

ORIGINAL

Programa Medicina Familiar y Comunitaria: de la teoría a la práctica

Juan Antonio Linares Dópido^{a,*} y M^a Pilar Abaurrea Ortiz^b

^aMedicina de Familia, Coordinador UDMFyC, Gerencia de Área de Salud, Badajoz, España

^bMedicina de Familia, Técnico de Salud UDMFyC, Badajoz, España

Recibido el 23 de febrero de 2009; aceptado el 19 de octubre de 2009

Disponible en Internet el 10 de diciembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Residentes;
Rotaciones;
Unidad docente
medicina familiar y
comunitaria

Resumen

Objetivo: Mejorar y adaptar las estancias formativas según el Programa de la Especialidad (POE) en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Badajoz (UDOCBA).

Diseño: Estudio mixto, cualitativo (*brainstorming* y técnica de grupo nominal) y cuantitativo (descriptivo transversal) en los años 2006 y 2007.

Emplazamiento: En la UDOCBA.

Participantes: Cincuenta residentes, 31 tutores acreditados, un técnico de salud y un coordinador de la UDOCBA; 93 unidades docentes (UU. DD.) de Medicina Familiar y Comunitaria de España.

Intervenciones y mediciones: Se creó un grupo de trabajo de rotaciones en la UDOCBA, que se reunió en 2 ocasiones para las modificaciones pertinentes en la adaptación del POE, primero con *brainstorming* y luego mediante técnica de grupo nominal, cuyos resultados se elevaron a la Comisión Asesora.

Materiales: Encuesta de elaboración propia a tutores, análisis de fichas de autoevaluación de residentes, cuestionario pasado a todas las UU. DD. de España (por correo electrónico) y grupo nominal a residentes.

Estadística descriptiva y bivalente de las variables, programa SPSS 15.

Resultados: En la segunda reunión del grupo de rotaciones de la UDOCBA, al valorar los resultados obtenidos con el resto de herramientas usadas, los resultados consensuados fueron acortar la rotación inicial del centro de salud a 5 meses, alargar a 3 meses la rotación de cardiología, acortar a 2 meses la rotación rural y pasar de estancia electiva a obligatoria de un mes de duración en cuidados paliativos y radiología.

Conclusiones: La Comisión Asesora, que seguía directrices del POE, aceptó todos los resultados consensuados de la UDOCBA. Observamos la homogeneidad en las rotaciones de las UU. DD. de España. Hubo unanimidad en la rotación inicial y final por el centro de salud, pero fue menor en el rural.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jalinaires@hotmail.es (J.A. Linares Dópido).

KEYWORDS

Residents;
Rotations;
Family and
community medicine
teaching unit

Family and Community Medicine Training Program: Theory and practice**Abstract**

Objective: To improve and adapt training rotation periods following the training program (POE) of the Badajoz Family and Community Medicine (MFyC) Training Unit (UDOCBA).

Design: Mixed qualitative (brainstorming and nominal technical group), and quantitative (cross-sectional descriptive), study in 2006 and 2007.

Setting: UDOCBA.

Participants: The participants include 50 Residents, 31 accredited tutors, a health technician and a UDOCBA coordinator, as well as 93 MFyC Teaching Units in Spain (UDD).

Interventions and measurements: A rotations working group was formed in UDOCBA, which met on two occasions to make substantial modifications to adapt the POE. The first meeting was a brainstorming session, and the second using a nominal technical group, whose results were submitted to an Advisory Committee.

Materials: Questionnaire aimed at tutors, analysis of residents self-assessment files, a questionnaire delivered to all the UDD (via e-mail) and nominal resident groups.

Descriptive and bivariate statistics on the variables using the SPSS 15 program.

Results: The consensus of the second meeting of the UDOCBA rotations group on evaluating the results obtained with the rest of the tools used, were: to shorten the initial rotation of the C.S. to 5 months, increase the cardiology rotation to 3 months, shorten the rural rotation to 2 months and opt out of the elective 1 month stay in palliatives and radiology.

Conclusions: Theoretically well prepared and easily to put into practice. All the consensus results of the UDOCBA were accepted by the Advisory Committee, followed by POE directives. Homogeneity was seen in the UDD rotations. Unanimity of initial and final rotation by the C.S., and less in rural.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Con la llegada del nuevo programa de la especialidad (POE) publicado en el BOE del 03-05-2005¹, se crearon múltiples expectativas ante el cambio cualitativo y cuantitativo que suponía. Independientemente del incremento en un año del período formativo, el verdadero valor reside en la incorporación de una serie de contenidos y herramientas que permitan la formación de médicos residentes de acuerdo con el perfil y los valores profesionales que debe reunir un médico de familia. Además, dota de gran valor al binomio “tutor-residente” como el eje fundamental sobre el que pivota todo el proceso de formación².

En este contexto, se habían realizado diversos abordajes teóricos para adaptar el programa formativo (rotaciones y cursos/talleres, fundamentalmente) de los médicos residentes a la nueva realidad³⁻⁶, pero se desconocía cómo se iba a desarrollar de forma práctica y efectiva. La Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de Badajoz (UDOCBA) elaboraría un plan de actuación para trasladar ese contenido teórico a la práctica, teniendo en cuenta a todos los agentes implicados: tutores, residentes, técnicos de salud y coordinador, mediante la modificación del cronograma de rotaciones vigente hasta ese momento⁷⁻⁹.

El objetivo principal del estudio era mejorar y adaptar las estancias formativas según el POE en la UDOCBA. Los objetivos secundarios eran los siguientes: a) conocer la situación de la adaptación de las rotaciones intrahospitalarias (médicas y médicoquirúrgicas) y extrahospitalarias (centro de salud [CS] urbano y rural) en todas las unidades

docentes (UU. DD.) de MFyC de España, y b) conocer la opinión de los residentes y de los tutores acreditados de la UDOCBA sobre las rotaciones, referente a la calidad de éstas, al tiempo de duración y a la inclusión o exclusión de algunas estancias electivas ofertadas en la unidad.

Material y métodos

Se realizó un estudio mixto, una parte utilizando técnicas de investigación cualitativas (*brainstorming* y técnica de grupo nominal) y otra parte cuantitativa como estudio descriptivo transversal, en la UDOCBA durante los años 2006 y 2007 para planificar, reorganizar y distribuir las rotaciones intrahospitalarias y extrahospitalarias de los residentes.

Para esto, en enero de 2006 creamos un grupo de trabajo específico de rotaciones en la UDOCBA que se reunió en 2 ocasiones a fin de analizar las posibles adaptaciones de las estancias de los residentes. El grupo estaba constituido por 3 residentes (uno de cada año de residencia), 5 tutores de la unidad (uno por cada CS docente acreditado en el año 2006), el coordinador y la técnico de salud de la unidad.

En la primera reunión mantenida se siguió la metodología de *brainstorming*, y se estudió cómo se podría abordar el tema para posteriormente utilizar técnicas de consenso: grupo nominal.

Los materiales y los métodos que utilizamos para el trabajo fueron los siguientes: cuestionario realizado para el conocimiento de la organización y la distribución de las

rotaciones en cada una de las UU. DD. (anexo 1), encuesta remitida a los tutores acreditados por la unidad (anexo 2), las fichas de autoevaluación de cada una de las rotaciones de los residentes (anexo 3), técnica de grupo nominal realizada a los residentes para conocer los posibles cambios de forma consensuada y, por último, técnica de grupo nominal con el grupo de trabajo de rotaciones con los cambios explicitados y consensuados en las anteriores.

La ficha, a modo de cuestionario, vislumbraría el panorama nacional de las estancias intrahospitalarias y extrahospitalarias y observaría el cumplimiento de las directrices del POE. Constaba de 3 preguntas abiertas referentes a la formación en el ámbito de la atención primaria (tiempo de duración inicial y final, año de residencia y realización de guardias en el CS, ídem de la rotación rural), a la formación en el ámbito hospitalario (número, denominación y duración de estancias formativas obligatorias y electivas) y una tercera pregunta para sugerencias o comentarios.

Este breve cuestionario se remitió por correo electrónico a las 93 UU. DD. de España, de julio de 2006 a enero de 2007, en 6 ocasiones. Finalizado este tiempo, tanto el técnico como el coordinador telefonearon a las UU. DD. para aumentar la tasa de respuestas y obtener una muestra representativa de todas las comunidades autónomas.

Para conocer la opinión de todos los tutores de la UDOCBA hicimos una encuesta de elaboración propia, al no existir ninguna previamente validada. Constaba de 15 preguntas abiertas sobre la adecuación de rotaciones intrahospitalarias (calidad de éstas, acortamiento versus alargamiento en tiempo, inclusión de nuevas estancias formativas electivas, déficits formativos), la rotación inicial en el CS (adecuación de la duración de ésta), la rotación rural, los cursos para añadir y las sugerencias. La encuesta se remitió por correo a cada tutor acreditado, a su CS, y la devolución se realizó por el mismo medio.

Para conocer la opinión de los residentes, primero utilizamos las fichas de autoevaluación mediante revisión y análisis por parte del coordinador y la técnica de la unidad. Son fichas creadas por el grupo de evaluación de la UDOCBA, una diferente para cada rotación, que permiten hacer una práctica reflexiva de ésta. Los residentes se autoanalizan, antes y después de ir a la rotación, sobre los conocimientos y las capacidades básicas de cada área competencial mediante la cumplimentación de los siguientes ítems: valor pre, valor post, propuestas de mejora y resolución de éstas.

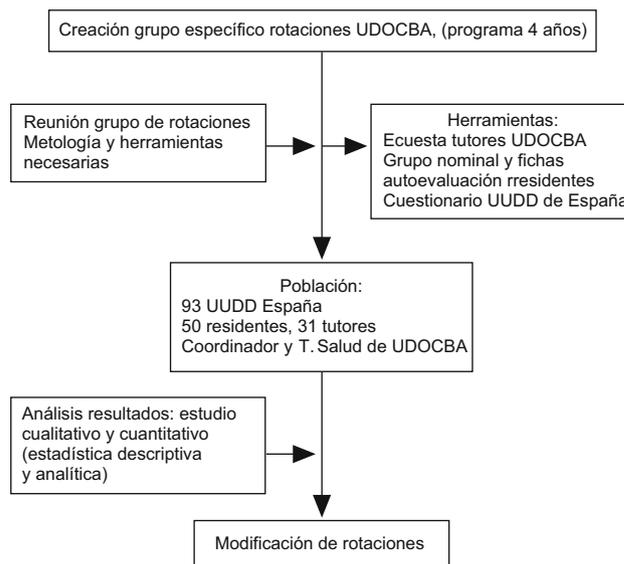
Posteriormente, el 11 de junio de 2007 realizamos la técnica de grupo nominal a los 35 residentes (15 no acudieron a la sesión clínica de todos los residentes de MFyC). Para eso, hicimos 5 subgrupos, en los que obtuvimos todas las propuestas consensuadas.

A finales de junio de 2007 tuvimos una segunda reunión con el grupo de rotaciones para consensuar todos los resultados obtenidos mediante la técnica de grupo nominal y, finalmente, modificar las rotaciones, con la aprobación de éstas en la Comisión Asesora.

Los sujetos englobaban toda la estructura docente, excepto al administrativo de la unidad (50 residentes, 31 tutores acreditados, un coordinador, un técnico de salud), además de las 93 UU. DD. de España.

Se sometieron los resultados de los cuestionarios a estadística descriptiva mediante porcentajes y frecuencias para variables cualitativas, medias o medianas con las

desviaciones típicas para las variables cuantitativas y análisis bivalente: test chi-cuadrado; se utilizó el programa estadístico SPSS v. 15.



Esquema general del estudio: Estudio mixto, cualitativo (*brainstorming* y grupo nominal) y cuantitativo. Estudio descriptivo transversal en la UDOCBA durante los años 2006 y 2007 para planificar, reorganizar y distribuir las rotaciones intrahospitalarias y extrahospitalarias de los médicos residentes

Resultados

Los resultados de la primera reunión mantenida con el grupo de rotaciones después del *brainstorming* fueron los siguientes:

- Estudiar a fondo el POE.
- Cambiar cuantitativa y cualitativamente algunas rotaciones médicas hospitalarias y de rotación del CS (rurales y urbanas).
- Elaborar materiales que nos permitan conocer qué opinan los tutores y los residentes mediante encuestas.
- Utilizar técnicas cualitativas creativas para conocer la opinión de los residentes, tipo técnica de grupo focal o técnica de grupo nominal.
- Valorar las fichas de autoevaluación de los residentes para ver los déficits formativos.
- Hablar con los colaboradores docentes de cada servicio hospitalario para conocer también su opinión.
- Preguntar a los colaboradores docentes de los CS rurales sobre la aceptabilidad y el comportamiento de los residentes durante la estancia formativa.
- Visualizar la organización de las rotaciones, los cursos y las guardias en otras UU. DD.

Después del *brainstorming*, se acordó realizar la encuesta a los tutores, el cuestionario para las UU. DD. de España, el análisis de las fichas de autoevaluación y el grupo nominal a

los residentes. A continuación, mostraremos los resultados obtenidos en cada uno de ellos.

La encuesta a los tutores, remitida a los 31 acreditados, obtuvo una tasa de respuesta del 60%. El 40% de los tutores opinaba que la rotación inicial en CS era excesiva, que habría que acortarla a 5 meses y que se debería evitar la coincidencia del R3 con el R1 utilizando el tutor de apoyo. El 55% pedía acortar la rotación rural de 3 a 2 meses, tal y como estaba implantada en la UDOCBA (en el POE anterior no aparecía como rotación obligatoria). Sin embargo, un 20% decía que se debería alargar la rotación de cardiología; el resto dejó la pregunta en blanco. El 46,67% de los tutores solicitaba incluir como obligatorias las rotaciones de cuidados paliativos, radiología y 112 o UMED (Unidad Medicalizada de Emergencias extrahospitalarias); éstas eran muy bien valoradas por parte de los residentes y los tutores observaban déficits en aquellos que no las realizaban. El 100% proponía alargar cualquier rotación obligatoria.

Tras el análisis de las fichas de autoevaluación de los residentes, extrajimos los siguientes resultados: posibilidad de modificar las rotaciones de cardiología (aumentar el tiempo y rotar en consultas externas un mes), cuidados paliativos, CS rural (acortar la estancia porque decían tener suficiente con 2 meses para el manejo del medio rural), rotación inicial en el CS (excesivo tiempo al principio, esclarecer la formación específica para el R1, diferente a la del R3) y radiología (incluirla como rotación obligatoria).

De la encuesta remitida a las 93 UU. DD. de MFyC de España, la tasa de respuesta fue de un 76,344% (71 UU. DD.), y estuvieron representadas todas las comunidades autónomas. Respecto a las rotaciones en el CS, el 100% de los residentes inicia la especialidad en el CS con una estancia de 5 meses y en el cuarto año está 11 meses. De R2 y R3 hay más variaciones: el 77,46% rota 2 meses y el 23,34% no rota en su segundo año; en su tercer año, 53 UU. DD. no tienen rotación establecida y el resto la tiene entre uno y 6 meses.

En la rotación por el CS rural, 13 UU. DD. no rotan y 3 no han contestado, pero de las restantes la duración era de 3 meses en 24 UU. DD., 2 meses en 21 UU. DD. y un mes en sólo 10 UU. DD.

En las médicas y medicoquirúrgicas, los resultados son muy similares en la mayoría de las UU. DD. de España; por tanto, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las comunidades autónomas (ver tablas 1 y 2). En cuanto a la rotación por pediatría, todas las UU. DD. la realizan en CS, pero 22 la completan en el hospital. Además, 5 UU. DD. ofertan a sus residentes, durante 15 días, algunas cirugías (cirugía vascular y cirugía menor), anestesia y consulta de embarazo.

Las rotaciones optativas son muy heterogéneas. Hay que destacar que cuidados paliativos y radiología tienen estructura complementaria: en 40 y 32 UU. DD., respectivamente, es otra estancia formativa más, y en 18 y 20 UU. DD. es optativa; no se oferta como optativa si está dentro del *planning* de rotaciones.

Otras rotaciones ofertadas, entre 21 y 11 UU. DD., son urgencias hospitalarias (aunque la mayoría hace guardias), geriatría, rehabilitación y nefrología; todas de un mes de rotación. Otras minoritariamente ofertadas, entre 7 y 4 UU. DD., son hematología, drogodependencias y urgencias de atención primaria (la mayoría sólo hace guardias en el 112).

En la técnica nominal, nuestros residentes proponían acortar su rotación inicial en CS de 6 meses a 5 meses; acortar la rotación rural de 3 meses a 2 meses; alargar de 2 a 3 meses la rotación de cardiología, incluyendo las consultas externas del hospital, e incluir la rotación de neumología, cuidados paliativos y radiología como "obligatoria" y de un mes de duración.

Reunido por segunda vez, el grupo de rotaciones, al analizar los resultados obtenidos de todos los materiales y aplicar la técnica de grupo nominal, llegó a los resultados mencionados en el párrafo anterior, resultados que la comisión asesora aceptó.

Tabla 1 Rotaciones médicas, fotografía nacional, unidades docentes de España

Rotaciones	Duración en meses (media con IC del 95%), DE	No rotan, UU. DD.	No contestan, UU. DD.	Comunidades autónomas donde no rotan
Cardiología	1,31 (1,17–1,45), DE=0,58meses	5 UU. DD.	3 UU. DD.	País Vasco, Cataluña, Galicia, Baleares
Medicina Interna	4,14 (3,78–4,49), DE=1,59meses	Todas rotan.	1 U. D.	Todas rotan.
Neumología	1 (0,85–1,14), SD=0,62meses	14 UU. DD.	4 UU. DD.	País Vasco, Cataluña, Galicia, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Madrid, Baleares, Canarias
Digestivo	1 (0,80–1,09), DE=0,6 meses	15 UU. DD.	4 UU. DD.	Madrid, Galicia, Murcia, País Vasco, Cataluña
Reumatología	1 (0,88–1,17), DE=0,61meses	12 UU. DD.	2 UU. DD.	Cataluña, Canarias, Galicia, Madrid, Castilla y León, País Vasco, Andalucía, Cantabria
Neurología	1 (0,81–1,08), DE=0,58meses	13 UU. DD.	3 UU. DD.	Cataluña, Madrid, Extremadura, Galicia, Canarias, Baleares
Endocrino	1 (0,80–1,07), DE=0,56meses	14 UU. DD.	3 UU. DD.	País Vasco, Cantabria, Canarias, Madrid, Andalucía, Castilla y León, Galicia
Salud mental	2 (1,96–2,23), DE=0,56meses	Todas rotan.	2 UU. DD.	Todas rotan.

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; U. D.: unidad docente.

Tabla 2 Rotaciones quirúrgicas, fotografía nacional, unidades docentes de España

Rotaciones	Duración en meses (media con IC del 95%), DE	No rotan UU. DD.	No contestan UU. DD.	Comunidades autónomas
Pediatría, A. Primaria	2 (1,87–2,21), DE=1,95meses	0 UU. DD.	1 U. D.	Todas rotan.
Ginecología	1 (1,21–1,48), DE=0,57meses	3 UU. DD.	2 UU. DD.	Todas rotan sólo en ginecología, sólo en COFP o en ambas
COFP	1 (0,51–0,76), DE=0,52meses	20 UU. DD.	6 UU. DD.	
Oftalmología	Mediana 1 (0,5–1), DE=0,37meses	7 UU. DD.	3 UU. DD.	Madrid, Galicia, Andalucía, Castilla-La Mancha
Otorrinolaringología	Ídem oftalmología	7 UU. DD.	3 UU. DD.	Ídem anterior
Dermatología	Mediana 1(1–1), DE=0,48meses	Todas rotan.	2 UU. DD.	Todas rotan.
Urología	Mediana 0,5(0–1), DE=0,51meses	26 UU. DD.	4 UU. DD.	
Cirugía General	1,27(0,29–2,25), DE=2,67meses	9 UU. DD.	40 UU. DD.	La mayoría de las UU. DD. no rotan.

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; U. D.: unidad docente.

Discusión y conclusión

Podemos concluir, de forma global, que el programa formativo de rotaciones en las UU. DD. de España es bastante homogéneo. El grado de coincidencia es muy alto, con una serie de rotaciones clásicas ampliamente consolidadas, aunque existen pequeñas diferencias.

Se aprobó añadir un mes de rotación por consultas externas de cardiología dada la alta valoración de la citada rotación tanto por parte de los residentes como por parte de los tutores, así como por el hecho de que la afección cardiovascular es la primera causa general de muerte en nuestra comunidad autónoma.

Por otro lado, queríamos conocer cómo estaba adaptado el POE en el resto de UU. DD., puesto que sabíamos que radiología y cuidados paliativos estaban en algunos sitios como rotaciones obligatorias y en otros ;sitios como optativos. También queríamos reseñar la rotación por el CS (urbano y rural), que posteriormente mencionaremos.

Cabría destacar la unanimidad de la rotación inicial y final del período de residencia por atención primaria; por el contrario, la presencia de nuestros residentes durante los años de R2 y R3 es escasa. Éste es un hecho importante, pues el POE refiere que deben pasar la mitad del tiempo de la residencia en el CS.

Es poco el desarrollo de la rotación por el CS rural tal y como indica el POE (3 meses) teniendo en cuenta que es un ámbito de actuación profesional fundamental en muchas comunidades autónomas como Extremadura, que es una región extensa y con baja densidad de población y más del 80% de la extensión geográfica es medio rural. De ahí que la UDOCBA la incluyese como estancia obligatoria de 2 meses de duración desde el año 2004.

Deberíamos valorar si esta situación puede estar relacionada o no con el tiempo de implantación del nuevo programa al tratarse de una rotación novedosa y, en ocasiones, compleja.

Nuestro estudio es un artículo relevante en cuanto a nueva organización y forma de realizar cambios pertinentes y consensuados por todas las partes; no puede compararse con ningún otro que conozcamos, no existe nada anteriormente publicado, según revisión bibliográfica realizada en las bases de datos más importantes. Sin embargo, la Comisión Nacional de la Especialidad nos ha estado preparando teóricamente sobre el POE y la flexibilidad de éste. También, en unas "Jornadas de Tribuna Docente" se tocó este tema, pero todo era teórico y no existía nada analizado sobre la práctica. Nosotros sólo hemos querido describir la situación en nuestra unidad y resolver un problema que nos estábamos planteando desde hace tiempo.

Como limitación de este estudio se debe considerar el hecho de que cuando éste se llevó a cabo solamente habían transcurrido 2 años desde la entrada en vigor del POE. Por tanto, puede ser que algunos resultados (por ejemplo, los referidos a la rotación rural) puedan verse influidos por dificultades organizativas que en aquel momento aún no estaban resueltas y, además, por la falta de datos al no cumplimentarse el cuestionario (cursos y guardias).

Entendemos que una de las líneas de investigación futura sería, una vez cumplida la primera promoción (2005–09) con el nuevo POE, analizar nuevamente el programa formativo de las UU. DD. y de la UDOCBA (rotaciones, cursos).

No obstante, se trata de un tema que requiere un revisión periódica debido a los diferentes cambios relacionados con nuestra profesión, que evidentemente acaban repercutiendo en todo lo relacionado con la docencia.

Todo esto es una muestra y una apuesta por la mejora continua de la calidad docente, con aumento de la oferta de ésta para hacer viable una mayor capacitación y una mejora del perfil de nuestros residentes como futuros médicos de familia.

Lo conocido sobre el tema:

- Con la entrada en vigor del nuevo Programa de la Especialidad (POE), es necesario un proceso de adaptación de los contenidos y duración de las estancias formativas.
- Existen planes teóricos para llevar a cabo la adaptación necesaria, pero hay un desconocimiento del desarrollo práctico de éstos.

Lo que aporta este estudio:

- Adaptación del programa de rotaciones en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Badajoz (UDOCBA) de forma consensuada.
- Conocimiento de la implantación real y efectiva del nuevo POE en las unidades docentes (UU. DD.).
- Bastante similitud entre los programas de rotaciones de todas las UU. DD. y la UDOCBA siguiendo todas las directrices del POE.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todas las UU. DD. así como a los tutores y los residentes de nuestra UDOCBA, y, de manera especial, a Juan Martín Fernández Lozano y a Ángel Morales Gómez.

Anexo. Información de apoyo

Datos suplementarios asociados con este artículo se pueden encontrar en la versión en línea en [doi:10.1016/j.aprim.2009.10.011](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.10.011).

Bibliografía

1. Casado Vicente V, Fuertes Goñi C, De Serdio Romero E, Córdón Granados F, Marco García T, Martín Pérez JA, et al. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
2. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica, 5 ed. Madrid: Elsevier España; 2003 p. 189–92.
3. Quintana J. Nuevo Programa de la Especialidad. Revista Valenciana de Medicina de Familia, n.º 18, página del residente. Disponible en: <http://www.svmfyc.org/Revista/18/Paginadelresidente.pdf>.
4. Del Río Madrazo JA, Pérez Martín A. Rotatorio rural de residentes de Medicina de Familia. Tribuna Docente 2006;8. Disponible en: <http://www.tribunadocente.net/castellano/publicaciones/capitulos.php?subID=40&categoriaID=9>.
5. Zarco Montejo J. El nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria 2003;1. Disponible en: http://www.somamfyc.com/fijos/revistas/2003_marzo/temaactualidad.pdf.
6. Casado Vicente V. Cuatro años. AMF. 2005;1:61–2.
7. Ramón Barrón MC. Experiencias docentes para impulsar la formación en la UD Torrelavega Reinosa. Tribuna Docente. 2005;1:22–8.
8. Casado Vicente V, Monreal Hajar A, Abánedes Herranz JC, Ortiz Camúñez MA. Estrategias de implantación y desarrollo del nuevo programa de la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria. Tribuna Docente. 2004;2:5–14.
9. Ruiz Moral R, Pérula LÁ, Fernández MJ. El nuevo programa de la especialidad. Una oportunidad para el empowerment de los tutores: la experiencia de Córdoba. Tribuna Docente. 2005;2:29–40.