3 de Mayo**.

No olvides que aparte de este **Cuaderno**, que concluye con la realización de una **Historia Clínica** elaborada por ti (Plantilla 8), hay que entregar (subiéndola también a Moodle antes del 3 de Mayo) una **Narrativa** que trate qué ha significado para ti esta primera experiencia clínica ante el paciente real en una consulta médica.

IMPORTANTE: La estancia durante las cuatro tardes programadas en la consulta del médico que va a actuar como tu tutor, persigue tu inmersión y proximidad a la relación médico-paciente. Por ello, no es el lugar ni el ambiente apropiado para rellenar los distintos apartados del CUADERNO DEL ESTUDIANTE, que pueden distraerte y distorsionar esa relación personal entre el médico y su paciente. Está bien tomar algunas notas cuando el paciente haya salido de la consulta, pero ese trabajo de completar y contestar las preguntas y temas que se plantean en el CUADERNO no se debe realizar durante la consulta. Sí es importante haber leído previamente las preguntas y temas que hay que responder en el CUADERNO, para prestar atención consciente a estos ítems.

Al tratarse de un CUADERNO DEL ESTUDIANTE real, rellenado y entregado por un/una estudiante de IPC del curso 2015/16, se mantiene la respuesta que escribió, resaltándola en letra cursiva, para diferenciarla de las actividades o preguntas que se plantean en las diferentes plantillas que componen este Cuaderno del Estudiante.

1. ACTIVIDADES FUERA DE LAS CONSULTAS

ACCESOS FÍSICOS AL CENTRO

- 1. Ubicación del centro de salud dentro de la zona básica. Recorrer los alrededores del centro de salud y anotar las líneas de autobús o metro cercanas. Preguntar a los paciente cómo acceden al centro de salud, a pie, en coche, medios de transporte públicos.**

El centro se encuentra ubicado en una zona relativamente central del municipio. Presenta un parking de acceso gratuito y una parada de autobús prácticamente al lado de la entrada, de la línea de Metro, tiene comunicación directa con el hospital de la Paz. El acceso se realiza principalmente a pie y en coche.

- 2. Barreras arquitectónicas/estructurales dentro del centro de salud y en los alrededores del mismo (puertas, rampas de acceso, aceras, espacios de aparcamiento, pasos de peatones...). Observar los accesos a las diferentes partes del centro de salud, identificar barreras arquitectónicas.**

El acceso a la entrada principal tiene tanto escaleras como rampa. El centro se encuentra en una zona ligeramente en cuesta, y esta entrada está en la zona alta de la misma. No obstante, el acceso a urgencias se encuentra en la zona baja, al lado de un parque. Dentro del ambulatorio, las plantas están conectadas tanto por escaleras como ascensor.

- 3. ¿Crees que el acceso al centro es adecuado? ¿En qué se puede mejorar?**

El acceso es bastante aceptable. Como medida de mejora, no obstante, debería incluirse el paso de alguna otra línea de autobús por la parada previamente comentada, especialmente en el caso de autobuses urbanos.

EJEMPLO PRÁCTICO SOBRE ACCESO OPERATIVO A UN CENTRO DE SALUD

- ¿Cómo puedes concertar una cita con un médico del centro de salud? Indaga entre los administrativos o con los propios pacientes.

El servicio cuenta con una zona de recepción donde se puede concertar cita de manera presencial. También cuentan con un número de teléfono al que se puede llamar.

- Te proponemos que realices la experiencia. Pídele a tu tutor los datos de un paciente e intenta conseguir una cita con su médico por teléfono o tú mismo/a pide cita con tu médico. ¿Lo conseguiste? ¿Ha sido costoso? ¿Crees que el sistema puede resultar difícil para algún grupo de pacientes y afectar a la relación con el paciente? Si crees que hay que mejorarlo, haz tu propuesta.

La solicitud de cita de manera presencial es relativamente eficiente e inmediata. Sin embargo, en muchas ocasiones el sistema telefónico trabaja con una operadora artificial, por lo que el paciente será atendido por una voz mecánica, que hace la interacción entre el ciudadano y el servicio sanitario frío, distante e impersonal. La espera telefónica es, a su vez, algo larga. Por ello, es mucho más agradable acudir al centro a solicitar cita para la consulta.

LA SALA DE ESPERA

Siéntate cómodamente en una sala de espera entre los pacientes.

Observa a tu alrededor. No llesves la bata puesta.

CON LOS OJOS: Mira la limpieza, el orden, las personas, sus caras...

¿Qué hacen los pacientes?

En la mayor parte de los casos, se limitan a esperar. Observan las paredes y los carteles informativos, sin prestar realmente atención a ellos, simplemente para dejar pasar el tiempo hasta que llegue su turno.

¿Están tranquilos o no?

Por lo general, no muestran signos de intranquilidad.

¿Qué pasa cuando se abre la puerta de una consulta?

Dirigen su atención a la puerta y atienden al siguiente nombre que se menciona, para ver si su turno ha llegado.

CON LOS OIDOS: Escucha las conversaciones

¿Hay demasiado ruido ambiente? ¿De qué hablan los pacientes?

La sala de espera no suele ser ruidosa, y los únicos sonidos provienen muchas veces del teléfono de recepción, pasos del personal del centro o voces de niños desde la sala de espera de la consulta de pediatría, la mayor parte de las veces quejas o lloros. Los pacientes que vienen acompañados comentan la dolencia sobre la que hablarán más tarde al médico de la consulta.

¿Cómo abordan a un profesional en la sala de espera o en los pasillos?

Suelen ser educados, y generalmente abordan a un profesional para recibir alguna indicación administrativa (con quién hablar para obtener determinado documento o dónde entregarlo...) o localización de una sala o área del centro (servicio, radiología, urgencias...).

¿Cómo es el trato de los profesionales hacia los pacientes fuera de las consultas?

El trato del médico hacia el paciente es el mismo en todo el centro.

MIDE EL TIEMPO DE ESPERA: Pregunta a algún paciente a qué hora está citado y mira cuándo entra...

¿Entra con mucho retraso?

Al haber citas concretas, y dado que la Dra. S. se esfuerza por ser tan puntual como sea posible con cada una, la sala de espera no suele estar llena,

sino que los pacientes van llegando conforme se acerca su hora de ser atendidos. No obstante, en ocasiones puede haber ligeros retrasos, pero no suele haber quejas. Cuando un paciente llega tarde (después de haber sido llamado), debe esperar y dejar pasar a todos aquellos que estuvieran en la sala de espera antes de que este fuera llamado o que hayan llegado puntuales a su cita.

¿Hace algún comentario del retraso del médico o del orden de las citas?

En alguna ocasión, si un paciente ha llegado tarde, trata de reivindicar su derecho a pasar a la consulta, asegurando que ha llegado puntual o que ha llegado más o menos a su hora, pero acaban accediendo a dejar pasar a los que han llegado puntuales.

¿Crees que el ambiente de la sala de espera es adecuado? ¿En qué se puede mejorar?

No es especialmente acogedor, y las paredes no tienen buen aislante ni térmico ni sonoro, por lo que produce eco y en invierno no conserva bien el calor. Esto puede incrementar la incomodidad. Si además sumamos que los asientos son de metal, podemos asegurar que el paciente no se siente como en casa.

Como sugerencia, podría ponerse alguna mesa o estante con libros y revistas que contribuyan al entretenimiento y a la difusión cultural, aunque no se pueda solucionar el problema arquitectónico.

ÁREA ADMINISTRATIVA

Sitúate en la zona donde los pacientes aguardan para ser atendidos por el personal administrativo y **OBSERVA**:

¿Los pacientes hacen cola y respetan los turnos o se cuelan?

Hacen cola y esperan su turno.

¿Qué solicitan/desean del personal administrativo?

Generalmente, solicitan citas para futuras consultas, radiografías, etc.

¿Hay mucho ruido?

El mismo que en la sala de espera, es decir, apenas.

¿Cómo es la relación entre el personal administrativo y el usuario? (en ambos sentidos)

Suele ser una interacción cordial y respetuosa. Las personas que acuden al centro suelen ser pacientes habituales y muchas veces las caras son conocidas, por lo que existe un componente cotidiano y familiar entre el usuario y los trabajadores del centro.

Sítuate en la zona donde trabaja el personal administrativo y OBSERVA:

¿Qué actividades administrativas ves realizar?

Enumera al menos cinco de ellas

1. Atención telefónica.
2. Gestión de recetas médicas.
3. Gestión de citas para la consulta.
4. Acreditación de partes por baja.
5. Organización de citas para especialistas o pruebas complementarias.

¿Cómo es la atención telefónica? ¿Cuánto se tarda por paciente? ¿Te parece difícil?

El tiempo de atención por paciente oscila en un rango de 1 a 15 minutos, en función de la demanda del usuario, Se trata de una tarea de organización relativamente mecánica, y con el tiempo, el trabajador acaba interiorizando su tarea para llevarla a cabo de manera natural y rutinaria. Puede ser algo estresante si el servicio está muy solicitado.

¿Hay orden? ¿Cómo es la limpieza? ¿Hay algún conflicto?

Tanto el orden como la limpieza son bastante aceptables, pero siempre mejorables. Algún profesional ha podido comentar su disconformidad con el nivel de limpieza del centro.

- ¿Funciona bien el área administrativa?
- ¿Crees que el usuario se siente bien atendido?
- ¿En qué crees que puede mejorar?

El problema de la administración reside en la burocracia, Para acceder al especialista y a determinadas pruebas diagnósticas, tanto para realizarla como para acceder a los resultados, se requieren muchos documentos y permisos que ralentizan en gran medida el funcionamiento del sistema. Dificultan también la organización y gestión, ya que el personal tiene que tener en cuenta muchos documentos. Este problema puede solucionarse en parte aportando más personal, aunque se solventaría también el problema si se simplificase la metodología del sistema. Es cierto que la informatización y digitalización han ofrecido avances, pero aún puede organizarse y gestionarse mejor.

CONSULTA MÉDICA

Observa en la consulta de tu tutor el orden, la limpieza, la luz, el ruido, la temperatura, el olor. ¿Te parece una consulta acogedora? ¿Te sentirías cómo paciente cómodo siendo atendido en ella? ¿Y como profesional?

La consulta no aparenta hostilidad. La iluminación es adecuada, aunque las ventanas, al ser de cristales traslúcidos, no permiten ver el exterior, que en el caso de Tres Cantos tenemos la ventaja de que aporta un paisaje agradable. La presencia de ventanas y vistas al exterior reduce la sensación de aislamiento, y la luz natural puede suponer un ahorro en electricidad. En alguna ocasión, la temperatura ha sido algo alta. Es preciso prestar atención a este hecho, ya que en este caso SÍ QUE SE TRATA DE UN GASTO ENERGÉTICO ABSURDO, que genera además incomodidad, y facilita el agobio.

Tal y como está estructurado el mobiliario, no está diseñada la disposición del escritorio para la presencia de una segunda figura al lado del médico, al ser estrecho el espacio de separación entre la mesa y la puerta principal. En numerosas ocasiones presenta una obstaculización para el paso del paciente a la consulta.

No obstante, una vez dentro, es un lugar espacioso para realizar la exploración física, tanto para el médico como para el paciente.

2. ACTIVIDADES EN LA CONSULTA MÉDICA

Plantilla 1 COMUNICACIÓN NO VERBAL MEDICO-PACIENTE:

Fíjate en los diferentes actos de comunicación no verbal (en qué consiste, con qué parte del cuerpo la realiza...) que descubras durante tu estancia en la consulta, tanto en el médico como en el paciente, y explica qué intentan expresar.

Comunicación no verbal del MEDICO		Comunicación no verbal del PACIENTE	
DESCRIPCIÓN...	EXPRESA...	DESCRIPCIÓN....	EXPRESA...
<i>Asentir con la cabeza</i>	<i>Mostrar atención</i>	<i>Dejar la frase a medias y mirar de reojo a la hija pequeña</i>	<i>No querer dar detalles delante de la hija pequeña</i>
<i>Contacto visual</i>	<i>Mostrar atención</i>	<i>Taparse la cara con las manos</i>	<i>Vergüenza al llorar</i>
<i>Sonido de asentimiento mientras toma notas en el ordenador</i>	<i>Hacer ver que está prestando atención a pesar de estar tecleando en el ordenador</i>	<i>Ponerse la mano en el pecho</i>	<i>Falta de aire, presión en el pecho</i>
<i>Levantarse de la silla al final de la consulta</i>	<i>Expresar que la consulta ha llegado a su fin cuando el paciente se entretiene de manera innecesaria</i>	<i>Negar con miedo</i>	<i>Rechazo a que se le administre una inyección</i>
<i>Sonreír</i>	<i>Mostrar tranquilidad, transmitir confianza</i>	<i>Entrar cojeando</i>	<i>Dolor de pierna</i>

Plantilla 2 De las PALABRAS del paciente... al MOTIVO (o motivos) de consulta:

Describe en la siguiente tabla algunos ejemplos que ilustren la forma en la que el paciente expresa su motivo de consulta. Utiliza la columna de la izquierda para poner las palabras con las que el paciente se expresa y en la derecha cuál es el motivo que finalmente define el médico.

PALABRAS con las que el paciente expresa su MOTIVO DE CONSULTA	MOTIVO(S) DE CONSULTA
<i>“Creo que algo no anda bien... ahí abajo”</i>	<i>Siente molestias en la zona genital</i>
<i>“Me parece escuchar una musiquilla en el pecho...”</i>	<i>Silibancias en la respiración</i>
<i>“No hace falta que te diga nada, ¿no? Mira el bombo que tengo ya”</i>	<i>Solicitud de baja prenatal por estado avanzado de gestación</i>
<i>“Me ha salido un grano en las partes bajas”</i>	<i>Presencia de grano molesto y algo doloroso en los labios mayores de la región genital</i>
<i>“Estoy fatal. No puedo más”</i>	<i>Dolor articular, resfriado, debilidad generalizada</i>

Plantilla 3 INTERRUPCIONES EN LA CONSULTA MÉDICA:

“Interrupción: Interferencia en la relación o comunicación médico-paciente, desde el momento en que el paciente entra en la consulta hasta que sale de ella.”

Enumera y describe algunas interrupciones que se hayan producido en la consulta durante tu rotación. Algunos ejemplos de interrupciones:

- Llamadas de teléfono: desde la administración, de la consulta de enfermería, otros compañeros médicos, etc.
- Llamadas al móvil del médico o del paciente.
- Entrada de alguien del equipo en la consulta: celador, administrativo, señora de la limpieza, enfermera, etc.
- Otros pacientes llaman a la puerta o entran.
- El médico se ausenta de la consulta para atender una urgencia.

LISTA DE INTERRUPCIONES REGISTRADAS

Entrada de enfermera para solicitar la firma del médico para recetas de medicamentos. Por lo general no genera sensación de incomodidad ni invasión del tiempo de entrevista con el paciente.

Llamadas telefónicas han podido llegar a interrumpir al paciente en un momento de cierta delicadeza emocional. Posible sensación de falta de atención o irrelevancia si la llamada se alarga más de lo debido, ya que la espera para el paciente en medio de su expresión emocional puede ser algo larga.

Entrada de otro profesional sanitario con electrocardiograma de paciente atendido en la anterior cita para descartar presencia de isquemia y posible infarto de miocardio. Ha podido alargar la entrevista clínica unos minutos y dejar al margen al paciente, pero dentro de límites normales y justificables.

Breves paréntesis para aportar al estudiante explicaciones sobre determinados resultados en pruebas diagnósticas y decisiones de medicaciones. El vocabulario médico puede haber intranquilizado levemente al paciente, pero no más que la mera presencia de un estudiante de prácticas en la consulta.

Plantilla 4 RELACIÓN DEL MÉDICO CON OTROS PROFESIONALES:

Durante tu rotación en la consulta verás que el médico necesita relacionarse con diferentes profesionales: otros especialistas, enfermería, trabajador social, matrona, administrativos... Identifica con qué profesional se relaciona y el motivo de derivación.

PROFESIONAL	MOTIVO DE DERIVACIÓN
Traumatólogo	<i>Dolor muscular general. Diagnóstico inconcluyente por parte de numerosos especialistas de sanidad privada. Posible fibromialgia. Derivación a traumatólogo de La Paz por solicitud del paciente.</i>
Enfermera	<i>Administración parenteral de penicilina.</i>
Enfermera	<i>Administración de antitetánica por mordedura de perro.</i>
Radiología	<i>Radiografía AP y L de rodilla.</i>
Urgencias de La Paz	<i>Sintomatología similar pero menos acentuada de episodio de infarto de miocardio de 5 minutos de duración sin patología observable en EKG.</i>

Plantilla 5 ENTREVISTA CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA:

Presta especial atención a la entrevista de 3 pacientes, intenta distinguir en ella las fases de una entrevista semiestructurada, utiliza esta tabla como guion.

PACIENTE Nº	1	2	3
¿Hubo RECIBIMIENTO CORDIAL?:Saludo. Mirada al paciente x 15 segs.	SI	SI	SI
DELIMITAR MOTIVO DE CONSULTA:“¿Dígame. Qué quería consultarme hoy?”	SI	SI	SI
¿Hubo APOYO NARRATIVO?:Cabeceos; “Siga, le escucho...”; “Mmm...”	SI	SI	SI
PREVENIR DEMANDAS ADICIONALES:“¿Quería consultar algo más hoy?”	SI	NO	SI
¿SE RESUME LA INFORMACIÓN RECOGIDA?: “Entonces, si le he entendido bien, dice Vd. que...”	SI	SI	SI
INTERROGATORIO-Anamnesis: De Preg. Abiertas, a Sugerencias, a P. Cerradas	SI	SI	SI
¿Hubo ACTUALIZACIÓN DE PROBLEMAS PENDIENTES (consultas previas, prevención)	SI	NO	NO
ACOMPañAMIENTO DE LA EXPLORACIÓN: Voy a..	NO	NO	NO
¿Se RESUMEN LOS PROBLEMAS?: “Creo que vd. tiene...”	SI	SI	SI
¿Se dio INFORMACIÓN AL PACIENTE?	SI	SI	SI
Si hubo RESISTENCIAS, ¿hubo NEGOCIACIÓN?	NO resistencia		
Se COMPRUEBA SI ENTENDIÓ lo que se le dijo	SI	SI	SI
¿Hubo TOMA DE PRECAUCIONES?: p.e. “Si no mejora, vuelva...”	SI	SI	SI

Plantilla 6 MODELO BIO-PSICO-SOCIAL:

Componentes del motivo de consulta. Datos del entorno del paciente que matizan el motivo de consulta:

Elige 5 entrevistas e intenta determinar las dimensiones biológica, psicológica y social que acompañan cada problema de salud identificado.

Paciente/ Problema de salud	Componente BIOLÓGICO	Componente PSICOLÓGICO	Componente SOCIAL	
			Aspectos familiares	Aspectos sociales
<i>Aparente dolor en el pecho</i>	<i>Anomalías cardiovasculares</i>	<i>Profundo estrés</i>	<i>Antecedentes de infarto por parte del padre del paciente por situación de estrés compartida por los dos</i>	<i>Estrés relacionado con el ambiente laboral (negocio familiar)</i>
<i>Depresión</i>	<i>Debilidad, respuestas fisiológicas al estrés prolongado</i>	<i>Miedo, ánimo decaído, debilidad emocional</i>	<i>Hijo de 26 años violento y agresivo. Situación conyugal comprometida por marido agresivo, desconsiderado que compromete autoestima del paciente</i>	<i>Aislamiento social, claro caso de violencia doméstica. Recursos humanos limitados por necesidad de toma de decisión por parte del paciente</i>
<i>Ataque de ansiedad</i>	<i>Frecuencia cardíaca y respiratoria elevadas, otras respuestas fisiológicas a la ansiedad</i>	<i>Estado emocional alterado. Mayor frustración por no encontrar el paciente motivo que cause dicho desbordamiento emocional</i>	<i>Situación familiar no conocida. Independencia del paciente parece indicar que no es la causa del problema, aunque la falta de apoyo familiar puede ser un agravante</i>	<i>Aparentemente, la situación social no parece comprometida. Exceso de independencia del paciente puede llevar a aislamiento social, sensación de incomprensión, marginación, falta de apoyo...</i>

Paciente/ Problema de salud	Componente BIOLÓGICO	Componente PSICOLÓGICO	Componente SOCIAL	
			Aspectos familiares	Aspectos sociales
<i>Fibromialgia</i>	<i>Afectación y dolor muscular a nivel general, especialmente brazos y espalda</i>	<i>Alto nivel de estrés generalizado</i>	<i>Sobrecarga de responsabilidades familiares (cuidar hijos, mantenimiento del hogar...)</i>	<i>Estrés laboral. Tensión muscular acumulada en puesto de trabajo.</i>
<i>Gastroenteritis</i>	<i>Deposiciones líquidas, dolor abdominal, malestar digestivo</i>	<i>Fuerte componente de angustia y estrés</i>	<i>Ligero estrés por responsabilidades familiares</i>	<i>Estrés y angustia laboral por trato conflictivo con compañero de posición laboral aventajada, sobreexplotación laboral, ligero maltrato psicológico</i>

Plantilla 7 ACTIVIDADES PREVENTIVAS/CURATIVAS:

Describe en la tabla algunas actividades de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación que se han realizado durante tu estancia en la consulta con los diferentes pacientes.

Actividades de Promoción de la salud	Actividades Preventivas	Actividades Curativas	Actividades Rehabilitadoras
<i>Dieta completa y equilibrada</i>	<i>Vacunación (repetición de antitetánica)</i>	<i>Dosis de penicilina</i>	<i>Disminución de ingesta de alcohol</i>
<i>Deporte</i>	<i>Mantener medicación con psicofármacos hasta pasada la primavera para evitar recaídas</i>	<i>Pomada para la piel</i>	<i>Natación</i>
<i>Leer (salud psicológica, mental e intelectual)</i>	<i>Fármacos con efecto beta bloqueante para proteger corazón además de ofrecer tratamiento principal, dado que el paciente presenta factores de riesgo</i>	<i>Antiinflamatorios y reposo</i>	<i>Rehabilitación tras esguince</i>

Plantilla 8 TRABAJO FINAL DE LA ROTACIÓN:

ELABORACIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA

Escoge un paciente concreto, que te haya parecido interesante, o te haya llamado la atención, ya sea por la enfermedad que padece, por la comunicación no verbal que se establece durante la entrevista, por la relevancia del componente psicológico o social en su problema de salud, o por cualquier otro motivo.

Sobre este paciente, construye una Historia Clínica breve (un folio) que contenga los siguientes apartados:

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN** (ficticio). Edad, sexo, ocupación, estado civil. Fuente de la historia.
2. **MOTIVO DE CONSULTA**. Problemas de salud por los que el paciente busca atención clínica.
3. **ENFERMEDAD ACTUAL**. Amplifica y describe la queja principal.

Los siete atributos de un síntoma

1. **Ubicación**. ¿Dónde está? ¿Se irradia?
2. **Calidad**. ¿Qué siente?
3. **Cantidad** o la gravedad. ¿Qué intensidad? ¿Qué sensación de gravedad?
4. **Tiempo**. ¿Cuándo hace que empezó? ¿Cuánto fue la última vez? ¿Con qué frecuencia?
5. **Circunstancias en que se produce** (ambientales, actividades, emociones u otras circunstancias...)
6. **Factores que mejoran o empeoran** el síntoma.
7. **Manifestaciones colaterales**. ¿Ha notado usted alguna otra cosa que lo acompaña?

4. **ANTECEDENTES PERSONALES.** Enfermedades de la infancia, de adulto (con las fechas) por lo menos en cuatro categorías: médicos, quirúrgicos, psiquiátricos y obstétricos/ginecológicos (en la mujer). Incluir actividades de prevención.
5. **ANTECEDENTES FAMILIARES.** Edad y patologías o causa de muerte de los hermanos, padres, y los abuelos.
6. **HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL.** Nivel educativo, intereses personales y estilo de vida.
7. **ANAMNESIS POR ÓRGANOS Y APARATOS.** Síntomas de cada aparato corporal.
8. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Escribir los hallazgos de la exploración (normales y anormales).
9. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.**
10. **ACTUACIÓN TERAPÉUTICA.** Si procede.

HISTORIA CLÍNICA ELABORADA POR EL/LA ESTUDIANTE

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**
 - a) *Edad:* 53 años.
 - b) *Sexo:* Mujer.
 - c) *Ocupación:* Enfermera.
 - d) *Estado civil:* Casada.
 - e) *Fuente de la historia:* la propia paciente que acude acompañada de su marido.
2. **MOTIVO DE CONSULTA.** Consulta por malestar general, debilidad, dolor torácico, dificultad respiratoria, expectoración y tos.
3. **ENFERMEDAD ACTUAL**
 - a. *Ubicación:* La paciente presenta un dolor torácico que es más severo en el hemitórax izquierdo, y que no se irradia.

- b. *Calidad*: El dolor es agudo de tipo visceral, que acompaña a los movimientos respiratorios.
- c. *Cantidad*: El dolor es muy fuerte, evaluado con un 8 en una calificación del 1 al 10 para el dolor.
- d. *Tiempo*: El paciente refiere que hace 10 días inició con expectoración verdosa, malestar y fiebre y acudió al médico donde se le recetó Ampicilina de 500g cada 8h, sin mostrar mejoría. Desde hace 5 días ha empezado a notar fatiga a medianos esfuerzos, acompañado de una mayor debilidad casi todo el día, y disnea. El dolor torácico ha aparecido hace unas 12 horas aproximadamente, y su intensidad aumenta con el paso del tiempo.
- e. *Circunstancias en las que se produce*: El dolor es continuo aunque es más intenso al acompañarse de algún tipo de esfuerzo físico o con la tos.
- f. *Factores que lo mejoran o empeoran*: Los esfuerzos físicos y la tos hacen que el dolor sea más agudo. El dolor cede levemente con el reposo.
- g. *Manifestaciones colaterales*: Expectoración verdosa, malestar general, fiebre, dificultad respiratoria, tos.

4. ANTECEDENTES PERSONALES

- No presenta *alergias* conocidas.
- *Antecedentes médicos*.
 - Diabetes Mellitus, diagnosticada hace 15 años. Tratamiento con Glibenclamida de 5 mg/12h.
 - Hipertensión arterial sistémica, diagnosticada hace 1 año. Tratamiento con diurético.
- *Antecedentes quirúrgicos*.
 - Apendicectomía a los 19 años.
- No presenta *antecedentes psiquiátricos*.
- *Antecedentes obstétricos/ginecológicos*: Dos embarazos, ambos con parto natural. Menopausia desde hace 2 años.
- *Vacunas*, todas según la cartilla de vacunación.
- *Actividades preventivas*. Revisión ginecológica 1 vez al año. Revisiones periódicas de niveles de glucemia y de tensión arterial.
- *Hábitos tóxicos*. Exfumadora desde hace 5 años. Fumó durante 20 años 1 cajetilla al día. No consume alcohol de forma habitual, salvo alguna bebida de baja graduación los fines de semana.

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

- Padre con Diabetes Mellitus. Infarto agudo de miocardio hace dos años.
- Madre con Hipertensión Arterial. Muerte a los 60 años por cáncer de mama.
- Dos hijas de 20 y 18 años, sin problemas de salud.
- Su marido no presenta ningún problema de salud.

6. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

- Enfermera en el Hospital Fundación Jiménez Díaz desde hace 20 años.
- Casada desde hace 25 años y tiene dos hijas de 20 y 18 años. Su marido es abogado. Sus hijas están en la universidad, la mayor estudia Medicina y la menor Turismo.
- Vida bastante ajetreada por el estrés del trabajo y las guardias.
- Intenta llevar una vida sana debido a sus enfermedades, cuida bastante su alimentación y hace deporte. Dejó de fumar hace 5 años.

7. ANAMNESIS POR ÓRGANOS Y SISTEMAS

- *Síntomas generales:* fiebre, pérdida de peso, malestar general, pérdida de apetito.
- *Sistema respiratorio:* disnea, tos, expectoración. En la consulta presenta por primera vez hemoptisis.
- *Sistema cardiovascular:* Disnea de esfuerzo. Ligero edema en extremidades.
- *Sistema gastrointestinal o digestivo:* pérdida de apetito.
- *Sistema genitourinario:* sin alteraciones.
- *Sistema endocrino:* pérdida de peso desde que comenzó con el malestar.
- *Sistema neurológico o órganos de los sentidos:* sin alteraciones.

8. EXPLORACIÓN FÍSICA

- Temperatura corporal: 37,7°C.
- Frecuencia cardiaca: 80 pulsaciones/min.
- Tensión arterial: 150/100.
- Frecuencia respiratoria: 32 respiraciones/min (Taquipnea). Matidez a la percusión. Aumento del frémito táctil y vocal. Pectoriloquia áfona. Estertores. Roce pleural.

9. *PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Rx PA y lateral de tórax.* Derrame pleural en el lado izquierdo, con presencia de pequeñas condensaciones en ambos pulmones a altura de las bases y lóbulos medios de los dos pulmones.
10. *ACTUACIÓN TERAPÉUTICA.* Se manda a la paciente al servicio de urgencias del Hospital Fundación Jiménez Díaz.

ANEXO 4

“NARRATIVAS” escritas y entregadas por estudiantes como tareas docentes de la asignatura “Introducción a la práctica Clínica”

Se presentan dos ejemplos (anonimizados) por cada una de las tres narrativas programadas como tareas que cada estudiante debía de subir en tiempo y forma a su “portafolio”, escritos por diferentes estudiantes en la edición de la asignatura en el curso 2015-16.

Ejemplo 1. NARRATIVA 1: SER MÉDICO

1. ¿Qué es ser médico para ti?

Ser médico, en mi opinión, es dedicar tu vida al resto de las personas. Ser médico no solo comprende el operar y extirparle por ejemplo un tumor, sino comprenderles, ayudarles, respetarles y ser capaz de curar todas las patologías que presenten, sean físicas o psicológicas.

2. ¿Por qué quisiste ser médico?

Para ser sinceros, no podría dar una sola respuesta a esa pregunta. Siempre he querido ser médico, desde muy pequeña. Ni siquiera sabría decir el momento exacto en el que lo decidí.

A lo largo de los años han sido muchas las profesiones que se me han pasado por la cabeza, pero solo la medicina se ha mantenido firme.

Cuando se lo decía de pequeña a mis padres siempre me decían: “¿Médico? ¿Por qué médico? Los médicos trabajan demasiado y tienen que estudiar toda su vida”. Cierto, incluso de pequeña ya era consciente y aún así mantenía mi decisión.

¿De dónde me viene ese afán por la medicina? Pues lo cierto es que no lo sé. Quizás de todas esas veces que siendo pequeña me caía como cualquier niño y me hacía un raspón en la rodilla.

Yo misma era la que me lo curaba: agua, jabón y un poco de Betadine. Eso me decía mi madre siempre. Era lo necesario para curar una “herida de niños”. Y así lo solía hacer. En vez de llorar por haberme caído, yo siempre me levantaba corriendo entusiasmada ante la posibilidad de curar a alguien, incluso aunque ese alguien fuese yo.

Yo fui mi primer paciente, pero no el único. Cuando tenía alrededor de 7 años operaron a mi padre. Mi mayor ilusión era poder curarle, ver la herida, jugar a ser médico. Y hasta que se curó, estuve todos los días pidiéndole ver la preciosa herida de guerra que le había quedado tras la operación. Sí, para mí era preciosa, era grande, parecía algo peligroso y por qué no, heroico (aunque simplemente fue una operación sencilla).

A pesar de todas esas “prácticas” que con tanta ilusión vivía, la razón más potente por la que me quise hacer médico fue por la ilusión que sentía y que aún siento por ayudar a las personas y por aquella promesa que un día hice a S..., una vieja amiga siendo una cría. Mis vecinos la apadrinaron siendo pequeña y cada verano venía desde el Sahara hasta España para disfrutar de nuestro país.

Cuando somos pequeños no pensamos más allá de las cuatro paredes que nos rodean, no reflexionamos acerca del mundo, vivimos pensando solo en ser el más popular del cole, el chico que te gusta, en jugar bien al fútbol, etc.

Sin embargo, ella me abrió una ventana en la que pude mirar más allá de lo que ya conocía. Debo reconocer que en aquel momento, muchas de las cosas que me contaba no las entendía, pero con el tiempo han sido muchas las veces que me he parado a pensar en ella y en todas las historias que me contaba.

Con el tiempo la he comprendido y sobre todo he comprendido su injusta realidad.

Cada verano nos veíamos y S... me contaba cómo era su vida entre juego y juego. Conocí los detalles de vivir en un país pobre en el que ni siquiera tienes una casa, ni una cama (dormían en alfombras dentro de una tienda de campaña) y en el cual es difícil comer más de una vez al día. Todas estas condiciones infrahumanas hacían que su sistema inmune fuese débil y padeciesen muchas enfermedades. Y si a esto le sumas los ínfimos recursos sanitarios con los que cuentan, la mortalidad es muy elevada.

Como ya he dicho, esa amiga me abrió las puertas a una nueva realidad, me concienció de la suerte que yo tenía de haber nacido en España y de las injusticias que existían en el mundo.

Cada año nos despedíamos llorando y deseando que pasará rápido el invierno para poder volver a vernos. Cuando ella cumplió 13 años (yo tendría unos 10) me dijo que era su último año. Cuando volviese a su casa la casarían con un hombre al que no conocía y ya no podría volver. Yo por supuesto no entendía nada de eso, ¿cómo se iba a casar siendo una niña? ¿Con alguien que no conocía? Aunque trataron de explicármelo, fueron los años los que me hicieron comprender la situación.

Aquel último año la despedida fue diferente, las dos sabíamos que era la última.

Entonces yo hice una promesa. La prometí que algún día iría a su país, la buscaría y ayudaría a toda la gente que vivía como ella. Fue una inocente promesa de una niña de 10 años. Sin embargo, nunca la he olvidado. Con los años, esa promesa se ha convertido en algo más real.

Quiero ser médico, además de para operar y tratar enfermedades, para poder viajar a países subdesarrollados y poder ayudar a personas como S... y su familia. Siempre he soñado con ser parte de una

ONG como médicos sin fronteras. Por lo tanto, todas estas experiencias hicieron que se acrecentara mi deseo por estudiar medicina. Quiero salvar vidas, ayudar, ser útil en la sociedad, dejar huella en el mundo, hacer feliz a otra gente y vivir dando vida.

3. ¿Qué esperas de la profesión?

Mis padres siempre me enseñaron que no hay que esperar nada de nadie ni de nada, simplemente hay que luchar, esforzarse y conseguirlo. Por eso, no espero sino que conseguiré ser un buen médico, entrar en un quirófano y salvar vidas. Conseguiré hacer sonreír a un niño en sus peores momentos. Conseguiré ver la esperanza de toda una familia al comunicarles que su familiar es fuerte y ha conseguido superar la operación. Conseguiré viajar a África, Perú o cualquier país que necesite un poco de ayuda. También conseguiré ser feliz y disfrutar cada día de mi profesión y de mi vida.

Eso es todo lo que espero, y eso es por lo que lucharé.

Ejemplo 2. NARRATIVA 1: SER MÉDICO

Si ser médico...
es entregar la vida
a la misión elegida.
Si ser médico,
es hacer de la ambición nobleza;
del interés, generosidad;
del tiempo, destiempo;
y de la ciencia, servicio
al hombre que es el hijo de Dios.
Si ser médico,
es no cansarse nunca de estudiar
y tener, todos los días, la humildad

de aprender la nueva lección
de cada día.
Si ser médico,
es amor, infinito amor,
a nuestro semejante y acogerlo,
sea quien sea, con el corazón
y el alma abiertos de par en par.
Entonces, ser médico,
es la divina ilusión de que
el dolor, sea goce;
la enfermedad, salud;
y la muerte, vida.

Gregorio Marañón

Cuando comencé a estudiar medicina escogí esta carrera sin una razón en particular. El tiempo se me echaba encima y la familia, los amigos e incluso el éxito en selectividad señalaban en esta dirección. Paradójicamente, la ausencia de una expectativa en concreto se ha convertido en mi más valioso aliado en estos casi dos años de carrera.

La ciencia suscita de forma natural una cierta fascinación. Los misterios que desde pequeño estimulaban los ojos curiosos de aquel niño que un día fui fueron los mismos que me empujaban día a día para asistir a clase y aprender más sobre el ser humano. Así germinó mi primera motivación, mi primera expectativa. Y este hombre del que yo quería conocer hasta el último detalle se reveló como un ser mucho más grande, magnífico e inabarcable. Resultó tener aspiraciones que trascendían su cuerpo y magulladuras en el cuerpo que las lastraban. Los hombres arrastraban penas que sufrían y callaban en lo más profundo de su ser, tenían afectos por aquellos que consideraban de su propia sangre y miedo a despedirse de ellos al expirar su último aliento. Estudiar lo estrictamente físico y mensurable me puso en conocimiento de una realidad

intangibles mucho mayor que había estado ignorando hasta entonces. Fue entonces cuando entendí que debía dedicar mi vida a este ser tan extraordinario con todas las armas de las que pudiera disponer. Sanar la enfermedad es labor de la medicina, pero aun cuando esta excede los límites de la ciencia la enfermedad sigue siendo labor del médico.

Y esto es ser médico para mí, el fin último, el que espero me acompañe, con sus amarguras y sus satisfacciones, en la salud y la enfermedad, hasta el fin de mis días.

Ejemplo 3.

NARRATIVA 2: VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD

UNA SIMPLE DIABETES

Todo empezó hace unos quince años. Yo era sólo un niño y la verdad es que ni siquiera recuerdo aquel momento pero sé que por suerte o por desgracia ha sido uno de los momentos más determinantes para mi vida. Tras el nacimiento de mi hermana a mi padre le diagnosticaron diabetes, una enfermedad que hoy en día no es considerada muy grave ya que llevando un estilo de vida adecuado, teniendo una dieta controlada y aplicándose un tratamiento de insulina (inyectada en el caso de mi padre) no tiene grandes consecuencias y permite llevar una vida completamente normal.

Sin embargo mi padre, por motivos que nunca entenderé, decidió no tratarse, seguir comiendo cualquier cosa y no hacer ejercicio. Al principio, tal y como era de esperar, no tuvo ninguna consecuencia aparente pero a los pocos años mi padre pasó, en cuestión de pocos meses, de pesar unos 120 kilos a pesar alrededor de 70, algo que teniendo en cuenta lo que ya he comentado en cuanto a su dieta habitual, basada principalmente en todo lo que no debía comer, resulta bastante extraño, de hecho es algo que espero poder

comprender algún día dada la carrera que he decidido estudiar. Además de esta repentina bajada de peso empezó a tener problemas osteoarticulares, especialmente en las rodillas y a ir teniendo una apariencia física propia de alguien de sesenta años con tan sólo cuarenta. Aun así el seguía firme en su capricho de no ir al médico bajo ningún concepto y fingir que todo iba bien, hasta tal punto que, en mi opinión, acababa convenciéndose a sí mismo de que así era.

Y durante bastantes años la cosa siguió igual, cada vez estaba más delgado y su carácter se hacía más agrio día a día pero lo cierto es que clínicamente tampoco había nada especialmente llamativo.

Hasta que, como era de prever, su cuerpo estalló y todo vino de golpe. Hace más o menos un año y medio, en el verano de 2012, empezó a perder la visión a un ritmo bastante acelerado, por fin accedió a ir a un especialista y le diagnosticaron una fuerte retinopatía diabética. Había perdido el 75% de la visión del ojo izquierdo y el 60% derecho, le dijeron que no había apenas margen de recuperación pero que si no se operaba el problema aumentaría incluso llegando a perder la visión por completo. Para sorpresa de todos recapacitó y decidió operarse.

No obstante a partir de ahí todo vino en cadena, al tenerle que anestesiar para la operación le hicieron bastantes pruebas y tuvo que ver a varios especialistas los cuales le iban comunicando las malas noticias una tras otra. El riñón, el hígado, la circulación, el corazón... no había casi nada que funcionase adecuadamente. Además se quedó en paro y al no trabajar mi madre todo tuvo que hacerse mediante sanidad pública que aunque ha resultado ser de excelente eficacia y con un trato inmejorable la mayoría de veces (de hecho para mí es un gran derecho por el que todos debemos luchar) ha hecho que el proceso fuese lógicamente más lento al tener que ir a diferentes centros con diferentes equipos médicos que además debían coordinarse y ponerse de acuerdo.

Tras unos frenéticos meses de visitas y pruebas parecía que todo iba mejor hasta que debido a su deficiencia cardiovascular su pie derecho empezó a gangrenarse y empezó a volver a su vieja costumbre de callarse y aguantar hasta que otra vez su organismo dijo basta. Empezó a tener además una gran infección en el mismo lugar que hizo estar con mucha fiebre y verse de nuevo obligado a ir, en este caso a urgencias, donde decidieron ingresarle y finalmente determinaron que la única solución era amputar.

Fueron meses duros, que además coincidieron con el fin del curso y la selectividad, lo que hizo que se sumasen los nervios a tener que ver a mi padre día a día durante meses en el hospital, cada vez más débil, con una gran desnutrición (ya que es muy “mal enfermo” y no consentía probar si quiera la mayoría de platos que allí le preparaban) e incluso perdiendo facultades mentales. Aunque como es lógico dado su cuadro clínico el proceso fue bastante largo es cierto que salió bien la operación y tras una lenta recuperación por fin pudo, aunque no por mucho tiempo volver a casa.

Aunque parezca irónico quizás desde que volvió a casa están siendo los meses más duros para todos, ya que con cincuenta años recién cumplidos lo único que puede hacer es lo que menos le conviene, fumar. No es capaz de levantarse por sí mismo, de leer o de estar con el ordenador lo cual ha hecho que entre en una depresión bastante fuerte que hace que todos los que estamos a su alrededor solo podamos intentar levantarle el ánimo lo cual dada su testarudez a veces es bastante frustrante.

Quién iba a decir que una simple diabetes iba a dar tantos problemas...

Ejemplo 4. NARRATIVA 2: VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD

Llevamos estos dos años de carrera imaginando cómo será nuestra vida profesional, aprendiendo sobre cómo ser buenos médicos, qué tipo de sanitarios queremos ser. Hemos hecho reflexiones sobre la importancia de tratar de la manera apropiada a los pacientes, cómo conseguir que confíen en nosotros, sobre qué significa, qué implica ser médico. En cambio esta tarea nos devuelve al mundo actual, a la perspectiva de lo que todos hemos sido, somos o seremos, pacientes.

¿Cómo nos hemos sentido siendo pacientes? ¿Cómo nos hemos sentido “al otro lado de la mesa” que es aun el nuestro? Como la mayoría de las personas he tenido experiencias buenas y malas en el ámbito de salud, tanto como paciente como de acompañante.

Ir al médico no es algo que me haga especial ilusión, en realidad me cuesta mucho ir. Supone buscar un hueco en el poco tiempo libre que tenemos entre semana, esperar las usuales colas que se forman por el “retraso” completamente comprensible que llevan los médicos en sus citas, pero, al fin y al cabo, igualmente fastidioso si tienes prisa y encima no te encuentras bien. Dicen tu nombre, la paciente espera termina y entras en la consulta. Un escueto “buenos días” te indica que tu médico de cabecera es consciente de que un nuevo ser ha entrado por la puerta, con suerte le sigue un “síntese”, después silencio, mirada al ordenador: comienza la segunda espera, que si bien más corta, no menos irritante. Esta vez consiste en esperar una señal que te indique cuándo debes empezar a contar por qué estas allí. Una vez explico qué me ocurre vuelve un silencio y después hay dos caminos posibles para la resolución de la casi totalidad de mis citas con mi médico de cabecera: la primera y más frecuente, me extiende una receta, “cada ocho horas, con el

estómago lleno, durante siete días”, y la segunda opción es que crea oportuno realizar una exploración física, esta que según hemos estudiado es prácticamente obligada, no es ni mucho menos habitual, lo cual ha hecho que me llegue a replantear si mi médico tiene visión de rayos X. Al final lo único que queda son las impetuosas ganas de salir de la consulta y la certeza de que la amable farmacéutica te habría podido ayudar de igual o mejor manera.

Puede parecer una exageración, pero esos son exactamente los sentimientos que me invaden cuando tengo que ponerme al otro lado de la mesa. Cuando estamos enfermos o nos preocupa algo que concierne a nuestra salud es fácil que nos pongamos nerviosos, estemos más inseguros que de costumbre y también en cierto modo más irritables. Es sobretodo en estas ocasiones cuando esperas de la persona que te va a tratar un mínimo de atención y empatía. En esa situación te encuentras cuando ves que el médico invierte cierto tiempo, el que necesita, en atender a los que te preceden en la lista y en cambio al llegar tu turno cumple los cinco rigurosos minutos establecidos. Entiendo que la gravedad de las consultas no es siempre comparable; por ejemplo comprendo a la perfección que invierta más tiempo en explicarle algo a una persona mayor que en diagnosticar una gripe. Pero mi experiencia con esta sanitaria radica en mandarme a casa independientemente de cuál sea mi afección: un simple resfriado, un bulto en el ojo “que se iría solo” pero que resultó ser un quiste o una erupción cutánea que también desaparecería pero que ocultaba una escarlatina. Bueno, me dije a mi misma que no debía ser tan dura porque todas las personas y los médicos incluidos tienen días malos y pueden, por supuesto, equivocarse; y sí, era extrañamente coincidente con mi caso en particular pero no tenía por qué significar nada. Finalmente un día más acudía la consulta, y al oír mi segundo apellido cuando me nombraban se volvió hacia mi (¡por primera vez en dos años!) y me preguntó que quién era mi madre y yo extrañada le contesté, preguntándo-

me qué tendría aquello que ver con mis mareos. Resulta que eran del mismo pueblo, aquella bendita coincidencia supuso que mi médico comenzara a prestarme una atención que hasta podría catalogarse de “especial” y también el final de nuestra relación médico-paciente, porque decidí que aquello era el colmo, una profunda falta de profesionalidad y definitivamente la señal para cambiar de médico.

Por supuesto no solo he tenido experiencias como la anterior con médicos, puedo afirmar que son más los que han sabido entenderme, tratarme y curarme, pues en mi opinión si nos sentimos cómodos, confiamos y nos sentimos agradecidos por la ayuda que se nos presta (en lugar de ignorados e irritados) es, al menos para mí, más sencillo volver a la consulta y también lograr una mayor adherencia al tratamiento.

Un ejemplo que recuerdo especialmente fue estando de visita en el Gregorio Marañón cuando mi abuelo se encontraba ingresado estando yo en el instituto. Me encontraba yo sola con él, que en aquel momento dormía. Aún a día de hoy me resulta innegable decir que estaba muy preocupada y al parecer debía saltar a la vista. Yo no paraba de mirar todas las máquinas a las que estaba conectado, inquietada por los pitidos que emitían, temiendo que alguno de ellos significara “algo malo” y yo no lo supiera. Un médico pasó por la puerta, y en vez de seguir su camino se detuvo y entró. Al verme tan atenta a las constantes de mi abuelo, que por aquel entonces no tenía gran idea de qué eran, se sentó y me explicó de manera sencilla qué significaba cada una y entre que valores debía estar, así si lo veía en ese rango estaría más tranquila y sí se salían del mismo podría avisar a alguien, reiterando que no haría falta. Yo no estaba enferma, ni siquiera a mi abuelo le estaba pasando nada en aquel momento, pero ese médico invirtió su tiempo en tranquilizarme y hacerme entender mejor las cosas sin ser su obligación, y es algo por lo que siempre estaré agradecida y de lo que intentaré tomar ejemplo.

Ejemplo 5.

NARRATIVA 3: PRIMERA EXPERIENCIA ANTE UN PACIENTE REAL

Acababa de llegar al centro de salud. La Dra H. me explicó brevemente como funcionaba la consulta y cuál era su mecánica de trabajo. Entonces abrió la puerta de la consulta y llamó al siguiente paciente. Cuando abrió la puerta vi a un hombre mirando al suelo, con la mano en la frente. Cuando H. salió la miró, con cara de desesperación y tristeza, y volvió a mirar al suelo cuando H. no le nombró. Tras un par de pacientes que venían a por recetas, llegó su turno. H. le conocía, y antes de que entrase me dijo: “Creo que al siguiente paciente se le ha muerto la mujer”. En ese momento se me hizo un nudo en la garganta y me quedé en blanco. Realmente lo que se me pasaba por la cabeza era que no estaba preparada. Tenía miedo de mi reacción, y de cómo el se pudiera sentir por ella.

Cuando quise darme cuenta estaba entrando a la consulta, con la mayor cara de tristeza que puede existir, desconsolación, dolor. Miró a H., hizo un gesto de negación con la cabeza y con eso lo dijo todo. La doctora le dio el pésame y le preguntó que cuando había sido.

Yo no conocía el caso de su mujer y poco a poco me fui enterando de la historia. La mujer tenía un cáncer con metástasis, y en Febrero le habían estimado unas pocas semanas de vida, y aguantó dos meses. La pareja era joven, unos 50-55 años, sin hijos, solo se tenían a ellos. Él se hizo cargo de ella durante todo el tiempo de su enfermedad hasta el final.

Durante la conversación se rompía a llorar a cada palabra que decía, y se disculpaba todo el rato porque decía que él nunca había sido de llorar, pero que no podía evitarlo, su mujer, su único apoyo, el amor de su vida, se había ido para siempre. Decía que se sentía contento, porque había cumplido todo lo que ella le había pedido y había estado a su lado, solo, ya que no contaba con ayuda de nadie más. Lo

único de lo que se arrepentía era de haberla llevado al hospital en sus últimos momentos, cuando su deseo era morir en casa.

Tanto Hilaria como yo estábamos emocionadas, y sobretodo en su mirada se observaba una empatía que me fascinó. Ella les conocía desde hacía muchos años y conocía su historia. Empezó a consolarle haciéndole ver que él lo había hecho todo por ella, que debía de estar satisfecho porque había hecho todo lo que estaba en su mano y más, y que no podía arrepentirse de nada porque no podía haberlo hecho mejor. Le dijo que ella seguro que estaba muy orgullosa y contenta por todo lo que él le había dado, eternamente agradecida. Le dijo que no debía sentirse mal por haberle llevado al hospital cuando la vio mal, porque todos lo hubiésemos hecho, es una respuesta innata, por la esperanza de poder hacer algo.

El dijo que sentía que lo había dado todo, y que ahora lo último que le quedaba era concederle su último deseo, tirar sus cenizas al estrecho de Gibraltar. Era donde habían ido juntos en su primer viaje, a ver ballenas, que le encantaban. Mientras nos lo contaba levantó la mirada con los ojos brillantes y dijo: ya se que está prohibido, pero me da igual, por ella seguiría dando el mundo.

H. le preguntó por la familia de ella. Él nos contó que ni siquiera se habían dignado a ir al entierro. Su familia se había desentendido de ella, ni siquiera la habían visitado durante su enfermedad ni durante sus etapas finales. Ella estaba sola y solamente le tenía a él. La única ayuda externa con la que contaban era de la hermana de él, que había venido las ultimas semanas a ayudarle, porque realmente estaba desbordado. Decía: “Está mi hermana conmigo, me tiene la cabeza loca de recoger todas las cosas de la casa, de ir de un sitio para otro”. Hilaria le dijo que se dejase liar por su hermana, que ella lo hacía por entretenerle.

Decía que lo que más le preocupaba era que le diese un bajón cuando su hermana se fuese y se viese solo. Le iba a costar al principio pero esperaba superarlo y seguir con su vida. Al fin y al cabo era

joven, debía estar contento y satisfecho con lo que había hecho por ella, porque seguro que ella estaba orgullosa de tener un hombre como él. La tristeza era normal, sobretodo cuando se va un pilar tan importante. Cada uno manifiesta la tristeza de una forma, y quien llora no significa que sienta más que el que no llora. Cada uno sentimos nuestro dolor, y cada uno conocemos nuestra propia historia.

Cuando salió de la consulta, nos agradeció nuestra atención, y sobretodo a H., por todo lo que había dado por la mujer durante tantos años.

Estuvimos aproximadamente una media hora con el paciente. Cuando este salió de la consulta, se dirigió a mi y me dijo que no hay tiempo que valga, que cuando un paciente lo necesita hay que darle todo el tiempo del mundo.

Cuando imaginaba cual seria mi primer paciente no me imaginaba para nada que fuese un caso como este, pero ahora se que me la historia de esta pareja me marcará para siempre. Lo que aprendí durante esta media hora de Hilaria, de cómo se comportó, de cada palabra, de cada gesto, de su empatía, de su saber estar, no lo voy a olvidar nunca. En ese momento también me sentí que estaba donde debía estar. Cuando el paciente salió, un poco mejor de lo que había entrado, y dándonos las gracias, me di cuenta de que tanto esfuerzo iba a merecer la pena. Este es mi sitio.

Ejemplo 6.

NARRATIVA 3: PRIMERA EXPERIENCIA ANTE UN PACIENTE REAL

Martes 29 de marzo. Recién acabada la semana santa. El día idóneo para que una pequeña excursión al centro de salud "CdS" a las 4 de la tarde se convierta en todo un desafío... Pero lo pienso por un momento y me digo "¿No es esto por lo que estudiamos? ¿Para poder encontrarnos alguna vez al otro lado de la mesa de consulta?"

Acto seguido cojo mi bata, mi fonendo y mi cuaderno de prácticas, y empiezo el camino al Centro de Salud.

Hacia las 4 menos cuarto estamos mi amiga y yo en frente del centro, bata incluida, preparados para nuestra primera experiencia ante un paciente real. Y no voy a negarlo, nos sentimos bien. Hablamos con nuestro tutor en el centro, y nos dispersa con las médicas a las que vamos a acompañar durante las próximas cuatro horas. A mí me toca J. “una doctora majísima, que te va a tratar genial”. Llego a su consulta, nos presentamos y entra el siguiente paciente. No hay respiro en consulta.

Así pues, me encuentro allí sentado, a la izquierda de J., delante de una mujer de mediana edad que viene a pedirle una receta para un nuevo medicamento. Delante de mi primer paciente.

Carmen, la paciente, habla a la doctora con un tono irónico, tajante, con claras muestras de estar enfadada. Carmen nos cuenta que desde que se le cambió la medicación (en realidad solo se había cambiado por el principio activo) se encuentra fatal, que no duerme y que está, por lo tanto, el resto del día irritada. “A ver para que llegas tú y me cambias la pastilla”, “sí sí, dame la de antes, la buena”. Empezamos bien la tarde, con una paciente cuanto menos complicada (me digo yo). J. no obstante no se altera lo más mínimo, y ejerciendo con un meritorio ejemplo de paciencia, le sonrío y le contesta: “Muy bien Doña Carmen, le imprimo ahora mismo la medicación de antes si estaba mejor con ella”. Aguantamos otros 5 minutos de reprimendas, y Doña Carmen cierra la puerta de la consulta, receta en mano.

Parece que para un primer paciente “me ha tocado” uno duro. Pero lo cierto es que pensándolo a posteriori, pienso que fue un primer paciente más que adecuado.

Es importante que empecemos a hacernos a la idea de que no todos los pacientes van a venir con una sonrisa, abiertos a contarnos

su motivo de consulta y agradecidos por nuestro trabajo. Hay pacientes complicados, que por su situación, por su forma de ser o por cualquier otra razón, acuden a nosotros enfadados, reprimiéndonos nuestra decisión y achacándonos sus males a nosotros. No obstante, nuestro deber como médicos es atender a todo paciente que venga a nuestra consulta. Escuchar a todo paciente que venga, venga con el estado de ánimo que venga. Y sobre todo, dar el 100% para tratar de ayudar a todo el paciente que entre por la puerta.

Hay una larga lista de situaciones ajenas a nosotros que pueden hacer nuestro trabajo más difícil todavía. Nosotros como “médicos en potencia que somos”, tenemos que ver que todos los pacientes merecen nuestra atención, dedicación y esfuerzo por mejorar su situación. Como J. escuchar, sonreír y encontrar la mejor posible solución.

Un buen primer día después de vacaciones. Un buen primer día para empezar a ser médicos.

ANEXO 5

ASIGNATURA: “MEDICINA DE FAMILIA” CUADERNO DE PRÁCTICAS CLÍNICAS

1. Identificación de alumno y profesor
2. Introducción–Información general–Contenido
3. Objetivos de la actividad práctica: Competencias a alcanzar por el alumno
4. Metodología docente
5. Actividades y dinámica de trabajo
6. Tareas del alumno. Tareas del profesor
7. Evaluación de la actividad práctica
8. Comentarios del estudiante acerca de la actividad práctica
9. ANEXOS DEL CUADERNO DE PRÁCTICAS
 - 9.1. Ficha de Trabajo
 - 9.2. Plantilla para el seguimiento del trabajo grupal
 - 9.3. Criterios evaluación participación alumno en sesiones de grupo
 - 9.4. Conducta profesional durante las sesiones de trabajo de grupo
 - 9.5. Criterios de evaluación de las Fichas de Trabajo

1. IDENTIFICACIÓN DE ALUMNO Y PROFESOR

Nombre del Estudiante:

Grupo del Centro de Salud.....

Fechas de las clases prácticas:

5 y 19 de Octubre de 2016

2 y 16 de Noviembre de 2016

Profesor responsable:



Cuaderno de Prácticas Clínicas Curso 2016-17

5º CURSO: Grado Medicina. UAM

Asignatura: Medicina de Familia

2. INTRODUCCIÓN-INFORMACIÓN GENERAL-CONTENIDO

La Facultad de Medicina de la UAM se ha caracterizado siempre por la integración precoz de los estudiantes en la práctica clínica, tanto en los distintos servicios hospitalarios como en los centros de salud universitarios dentro de la especialidad de *Medicina de Familia*. Se persigue con ello que los alumnos finalicen su etapa pregrado con un alto nivel de competencia clínica.

El objetivo fundamental de la asignatura *Medicina de Familia* es que los alumnos conozcan y sean capaces de manejar en la práctica los contenidos teóricos básicos de esta especialidad de la medicina clínica orientada a la Atención Primaria. Este nivel asistencial es, en la mayoría de las ocasiones, el primer punto de contacto de los pacientes con el sistema sanitario y en él se atiende a la mayor parte de la población a lo largo de su vida, ya que permite el acceso abierto e ilimitado a los usuarios.

Este *Cuaderno de Prácticas Clínicas (CPC)* contiene la información necesaria para que los alumnos completen con éxito la actividad práctica de la asignatura. Además de explicar la metodología y el plan de trabajo, el CPC describe las actividades y tareas a realizar por los alumnos, su estructura y forma de envío y los criterios de evaluación utilizados para acreditar la competencia de los estudiantes. Así mismo, incorpora un apartado para recoger sus opiniones sobre la actividad desarrollada.

Las tareas del alumno incluidas en el CPC se entregarán por vía electrónica, en formato word, a través de la plataforma Moodle-UAM. Esta será el cauce de intercambio de información y notas. Del mismo modo debe enviarse la valoración personal que cada alumno haga de las prácticas.

3. OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD PRÁCTICA. COMPETENCIAS A ALCANZAR POR EL ESTUDIANTE

Esta actividad práctica persigue *mejorar la competencia del alumno en el ámbito de la Medicina de Familia utilizando entornos simulados (tercer nivel en el Prisma de la Competencia Clínica de Miller)*.

La competencia, combinación compleja y dinámica de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para realizar una determinada tarea de forma eficaz, será demostrada por el alumno realizando adecuadamente las actividades prácticas planteadas por el equipo docente. Su consecución requiere manejo coordinado de:

Competencias en el ámbito de los conocimientos: Saber, Saber cómo, Saber en teoría.

- Identificar la importancia de la atención centrada en el paciente.
- Identificar la importancia de una práctica clínica integral que incluya la atención coordinada en los campos preventivo, curativo y rehabilitador.
- Identificar el papel clave de la comunicación efectiva entre el médico de familia, los pacientes y sus familias, en el proceso de atención clínica.
- Identificar el papel del médico de familia como agente del paciente en el sistema sanitario.
- Identificar a la familia como unidad social clave, cuya estructura y funcionamiento influye sobre pacientes y enfermedades. Conocer las técnicas básicas de actuación ante un problema familiar.
- Identificar la importancia del razonamiento clínico y la aplicación del método científico para la resolución de los problemas clínicos.

- Conocer y utilizar los métodos de búsqueda de información clínica de calidad y de evaluación de su utilidad.
- Conocer el funcionamiento del Sistema Sanitario.

Competencias en el ámbito de las habilidades y procedimientos: *Mostrar cómo hacer.*

- Saber realizar la historia clínica completa de un paciente, incluyendo no sólo los componentes biológicos, sino también los psicológicos, sociales y culturales que sean relevantes para su salud y/o su cuidado.
- Identificar los principales problemas de salud del paciente y ordenarlos de forma jerárquica.
- Organizar la atención de los pacientes de acuerdo con los principios de la Medicina Basada en la Evidencia, integrando en el proceso de toma de decisiones clínicas, las mejores evidencias externas disponibles –procedentes de la literatura científica– con su experiencia clínica, los valores y preferencias del paciente y los recursos disponibles.
- Organizar y llevar a cabo una estrategia de búsqueda de soluciones para los problemas del paciente, seleccionar las mejores pruebas y/o terapias disponibles e integrarlas en los planes de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del enfermo.
- Proponer un uso racional de los recursos disponibles.
- Realizar un enfoque integral y longitudinal del cuidado y atención del paciente que permita la atención simultánea de múltiples problemas, agudos y crónicos.
- Integrar, para cada paciente, las actividades destinadas a la atención a sus enfermedades con las dirigidas a la promoción de su salud y al diagnóstico precoz de enfermedades subclínicas, según su situación de riesgo.
- Identificar el papel de la familia y los cuidadores en la atención a cada paciente. Conocer algunas estrategias de trabajo con grupos y con la comunidad.

Competencias en el ámbito de las actitudes: Saber estar.

- Mostrar una actitud acorde a los valores del Profesionalismo y la Ética Médicas.
- Identificar y afrontar de modo eficiente la incertidumbre propia del quehacer médico aplicando el razonamiento clínico en la toma de decisiones.
- Mostrar respeto y comprensión hacia el paciente, su cultura y sus creencias.
- Usar el autoaprendizaje reflexivo como base de la mejora profesional.
- Desarrollar la capacidad de trabajo en grupo y las cualidades que implica: Respeto, comunicación, cooperación y liderazgo.

4. METODOLOGÍA DOCENTE

Utilizamos el Método del caso como herramienta de aprendizaje: Serán los problemas de salud de un paciente a lo largo de su vida (escenarios clínicos) los que estimulen y guíen el aprendizaje del estudiante, que adoptará el papel del Médico de Familia responsable del enfermo. Como tal, deberá analizar los escenarios, completar la historia del paciente, identificar sus problemas y tomar las decisiones necesarias para ayudar a resolverlos. Organizará las decisiones diseñando planes para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Durante el proceso, cada alumno identificará sus propias dudas, sus áreas de incertidumbre y desconocimiento, que resolverá, al igual que hacemos los médicos clínicos, buscando en la literatura médica las mejores evidencias disponibles (Medicina Basada en la Evidencia: MBE), evidencias que después adaptamos al paciente según sus características particulares (pluripatología, grado de cumplimiento terapéutico, situación socio-familiar, gustos y preferencias...) y las del contexto en que trabajamos (entorno y nivel de atención, recursos disponibles...), integrando los aspectos curativos con los preventivos y rehabilitadores (Medicina centrada en el paciente).

Trabajamos con la *Metodología del Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas* (fig. 1) cuyos pilares básicos pueden resumirse como sigue: 1) El conocimiento se construye sobre la base de problemas reales. 2) Se centra en el alumno y es autodirigido; el docente deja de ser un mero transmisor de conocimientos y pasa a ser un facilitador en el proceso de aprendizaje. 4) Se lleva a cabo en grupos reducidos de alumnos. Este método de trabajo facilita el *autoaprendizaje responsable y reflexivo*, propio de los médicos clínicos, se ha demostrado válido para todas las áreas del saber y será útil al estudiante para mantener su competencia profesional durante el resto de su vida, sea o no la Medicina de Familia su área de especialización posterior.

Para resolver el caso-problema los alumnos deben trabajar, como hacemos los médicos, tanto individualmente como en grupo (*Trabajo en grupos pequeños de 9-12 alumnos con un profesor-tutor*), lo que facilita la adquisición de competencias ligadas al *profesionalismo, liderazgo y trabajo cooperativo*.

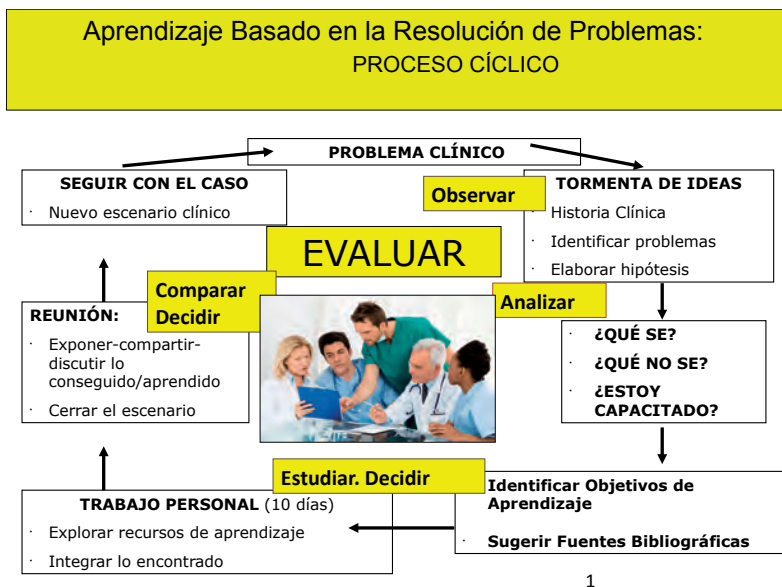


Fig 1. Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas

5. ACTIVIDADES Y DINÁMICA DE TRABAJO (Fig 2)

Clases Prácticas <i>Medicina de Familia</i> : Plan de Trabajo 2016				
Fecha y hora	Sesión Trabajo 1	Sesión Trabajo 2	Sesión de Trabajo 3	Sesión de Trabajo 4
9-10 h	PRESENTACIÓN GRUPO Introducción: ABRP y Método del caso Grupos pequeños Búsqueda información Reparto de papeles	ESCENARIO CLÍNICO 1 Respuestas-fuentes-evidencia Discusión y cierre Escenario Clínico 2. Respuestas-fuentes-evidencia	ESCENARIO CLÍNICO 3 Respuestas-fuentes-evidencia Discusión y cierre	ESCENARIO CLÍNICO 4 Respuestas-fuentes-evidencia Discusión y cierre
10 -11	Escenario Clínico 1 Dirige profesor Construir caso-identificar problemas paciente y dudas de estudiantes-sugerir fuentes donde buscar respuestas	Escenario Clínico 2.1 Discusión y cierre		
11-11,30 h	Pausa	Pausa	Pausa	Pausa
11,30-12,30 h	Escenario Clínico 2. Construir caso-identificar problemas paciente y dudas de estudiantes-sugerir fuentes donde buscar respuestas	Escenario Clínico 3 Inicio- Discusión Construir caso-identificar problemas paciente y dudas de estudiantes-sugerir fuentes donde buscar respuestas	ESCENARIO CLÍNICO 4 Inicio- Discusión Construir caso-identificar problemas paciente y dudas de estudiantes-sugerir fuentes donde buscar respuestas	ESCENARIO CLÍNICO 5 Inicio- Discusión Construir caso-identificar problemas paciente y dudas de estudiantes-sugerir fuentes donde buscar respuestas
12,30-13 h	Cierre: Evolución Tareas-resumen Evolución Grupo-reflexión	Cierre: Evolución Tareas Evolución Grupo	Cierre: Evolución Tareas Evolución Grupo	Cierre: Evolución Tareas Evolución Grupo

Fig 2. Plan de trabajo durante las Clases Prácticas

Los alumnos, actuando como lo haría un Médico de Familia, deberán atender a un paciente a lo largo de su vida y resolver los escenarios clínicos consecutivos que se presentarán y discutirán durante las sesiones prácticas, comenzando desde el motivo por el que consulta el paciente.

Los alumnos se distribuirán en grupos de 9-12 estudiantes y un profesor, que trabajarán colectivamente durante 16 horas (cuatro sesiones de cuatro horas, con periodicidad quincenal). Además, se formarán equipos de tres estudiantes que trabajarán juntos entre sesiones para resolver los escenarios que no se hayan podido cerrar satisfactoriamente al final de cada reunión. Para intercambiar

información, cada grupo dispondrá de su foro privado en la plataforma Moodle-UAM.

Cada equipo de 3 estudiantes redactará en común las Fichas de Trabajo en Equipo, resolviendo los tres primeros escenarios. Para el cuarto y último, cada estudiante escribirá su propia Ficha de Trabajo Personal.

Las fichas, cuyo formato se recoge en el anexo 1, de este Cuaderno, se entregarán, en formato word, a través de la plataforma Moodle-UAM, para su revisión y calificación por el profesor antes de la siguiente sesión práctica, momento en que cada equipo presentará sus conclusiones, que serán discutidas en grupo, con lo que se cerrará el escenario clínico.

Las actividades evaluables asociadas a cada sesión práctica serán:
1) la participación personal de cada alumno durante cada sesión,
2) su colaboración entre sesiones, intercambiando dudas, información y bibliografía, a través de moodle y 3) la Ficha de Trabajo, sea de Equipo (las tres primeras sesiones) o Personal (la última sesión). Los criterios de evaluación de cada actividad y el esquema de cada ficha, se recogen más adelante.

DINÁMICA DE TRABAJO DURANTE CADA SESIÓN PRÁCTICA

5.1 Esquema de la primera sesión de trabajo conjunto:

- 1º. Presentación de los participantes: Nombre, áreas de interés.
- 2º. Revisión del Cuaderno de Prácticas: Método ABRP y dinámica de trabajo. Tareas. Evaluación.
- 3º Revisión del método de trabajo ABRP en grupos pequeños (Fig 1):

- **Autoaprendizaje reflexivo:**

Los alumnos deben identificar sus áreas de incertidumbre. Sus dudas se convierten en motor de estudio y aprendizaje. El profesor actuará como facilitador del aprendizaje. Por ello sólo dirigirá al grupo al inicio del primer escenario. Después supervisará y asistirá el trabajo de los alumnos.

- **Trabajo en equipo,** tanto en los grupos de 3 estudiantes, como en los de 9-12, el trabajo responsable de cada individuo –estudiantes y profesor– es fundamental para la adecuada consecución de la tarea común.

Los alumnos asumirán la responsabilidad de dirigir, organizar y ejecutar su propio trabajo, lo que requiere la colaboración de todos ellos. Cada día, al menos dos actuarán como director y secretario de la sesión de trabajo conjunto, para asegurar que se realiza la tarea común. Todos ocuparán uno de estos cargos de especial responsabilidad en alguna de las sesiones.

Se distribuirán en este momento todos los cargos de director y secretario. El secretario de la primera comenzará a registrar dudas y acuerdos.

- **Tareas del profesor:** Ayuda al alumno-director, especialmente al inicio del primer escenario clínico, a conducir el trabajo del grupo. Actúa como observador activo, facilitador del aprendizaje y supervisor constante, para evitar desviaciones respecto a la tarea diseñada por el equipo docente. Asiste al grupo para que cumpla los objetivos de aprendizaje marcados.
- **Tareas del alumno-director:** Dirige, dinamiza y ordena el trabajo y las intervenciones de cada estudiante, asegurando que todos participan, que el grupo se centra en la tarea y que se cumplen los plazos. Supervisa al secretario y comprueba que esté al día y mantenga un registro preciso. Participa, como el resto de compañeros, en la discusión sobre el caso, pero no es su misión resolver cada escenario.

- **Tareas del alumno-secretario:** Toma nota y ordena las ideas, aportaciones y dudas que el caso suscita. Ayuda al grupo a ordenar sus pensamientos (utilizando mapas conceptuales, listas de problemas...). Registra los recursos que los alumnos van a usar o han usado para resolver sus dudas. Asiste al director. Participa en la discusión. Al final de la sesión, resume el trabajo del día, la situación de la tarea, las dudas comunes y las fuentes de información sugeridas para resolverlas. Completa su resumen con las aportaciones de los compañeros y lo sube al foro del grupo en moodle en menos de 24 horas desde el final de la sesión.
- **Tareas de todos los alumnos-participantes del grupo:** Cada alumno sigue atentamente los pasos del proceso o secuencia, escucha y respeta las contribuciones del resto de participantes, participa en la discusión, hace preguntas abiertas para mejorar/afianzar la comprensión y comparte la información con los demás (ver Anexo 4, de este Cuaderno).

Todos colaboran para realizar la historia del paciente e identificar sus problemas, reflexionar sobre como priorizarlos, abordarlos y resolverlos (elaboración del plan diagnóstico-selección de pruebas, terapéutico-selección de tratamiento y de seguimiento). Ello permitirá la identificación de las dudas comunes de los estudiantes, dudas que dificultan la toma de decisiones clínicas. Los alumnos aportarán ideas sobre las fuentes bibliográficas que creen útiles para resolver dichas dudas (aportaciones sobre la estrategia de búsqueda bibliográfica inicial).

Es importante considerar no sólo el componente biológico, sino también el resto de componentes presentes en el proceso de enfermar: éticos, legales, de comunicación, culturales, psicológicos, sociales, existenciales... No reconocer su presencia y no aprender a abordarlos puede dificultar la consecución de resultados favorables, en términos de salud y bienestar para el paciente, y de satisfacción profesional para el médico.

Revisadas las fuentes bibliográficas de mayor calidad, es fundamental contextualizar las decisiones tomadas (adaptarlas al paciente y al entorno asistencial concretos). Se deben incluir decisiones cuyo objetivo sea la prevención y rehabilitación, y no sólo la curación.

- **Comienza el trabajo con el caso: Escenario Clínico 1 (Fig 2)**

Lidera la primera parte del escenario el profesor del grupo, asistido por el alumno-secretario. Posteriormente toma las riendas el alumno-director.

Las tareas y responsabilidades de cada uno ya han sido descritas.

Al final de cada sesión, realizar una reflexión conjunta sobre la evolución del grupo, identificado las áreas de satisfacción/insatisfacción, tanto sobre el trabajo personal, como sobre el del resto del grupo, proponiendo posibles mejoras. El objetivo es la reflexión y crítica positiva, que estimule hacia un mejor desempeño.

5.2 Después de cada sesión de trabajo conjunto: Etapa de trabajo personal y de equipo

- Los alumnos buscan las respuestas a sus dudas y comparten con sus compañeros la bibliografía a través de su foro en Moodle.
- En el plazo máximo de 11 días, los alumnos suben a Moodle-UAM su *Ficha de Trabajo* (“Tarea”) con el formato y extensión recogidos en el (anexo 1, de este Cuaderno).
- El profesor revisará y calificará las fichas, que serán comentadas durante la siguiente práctica.
- 5 días antes de la siguiente sesión, los alumnos podrán bajarse de moodle el siguiente escenario clínico.

5.3 Durante la siguiente sesión de trabajo grupal:

- Lideran la primera parte de la sesión los estudiantes director y secretario del escenario previo. El objetivo es discutirlo y cerrarlo.

El secretario lee el resumen: lo que se conocía del caso y las áreas pendientes de discusión-resolución-toma de decisiones y las propuestas de búsqueda bibliográfica.

Por turno, un representante de cada equipo explica y argumenta sus decisiones, incluyendo las fuentes bibliográficas consultadas, su nivel de evidencia y la estrategia de búsqueda utilizada. Es importante evitar dar una mini-clase y evitar extensas repeticiones.

- Tras un descanso se abordará el siguiente escenario clínico, que será liderado por un nuevo equipo de director y secretario.

6. TAREAS DEL ALUMNO. TAREAS DEL PROFESOR

- Moodle almacena para cada alumno su portafolio personal, con sus trabajos y su evaluación.
- **Tareas del alumno:**
 - Participar activamente y colaborar en el trabajo del grupo, tanto durante las prácticas conjuntas, como durante el tiempo entre sesiones (compartir dudas-opiniones-información, a través del foro privado). Todos deben desempeñar un cargo de especial responsabilidad (director o secretario).
 - Elaborar cuatro Fichas de trabajo, una por cada sesión. Como ya se ha dicho, las 3 primeras son comunes al equipo; la última es personal. Todas deben respetar el formato del Anexo 1, de este Cuaderno de Práctica: formato word,

3 folios de extensión máxima, letra calibrí 10, interlineado simple.

Contenidos de las Ficha de Trabajo: 1) Resumen del escenario. 2) Lista ordenada de problemas del paciente. 3) Dudas de los alumnos. 4) Para resolverlas, estrategia de búsqueda bibliográfica utilizada y bibliografía seleccionada, incluyendo comentario sobre su nivel de evidencia cuando se conozca (especificar Sistema: GRADE u otro). 5) Decisiones finales en forma de planes (de diagnóstico, tratamiento y seguimiento) adaptados al caso concreto del paciente y al entorno asistencial en que la atención se presta.

Todos los documentos se enviarán on-line a través de la plataforma Moodle-UAM en el plazo de 11 días desde la sesión previa. Se penalizará el envío retrasado.

- Realizar un reflexión crítica sobre la actividad práctica incluidos los contenidos, la organización y el desarrollo (valoración de su propio trabajo, del trabajo de su grupo y del trabajo de los profesores de la asignatura).

- **Tareas del profesor:**
 - Supervisar y ayudar a los alumnos.
 - Evaluar la participación del alumno durante las sesiones de trabajo de grupo (Anexo 3 de este Cuaderno).
 - Evaluar y comentar las *Fichas De Trabajo* (Anexo 5 de este Cuaderno).

7. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD PRÁCTICA

Actividad		1º	2º	3º	4º	Total sobre nota final
Sesiones de Grupo (4)	Valor porcentual sobre la nota final	5%	10%	20%	25%	60%
	Participación	30%	30%	30%	30%	
	Ficha de trabajo	70%	70%	70%	70%	
Examen test	Respuesta múltiple (4 respuestas, sólo una correcta) Puntos negativos (-0,33) Aprobado: 5 sobre 10					40%
<p>Para ser evaluado es necesario asistir al 75% del total de las clases prácticas (3 de las 4) y haber entregado el Trabajo final con la resolución del caso clínico. El envío de fichas o trabajo final fuera de plazos será penalizado. El uso inadecuado de la lengua española será también penalizado.</p>						

La evaluación será formativa (feed-back a cargo de cada profesor), además de sumativa (nota).

Los aspectos evaluados se refieren tanto a la colaboración en la resolución de la tarea como a la colaboración en la dinámica del grupo. Para conocerlos en detalle, consultar las tablas en los anexos 3, 4 y 5, de este Cuaderno de Práctica.

La evaluación se realizará a través de la plataforma Moodle-UAM.

8. COMENTARIOS DEL ESTUDIANTE ACERCA DE LA ACTIVIDAD PRÁCTICA

Destacar los aspectos de la actividad que le han resultado más positivos para su formación y la adquisición de competencias.

Comentar, en su caso, los aspectos que a juicio del estudiante deberían modificarse y en qué sentido.

ANEXO 9.1. MATERIAL DE APOYO AL TRABAJO DEL ALUMNO. FICHA DE TRABAJO

La ficha de trabajo recoge la actividad del médico clínico que subyace y explica sus decisiones en la práctica. Esta actividad pertenece al ámbito de la Entrevista y el Razonamiento Clínicos, la Búsqueda Bibliográfica y la toma final de decisiones acorde a los principios de la Medicina Basada en la Evidencia.

La *historia clínica* es una de las herramientas fundamentales que nos permite razonar con eficacia y seguridad. Cuando cumplimentamos bien sus diferentes apartados, la calidad de la atención al paciente mejora.

Cada paciente es un individuo que sufre. En él, cada enfermedad o problema adquieren características propias y distintivas, resultado de la conjunción de las vertientes biológica, psicológica, familiar, socio-cultural y existencial de cada ser humano. Cada médico incorpora también su individualidad en la atención prestada, su actitud, su ética y su profesionalismo. Es importante reflexionar sobre la importancia de estos aspectos y modularlos para conseguir el éxito en la tarea.

No hay que olvidar que las decisiones del médico no sólo incluyen actividades curativas. Dependiendo del problema, el profesional debe pensar también en las necesidades y oportunidades del paciente (y/o de su familia y entorno) en los campos de prevención

y promoción de la salud, diagnóstico precoz de enfermedades y rehabilitación-reinserción social.

PRÁCTICAS MEDICINA DE FAMILIA

Ficha de Trabajo del Alumno

FICHA DE TRABAJO DEL ALUMNO PARA EL SEGUIMIENTO DEL APRENDIZAJE PRÁCTICO

Alumno..... Grupo.....

Ficha número Fecha de la sesión de trabajo

ESCENARIO CLÍNICO: Eres el médico de un paciente que acude a tu consulta pidiéndote ayuda. Tu tarea es establecer un diagnóstico y proponer a ese enfermo concreto los que consideres mejores planes de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Esta ficha apoya tu tarea. Debe ser, a la vez, concisa (SÓLO TRES HOJAS, EXCLUYENDO LAS SUGERENCIAS) y completa (no olvidar ningún aspecto importante), como deben serlo los registros de los médicos.

RECOPILA INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE, LA SINTETIZA Y LA ORGANIZA

1. Resume las principales características (claves) del paciente problema, a partir de su historia clínica.

- Un /una varón/mujer de años consulta por

2. Identifica, ordena y prioriza, según tu criterio, los problemas que presenta el paciente.

Recuerda que priorizar supone asignar a cada problema un valor relativo frente a los demás problemas presentes. Los criterios para asignar ese valor deben ser expuestos claramente por el alumno e incluir aspectos tales como la importancia que la ciencia concede al problema, la que le adjudica el paciente, los remedios que podemos ofrecerle y los que el enfermo está dispuesto a aceptar.

PRÁCTICAS MEDICINA DE FAMILIA

Ficha de Trabajo del Alumno

IDENTIFICA SUS PROPIAS CARENCIAS

3. Para cada problema, identifica lo que sabes y lo que no sabes (y necesitas saber) para ayudar al paciente.

- ¿Qué sabías de los problemas que tiene el paciente cuando leíste el caso clínico?
- ¿Qué no sabías?
- ¿Qué “temas de estudio” te ha sugerido la situación clínica?

ESTABLECE UNA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

4. ¿Dónde y cómo resuelves tus dudas?:

- ¿Qué estrategia de búsqueda te planteas para resolver tus dudas?. Por ejemplo: “primero miro mis apuntes de la carrera, el Harrison, el manual de la academia MIR .; he buscado en google, usando la pirámide de la evidencia; he buscado en páginas de sociedades científicas”.
- Considera si has olvidado alguna otra fuente bibliográfica importante. ¿Está a tu alcance?
- ¿Dónde has encontrado las mejores respuestas a tus dudas? Apuntes, Libros, Revistas, Revistas electrónicas, Internet, Bases de datos, Guías de práctica clínica, Algoritmos.
- Enumera las fuentes y cítalas siguiendo la normativa de Vancouver.
- Las fuentes de información utilizadas ¿aportan datos sobre el nivel de evidencia de las actuaciones que proponen? Por favor, cita el sistema de gradación de la evidencia utilizado: ¿GRADE, otro? ¿Cuál crees que es la mejor evidencia de actuación?

PRÁCTICAS MEDICINA DE FAMILIA

Ficha de Trabajo del Alumno

TOMA DECISIONES Y LAS ARGUMENTA

Para terminar, revisa las fuentes bibliográficas, sintetiza sus contenidos y aplícalos a tu caso-problema para responder a las dudas suscitadas previamente (las comunes para el grupo y las tuyas propias) de modo que puedas proponer al paciente planes para diagnóstico, tratamiento y seguimiento, adaptados a su caso concreto y de acuerdo a las que te parezcan las mejores fuentes bibliográficas. Razónalos y justifica su elección. Si es posible, no olvides mencionar su grado de evidencia.

Recuerda que, como médico responsable del paciente, debes tomar decisiones concretas y definidas, es decir, no se trata de que hagas un corta-pega de información, sino que debes adaptar esa información al caso concreto que se discute y responder con la mayor claridad posible a las preguntas recogidas más abajo. Es importante que razones tus decisiones anotando el número de la bibliografía en que te apoyas para tomar las principales decisiones.

5. PLAN DIAGNÓSTICO

De acuerdo con TUs sospechas diagnósticas:

- ¿qué pruebas diagnósticas supondrán un cambio en tu actitud terapéutica o en el pronóstico del paciente?, ¿qué puede aportar cada una?, ¿que diagnósticos confirmarás o descartarás?
- De entre las que supondrán algún cambio relevante, ¿de cuales dispones?, ¿cuáles propones al paciente?
- Si las pruebas son varias: ¿las pides todas a la vez o en qué orden?, ¿dónde las pides?, ¿qué tiempo de demora conllevan las pruebas y cuanto tiempo es prudente esperar para conocer sus resultados?

PRÁCTICAS MEDICINA DE FAMILIA

Ficha de Trabajo del Alumno

6. PLAN DE TRATAMIENTO

Según los diagnósticos y las características del paciente y entorno:

- ¿qué tratamiento eliges? ¿con qué objetivos y qué resultados puedes esperar?
- ¿qué precauciones específicas debes tomar?

7. PLAN DE SEGUIMIENTO

De acuerdo con la patología diagnosticada y las características del paciente y el entorno:

- ¿qué vigilancia-supervisión debes organizar sobre el paciente?
- ¿qué seguimiento propones? ¿con qué objetivos? ¿cuál será el contenido de las consultas sucesivas?
- si hay que repetir las pruebas, ¿cada cuanto las pides?

8. PUEDES PLANTEAR TAMBIÉN OTROS ESCENARIOS ALTERNATIVOS:

Si mi sospecha hubiese sido... habría propuesto otras pruebas u otro orden en las mismas pruebas.

Reflexión final sobre el trabajo y la ficha del escenario: Sugerencias / Comentarios.

Primer día	Segundo día	Tercer día		Cuarto día			
		<i>Escenario Clínico 3</i>		<i>Escenario Clínico 3</i>			
		Problemas del paciente Responsables	Dónde buscar soluciones	Soluciones encontradas	Valorar calidad de la fuente de información		
				<i>Escenario Clínico 4</i>			
				Problemas del paciente	Dónde buscar soluciones		

ANEXO 9.3. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Competencia evaluada		Descripción	Nota 1	Nota 2	Nota 3	Nota 4
Conducta profesional	Profesionalismo: Respeto, Responsabilidad	Excelente asistencia; genera confianza; acepta feed-back y aprende de otros				
	Colabora con el grupo	Colaborador; intervenciones oportunas, apropiadas; muestra respeto y sensibilidad para los otros; ayuda a resolver malentendidos y conflictos; negocia alternativas				
Contribución al desarrollo del grupo	Comunicación	Verbal: habla directamente a los miembros del grupo, se expresa de modo claro y conciso; escucha activa. No verbal: sensible para los mensajes no verbales y/o emocionales				
	Capacidad docente	Presenta el material a un nivel adecuado, bien relacionado con el caso y organizado. Usa resúmenes y documentos para ayudar al resto				
Contribución a la realización de la tarea	Preparación de las sesiones	Realiza las tareas marcadas, usa referencias variadas, apoya sus juicios en referencias apropiadas-sistema GRADE o similar, aporta resúmenes concisos, colabora para resolver la tarea del grupo (Foro Moodle)				
	Participación activa en las sesiones	Tiende a participar activamente en las discusiones; acepta voluntariamente tareas; manifiesta iniciativa; usa preguntas abiertas adecuadamente				

Competencia evaluada		Descripción	Nota 1	Nota 2	Nota 3	Nota 4
Contribución a la realización de la tarea	Aprendizaje reflexivo	Reconoce sus limitaciones sin mostrarse defensivo ni culpar a otros y toma decisiones para reducirlas; identifica sus fortalezas y sus debilidades				
	Responsabilidad sobre el autoaprendizaje	Dirige su propia agenda; intenta mejorar activamente; critica los recursos utilizados- Sistema GRADE				
	Pensamiento crítico	Repetidamente se muestra capaz para realizar tareas clave como sintetizar aspectos principales de la historia, generar hipótesis, enjuiciar críticamente la información bibliográfica, incorporarla al caso particular que se discute, explicar el proceso y tomar decisiones razonadas				
	Toma de decisiones	Asume su responsabilidad en la toma de decisiones, las razona y argumenta				
Suma						
Nota Final= Suma/10						

Nivel de desempeño de las tareas: 1-2 =por debajo de las expectativas; 3-4 = borderline; 5-6= alcanza; 7-8 = bueno; 9-10 = excepcional.

Nota final “Participación en sesión de trabajo”= sumar todas/10 = y subir a Moodle.

Si lo desea, realice algún comentario de interés para el estudiante (ej. fortalezas, carencias-áreas de mejora).

ANEXO 9.4. GUÍA SOBRE CONDUCTA PROFESIONAL DURANTE LAS SESIONES DE TRABAJO DEL GRUPO. Tomado de la Universidad de McMaster

Respeto

- Escuchar y manifestarlo mediante conducta verbal y no verbal.
- La conducta no debe ser ruda, arrogante ni de superioridad.
- Permitir a otros dar información sin menospreciar ni humillar.
- Participar en las discusiones.
- Distinguir el valor de la información del valor de la persona.
- Agradecer a otros su intervención.
- No interrumpir inapropiadamente.
- Disculparse o dar razones si se llega tarde.

Responsabilidad

- Ser puntual.
- Completar las tareas.
- Presentar información relevante.
- Identificar información irrelevante/excesiva.
- Colaborar en la dinámica del grupo.
- Ayudar a definir los objetivos del grupo.
- Identificar estado físico o emocional cuando sea relevante para el funcionamiento del grupo.
- Identificar, en uno mismo, o en otros, la ausencia de honestidad y las interferencias.
- Identificar las fortalezas y debilidades del grupo de forma constructiva.

- Informar con antelación las ausencias.
- Negociar alternativas si no se ha podido completar la tarea.

Autoconciencia. Autoevaluación

- Reconocer propias debilidades y fortalezas.
- Reconocer propias dificultades en comprensión.
- Reconocer déficits en propio conocimiento.
- Reconocer el malestar al discutir sobre los problemas.
- Responder a los comentarios negativos sin ponerse a la defensiva o culpar a otros.
- Responder a los comentarios negativos con razonable propósito de mejora.

Habilidades de comunicación

- Hablar directamente a los miembros del grupo.
- Presentar con claridad.
- Usar palabras que todos puedan entender.
- Identificar malentendidos e intentar resolverlos.
- Preguntarse sobre el grupo.
- Utilizar preguntas abiertas.
- Intentar resolver malentendidos.
- Aceptar y discutir los problemas emocionales.
- Ser capaz de manifestar apropiadamente el estado emocional en situaciones concretas.
- Consistencia entre comunicación verbal y no verbal.
- Reconocer y responder los mensajes no verbales del resto del grupo.

ANEXO 9.5. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LAS FICHAS DE TRABAJO

Competencia	Descripción	Nota día 1	Nota día 2	Nota día 3	Nota día 4
Capacidad de abstracción	Identifica y resume los aspectos clave de la historia clínica				
El paciente como ser humano	Contempla dimensiones psicológica, social, cultural y/o existencial del paciente, además de la biológica				
Análisis de la información	Identifica el problema por el que consulta el paciente; identifica el resto de problemas descubiertos al realizar la historia; utiliza lenguaje técnico adecuado				
	Identifica los datos clave discriminatorios				
	Relaciona los problemas desde una perspectiva fisiopatológica				
Autoaprendizaje reflexivo	Reflexiona e identifica lo que sabe y no sabe de cada problema; establece un plan concreto para resolver sus carencias				

Competencia	Descripción	Nota día 1	Nota día 2	Nota día 3	Nota día 4
Medicina basada en evidencias	Busca y analiza las respuestas a sus dudas utilizando diferentes fuentes, utilizando para ello las tecnologías de la información a su alcance. Hace referencia a la calidad de la evidencia (ej. GRADE o similares)				
Uso racional de los recursos	Analiza pros y contras y selecciona de modo eficiente las pruebas, interconsultas y tratamientos recomendados				
Toma de decisiones	Contextualiza la información seleccionada y la adapta al caso concreto, demuestra capacidad para tomar decisiones destinadas al cuidado ético y efectivo del paciente				
	Establece un plan escalonado sin olvidar preferencias y necesidades del paciente; expresa el criterio utilizado (vulnerabilidad del problema, recursos disponibles, deseos del paciente...)				
	Incorpora aspectos preventivos, y rehabilitadores sin olvidar los curativos				
Suma					
Nota final = Suma/11					

Nivel de desempeño de las tareas: 1-2 =por debajo de las expectativas; 3-4 = borderlíne; 5-6= alcanza; 7-8 = bueno; 9-10 = excepcional.

Nota final “Ficha de Trabajo Personal”= sumar todas/11 = y subir a Moodle.

Si lo desea, realice algún comentario de interés para el estudiante (ej. fortalezas, carencias-áreas de mejora).

ANEXO 6

PERSONAL CONTRATADO CON CARGO A LA CÁTEDRA UAM-NOVARTIS DE MEDICINA DE FAMILIA Y ATENCIÓN PRIMARIA DESDE SU CREACIÓN

PROFESORES ASOCIADOS

- Luis Miguel García Olmos
- Alicia Muñoz Núñez
- Mercedes Sánchez Martínez

BECARIOS PREDOCTORALES

- Purificación Magán Tapia
- Alicia Gutiérrez Misis
- José Lorenzo Fernández

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

- Ruth Ágrela Medina

ALUMNOS BECARIOS CON CONTRATO DE PRÁCTICAS

- Nuria Martín Fernández
- Helena Tejedor Puente
- Javier Alberto Rojas
- Diana Ruiz Cabrera



ISBN-13: 978-84-8344-557-0



9 788483 445570

Colección
Innovación Docente / 2

**MÁS DE UNA DÉCADA APOYANDO A LA UNIDAD DOCENTE
DE MEDICINA DE FAMILIA Y ATENCIÓN PRIMARIA**



CÁTEDRA DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN EN MEDICINA
DE FAMILIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

