

ORIGINALES BREVES

Evaluación de la formación continuada: de la satisfacción al impacto. A propósito de un programa formativo en cirugía menor en un área de salud

J. Martín Fernández^a, M. Martínez Marcos^b y J. Ferrández Santos^c

Área 11 de Atención Primaria. Madrid.

Objetivo. Comparar la evaluación de reacción de una actividad de formación continuada (FC) en cirugía menor (CM) con el impacto en la realización de CM en un área de salud.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Ventisiete centros de un área de salud, que tienen la CM en su cartera de servicios.

Metodología. Se estudió la valoración en una escala de 1-10, de 9 actividades teórico-prácticas de FC en CM y la consideración de su utilidad. Se recogió el número de actividades de CM (NC) realizado en todas las unidades durante un año, y se construyó un modelo de regresión lineal cuya variable independiente era el NC, y las explicativas la presión asistencial (PA), la formación posgrado (FP), la plantilla de la unidad, el equipamiento (E) y la FC realizada.

Resultados. La valoración de la FC tuvo una mediana de 8 (amplitud intercuartil, 1). Un 85,1% de los discentes opinó que la FC sería de utilidad. Sin embargo, en el modelo explicativo sólo la FP resultó significativa ($\beta = 6,7$; IC del 95%, 0,12-12,22). Ni la FC, ni la PA, ni el E, explicaban la variabilidad entre el NC.

Conclusión. La FC en CM con metodología convencional tiene una evaluación de reacción muy positiva, pero su impacto en la realización posterior de CM no es significativo.

Palabras clave: Formación continuada. Evaluación. Cirugía menor. Atención primaria.

EVALUATION OF THE CONTINUOUS EDUCATION: FROM THE SATISFACTION TO THE IMPACT. WITH REGARD TO A FORMATIVE PROGRAMME IN MINOR SURGERY IN A HEALTH AREA

Objective. To compare the evaluation of reaction of an activity of continuous education (CE) in minor surgery (MS), with the impact in the realization of MS in a health area.

Design. Observational cross-sectional study.

Setting. 27 centers in a health area that offer MS between their services.

Measurements. The valuation was studied in a scale from 1 to 10, of 9 theoretical-practical activities of CE in MS and the consideration of its utility. The number of activities of MS (NMS) carried out in all the units, was picked up during one year, and a model of lineal regression was built. The independent variable was the NMS, and the explanatory ones the assistance pressure (AP), the postgraduate formation (PF), the staff of the unit, the equipment (E), and the carried out CE.

Results. The valuation of the CE had a median of 8 (with intercuartil range 1), 85.1% of the people who realized CE in MS said that this would be of utility. However in the explanatory regression model the PF was the only significant variable ($\beta = 6.7$; 95% CI, 0.12-12.22).

Neither the CE, nor the AP, nor the E, explained the variability among the NMS.

Conclusion. The CE in MS with conventional methodology has a very positive reaction evaluation, but its impact in the later realization of MS is not significant.

Key words: Continuous education. Evaluation. Minor surgery. Primary care.

(Aten Primaria 2001; 27: 497-502)

^aDoctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Formación e Investigación. ^bDUE. Licenciada en Sociología. Unidad de Formación e Investigación. ^cEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Calidad.

Correspondencia: Jesús Martín Fernández.
Unidad de Formación e Investigación. Centro de Salud San Andrés. Área 11 de Atención Primaria.
C/ Alberto Palacios, 22. 28021 Madrid.

Correo electrónico: jmartin@gapm11.insalud.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 12-IV-2000.

Introducción

Puede definirse la formación continuada (FC) como un proceso de enseñanza-aprendizaje, activo y permanente que se inicia al terminar la formación básica y está destinado a actualizar y mejorar la capacitación de una persona o grupo frente a la evolución científica, tecnológica, a las necesidades sociales y a los intereses y aspiraciones del individuo para lograr su desarrollo personal.

Las actividades de FC no tienen como objeto conseguir un nuevo título o licencia, sino mejorar las competencias en una actividad que podía estar ejerciendo previamente¹. Por tanto, la evaluación de sus resultados es más compleja que en el caso de la formación de pregrado o posgrado.

El proceso de la evaluación de la FC en el ámbito de la salud puede abordarse estudiando la satisfacción del discente, la valoración de los conocimientos y habilidades adquiridos, la utilidad de la formación recibida en el desarrollo del trabajo habitual o el impacto en la salud de la población que tiene la capacitación del profesional. Las teorías de aprendizaje del adulto preconizan un tipo de evaluación que sirva para mejorar el proceso de aprendizaje, más que para poder acreditar el proceso formativo². Así en la FC queda relegada a segundo plano la evaluación de los conocimientos, mientras que se valora con interés la reacción o satisfacción del discente con la formación recibida.

Sin embargo, en raras ocasiones se aborda la evaluación de la FC, al menos en el ámbito de las profesiones sanitarias, desde el punto de vista de su utilidad o de la mejora del resultado final. Cuando este resultado final es un producto tan difícil de mensurar como la salud de la población, sobre el cual el propio sistema sanitario tiene una influencia limitada, deben escogerse resultados intermedios para poder valorar la utilidad de las acciones formativas. Para aproximarnos a una evaluación del impacto de una actividad formativa, se seleccionó un programa de formación en cirugía menor (CM).

En los centros dependientes del INSALUD se viene potenciando institucionalmente la CM desde 1997³. Los proveedores de este servicio son los médicos y las enfermeras de atención primaria (AP). El desarrollo de esta actividad ha implicado la implementación de diversas estrategias formativas en el ámbito local.

En países como el Reino Unido, con una experiencia más dilatada en este campo, se había visto que los médicos de familia que realizaban CM habían adquirido esta capacitación de forma muy variada, pero sólo un pequeño porcentaje lo había hecho en su etapa de pregrado⁴. Además la constatación de deficiencias en el proceso quirúrgico⁵, y la ausencia de un estudio anatopatológico sistemático⁶, motivaron que instituciones colegiales organizaran una formación reglada en CM para médicos de familia⁷.

En alguna de las experiencias de FC en CM, como las realizadas en el Reino Unido, se ha medido la mejora en los conocimientos y habilidades producidas en los discentes. Los resultados de estos estudios indicaban que producían un incremento significativo en los conocimientos, y que los asistentes se encontraban más capacitados para realizar actividades de CM, aunque se demandaba la

práctica sobre situaciones reales⁷. Sin embargo, cuando a médicos de familia de un medio similar que han recibido FC en CM de características parecidas se les pregunta al cabo del tiempo sobre la utilidad de la formación recibida y su repercusión sobre la actividad diaria, los resultados fueron bastante más desalentadores. El entrenamiento se consideraba poco adecuado, y aunque la mayoría se sentía capacitado para realizar procedimientos simples, esta seguridad disminuía notablemente al referirse a actuaciones sobre zonas sensibles, como la cara⁸. En nuestro entorno, la realización de actividades de CM en AP venía ocurriendo con un nivel de calidad adecuado^{9,10}. No obstante, hasta fechas más recientes no ha sido una actividad ampliamente extendida. Se ha descrito que la implantación de programas formativos en CM, con respaldo institucional, han conseguido un aumento notable de este servicio en AP¹¹. Sin embargo, no ha quedado aislado el papel de la FC en este fenómeno, pues cuando un nuevo servicio cuenta con apoyo institucional suele producirse un incremento notable de los resultados. Así ha ocurrido en el ámbito del sistema público de salud gestionado por el INSALUD. Los procedimientos de CM se han incrementado notablemente en los últimos 3 años. Este aumento de la actividad en CM también se ha comunicado en otros países con la puesta en marcha de programas respaldados por la autoridad sanitaria¹². En el área de salud de referencia, para desarrollar el servicio de CM, una de las estrategias desarrollada consistió en una formación teórico-práctica en CM de 2 días de duración dirigida a facultativos y enfermeras de AP. La actividad en CM ha crecido en los dos últimos años. Sin embargo, no conocemos la relación existente entre la FC y los resultados obtenidos en la implantación del servicio. Esta relación sería una

buena medida de la utilidad de la FC, midiendo su impacto en el desempeño profesional.

El objetivo de este trabajo es determinar la relación entre la evaluación de reacción de los alumnos ante la FC en CM y el desarrollo de esta actividad en un área de salud.

Material y métodos

El ámbito de estudio fue el Área 11 de Atención Primaria de Madrid, con una población adscrita de 670.000 habitantes. En ella se ubicaban 43 equipos de AP (EAP) en 1999. Éstos estaban agrupados en 37 unidades funcionales (UF), de las cuales 27 ofrecían actividades de CM en su cartera de servicios en el período de estudio. La FC en CM se comenzó a realizar de forma reglada en 1996. Consiste en la impartición de un programa teórico-práctico de 10 horas de duración durante 2 días. Los contenidos teóricos hacen relación a lesiones elementales de piel y anejos, diagnóstico diferencial de lesiones dermatológicas, técnica quirúrgica básica e instrumental, asepsia y antisepsia. El programa práctico consiste en la simulación de diferentes técnicas quirúrgicas, bien sobre piel animal, bien sobre tejido sintético de consistencia y dureza similar a la piel humana. Hasta 1998 se realizó una formación similar para médicos y enfermeras. En 1999 el equipo docente diseñó un programa específico para cada perfil profesional.

Después de la realización se distribuía a los asistentes un cuestionario, que se respondía de forma anónima y voluntaria, en el que se exploraba la satisfacción del alumno con cinco grandes grupos de cuestiones: organizativas, metodología docente, capacidad de los docentes, utilidad del aprendizaje y una valoración global. Los cuatro primeros aspectos se midieron con una escala tipo Likert (muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo). La valoración global se realizó con una escala de 1-10, siendo el 10 la mejor valoración posible. Además se dejaba la posibilidad de hacer sugerencias de mejora para la actividad.

Para hacer una valoración de la utilidad de la FC, se recogieron el número de actividades de CM (NC) por UF (compuesta por 1 o 2 EAP), durante un año (octubre de 1998- septiembre de 1999). Esta variable se recoge del producto de cartera de las UF y sólo se incluyen aquellas intervenciones plasmadas en los formularios de registro estandarizados.

Otras variables recogidas fueron el número de profesionales por categoría en cada UF y quiénes de éstos habían realizado alguna especialidad tras la licenciatura en el caso de los médicos, el número de personas que habían realizado FC en CM tanto dentro del programa local como en otros programas y otras variables relacionadas con los recursos (dotación instrumental) o la organización (presión asistencial media). La dotación instrumental de la UF se definió como insuficiente cuando no existía alguno de los siguientes elementos: pinzas de disección dentadas pequeñas, mangos de bisturí, portaagujas medianos, mosquitos curvos, tijeras de Metzembbaum, tijera de materiales, paños de campo, suturas naturales, sistema de esterilización instrumental, agentes criogénicos y gafas protectoras; llamamos dotación básica a la que incluía todos los mencionados y ampliada a la de aquella UF que además poseía recursos como curetas y bisturí-punch desechable, separador de doble uso, despegador ungual de Kil, pinzas de Kocher, suturas sintéticas no reabsorbibles y bisturí eléctrico³.

La presión asistencial media se obtuvo de los registros de actividad de cada profesional durante el período de estudio.

Las variables discretas vienen caracterizadas por su porcentaje y las continuas por la media y la desviación estándar (DE) si tienen una distribución simétrica, o por la mediana y la amplitud intercuartil (AI) si proceden de otro tipo de distribuciones¹³. Se presentan los intervalos de confianza (IC) del 95%.

Se evaluó la asociación existente entre la actividad de CM y las variables independientes con el coeficiente de correlación de Pearson. Para valorar la relación entre FC y actividad de CM, en presencia de otros factores de confusión, se construyó un modelo explicativo de regresión lineal múltiple por el método stepwise. La variable dependiente fue el número de cirugías comunicado (NC). Dado que las diferentes UF tienen distinto número de profesionales, se forzó la presencia de esta variable en el modelo. Se comprobó por medio del análisis de residuales que se respetasen los supuestos del modelo de normalidad, linealidad y homogeneidad de las variancias¹⁴. El análisis se realizó con el programa SPSS, versión 8.0.

Resultados

Desde 1997 hasta marzo de 1999, se habían realizado en la zona de referencia 9 acciones formativas como la descrita, en las

TABLA 1. Proporción de profesionales que habían realizado formación continuada en cirugía menor en las unidades funcionales que prestaban este servicio

Grupo profesional	FC en programa del área	FC en otros programas	Total formados	Total grupo
Médico de familia	77 30,1%	71 27,7%	148 57,8%	256 100%
Pediatra	3 5,7%	17 32,1%	20 37,8%	53 100%
Enfermera	82 29,7%	3 1,1%	85 30,8%	276 100%
Total	62 27,7%	91 15,6%	253 43,2%	585 100%

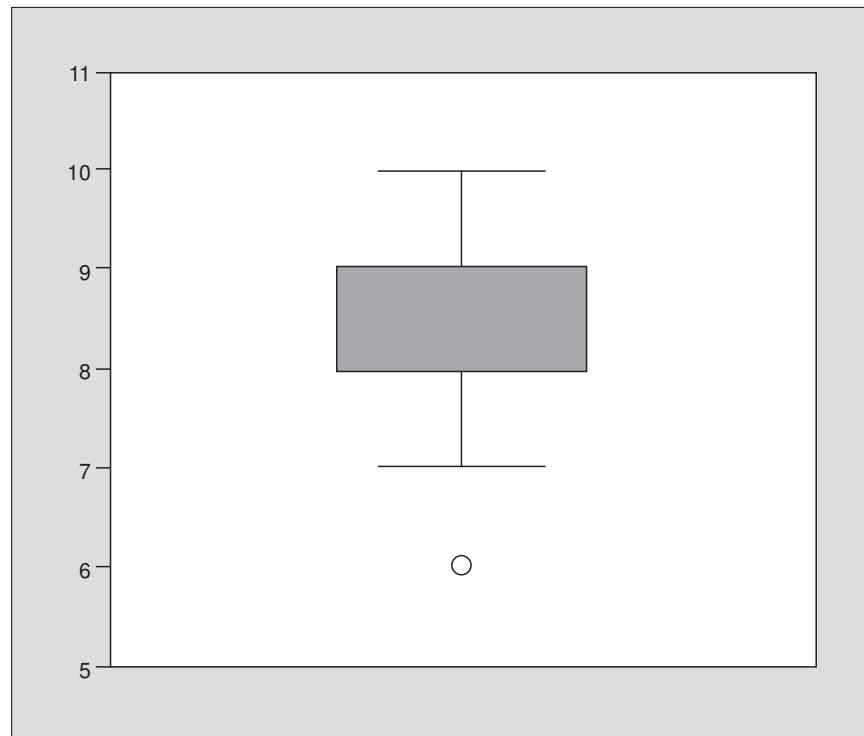


Figura 1. Boxplot de las valoraciones de las encuestas de satisfacción de la formación continuada en cirugía menor. La escala de valoración va de 1 a 10 (la mejor valoración posible). La caja contiene la parte central de la distribución (percentiles 25-75). La mediana se superpone con el percentil 25 (valor 8).

que habían participado 191 profesionales.

La plantilla sanitaria de las UF del estudio incluía a 585 profesionales, de los cuales 256 eran médicos de familia, 276 enfermeras y 53 pediatras. Del personal facultativo un 59,9% había recibido algún tipo de formación posgrado. Del total de profesionales que habían recibido FC en el programa

local, 162 trabajaban actualmente en las UF estudiadas (tabla 1). Un 25,9% del personal facultativo de estas UF (80) había recibido formación en el programa local, y un 23,9% (74) se había formado en otros programas de similares características. De las enfermeras, 82 (29,7%) habían participado en el programa del área y 3 (1,0%) en otros.

Se recogieron un total de 120 evaluaciones de los discentes participantes en el programa del área (62,8%). La valoración global del curso tenía una mediana de 8 (AI, 1, fig. 1).

En los ítems de utilidad de la formación, un 90,1% de los discentes tenía una opinión favorable respecto a que la FC les había permitido aumentar sus conocimientos y habilidades, y el 85,1% estaba de acuerdo o muy de acuerdo en que les sería útil para su práctica diaria. Entre las preguntas abiertas la idea más repetida es la de la práctica en condiciones habituales.

En las 27 UF que tenían actividad en CM, se comunicaron en el período de estudio un total de 1.417 actividades de CM, con una media de 52,5 por UF (rango, 5-156).

La presión asistencial media por UF oscilaba en 21,5-40,3 pacientes por profesional y día (media, 30,8; DE, 3,8).

De las UF, 12 tenían un equipamiento insuficiente (44,4%), 13 básico (48,1%) y 2 ampliado (7,4%).

En la tabla 2 se describe la asociación encontrada en el análisis bivariante entre las variables independientes y el número de cirugías.

Al estudiar la relación entre las diversas variables independientes y el NC, se forzó la presencia de la variable número de profesionales por UF. Por eso el modelo 1 contiene la constante y esta variable (tabla 3). El modelo 2, que se aceptó como el más explicativo, contiene además como variable independiente la formación de posgrado. Estas 2 variables presentaban colinealidad moderada (tolerancia, 0,6). El análisis de los residuales mostró una distribución normal de media 0. En la figura 2 se aprecia que no se vulneran los supuestos de linealidad y homocedasticidad al representar los residuos estandarizados frente a los valores pronosticados tipificados.

TABLA 2. Asociación encontrada en el análisis bivariante entre las variables independientes y el número de cirugías

Variable	N.º prof.	FP	FE	FL	PA	Equip.
R de Pearson	0,517	0,628	0,131	0,124	-0,165	0,297
Significación (unilateral)	0,003	< 0,0005	0,258	0,269	0,205	0,067

N.º prof.: número de profesionales de la unidad funcional; FP: formación de posgrado (sólo para facultativos); FE: formación externa; FL: formación local; PA: presión asistencial media de la unidad funcional, y equip.: equipamiento.

TABLA 3. Resumen del modelo de regresión lineal

Modelo	R	R ²	R ² corregida	ET EST	Cambio en los estadísticos				
					Cambio en R ²	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. del cambio en F
1	0,517	0,267	0,238	36,14	0,267	9,110	1	25	0,006
2	0,646	0,417	0,368	32,90	0,150	6,155	1	24	0,021

Modelo 1: variables predictoras: (constante), número de profesionales de la UF.

Modelo 2: variables predictoras: (constante), número de profesionales de la UF, médicos con formación posgrado.

Variable dependiente: número de cirugías.

ET EST: error típico de la estimación; gl: grados de libertad, y sig.: significación.

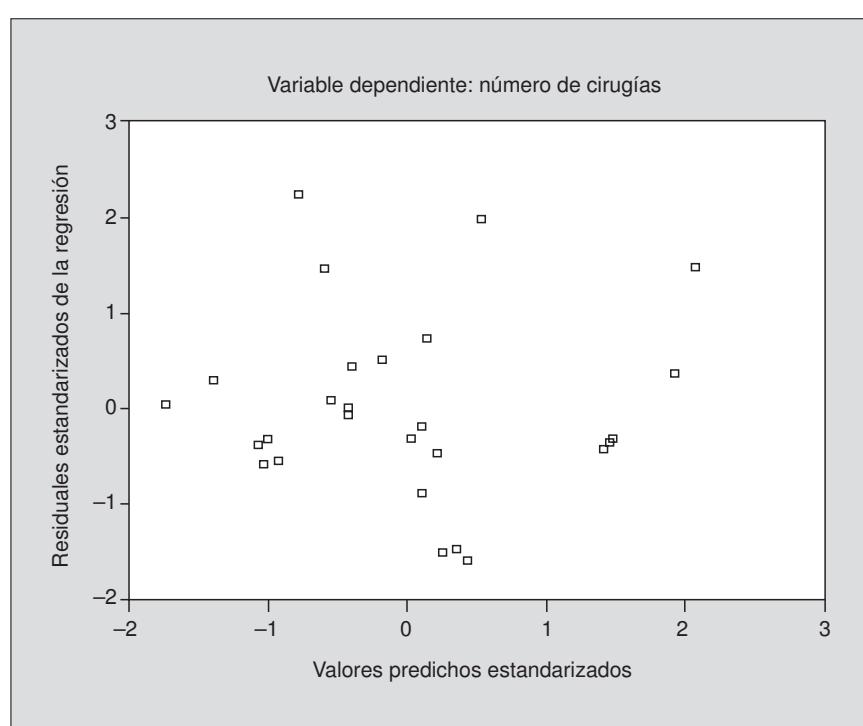


Figura 2. Diagnóstico del modelo 2. Linealidad y homocedasticidad.

Por cada profesional con formación posgrado aumentan una media de 7 cirugías por UF (IC del 95%, 0,12-22,22; tabla 4). Con esta variable y el número de profesionales por UF, se explicaba un 37% de la variabilidad del NC. Ninguna de las otras variables mejoró la capacidad explicativa del modelo.

ionales por UF, se explicaba un 37% de la variabilidad del NC. Ninguna de las otras variables mejoró la capacidad explicativa del modelo.

TABLA 4. Coeficientes en el modelo de regresión lineal

Modelo	Coef. (no est. B)	Error típ.	Coef. est. Beta	t	Sig.	IC del 95%	
						Límite inferior	Límite superior
1 (Cte.)	-2,669	19,551		-0,136	0,893	-42,935	37,598
	N.º prof. UF	2,545	0,843	0,517	3,018	0,006	0,808
2 (Cte.)	-4,650	17,820		-0,261	0,796	-41,428	32,128
	N.º prof. UF	0,948	1,002	0,193	0,947	0,353	-1,20
	FP	6,674	2,690	0,505	2,481	0,021	0,122
12,225							

Modelo 1: variables predictoras: (constante [Cte.]), número de profesionales de la UF (número prof. UF).

Modelo 2: variables predictoras: (constante [Cte.]), número de profesionales de la UF (número prof. UF), médicos con formación posgrado (FP).

Variable dependiente: número de cirugías.

Coef. (no) est.: coeficiente (no) estandarizado; error tip.: error típico; sig.: significación, e IC: intervalo de confianza.

Discusión

La importancia de la FC en el desempeño de nuevas actividades es un hecho reconocido pero raramente cuantificado. Con frecuencia se asume que una evaluación de reacción o de satisfacción del discente ante la actividad formativa es suficiente para valorar el proceso.

Si se pretende determinar la influencia aislada de la formación en el proceso de producción, debemos poder definir con precisión el producto final. En el caso de la FC de los profesionales de la salud, en muchas ocasiones, debemos conformarnos con medir resultados intermedios, como pueda ser la utilización de determinada técnica.

En la actividad que se ha estudiado, encontramos que las expectativas de los discentes están cubiertas de una forma satisfactoria. Incluso el participante en este tipo de FC cree que ha adquirido habilidades suficientes y que le serán de utilidad en su práctica profesional. Sin embargo, la asistencia a estas actividades no explica la variabilidad entre el NC de las diferentes UF. Esta situación de satisfacción con la capacitación recibida en programas de FC en CM es similar a la comunicada en el programa formativo promocionado por el Royal College of General Practitioners en

1994, en el que un 75% de los participantes refería haber adquirido nuevas habilidades⁷.

Sin embargo, en otros trabajos que valoran la satisfacción con la formación recibida, tras enfrentarse a la práctica habitual, hasta un 40% de los encuestados considera poco adecuado el diseño de esta formación⁸.

Aunque la evaluación de los conocimientos y habilidades adquiridos no es la norma en la FC, determinadas actividades formativas relacionadas con procedimientos instrumentales como la reanimación cardiopulmonar han sido valoradas desde el punto de vista de la utilidad en condiciones «de laboratorio», pero muy cercanas a la realidad clínica. En alguno de estos casos, en los que la evaluación de reacción es muy satisfactoria, también ha quedado patente el temor de los alumnos a que sus habilidades sean diferentes en condiciones de práctica habitual y, a pesar de reconocer la valía del proceso formativo, reclaman el entrenamiento sobre situaciones reales¹⁵.

Pero la FC no es la única variable que puede influir en la realización de determinada actividad. En el análisis bivariante, la presión asistencial se correlaciona de manera inversa con el NC, aunque de forma no significativa. Es plausible que las cargas asistenciales dificulten la realización de

CM, que requiere un tiempo de consulta más extenso. Es posible que otras cuestiones organizativas, relacionadas con el manejo de la PA, como la organización de las agendas, pueden modelar la influencia de ésta sobre el producto en CM.

El equipamiento de la UF tiende a relacionarse de manera positiva con el NC, aunque dicha relación queda al borde de la significación ($p = 0,067$). Sin embargo, no es fácil determinar si el tener un mejor material es causa o consecuencia de realizar más actividades de CM. Ni la FC en el programa del área, ni la realizada en otros programas similares se correlacionan de manera significativa con la variable dependiente NC.

Con el modelo de regresión lineal múltiple, podemos explicar un 37% de la variabilidad en el NC, y sólo la formación de posgrado resultó significativa. Se mantuvo en el modelo el número de profesionales de la UF a pesar de no ser una variable explicativa y de que presentaba cierta colinealidad con la anterior por ser cada UF de diferente tamaño. El modelo resultó sólido a pesar del matiz comentado. Una posible limitación del estudio es intentar construir un modelo de regresión con 6 variables independientes y sólo 27 unidades de estudio, pero los resultados fueron congruentes con el análisis bivariante.

Otra fuente de error en nuestro estudio es la existencia de actividad en CM no registrada, y por tanto no valorada en el modelo. Este hecho ha sido referido en algunos trabajos realizados con enfermeros de atención primaria¹⁶. Sin embargo, no creemos que este sesgo de información tenga una distribución diferencial, en relación con las otras variables estudiadas, por lo que su influencia en las relaciones discutidas debe ser muy discreta.

Así pues, la FC en CM con un diseño teórico-práctico no explicaba en nuestro estudio la variabilidad

del NC en las diferentes UF. No podemos corroborar las impresiones de otros trabajos que relacionan programas formativos similares al estudiado con el aumento de la actividad quirúrgica¹¹.

El hecho de que la formación de posgrado explique parte de la variabilidad de los resultados puede tener varias interpretaciones. La primera de ellas es que la realización de técnicas quirúrgicas de manera supervisada durante el período formativo se interioriza como una práctica integrada en el perfil profesional. También pueden influir aspectos que tienen que ver con la percepción de un rol profesional más amplio. Cabe pensar que las estrategias de implantación de nuevos servicios deben pasar por la potenciación de la formación de posgrado, planificando ésta con una visión global de perfil profesional y no sólo orientada a las actividades que se realizan en un entorno local.

El peso que tiene la FP en la realización de CM nos orienta a una nueva forma de planificación de la FC, que podría ser extensiva a toda la formación que requiere la adquisición de habilidades instrumentales. La aplicabilidad de la formación y la adquisición de habilidades posiblemente sea más elevada con la formación «en activo», entendiendo por tal la que se realiza practicando determinada actividad con supervisión directa, en las que el discente se enfrenta a situaciones que debe abordar en su ejercicio habitual.

Este concepto, que es similar al que sustenta el actual sistema de formación de posgrado para médicos en nuestro país, el sistema MIR¹⁷, ya se ha ensayado de manera reglada para la CM. Los resultados comunicados han sido plenamente satisfactorios¹⁸, pues tras la formación se produjo un aumento considerable en la actividad y mayor que en otros lugares con estrategias diferentes de formación, aunque este hecho tuvo lugar en un momento de apoyo

institucional a un programa que, como hemos mencionado, puede ser un factor por sí sólo para la consecución de buenos resultados. En definitiva, la aplicación de una metodología convencional de FC a actividades que requieren una habilidad técnica e instrumental, como la CM, aun con un alto grado de aceptación por los discentes, no tiene una repercusión directa en el aumento de la actividad asistencial, aunque puedan ser un paso previo necesario para la realización posterior de aprendizaje «en activo».

Bibliografía

1. Segovia de Arana JM. Formación médica continuada. Principios generales. En: La formación de los profesionales de la salud. Formación pregrada, posgrada, y formación continua. Madrid: Fundación BBV, 1998; 405-416.
2. Elbow P. Writing without teachers (2.^a ed.). Oxford: Oxford University Press, 1998.
3. Evaluación de la experiencia piloto de cirugía menor en atención primaria. Madrid: Dirección General de Atención Primaria y Especializada. Subdirección General de Atención Primaria, diciembre 1997.
4. Castle C. Minor surgical procedures performed by general practitioners (letter). Br J Gen Pract 1990; 40: 430.
5. Cox NH, Wagstaff R, Popple AW. Using clinicopathological analysis of general practice skin surgery to determine educational requirements and guidelines. BMJ 1992; 304: 93-96.
6. Whimster WF, Leonard RA. Surgical pathology and general practice: send all specimens for histopathological examinations. BMJ 1991; 303: 1149-1150.
7. Tissier J, Rink E. Evaluation of minor surgery courses for general practitioners. Med Educ 1996; 30: 333-338.
8. Thompson AM, Park KG, Kelly DR, MacNamara I, Munro A. Training for minor surgery in general practice: is it adequate? J R Coll Surg Edinb 1997; 42: 89-91.
9. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo JM, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villaruelo Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. Aten Primaria 1996; 17: 142-146.
10. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchant I, Muñoz-Quirós Aliaga S, López Romero A et al. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. Med Clin (Barc) 1996; 107: 772- 775.
11. Caballero Martínez F, Gómez Martín O. ¿Cirugía menor para todos? Resultado del paso de una experiencia piloto a una práctica generalizada. Aten Primaria 1999; 24: 244.
12. Brown JS, Smith RR, Cantor T, Chesser D, Yearsley R. General practitioners as providers of minor surgery – a success story. Br J Gen Pract 1997; 47: 205-210.
13. Hulley SB, Cummings SR. Clinical research. An epidemiologic approach. Madrid: Harcourt Brace, 1993.
14. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE. Applied regression analysis and other multivariate methods (2.^a ed.). Boston: PWS- Kent, 1988.
15. López de Ochoa A, Álvarez JA, Infante A, Fernández Onieva JM, García Pondal J, Garrido M. Enseñanza de la resucitación cardiopulmonar en un servicio de urgencias médicas extra-hospitalario. Med Intensiva 1995; 19: 78-85.
16. Gómez Sáez J, Olivas Molina M, Ruiz Martínez T, Moraga Lara B, Piñero Sánchez A, Urbano Nohales C. Papel enfermero en la atención primaria de salud. Metas de Enfermería 2000; 3: 27-33.
17. Moreno González A. Especialidades y áreas de capacitación específica en el sistema español dentro del contexto europeo. En: La formación de los profesionales de la salud. Formación pregrada, posgrada y formación continua. Madrid: Fundación BBV, 1998; 271-277.
18. Caballero Martínez F, Gómez Martín O, Morell Baladrón L, Herrero Olivares MA. Estrategia para la implantación rápida de cirugía menor en los equipos de atención primaria. V Premio Nacional a la Innovación en la Gestión y la Administración Sanitaria. Madrid: ENS Arthur-Andersen, diciembre de 1997.