

ORIGINAL

Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria

David Paniagua Urbano^a, Luis Ángel Pérula de Torres^{b,*}, Roger Ruiz del Moral^c y Enrique Gavilán Moral^d

^aMedicina familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Montoro, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Córdoba, España

^bMedicina Preventiva y Salud Pública, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba, Miembro del Grupo de Mejora del PAPPS (semFYC), Córdoba, España

^cMedicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Córdoba, España

^dMedicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Plasencia, Cáceres, España

Recibido el 31 de agosto de 2009; aceptado el 7 de octubre de 2009

Disponible en Internet el 2 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Actividades preventivas;
Atención primaria;
Formación posgrado

Resumen

Objetivo: Determinar el grado en que los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria realizan actividades preventivas durante su estancia en el centro de salud, así como estimar el tiempo empleado en llevarlas a cabo.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento: Centros de salud docentes de los distritos de atención primaria de Córdoba (centro) y Guadalquivir.

Participantes: Cuarenta médicos residentes y 384 entrevistas clínicas realizadas con pacientes que acuden a la consulta.

Mediciones principales: Tres médicos residentes videograban y visualizan las consultas que registran las actividades preventivas efectuadas según las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud del año 2005 y el tiempo empleado en cada entrevista en llevar a cabo estas actividades.

Resultados: En el 72,1% de las consultas (IC del 95%: de 67,6 a 76,5) no se realiza ninguna actividad preventiva. Las actividades más frecuentes son las de prevención secundaria (70,1%), destaca en primer lugar la toma de la presión arterial (8,1%). El tiempo medio por consulta en aquéllas en las que no se realizan actividades preventivas es de 5,6 min (DE=3,1), mientras que en las que sí se realizan es de 7,04 (DE = 3,05) ($p < 0,0001$).

Conclusiones: La realización de actividades preventivas por parte de los médicos residentes en las consultas de atención primaria es muy escasa. Una consulta que incluya

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es (L.Á Pérula de Torres), paurda@hotmail.com (D. Paniagua Urbano).

KEYWORDS

Preventive activities;
Primary care;
Postgraduate training

actividades preventivas requiere de un tiempo significativamente mayor que una que no las incluya.

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

Implementation of preventive activities by family and community medicine residents in primary care clinics

Abstract

Objective: To determine the level of preventive activities carried out by Family and Community Medicine medical residents during their stay in the Health Centre, as well as to estimate the time involved in carrying them out.

Design: Cross-sectional, descriptive, observational study.

Setting: Teaching Health Centres in the Central- Cordoba and Guadalquivir Primary Care Districts.

Participants: Forty medical residents and 384 clinical interviews with patients who were seen at the clinic.

Main measurements: The consultations were video recorded and looked at by three medical residents who recorded the preventive activities carried out according to the 2005 PAPPs (Health Promotion and Disease Prevention Activities) recommendations, as well as the time employed in performing these activities.

Results: No preventive activities were performed in 72.1% (95% CI: 67.6 to 76.5%) of the consultations. The most frequent activities were secondary prevention (70.1%), mainly the taking of blood pressure (8.1%). The mean consultation time when there were no preventive activities carried out was 5.6 min (SD=3.1), whilst in those that did perform them it was 7.04 min (SD=3.05) ($P<0.0001$).

Conclusions: The performing of preventive activities by medical residents in Primary Care clinics is very limited. A consultation that includes preventive activities requires a significantly longer time than in those that do not include them.

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

Introducción

El médico de familia se diferencia del resto de los profesionales sanitarios en que no sólo se limita a solucionar los distintos problemas y enfermedades que sus pacientes le plantean, sino que se encarga también de la salud de éstos. Uno de los objetivos más importantes de su labor es prevenir la enfermedad y promocionar la salud de sus pacientes antes de que ésta se deteriore.

Según Gray y Fowler, la atención primaria es el marco ideal para las actividades de cribado mediante la búsqueda activa de casos, porque proporciona acceso a toda la población, permite la integración de las actividades preventivas con las curativas, y los problemas descubiertos se diagnostican y se tratan en los mismos servicios, lo que favorece el seguimiento del problema hasta su solución¹. Los médicos de familia no sólo se ocupan de las enfermedades agudas y de las crónicas o de la alta prevalencia, sino que también deben asumir un papel protagonista en la educación sanitaria del paciente. Debemos, pues, concienciar a este colectivo médico de la importancia de esta tarea, al ser el que más en contacto está con el paciente y el que más lo conoce, a la vez que es el más accesible. Por esto es imprescindible que las futuras promociones de médicos residentes de esta especialidad estén capacitadas para asumir esta labor^{2,3}.

A finales de la década de 1980 la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), con objeto de

mejorar la calidad asistencial y en línea con las directrices propugnadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, puso en marcha el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPs), el que se desarrolla en una red estatal que incluye a más de 600 centros de salud, y cuyo objetivo es la integración de las actividades preventivas y de promoción de la salud en el seno de las tareas desarrolladas habitualmente en las consultas de atención primaria. Posteriormente, la semFYC auspició un programa de características similares al PAPPs, pero de ámbito europeo, denominado European Review Group on Health Promotion and Prevention⁴. El PAPPs genera periódicamente recomendaciones (que pueden consultarse en línea en la página web del programa) sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria en España sobre enfermedades cardiovasculares, enfermedades transmisibles, prevención en la infancia y adolescencia, cáncer, salud mental y educación sanitaria y promoción de la salud⁵.

Las recomendaciones que el PAPPs propugna están basadas sobre todo en el grado de evidencia de cada actividad preventiva y las condiciones generales de la organización de la atención primaria en nuestro país^{6,7}; estas actividades se estructuran en 3 subprogramas: subprograma infantil (hasta los 14 años de edad inclusive), subprograma del adulto (en la población mayor de 15 años, tanto sana asintomática como de alto riesgo) y subprograma de salud mental. Desde la puesta en marcha del PAPPs, la

semFYC ha establecido un procedimiento de evaluación interna del equipo de atención primaria^{8,9}, cuyo propósito es conocer los niveles de cumplimentación de las actividades preventivas en los centros adscritos y analizar los factores de estructura y organización asociados a una mejor práctica preventiva^{10,11}. Las evaluaciones realizadas hasta el momento han puesto de manifiesto que el grado de cumplimentación de las actividades resulta alto en el caso del paquete mínimo (tabaco, hipertensión arterial y alcohol) e hipercolesterolemia, modesto en vacunación antitetánica, determinación de la talla y el peso y anticoncepción, y bajo en el resto de las actividades^{12,13}. Sin embargo, aunque existen estudios que indican que los médicos de familia españoles, en comparación con sus colegas europeos, realizan en mayor grado actividades preventivas y de promoción de la salud¹⁴, la tasa de aplicación de estas continúa siendo baja, lo que podría tener que ver, entre otros factores, con una actitud escasamente proactiva de los médicos en las consultas diarias con sus pacientes, poca motivación o falta de entrenamiento por parte de estos, o falta de tiempo¹⁵.

El Programa Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria contempla, en relación con este tema, un amplio apartado donde se le concede una gran importancia a las actividades preventivas que el residente debe aprender a implementar durante su formación en los distintos grupos de población¹⁶, de modo que valora la necesidad y la oportunidad de conocer las recomendaciones de los grupos de expertos en prevención y promoción de salud, tanto nacionales como internacionales.

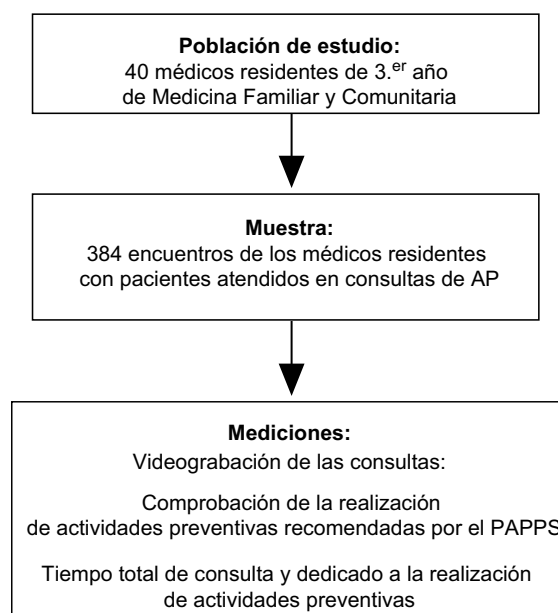
Se desconoce el grado en que los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria asumen estas tareas preventivas y las ponen en práctica antes de finalizar su período de formación. Los objetivos de este estudio fueron conocer en qué medida, dentro de la labor asistencial en la consulta de atención primaria, los médicos residentes desarrollan las actividades preventivas recomendadas por el PAPPs, estimar el tiempo dedicado a su implementación y analizar si existen diferencias en el tiempo empleado entre las consultas en las que no se realizan y en las que sí se realizan.

Sujetos y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal. La población de estudio estaba compuesta por 40 médicos internos residentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria adscritos a la Unidad Docente de Córdoba, de las promociones que finalizaron en los años 2003 y 2004. Durante este tercer año los residentes realizaron las actividades formativas y asistenciales habituales que marca el Programa Nacional de la Especialidad y fueron videograbados en la consulta de atención primaria antes de concluir su período de residencia. Se calculó el tamaño muestral para una proporción estimada de consultas médicas en las que se realiza alguna actividad preventiva del 50% (se consideró la situación más desfavorable, pues desconocíamos a priori en qué valor se podía situar este porcentaje al no existir estudios previos), un error α del 5% y una precisión del $\pm 5\%$. El número de entrevistas para evaluar se estimó en 384.

La fuente de información fueron las videograbaciones de las entrevistas clínicas con pacientes reales, realizadas a los residentes con fines docentes e investigadores, previo consentimiento informado, tanto de los médicos residentes como de sus pacientes. Tres observadores independientes (médicos residentes de otra promoción posterior a la evaluada) visualizaron las cintas de vídeo y anotaron los aspectos medidos en una hoja de recogida de datos elaborada para tal fin. Las variables estudiadas fueron sexo del residente, desarrollo de actividades preventivas en la consulta (se incluyó el listado de actividades preventivas recomendadas por el PAPPs), nivel de prevención (primaria, secundaria o terciaria), tiempo total de la entrevista y tiempo empleado en llevar a cabo la/s actividad/es preventiva/s, sexo del paciente, tipo de problema por el que acudía y motivo principal de consulta.

El análisis estadístico, realizado con el programa SPSS, fue descriptivo y bivariado (test de la ji-cuadrado o test de la t de Student; $p < 0,05$). La Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Distrito Sanitario Córdoba aprobó el estudio.



Esquema general del estudio: Estudio transversal observacional de la realización de actividades preventivas en las consultas de atención primaria.

Resultados

De los 384 pacientes estudiados, el 57% eran mujeres y el 43% eran hombres, el motivo principal de consulta fue enfermedad aguda, con un 81%. En el 72,1% de los encuentros clínicos (IC del 95%: de 67,6 a 76,5) el residente no llevó a cabo ninguna intervención preventiva. Respecto del nivel de prevención en que se desarrollaron las consultas, las más frecuentes son las de nivel secundario (70,1%), seguidas por las de prevención primaria (27,1%) y, por último, las de prevención terciaria (2,8%). Al considerar actividades preventivas concretas, la más frecuentemente efectuada es la toma de la presión arterial (8,1%), seguida

del control analítico del colesterol (7,1%) y el consejo antitabaco (3,0%).

Encontramos diferencias significativas en el tiempo total de las consultas, entre aquéllas en las que se realizan actividades preventivas y en las que no se realizan. El tiempo medio por consulta en las que no se llevan a cabo actividades preventivas es de 5,6 min (DE=3,1), mientras que en las que se efectuó alguna intervención preventiva es de 7,04 min (DE=3,05) ($t=4,085$; $p<0,0001$). A su vez, en las consultas en las que se realizan medidas preventivas el tiempo medio estimado es de $2,33 \pm 1,66$ min.

Por último, el 51% de los médicos estudiados eran mujeres, frente al 49% de hombres; y se observa cómo éstas realizan en mayor grado actividades preventivas que los varones (el 15,5 frente al 12,4%; $p<0,05$).

Discusión

La implementación y el desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud es un aspecto primordial para todo médico especialista en medicina familiar y comunitaria; de hecho, tanto la Comisión Nacional de la Especialidad como la Administración Sanitaria lo incluyen dentro de los objetivos docentes, así como en las carteras de los servicios de salud, respectivamente^{16,20}. Teniendo en cuenta que, hasta el momento, en la literatura médica existe escasa información acerca del grado de adquisición de conocimientos, competencias y habilidades para el desarrollo de estas actividades por parte del médico interno residente^{21,22}, el presente estudio supone la primera aproximación a las actitudes reales de estos profesionales en materia de prevención y promoción de la salud.

Los resultados obtenidos indican que los residentes de familia, en su paso por los centros de salud durante el último año de su residencia, realizan actividades preventivas en un porcentaje muy bajo. Puede haber distintas causas que, de forma particular o en su conjunto, sean las responsables de esta situación. Una de éstas sería la falta de tiempo en las consultas, puesto que el ámbito en el que el médico de familia desempeña su labor se ve cada vez más presionado a una gran demanda asistencial. Es por esto por lo que ya se ha apuntado la necesidad de incluir en los programas de formación de estos futuros médicos especialistas contenidos relacionados con técnicas de comunicación y gestión de la demanda²³ que los hagan más eficientes a la hora de rentabilizar el escaso tiempo de consulta por paciente del que probablemente dispondrán cuando tras su período formativo se incorporen a su trabajo habitual en los centros de salud. Por otro lado, también hemos de considerar que si los tutores, como instructores de las nuevas generaciones de médicos de familia, no tienen una visión muy clara sobre la importancia de realizar actividades preventivas en consulta, difícilmente las asumirán sus residentes. Sería interesante realizar un estudio similar a éste para conocer las actitudes de este colectivo.

También cabe destacar la escasa tradición existente en las consultas de atención primaria a la hora de realizar actividades preventivas; así, por ejemplo, que un paciente le pida a su médico que le tome la presión arterial, el médico de familia lo interpreta muchas veces como una actividad extra e innecesaria, que quizás le correspondiera a

otro profesional de atención primaria, y no siempre se valora como una posible oportunidad para el cribado o el control de este importante factor de riesgo cardiovascular, que quizás haga que este paciente consulte a posteriori menos por episodios que pueden ser la consecuencia de una hipertensión arterial ya instaurada y mal controlada. Por esto, es preciso un cambio por parte del médico de atención primaria, pasar de una posición reactiva (esperar a que el paciente llegue y consulte por alguna dolencia) a una actitud más proactiva (tomar la iniciativa y aprovechar la visita a la consulta para hacer una búsqueda de casos (*case finding*) e investigar posibles problemas de salud del paciente que no son por los que consulta¹⁵, tal y como se postula en el propio Programa Nacional de la Especialidad cuando se abordan las competencias que el médico residente debe adquirir en el área de Atención a la Comunidad¹⁶.

Del mismo modo, y con el fin de lograr mejorar la situación actual, sería conveniente que en los planes de estudio de las facultades de Medicina se incluyeran contenidos propios de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, puesto que el 40% de los futuros médicos se dedicará a la atención primaria; de este modo se podría recalcar desde la base del conocimiento médico, la importancia que el médico de familia desempeña en la realización de actividades preventivas de los pacientes adscritos a su cupo. Esto, que puede ser una realidad en nuestro país a corto plazo, ya se está realizando en otros países como Estados Unidos^{2,3}, donde en sus universidades los alumnos de Medicina cursan asignaturas específicas y se les da una formación y preparación orientada a adquirir habilidades comunicacionales y preventivas características de nuestra especialidad.

De las actividades que los residentes realizan, destaca la toma de la presión arterial, seguida de la determinación de la colesterolemia y el interrogatorio sobre el tabaquismo, lo que es similar a los resultados obtenidos en estudios anteriores¹¹. El hecho de que estas actividades relacionadas con factores de riesgo cardiovascular se hagan más nos hace pensar que es posible que otras que prácticamente apenas se llevan a cabo en las consultas (como por ejemplo, la detección de alcoholismo o el consejo a los más jóvenes para evitar accidentes de tráfico), tal vez debido a una falta de concienciación, podrían llegar a alcanzar similares niveles de implementación. Además, se observa que los médicos residentes se centran más en las actividades de prevención secundaria que en las de prevención primaria cuando se sabe que en muchos casos es preferible actuar en las fases más precoces del proceso salud-enfermedad y así poder evitar la aparición o consecuencias de estas.

Como cabía esperar, las consultas en las que se llevan a cabo actuaciones preventivas son más largas que aquellas en las que no se realizan estas actividades. Tal vez exista un tiempo mínimo por debajo del cual no es posible introducir actividades preventivas en las consultas. Por otro lado, como ya hemos señalado antes, los médicos residentes deben aprender a optimizar las habilidades de comunicación y gestión en consulta para así ganar tiempo^{2,3,23}.

Entre las limitaciones del estudio habría que tener en cuenta que en éste solo se ha valorado si se hacen actividades preventivas, pero no si éstas se han realizado o no correctamente según las recomendaciones estipuladas

por el PAPPS. Esto se podría corregir en un futuro con un estudio complementario donde se recoja un protocolo de realización de estas medidas preventivas. Podría pensarse que los médicos modificaron su actitud al sentirse observados en consulta. Es lógico pensar que el hecho de ser videograbados los participantes en el estudio puede condicionar y hacer variar su comportamiento; sin embargo, existe amplia experiencia en la utilización de métodos de observación similares al empleado por nosotros que confirman que en la práctica real es muy difícil que se modifique el estilo de consulta empleado^{17,18}. Los cambios de conducta de los pacientes suelen ser aún menores incluso¹⁷⁻¹⁹. Además, no es posible conocer los casos en los que no se observa la realización de actividades preventivas si éstas se llevan a cabo en un momento diferente al que se realiza la grabación. El objetivo específico de valorar si se hacían o no actividades preventivas en consulta no era conocido por los médicos residentes previamente a la videograbación, lo que evitó que se produjese un sesgo del observado o efecto Hawthorne.

Estos hallazgos nos abren las puertas a hipótesis para futuras investigaciones, puesto que podemos introducir nuevos puntos de vista dentro de las consultas para intensificar la realización de actividades preventivas, incluidas o no en el PAPPS, siempre basándonos en una optimización del tiempo y una mejora en las habilidades comunicacionales^{21,22}. Dado que hablamos de residentes, esto se conseguiría con una adecuada formación, y ésta no sólo debe ser para conocer el PAPPS y lo que significan las actividades preventivas, sino para ejercitar habilidades para poner en juego las actividades preventivas en la consulta, y dado que muchas de estas van dirigidas a modificar hábitos de vida, entrenar a los residentes en habilidades de entrevista motivacional y de asesoramiento (*counselling*) para conseguir mejores niveles de adherencia a las recomendaciones, que es en definitiva de lo que se trata. Por esto, sería interesante plantear futuros estudios en los que se midan los estilos de entrevista clínica que los médicos de familia emplean en las consultas y su relación con la realización de medidas preventivas. Además, esto contribuiría a ser más conscientes del bajo nivel de actividades preventivas diarias que se hacen por los médicos que en un futuro van a ser los encargados de la salud de la población, con las implicaciones que esto conlleva^{2,3,23}.

Lo conocido sobre el tema

- Las actividades preventivas son un componente esencial que el médico de familia debe asumir y llevar a cabo en la población atendida en atención primaria.
- El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud es un referente para el médico de familia a la hora de tener en cuenta las recomendaciones preventivas.
- Los médicos internos residentes de medicina de familia deben adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para llevar a cabo este tipo de actividades, según viene contemplado en el Programa Oficial de la Especialidad.

Lo que aporta este estudio

- Los médicos residentes apenas realizan actividades preventivas en las consultas de atención primaria.
- Las actividades más frecuentes son la detección de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y tabaquismo.
- El tiempo empleado en las consultas en las que se realizan actividades preventivas es superior al de aquéllas en las que no se abordan este tipo de intervenciones.

Agradecimientos

Este proyecto ha recibido una ayuda de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Bibliografía

1. Gray M, Fowler GH. Preventive medicine in general practice. Oxford: Oxford University Press; 1983.
2. Pomrehn PR, Davis MV, Chen DW, Barker W. Prevention for the 21st century setting the context through undergraduate medical education. *Acad Med.* 2000;75:55-13.
3. Garr DR, Lackland DT, Wilson DB. Prevention education and evaluation in US medical schools: A status report. *Acad Med.* 2000;75:S14-21.
4. First Conference on Prevention and Health Promotion. Santiago de Compostela, "Towards an Enhancement of Health Promotion and Preventive Functions in General/Family Practice in Europe". 1995 Nov; España.
5. Recomendaciones 2007. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud en atención primaria. [consultado 30/08/2008]. Disponible en: http://www.papps.org/suplemento_ap_07.php.
6. Louro González A. La prevención y sus niveles: la orientación clínica y comunitaria. En: Gallo FJ, editor. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. 2^o ed. Madrid: International Marketing & Communications, semFYC; 1997. p. 691-5.
7. Martín Zurro A. Prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria: apuntes sobre su pasado, presente y futuro. *Aten Primaria.* 2004;33:295-6.
8. Subías Lorén PJ, Bauzá Nicolay K, Casanovas Cuquet E, García Mata JR, Iglesias Rodal M, Jiménez Villa J, et al. Estudio de efectividad PAPPS (1998) y resultados preliminares de la evaluación del PAPPS (1999). *Aten Primaria.* 1999;11-7.
9. Subías Loren PJ, García-Mata JR, Pérula de Torres LA. Efectividad de las actividades preventivas analizadas en el ámbito de centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. *Aten Primaria.* 2000;25:383-9.
10. Pérula de Torres LA, Lahoz Rallo B, Llergo Muñoz A, Pérula de Torres CJ, Adame Rodríguez MV. ¿Siguen los profesionales de atención primaria de los centros andaluces adscritos las recomendaciones propuestas por el PAPPS? *Med Fam (And).* 2000;2:39-44.
11. Pérula de Torres LA, Iglesias-Rodal M, Bauza-Nicolay K, Estévez JC, Alonso S, Martín-Carrillo P. Tiempo estimado para realizar las actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) en la población adulta. *Aten Primaria* 2005 Supl PAPPS. 2005;30: 5-10.

12. Antón García F, Guerola Lablanca JV, Catalán Macián JB, Barbas Galindo MJ, Durà Navarro R, Richart Rufino MJ. Efectividad de las actividades preventivas tras 8 años de su introducción en la medicina general llevada a cabo en centros de salud. *Aten Primaria*. 2001;27:38-42.
13. Ichazo-Tobella B, Álvarez-Barreiros S, Villa-Vázquez S, Montañés-Roig C. Promoción y prevención: ¿realidad o ficción? *Aten Primaria*. 2006;37:173.
14. Kloppe P, Brotons C, Anton JJ, Ciurana R, Iglesias M, Piñeiro R, et al. Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación de la visión entre los médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria*. 2005;36:144-51.
15. Salleras L, Martín Zurro A, Bertrán JM, Gené JM, Forés D, Taberner JL, et al. La integración de la prevención en la práctica asistencial. *Med Clin (Barc)*. 1994;102:35-41.
16. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria 2005. Área competencial del individuo y comunidad. [consultado 30/08/2008]. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/Medicina_Familiar_y_Comunitaria.pdf.
17. Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: Advantages and limitations. *Fam Pract*. 2000;17:422-7.
18. Pringle M, Stewart-Evans C. Does awareness of being video recorded affect doctors' consultation behaviour? *Br J Gen Pract*. 1990;40:455-8.
19. Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA. Opiniones de los residentes de medicina de familia de Andalucía sobre algunos aspectos relacionados con su especialidad. *Aten Primaria*. 1996;17:595-6.
20. Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud 2008. Área de Atención a la persona y Área de Atención a la Comunidad. [consultado 30/08/2008]. Disponible en: http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_serviciosanitarios1_300.
21. Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Pérula de Torres LA, Prados Castillejo JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2002;29:132-44.
22. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC-Ediciones; 2004.
23. Laidlaw TS, Kaufman DM, Macleod H, Vanzanten S, Simpson D, Writan W. Relationship of resident characteristics, attitudes prior training and clinical knowledge to communication skills performance. *Med Educ*. 2006;40:18-25.