

Canals Araci, Magdalena; Riesgo García, Alba

La formación en urgencias extrahospitalarias y su adecuación al nuevo programa de la especialidad de
Medicina Familiar y Comunitaria. ¿Hemos avanzado?

Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 6, núm. 3, septiembre-diciembre, 2013, pp. 131-137

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria
Albacete, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169630517005>



Revista Clínica de Medicina de Familia,

ISSN (Versión impresa): 1699-695X

info@scamfyc.org

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de
Familia y Comunitaria
España

La formación en urgencias extrahospitalarias y su adecuación al nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. ¿Hemos avanzado?

Magdalena Canals Aracil^a, Alba Riesgo García^b,
y el Grupo de Urgencias y Atención Continuada de semFYC (GUAC-semFYC)*

^a Centro de Salud Las Calesas.
Madrid. España.

^b Servicio de Urgencias.
Hospital Universitario Central
de Asturias. Oviedo. España.

Correspondencia: Magdalena
Canals Aracil. C/ Paseo de
la Dirección 58, 3º B. 28039.
Madrid (España). Correo
electrónico: magdalenacanal@
wanadoo.es

Una parte de este trabajo
(los datos relativos al año
2005) fue presentado como
comunicación al XXV Congreso
de la Sociedad Española
de Medicina Familiar y
Comunitaria (Santiago de
Compostela, 2005) dentro
del apartado "Aula Docente"
formando parte de la mesa
titulada "Las urgencias y
emergencias en la formación
del médico de familia".

Recibido el 1 de julio de 2013.
Aceptado para su publicación
el 8 de agosto de 2013.

El GUAC-semFYC lo integran:
Aitor Arrese-Igor Etxebarria,
Antonio Caballero Oliver, Jesús
Arroyo Fernández de Aguilar,
Ayose Pérez Miranda, Rosario
Bosch Puchades, Magdalena
Canals Aracil, Clint Lawrence
Jean Louis Fernández,
Bernardino Comas Díaz, José
Tomás Gómez Sáenz, Juan
Antonio Cordero Torres, María
Antonia López Fernández,
Javier Pueyo Val, Sonia Moreno
Escribá, Fernando Souto Mata,
Marisa Valiente Millán, Alba
Riesgo García (coordinadora).

RESUMEN

Objetivo: Conocer la rotación en urgencias extrahospitalarias de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y comparar su evolución durante el periodo 2005-2010.

Diseño del estudio: Estudio observacional descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: Unidades Docentes (UU.DD.) de MFyC.

Participantes: Responsables de UU.DD. de MFyC. Respondieron el 61,1% en 2005 y el 60,0% en 2010.

Mediciones principales: Mediante cuestionario autoadministrado, comparando su evolución entre 2005 y 2010, se midió la proporción de residentes que realizan guardias en atención primaria, rotación por servicios de emergencias, grado de supervisión de éstas y evaluación de las mismas. Se describen las variables de estudio mediante cálculo de proporciones y medias e intervalos de confianza al 95%.

Resultados: En el año 2010 la proporción de UU.DD. en las que los residentes de MFyC realizaron guardias en atención primaria fue del 87,7% (IC95% 78,3-97,1) y en 2005 del 74,5% (IC95% 62,1-87,0), supervisadas por tutores de medicina de familia en el 61,5% de los casos en 2010 (53,7% en 2005). La rotación por los servicios de emergencias se incrementó del 87,3% al 91,1%. En los SUAP/servicios de emergencias la tutorización de los residentes fue ejercida por tutores acreditados en el 53,1% en 2005 y en el 51,0% en 2010.

Conclusiones: La rotación en urgencias extrahospitalarias ha mejorado al aplicarse el nuevo programa de la especialidad. Se ha de mejorar la tutorización y evaluación de esta rotación.

Palabras clave: Urgencias Médicas, Educación Médica, Medicina Familiar y Comunitaria.

ABSTRACT

Training in out-of-hospital emergency services and its adaptation to the new Family and Community Medicine speciality programme. Have we gone forward?

Objective: To establish family and community medicine (FCM) resident rotation in out-of-hospital emergencies and compare its progress during the period 2005-2010.

Design: Observational, descriptive and longitudinal study.

Location: FCM teaching units.

Participants: Those in charge of FCM teaching units. 61,1% responded in 2005 and 60,0% in 2010.

Main Surveyed Data: By way of self-administrated questionnaire, comparing its progress between 2005 and 2010, the proportion of residents who carry out primary care duties, emergency services rotation, degree of their supervision and their assessment. Study variables are described by way of calculation of proportions and averages and 95% confidence intervals.

Results: In the year 2010, the proportion of teaching units in which FCM residents carried out primary care duties was 87,7% (IC95% 78,3-97,1), and in 2005, 74,5% (IC95% 62,1-87,0), supervised by family medicine tutors in 61,5% of cases in 2010 (53,7% in 2005). Emergency service rotation was increased by 87,3% to 91,1%. In the SUAP/emergency services, the tutoring of residents was performed by authorized tutors in 53,1% in 2005 and in 51,0% in 2010.

Conclusions: Rotation in out-of-hospital emergencies has improved by applying the new speciality programme. The tutoring and assessment of this rotation are in need of improvement.

Key words: Medical emergencies, Medical Education, Family and Community Medicine.

INTRODUCCIÓN

En la última década se ha producido un incremento constante en la demanda de asistencia urgente, tanto en los servicios de urgencias hospitalarias como en los de Atención Primaria (hasta del 70% en este último caso). En las causas probablemente influyen desde las características sociodemográficas de los pacientes hasta los indudables problemas del actual modelo sanitario (listas de espera, masificación de las consultas de Atención Primaria, demora en pruebas diagnósticas, etc.)^{1,2}.

Generalmente el médico de familia atiende a las urgencias en su centro de salud en su horario laboral. El resto del tiempo se cubre, dependiendo de las distintas autonomías, con guardias de presencia física en el centro de salud realizadas por los médicos de familia del equipo o en lugares diseñados para ello como son los puntos de atención continuada (PAC) o servicios de atención rural (SAR), generalmente atendidos por médicos contratados para ello. También sigue existiendo el servicio normal de urgencias, que también atiende la demanda urgente de Atención Primaria.

Dentro del perfil profesional del médico de familia se define a éste como un buen médico clínico que debe prestar atención a los individuos de forma continuada a lo largo de su vida: en la consulta, en el domicilio, de forma programada, a demanda o con urgencia, para los problemas agudos y para los crónicos, y realizando su trabajo de forma eficaz y eficiente³. En la definición del perfil profesional del médico de familia se incluyen cinco grandes áreas de práctica profesional que son: atención al individuo, atención a la familia, atención a la comunidad, área de docencia e investigación y área de apoyo. Dentro del área de atención al individuo destaca que la responsabilidad del médico de familia se extiende a la asistencia de enfermedades agudas y crónicas, ya sea con carácter urgente, ya en la consulta programada, favoreciendo la accesibilidad del individuo, tanto en la consulta como en el domicilio. Todo ello precisa de un médico que posea una adecuada formación científico-técnica además de unas cualidades humanas que lo hagan digno de confianza en la relación personal con sus pacientes⁴.

Con toda probabilidad este perfil profesional justifica su creciente protagonismo en la atención urgente tanto en el ámbito del centro de salud como de otros escenarios dentro y fuera del hospital⁵.

Por otra parte, en los últimos años un importante número de médicos de familia se han incorporado a las plantillas de los servicios de urgencias tanto hospitalarios como extrahospitalarios, de tal forma que en las últimas promociones de residentes de

Medicina Familiar y Comunitaria más del 70% están trabajando en distintos ámbitos de las urgencias y emergencias tanto hospitalarias como extrahospitalarias^{6,7}.

El médico de familia está acostumbrado a trabajar en un escenario de alta incertidumbre, con pocos medios diagnósticos y además debe hacerlo con una orientación biopsicosocial. Estas características hacen que el médico de familia pueda llegar a ser un profesional muy eficiente en el trabajo en urgencias, como así lo demuestran diferentes estudios⁸⁻¹¹.

Estas características diferenciales difícilmente se pueden adquirir en otro ámbito que no sea la Atención Primaria.

El 15 de Septiembre de 2004 se aprobó el nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria por la comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, puesto en práctica a partir del año 2005. Este nuevo plan incluye un amplio programa formativo y se dirige no sólo a la formación de médicos de familia que vayan a desarrollar su actividad profesional futura en un centro de salud, sino que, debido a su pluripotencialidad, sirve de base formativa para una posterior formación en otras áreas de capacitación¹².

Para ello, en el nuevo programa se amplían los entornos docentes, incluyendo las Unidades de Emergencias, y se amplía también el tiempo de rotación en Atención Primaria, siendo el centro de salud el lugar de rotación durante la mitad del periodo formativo (24 meses).

En cuanto al cronograma formativo, se establece la realización desde el primer año de guardias de Atención Primaria, siendo del 25% en los años R1-R2 y R3 y de hasta el 75% en el último año de residencia. Además se señala de forma explícita que las guardias en Atención Primaria no deben ser sustituidas por guardias en urgencias hospitalarias¹³.

En el marco del XXV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria se presentó un estudio cuyo objetivo era conocer cuáles fueron las previsiones organizativas de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria para la formación en urgencias extrahospitalarias atendiendo a las directrices del nuevo programa de la especialidad¹⁴.

Como continuación de aquél, el objetivo de este estudio es conocer la realidad de la formación en urgencias extrahospitalarias de los residentes de medicina familiar y comunitaria y comparar su evolución durante el periodo 2005-2010.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de carácter longitudinal realizado a través de un cuestionario autoadministrado que fue remitido y cumplimentado por medio del correo electrónico (Anexo 1).

La población de estudio estuvo formada por la totalidad de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria existentes en los años 2005 y 2010. El cuestionario, compuesto por 10 preguntas, abiertas y cerradas, fue remitido a los responsables de las distintas Unidades Docentes acompañado de una carta de presentación en la que se explicaban los objetivos del estudio. Se realizó un primer envío durante los meses de verano de 2005 y un segundo envío, de similares características, durante los meses de verano de 2010. En ambas ocasiones se envió un recordatorio un mes después del primero a todas aquellas que no habían respondido inicialmente.

Las variables contenidas en el cuestionario hacían referencia al lugar de realización y número de guardias en Atención Primaria según año de residencia, presencia del tutor en las mismas, existencia de rotaciones en servicios de urgencias/emergencias y carácter voluntario u obligatorio de las mismas, así como existencia de evaluación formal de tales actividades.

El análisis estadístico consistió en la descripción de cada una de las variables de estudio mediante el cálculo de proporciones y medidas de tendencia central y dispersión según su naturaleza, así como el cálculo de los intervalos de confianza al 95% de las variables principales. Para evaluar las diferencias entre los años 2005 y 2010 en las Unidades Docentes que proporcionaron información en ambos periodos, se recurrió a la prueba de simetría de McNemar, considerando un nivel de significación de 0,05. Mediante dicho test, no paramétrico, fueron evaluadas las características de las Unidades Docentes en ambos periodos, antes y después de la implantación del nuevo programa de la especialidad, permitiendo detectar posibles cambios significativos.

RESULTADOS

En 2005 respondieron 55 Unidades Docentes de las 90 que existían entonces (61,1%) y en 2010 respondieron 57 de 95 (60,0%). En relación con las Unidades Docentes que responden, hay comunidades en las que aumentaron en número de Unidades Docentes entre los años 2005 y 2010, como es el caso de Canarias y Cataluña, no existiendo alguna de ellas en el año 2005, por lo que no pudieron responder a la encuesta. Hay otros ejemplos como Madrid, en la que la tasa de respuesta baja entre ambos años del 81%, en el año 2005, al 45,5 % en 2010, o casos como Valencia, que responde en muy bajos porcentajes en ambos años (33% vs. 0%).

En el año 2010 la proporción de Unidades Docentes en las que los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria realizaron guardias en Atención Primaria fue del 87,7% (IC95% 78,3-97,1) y en 2005 del 74,5% (IC95% 62,1-87,0), siendo supervisadas por tutores de medicina de familia en el 61,5% de los casos en 2010 (53,7% en 2005). Cuando no fue posible realizar las guardias en el propio centro de salud, éstas se realizaron en otro centro de salud acreditado del área sanitaria en el 61,1% de los casos en 2005 y en el 63,6% en 2010 (en el hospital en el 36,1% y en el 27,3%, respectivamente). En la figura 1 puede observarse el número medio de guardias realizadas en Atención Primaria durante cada año de residencia.

Tanto en 2005 como en 2010 los residentes realizaron rotaciones en servicios de urgencias de atención primaria (SUAP) en el 41,8% (IC95% 27,9-55,8) de las Unidades Docentes, siendo esta rotación obligatoria en el 91,3% de los casos en 2010 (68,2% en 2005). La proporción de Unidades Docentes en las que se realizaron rotaciones en los servicios de emergencias se incrementó del 87,3% (IC95% 77,6-97,0) en 2005 al 91,1% (IC95% 80,4-

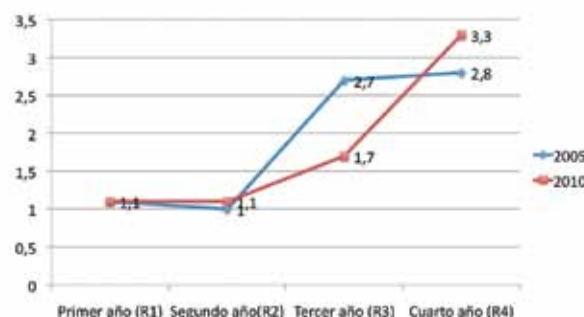


Figura 1. Número medio de guardias realizadas en Atención Primaria durante cada año de residencia (2005 y 2010)

97,0) en 2010. Dichas rotaciones fueron de carácter obligatorio en el 58,3% de las Unidades Docentes en 2005 y en el 76,5% en 2010.

En los SUAP/servicios de emergencias la tutorización de los residentes fue ejercida por tutores acreditados en el 53,1% en 2005 y en el 51,0% en 2010.

En cuanto a la evaluación de la rotación en urgencias, se realizó de forma bidireccional (tutor a residente y residente a tutor) en el 88,2% y en el 81,5% en 2005 y 2010 respectivamente (figura 2).

Al comparar la información proporcionada por las 37 unidades que respondieron a la encuesta tanto en 2005 como en 2010, se comprobó una discordancia estadísticamente significativa ($p = 0,008$) en cuanto a la proporción de Unidades Docentes en las que se realizaban guardias en atención primaria entre ambos periodos, habiéndose incrementado en



Figura 2. Distribución de las formas de evaluación durante 2005 y 2010.

ocho el número de Unidades Docentes con esta modalidad docente (figura 3). En cuanto a las rotaciones en servicios de urgencias de Atención Primaria o de emergencias, no se observó una discordancia estadísticamente significativa entre dichos periodos, así como tampoco en la proporción de guardias supervisadas por tutores acreditados.

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio que hasta ahora conocemos en el que se describe la formación de

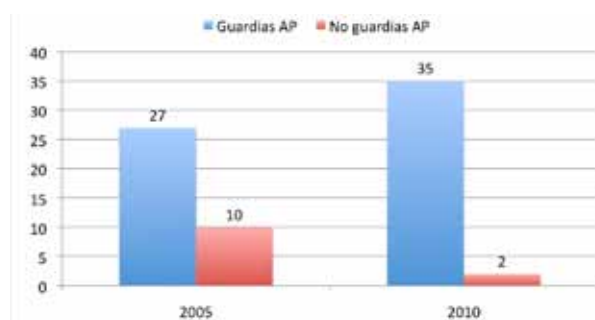


Figura 3. Número de Unidades Docentes en las que se realizaron guardias en Atención Primaria durante 2005 y 2010.

en la formación de los valores profesionales del médico de familia, estableciéndose competencias esenciales como la comunicación asistencial, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética, indispensables en una especialidad cuya orientación biopsicosocial es fundamental. El eje nuclear es la adquisición de las competencias que definen el perfil profesional del médico de familia y los métodos y los tiempos se supeditan a este objetivo. Por cada área competencial

| Igual tiempo Atención Primaria y Hospital | Más tiempo en Atención Primaria | Más tiempo en Hospital |
|---|---------------------------------|------------------------|
| Croacia | Bélgica | Albania |
| Estonia | Bosnia | Austria |
| Alemania | Finlandia | República Checa |
| España | Hungría | Dinamarca |
| Polonia | Holanda | Francia |
| Rumanía | Noruega | Irlanda |
| Eslovenia | Portugal | Italia |
| Reino Unido | Suecia | Lituania |
| | | Eslovaquia |
| | | Suiza |
| | | Turquía |

Tabla 1. Distribución del tiempo de estancia Atención Primaria/Hospital durante la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria en Europa

los residentes de Medicina de Familia en urgencias extrahospitalaria y en el que se evalúa la mejora de esta formación a raíz del cambio en el programa de formación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

El nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se comenzó a aplicar a la promoción de residentes que iniciaban su especialidad en el año 2005. Este introduce cambios tanto cuantitativos como cualitativos. Entre los cualitativos cabe destacar la incorporación

se establecen diferentes métodos docentes, permitiendo a cada Unidad Docente buscar las mejores alternativas de formación para cada una de las áreas competenciales.

En cada área docente se definen los objetivos específicos y las actividades propias para la adquisición de estas competencias y la metodología docente recomendada.

Estos cambios han obligado a la reacreditación de las distintas Unidades Docentes, buscando

que estos sean los más adecuados, con tutores, coordinadores, técnicos y colaboradores docentes a la altura de las exigencias del programa y con unas condiciones laborales y asistenciales que les permitan desarrollar su función docente¹⁵.

En este estudio, en primer lugar, observamos en los resultados que más de la mitad de las Unidades Docentes respondieron a la encuesta tanto en el año 2005 como en el año 2010, pero sólo 37 de ellas (41%) lo hicieron en los dos casos, lo cual dificulta la comparación de los posibles cambios organizativos. A la hora de analizar este bajo porcentaje de respuesta, podríamos apuntar varias razones: en primer lugar, hay Unidades Docentes de nueva creación en los cinco años que pasan entre los dos envíos, por lo que éstas no han podido ser analizadas. La época del año en que se realizan los envíos es la época estival, en la que muchos de los coordinadores de las Unidades Docentes disfrutan de su periodo vacacional. Sin embargo, para paliar esta situación se realizó el segundo envío un mes posterior al primero. En otras ocasiones nos encontramos con cambios en los coordinadores de Unidades Docentes, estando en ese momento sólo técnicos o administrativos que no participaron en la remisión de encuestas. Y por último, en algunas ocasiones los correos electrónicos pudieron no llegar a su destino, bien por cambios en éste o por algún problema técnico.

Se observó un aumento significativo del número de residentes que realizaban guardias en Atención Primaria en sus distintas formas (centro de salud con atención continuada, puntos de atención continuada o servicios de urgencias de atención primaria), que se incrementó del 74,5% (IC95% 62,1-87,0) al 87,7% (IC95% 78,3-97,1), aunque cabe destacar que a pesar de este incremento todavía un porcentaje de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, cercano al 12% no realiza guardias en Atención Primaria durante su periodo formativo, y además hasta en el 27,3% (en el mejor de los casos) se sustituyen guardias de Atención Primaria por guardias en el hospital, en contra de lo que señala de forma explícita el programa de la especialidad. Consideramos este aspecto un área de mejora muy importante.

En lo referente a los entornos docentes, en el nuevo programa éstos se amplían, pudiéndose realizar rotaciones por unidades de corta estancia, hospitalización a domicilio, servicios de emergencias, etc. En nuestro estudio se evidencia un incremento, aunque no significativo, de las unidades docentes que programan rotaciones por servicios de emergencias. Actualmente más del 90% de los residentes de Medicina de Familia realizan una rotación por los servicios de emergencias, habiendo aumentado el porcentaje de Unidades Docentes en las que la rotación es de carácter obligatorio.

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es una de las 18 especialidades que existen en España, en total integración con el resto de Europa, es decir, que existen en todos los países europeos. En cuanto a la duración del periodo de especialización, nuestro país se encuentra en un término medio entre países donde la especialidad dura dos años (Albania, Rusia o Italia) y los que tienen una duración de 6 años (Finlandia). En la mayoría de los países se dispone de un programa formativo de ámbito nacional con rotaciones prefijadas con contenido teórico práctico. En lo referente a la formación en urgencias, el nuestro se asemeja a la mayoría de los programas formativos de los países de nuestro entorno, que contemplan la realización de guardias como herramienta de adquisición de conocimientos y habilidades en el ámbito de las urgencias. La excepción a esta norma es Italia, donde no se contempla la realización de guardias^{16,17}.

En cuanto a la distribución del tiempo entre el hospital y Atención Primaria, España se sitúa en un amplio grupo de países en los que el tiempo se distribuye al 50%. En la tabla 1 se muestra la distribución de los países europeos en relación a la distribución del tiempo de formación en atención primaria u hospital.

También llama la atención que sólo en el 61,5% de los casos (en el año 2010) las guardias eran supervisadas por tutores de Medicina Familiar y Comunitaria o médicos acreditados para esta supervisión, siendo el resto supervisadas por médicos no acreditados o bien se trataba de guardias no supervisadas. Este porcentaje todavía es menor en el caso de las guardias realizadas en los servicios de urgencias de Atención Primaria (SUAP) / servicios de emergencias. En ambos casos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos periodos.

El nuevo programa de la especialidad amplía los entornos docentes a servicios donde no trabajan habitualmente médicos acreditados que puedan ejercer la tutorización de los residentes. En algunas comunidades se ha estructurado un programa específico en los servicios de emergencias para dar cabida a estos residentes, creándose una unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria, redactando un programa formativo añadiendo competencias específicas de los servicios de emergencias y elaborando un plan evaluativo global para que todos los tutores lleven una línea educativa similar^{18,19}. Por desgracia esta iniciativa no es de ámbito general y, como se puede comprobar con los resultados de nuestro estudio, la tutorización por médicos acreditados sólo se produce en la mitad de los casos (51%).

Con respecto a la evaluación, el nuevo programa de la especialidad se caracteriza por la diversidad de métodos de aprendizaje que se recomiendan. En la

mayoría de las rotaciones se realiza una evaluación continuada en la que se evalúa el proceso de aprendizaje del residente, mediante la supervisión continuada, directa o indirecta, del tutor. En este sentido, nuestro país sigue las recomendaciones del *European Union of Medical Specialist*²⁰. En nuestro estudio la evaluación bidireccional se realiza en más del 80% de los casos. Sería deseable que este porcentaje fuera del 100% en un futuro próximo.

En conclusión, podemos resaltar en este trabajo que la formación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en lo que se refiere al conocimiento y manejo de las urgencias extrahospitalarias ha aumentado y mejorado al aplicarse el nuevo programa de la especialidad. Como áreas de mejora encontramos que todos ellos deberían realizar guardias en Atención Primaria durante su formación, pues todavía queda un pequeño porcentaje de residentes que completan su formación sin haber tenido contacto con esta realidad asistencial.

Otro punto de mejora es el de la tutorización y evaluación, donde sería deseable que aumentara el número de residentes que son tutorizados por tutores de Medicina Familiar y Comunitaria o, al menos, médicos acreditados para ello, así como que la evaluación se realice en el 100% de las rotaciones.

No debemos olvidar que la asistencia urgente es una parte irrenunciable de nuestra especialidad y que mejorando la formación de nuestros residentes contribuiremos a formar mejores médicos de familia.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Jesús López-Torres Hidalgo, secretario científico de semFYC, por su ayuda técnica en el análisis estadístico y en la revisión del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: A study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med.* 2003; 41 (3): 309-18.
- Ortega MT, Rabanaque MJ, Júdez D, Cano MI, Abad JM, Moliner J. Perfil de los usuarios y motivos de demanda del Servicio de Urgencias Extrahospitalario 061. *Emergencias.* 2008; 20: 27-34.
- Planes Magrinyà A, Thomas Mulet V. Los valores y el perfil profesional del médico de familia. En: Casado Vicente, Verónica, editor. *Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria.* 1ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2007: p. 17-27.
- Gallo Vallejo F. Perfil profesional del médico de familia. *Aten Primaria.* 1999; 23 (4): 236-45.
- Caballero Oliver A. Medicina de familia y medicina de urgencias. *Aten Primaria.* 2001; 27 (1): 58-61.
- Castro Villamor MA. Medicina de urgencias y emergencias y medicina de familia ¿De dónde partimos y hacia dónde vamos? *Aten Primaria.* 2005; 36 (Supl 1): 17-9.
- Segade Buceta X, Ferreira Guri J. Situación laboral de los médicos de familia formados en una Unidad Docente. *Aten Primaria.* 2010; 42 (8): 415-9.
- Jiménez S, De la Red G, Miró O, Bragulat E, Coll-Vinent B, Senar E et al. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc).* 2005; 125 (4): 132-7.
- Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E, Higgs R. Primary care in the accident and emergency department: comparison of general practitioners and hospital doctors. *BMJ.* 1995; 311 (7002): 427-30.
- Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, Gibney D, Smith M, Mullan E et al. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. *BMJ.* 1996; 312 (7039): 1135-42.
- Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officer, and registrars. *BMJ* 1996; 312 (7042): 1340-4.
- Casado V. Los cambios en la residencia de medicina familiar y comunitaria. *FMC. Form Med Contin Aten Prim.* 2005; 12: 127-9.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Consultado Febrero 2012). Disponible en : <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>
- Canals M. La atención continuada/urgencias en atención primaria ¿un buen lugar de aprendizaje? *Aten Primaria.* 2005; 36(Supl 1): 93-100.
- Garrido Barral A. La formación de nuevos especialistas en Madrid: momento de cambio. *Médicos de Familia.* 2010; 2: 12-7.
- Díaz T. Las especialidades médicas en Europa y España. *Panacea.* 2008; 84: 34-9.
- Martin Zurro A. Evaluación de la formación postgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Austria y España). *Aten Primaria.* 2002; 30 (1): 46-56.
- Mateos A, Pardillos L, Montarelo A, De la Parte B, Peñuela S, Vazquez B et al. Programa de formación de residentes en un sistema de emergencias extrahospitalarias. *Emergencias.* 2010; 22: 144-50.
- Arroyo J. Las unidades de emergencias como recursos docentes. Experiencias y futuro como unidades docentes. *Aten Primaria.* 2005; 36 (Supl 1): 94.
- Pérez Iglesias F. La evaluación de los especialistas en los sistemas de formación sanitaria especializada de Europa. *Educación Médica.* 2005; 8: 120-7.

Anexo 1. Encuesta Coordinadores Unidades Docentes

En relación a la organización de la formación de los residentes en lo relativo a las urgencias extrahospitalarias, te agradecería respondieras a las siguientes preguntas.

1. ¿El residente de tu Unidad Docente realiza guardias en Atención Primaria (AP)/Centro de Salud (CS) a lo largo de todo el año?
☐ SI ☐ NO
2. Si has contestado que sí a la anterior; ¿Cuántas guardias /mes?
R1:
R2:
R3:
R4:
3. El residente realiza las guardias en AP/CS acompañado de :
☐ Su tutor
☐ Cualquier tutor acreditado del centro
☐ Cualquier médico del centro (sea o no tutor)
☐ Solo
4. Si en tu Unidad Docente no se dispone de suficientes centros que tengan Atención Continuada, las guardias de los residentes de AP/CS está programado se realicen:
☐ Otros centros de salud del Area acreditados para ello
☐ Otros centros de distinta Area previa acreditación
☐ Otros centros de distinta autonomía
☐ Se sustituyen por guardias de hospital
5. ¿En tu Unidad Docente está prevista la realización de rotaciones por Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP)?
☐ SI ☐ NO
6. En caso afirmativo; éstas serán:
☐ Voluntarias ☐ Año de Residencia:
☐ Obligatorias
7. ¿En tu Unidad Docente está prevista la realización de rotaciones por servicios de emergencias (SUMMA, 112, 061, etc.)?
☐ SI ☐ NO
8. En caso afirmativo; éstas serán:
☐ Voluntarias ☐ Año de Residencia:
☐ Obligatorias
9. La tutorización en los casos de rotaciones por SUAP / Servicios de emergencias sería realizada por:
☐ Tutores acreditados para ello.
☐ Cualquiera de las personas del servicio.
10. ¿Está prevista la evaluación de estas rotaciones?
☐ Sólo de los tutores a los residentes
☐ Sólo de los residentes a los tutores o Servicio por el que se rota.
☐ Ambos
☐ No se realiza evaluación.

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN