

LA FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN LA UNIVERSIDAD DE GRANADA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD FAMILIAR

Training in Public Health at the University of Granada and its relationship with Family Health

João José Batista de Campos

Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (Brasil) & Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (iNESCO)

Francisco Torres González

Docente do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Granada

Regina Melchior

Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

Manuel Gurpegui Fernández de Legaria

Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Granada.

Arthur Vizzotto Zolin

Graduando em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina

Gabriela Cristine Queiroz Maria

Graduanda em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina

Maria Soledad Quesada Muñoz

Graduanda em Medicina pela Universidade de Granada

Resumen

La Atención Primaria de Salud ha sido, desde 1983, una de las prioridades de la administración sanitaria andaluza. Este informe sobre la investigación realizada se desarrolla de acuerdo con esta prioridad y, al mismo tiempo, se presenta en un momento que, debido a la crisis financiera en Europa, el sistema de salud pública está sometido a un proceso de revisión

para que sea aún más eficiente. El informe tiene como objetivo analizar la formación del estudiante de Medicina en Andalucía. Para ello, se consideran los aspectos relacionados con la educación médica de Grado en Atención Primaria y Medicina Familiar vinculados a la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada. Utilizando para ello enfoques cuantitativos y cualitativos como estrategias de aproximación a la realidad, siendo la percepción de los estudiantes clave en el proceso. Los estudiantes de Medicina piensan que es necesario un cambio real en las metodologías de enseñanza y aprendizaje, en el cual tengan un papel más activo. En cuanto a Medicina de Familia, hay que aumentar la importancia como disciplina académica, y por tanto, la presencia de dicho campo dentro de la Universidad. La evaluación continua del proceso de educación permanente en salud es un componente clave para los ajustes necesarios y la búsqueda persistente de acumulación de poder técnico y político, para la institucionalización y la sostenibilidad de un cambio efectivo del Grado en España. Investigación vinculada a Rede Ibero-americana de Investigadores “MARISTAN” integrada a la Associação Universitária Ibero-americana de Pós-graduação – AUIP.

Palabras clave: Currículum. Educación Médica. Salud Pública. Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria de Salud. Medicina Preventiva.

Abstract:

Primary Health Care has been, since 1983, one of the priorities of the

Andalusian health administration. This report develops research conducted under this priority and at the same time, comes in a time when, because of the financial crisis in Europe, the public health system is subject to a review process in order to be even more efficient. The report aims to analyze the medical student training in Andalusia. To do this, we consider the aspects of medical education graduation in Primary Care and Family Medicine linked the Faculty of Medicine of the University of Granada. Using for that quantitative and qualitative approaches as strategies of approximation to reality, being the perception of students key in the process. Medical students believe a real change in teaching and learning methodologies is necessary, in which they have a more active role. As for Family Medicine, it must be increased its importance as an academic discipline, and therefore the presence of the said field within the university. The continuous evaluation of the process of permanent education in health is a key component for the necessary adjustments and the persistent pursuit of accumulation of technical and political power to the institutionalization and sustainability of an effective change of the graduation in Spain. Research linked to the Ibero-American Researchers Network “MARISTAN” integrated to the Ibero-American University Association of Post-graduation – AUIP.

Keywords: Curriculum. Medical Education. Public health. Community and Family Practice. Primary Health Care. Preventive Medicine.

Contextualización

El interés en la comprensión de las diferencias y similitudes entre el sistema de salud en España y en Brasil, como campo de conocimiento y la formación educativa en dicho campo reside en el hecho de que ambos sistemas consideran el nivel primario como centro del sistema.

La Constitución Española (1978) garantiza el “derecho a proteger la salud de los ciudadanos” y la Ley General de Sanidad (1986), regula este derecho estableciendo la organización del sistema con las Estructuras Básicas de Salud, los Equipos de Primaria y los Servicios Especializados.

La totalidad de la población tiene, prácticamente, asegurado un médico y una enfermera de familia, con un equipo de Atención Primaria al menos, si hablamos de ciudades con cerca de 5.000 habitantes. El proceso de reforma de los sistemas sanitarios de la Unión Europea intenta responder a una orientación política que busca aumentar la participación ciudadana.

La notable diferencia entre el sistema de salud español y el brasileño está en el contexto de la evolución de cada uno, es decir, entender que el sistema de salud es parte de la sociedad y al mismo tiempo, es el producto de la misma. En España el tiempo del sistema de salud es otro, ya que el punto que define la política pública es un país desarrollado.

Por lo tanto, hablamos de los cambios operados en la realidad social, en la conciencia y las demandas de los ciudadanos con el Estado en un escenario de una sociedad democrática, consci-

ente de sus derechos, como la universalidad de los servicios de salud, a la disposición de todos los segmentos de la sociedad, incluyendo tanto los sectores más críticos de la población como aquellos cuyo nivel económico es mayor.

En 2015, el sistema de salud pública español alcanzó el 100% de la población: el 80% del gasto en salud es público (7,6% del PIB) y el 20% es privado. El gasto farmacéutico es, en promedio, el 25% del gasto total del sistema, y desde en el año 2002 la mayor parte de la gestión del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) fue transferida a las comunidades autónomas, completando así, el procedimiento previsto para la descentralización en la Constitución Española.

La comparación con el sistema de salud español debe tener en cuenta las dimensiones de los dos países en cuanto a superficie de territorio y a número de habitantes. En términos de dimensión territorial, en Brasil la cifra que le corresponde es de 8.515.767 km², mientras que en España es de 504.030 km². En cuanto a tamaño de la población en 2014 es 47 millones de españoles en comparación con 201 millones de brasileños, aproximadamente. Por otro lado, es necesario señalar que en términos de pirámide poblacional existe un gran envejecimiento de la población española.

Los servicios primarios trabajan con equipos de especialistas médicos en los niveles secundario y terciario, mientras que la proporción recomendada por la Política Nacional Nueva para la Atención Primaria en Brasil es de 1 a 2.000 personas y un máximo de 4.000 personas contra 1 para 1.000-1.400 de personas en España.

En Brasil, cualquier médico licenciado en Medicina puede actuar en el nivel primario en el sector público, mientras que en España solo puede ejercer en esta área un médico que haya completado la residencia en Medicina de Familia.

Por el contrario, en Brasil se entiende que las actividades de Atención Primaria y de Salud de la Familia se enseñan por completo durante el desarrollo del Grado. La realidad muestra que la educación médica en el país sigue privilegiando el nivel especializado y hospitalario, pero no a la Atención Primaria y la Salud Familiar.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, con casi 500 años de existencia, incluye en el proyecto pedagógico correspondiente a la nueva formación curricular en el Rotatorio Clínico en la Atención Primaria de Salud, que comienza la primera promoción de este GRADO en 2015/16, manteniendo aún así una estructura de enseñanza tradicional del primer al quinto curso.

Analizar la educación médica de Grado en lo concerniente a la Salud Pública, Medicina Preventiva y Atención Primaria de Salud dentro del Plan de Estudios del Grado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada y la relación de estos contenidos con la Medicina de Familia en la formación del estudiante a partir de esta investigación, dando especial importancia a la opinión de los estudiantes.

Descripción de la experiencia

Se adoptarán en esta investigación enfoques cualitativos como una estrategia de aproximación a la realidad y profundización de la complejidad de los temas tratados e implicados, utilizando también los datos cuantitativos.

Las técnicas de investigación utilizadas fueron las siguientes: grupo focal de discusión – con los delegados de los estudiantes de medicina y encuesta de percepción y entrevistas semiestructuradas con los profesores y con los gestores.

La ejecución de todas las entrevistas y de los grupos focales se llevaron a cabo por un solo entrevistador, en forma oral, grabada y transcrita por estudiantes de medicina colaboradores de esta investigación, brasileños y una española.

Con esta estrategia garantizamos una mayor validez de los datos, ya que los problemas y las limitaciones de un determinado método se pueden compensar con el uso de otros procedimientos, como el análisis de documentos y además a través de conversaciones informales con profesores, gestores y estudiantes de 1º a 6º curso.

Toda esta información adicional está ayudando en el análisis de los datos. El material reunido se definió como el *corpus* de investigación. Los aspectos éticos y legales del proyecto de investigación fueron aprobados por parte del Comité de Ética para Análisis de Proyectos de Investigación del respectivo Centro de Estudios. Los participantes firmaron el consentimiento informado después que fueron explicados los objetivos generales del estudio y asegurada la confidencialidad de sus identidades.

Resultados preliminares:

La Facultad de Medicina de Granada, fundada en 1532 en la ciudad de Granada, cuya importancia histórica a nivel nacional es indiscutible, completará de aquí a menos de dos décadas 500 años de existencia.

Con los responsables del Grado en Medicina de la UGR se incluyeron cuatro directivos que ocupaban los puestos de Decano, Coordinador del Grado y dos Directores de Departamento, que hablaron sobre la caracterización de la evolución de la medicina en general y del área de Medicina Preventiva y Atención Primaria en este contexto.

En las entrevistas individuales con los profesores responsables de las asignaturas o actividades desarrolladas, por el área de Salud Pública en el Grado de Medicina, se incluyeron cuatro profesores identificados como personas clave. Algunos de ellos responsables de las actividades más directamente relacionadas con el área de Salud Pública, que tradujo la configuración de Medicina Preventiva y sus diversas dimensiones de funcionamiento.

Se formó un grupo focal de 10 estudiantes de la UGR pertenecientes a todos los cursos de 1º a 5º (Grado) y, específicamente, una entrevista personal con el delegado de 6º curso (Licenciatura).

El grupo focal se llevó a cabo a partir de un guión semiestructurado, que también se utilizó en la entrevista con la delegada de 6º grado.

Para fines de verificación de los datos, se utilizó un cuestionario semiestructurado para entrevistas individuales con los gestores y con los profesores se-

leccionados. El cuestionario constó de algunas preguntas de orientación con el fin de conocer el proyecto pedagógico de la Facultad de Medicina en su proceso de constitución, en sus principios fundamentales, en sus directrices y en sus mecanismos de evaluación; para caracterizar el perfil del área de Salud Pública en sus dimensiones estructurales, curriculares y pedagógicas con la intención de entender sus objetivos y significados.

Guiados por estos objetivos y abordando los puntos equivalentes, los guiones de las entrevistas y los grupos focales fueron adaptados a los diferentes participantes: gestores, profesores y estudiantes.

La especialidad de Medicina de Familia se creó en España en 1978, de igual forma que todas las especialidades médicas fueron instauradas vía MIR – Médico Interno Residente (sistema de formación de especialistas médicos a nivel de Postgrado), en el mismo año.

A partir de ese momento las residencias médicas dejan la Universidad y el Gobierno se ocupa de ellas dentro del sistema sanitario, convirtiéndose en una formación con pacientes dentro de los Centros de Salud y de los Hospitales. Generando, así, una pérdida de poder importante por parte de la Universidad en el proceso de formación del profesional médico.

Por otro lado, determinadas áreas que no estaban desarrolladas en las Universidades, como era el caso de Medicina Familiar y Comunitaria, también se desarrollan como especialidades médicas y se crea una red muy amplia de Centros de Salud dentro del sistema sanitario; garantizando que todos los españoles tengan un médico de familia y una Unidad de Atención Primaria de referencia cerca a su hogar.

Sin embargo, por lo general no encontramos médicos de familia en las Universidades. Son los Departamentos de Medicina Preventiva, de Bioestadística u otras áreas los que se dedican al sector de Salud Pública, por lo que, en principio, el campo de Medicina de Familia no existe en la Universidad.

Los médicos de familia fueron incorporados a la Universidad casi una década después de 1987, como profesores asociados en prácticamente todas las Facultades de Medicina de España, en áreas de prácticas para estudiantes, los cuales comenzaron a ir a los Centros de Salud para aprender Medicina de Familia con ellos.

Desde entonces existe un esfuerzo por parte del sector para que la Medicina de Familia sea una disciplina académica, una especialidad médica y una profesión sanitaria. Respondiendo a esto, se han desarrollado congresos y conferencias nacionales a lo largo de estos años, así como se ha destacado la importancia de esta especialidad en Libro Blanco: Título de Médico de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.

A partir del Libro Blanco se consiguió la aprobación del Real Decreto N° 183, que regula, a la luz del Plan Bolonia y del Espacio Europeo de Educación Superior, la reforma necesaria dentro del Grado. Además determina que los estudios de Grado deben orientarse hacia la polivalencia y evitar contenidos subespecializados, lo que da contenido a la Medicina de Familia.

Actualmente, el 75% de las facultades españolas contemplan la Medicina de Familia como asignatura obligatoria y casi el 90% de las facultades incorporan

como prácticas obligatorias la estancia, durante un mes, en Centros de Salud con médicos de familia.

Impactos (la visión de los protagonistas - los estudiantes)

A partir de las opiniones de los estudiantes, recogidas en el grupo focal y en entrevistas de forma específica, se pueden extraer los temas centrales que más preocupan a los alumnos en relación con la formación médica, en general y en Medicina de Familia, en particular.

Se recalca, por un lado, la poca implicación y motivación existente desde gran parte del profesorado, como se cita a continuación:

“...hay profesores que dan la sensación de que están porque tienen que estar y no tienen ninguna motivación ni ninguna gana de formar ni a médicos ni a personas realmente. Van, imparten una clase y no se preocupan de si se ha entendido, si realmente se puede hacer de una forma más fácil de entender o tampoco entienden a veces cuando quieres transmitirles tu opinión como estudiante; es un trabajo más y no se esfuerzan por mejorarlo” (Estudiante 8).

Otro asunto que despierta gran interés en los estudiantes es la carga práctica con relación a carga teórica, que desarrollan durante el Grado, insuficiente y no acorde con lo estipulado en el Plan Bolonia según sus criterios, tal y como se expone en la siguiente cita:

“Hay asignaturas que se centran mucho en transmitirnos de forma teórica algo que se va a llevar a cabo de forma práctica, el sistema de enseñanza en este tipo de asignaturas no debería ser así y en lugar de tener más horas teóricas respecto a la práctica, se debería invertir: tener más horas de prácticas con respecto a la teoría. No podemos consentir que en una asignatura donde nos enseñan a relacionarnos con el paciente tengamos una práctica de una hora en toda la asignatura” (Estudiante 7)

La necesidad de que los alumnos sean debidamente informados sobre temas de evaluación y desarrollo de las asignaturas que están siendo cursadas es indiscutible, pero algunos sectores estudiantiles afirman que es, a menudo, deficiente:

“...lo primero que habría que hacer es decirle a los alumnos por qué se cursan esas asignaturas de esa manera...” (Estudiante 8)

“...en otros casos sólo utilizan la nota del examen sin contar la práctica o bien no sabes qué criterios han seguido ni de donde proviene tu nota...” (Estudiante 4)

En contra de la formación transversal que se propone desde la implantación del Plan Bolonia en la educación médica española, los alumnos también destacan la escasa colaboración entre estudiantes de Grados sanitarios distintos:

“...algo meramente ocasional, para ayudarlos a hacer algún taller o algo, tampoco se promueve ni desde la Facultad ni desde la Universidad, aunque

nosotros tenemos una formación basada en el Plan Bolonia que en teoría debería premiar esa formación transversal...” (Estudiante 3)

Se señala, al mismo tiempo, el poco desarrollo de trabajos de investigación por parte del discente, a menudo, reservado a alumnos internos de los Departamentos donde se realizan:

“...como investigación interna, propia y autónoma del alumnado, como ha dicho mi compañero, algunos alumnos internos, me atrevería a decir que muy pocos, son los que llevan a cabo labores de investigación.” (Estudiante 3)

Bajo todas estas reclamaciones subyace una mayor, para muchos la raíz de todos los conflictos que se presentan, la falta de adecuación por parte de las Facultades de Medicina al nuevo Plan de Estudios, a la luz del Plan Bolonia:

“...la adecuación de las asignaturas al Plan Bolonia está íntimamente relacionado con el profesorado; nosotros tenemos asignaturas que no han cambiado prácticamente nada (ni la teoría, ni la práctica, ni la forma docente) de Licenciatura a Grado y son dos sistemas completamente distintos. Son dos sistemas que buscan, uno la evaluación final y otro la evaluación continuada; uno que busca la clase magistral frente al otro que promueve la participación del alumnado, el primero se centra en el profesor y el segundo en el alumno, entonces son dos sistemas que no se pueden igualar, realmente solo hemos tenido una asignatura que siga el Plan Bolonia.” (Estudiante 5)

La buena noticia reside en la creciente implicación del alumnado de Medicina de la Universidad de Granada en las cuestiones referentes a su propia formación médica, que reclama mayor margen de maniobra para conocer lo que acontece en la Facultad y participar en las decisiones académicas relativas a evaluación, consecución de habilidades clínicas y otras competencias que afectan a su desarrollo como futuros médicos.

“...hay cierta agitación por parte del alumnado porque quiere que la conversión de Licenciatura a Plan Bolonia se haga bien, porque al fin y al cabo nosotros somos los principales implicados, que se haga bien, de forma adecuada y que la enseñanza sea buena. Un ejemplo de esta agitación estudiantil es que el Departamento de Medicina ha pasado en cuatro años de no tener ningún representante a tener el cupo lleno.” (Estudiante 2)

A raíz de la entrada del Plan Bolonia, diversos tipos de presión son producidos para transformar la formación médica tal y como se ha llevado a cabo hasta ese momento. La reforma del modelo curricular para el Grado en Medicina en la Universidad de Granada ha alcanzado el 5º curso en 2014/15 y sigue con práctica reducida en relación con la teoría, con escenarios de aprendizaje limitados y con sistemas de evaluación tradicionales basados en técnicas de memorización y centrados en el diseño cognitivo; con pocos exámenes de prácticas o “Exámenes Clínicos Objetivos Estructurados” (E.C.O.E.) a lo largo del Grado, caracterizados por incluir pocas estaciones y por asignaturas, que indican la necesidad

de nuevas estrategias de enseñanza y aprendizaje, porque las Facultades de Medicina son instituciones complejas con multiplicidad de sujetos, identidades e intereses.

Sin embargo, la conducción del proceso de cambio no es simple y no se puede improvisar. Se necesita una acción estratégica para la construcción de canales de discusión y de comunicación colectiva, siendo la acumulación de poder por parte de la Medicina de Familia necesaria para conseguir el cambio y disminuir la resistencia a éste.

Consideraciones finales

Es necesaria una mayor implicación por parte de las Facultades a la hora de conseguir los objetivos estipulados por el nuevo Plan de Estudios que representen un cambio real en las metodologías de enseñanza y aprendizaje, en el cual los estudiantes de Medicina tengan un papel activo.

En cuanto a Medicina de Familia, los retos a abordar en los próximos años son diversos. Conseguir mayor financiación pública destinada a Atención Primaria y aumentar la importancia como disciplina académica del sector y, por tanto, la presencia de dicho campo dentro de la Universidad.

La evaluación continua del proceso de educación permanente en la salud es un componente clave para los ajustes necesarios y la búsqueda persistente de acumulación de poder técnico y político, para la institucionalización y la sostenibilidad de un cambio efectivo.

Referências

1. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Manual de Competencias del/de la Médico/a de Familia de Atención Primaria. Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía. Octubre, 2011.
2. Alberto Infante Campos & Adriana Cavalcanti de Aguiar. ¿Es necesaria una segunda reforma de la atención primaria en España? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2013, 18(1): 17-23.
3. Aldaisa Cassanho Forster. Estudo sobre a formação em Atenção Primária e Medicina de Família no Curso de Medicina da Universidade Autónoma de Madrid, Espanha, 1999/2000, Livre-docência. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP, Brasil, 2004.
4. Almeida C. As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição? *Cad. Saúde Pública* 1995; 11(4): 639-642.
5. Almeida C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. *Saúde em Debate* 2000; 24: 6-21.
6. AMSE – The Association of Medical Schools in Europe. Lisbon Declaration on the relationship between Medical Schools and Healthcare Systems. Conference, Faculty of Medicine, New University of Lisbon, 14 –16 June 2007.
7. ANDALUCÍA. Modelo de gestión por competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (Sevilla): Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2006.
8. ANDALUCÍA. Plan estratégico de formación integral del Sistema Sanitario de Andalucía (Sevilla): Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2009.
9. Arcadi Gual. Una ‘nueva troncalidad’ para la formación sanitaria especializada. ¿Es necesaria? *EDUC MED* 2010; 13 (1): 1-3.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa. Edições 70, 1979.
11. Cambil Hernández ME. El Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Editorial Atrio. Granada, 2011.
12. Carabaño Jiménez A y Cambil Hernández ME. La Facultad de Medicina y el Hospital Clínico San Cecilio: pasado, presente y futuro. Universidad de Granada. Granada, 2012.
13. Carabaño Jiménez A. Los estudios de Medicina en la Universidad de Granada (1943 – 2004). Editorial Universidad de Granada. Granada, 2007.
14. Casado Vicente V. Tratado de Medicina de Familia y Comunitária (2 Tomos). Sociedade Española de Medicina Familia y Comunitaria (semFYC). Editorial Medica Panamericana, 2012.
15. Donlin M. Long. Competency-based Residency Training: The Next Advance in Graduate Medical Education. *Academic Medicine*, vol.75, N.12/December, 2000.
16. Forster AC, Laprega MR, Dal-Fabbro AL, Rocha GM, Dos Santos JS, Yazlle MED, De Souza CS y Daneluzzi JC. Metodología de aprendizaje en atención primaria y medicina de familia. *Aten Primaria* 2002. 30 de junio. 30 (2): 125-129.
17. Forster AC, Passos ADC, Dal Fabbro AL, Laprega MR. Transformation and trends in preventive and social medicine education at the undergraduate level in a Brazilian medical school. *Gac Sanit (Barcelona)* 2001; 15: 519-522.
18. Forster AC. Considerações sobre a formação em Medicina de Família e Atenção Primária. *Medicina Ribeirão Preto*, 2001; 34: 202-203.

19. Hyppola H, Kumpusalo E, Virjo I et al. Evaluation of undergraduate medical education in Finnish community-oriented and traditional medical faculties: a 10-year follow-up. *Med Educ* 2000; 34: 1016-1018.
20. José Saura Llamasa, José Galcerá Tomásb, Carmen Botella Martínezc y Miembros del Foro de Jefes de Estudios de la Región de Murcia. El Jefe de Estudios y la Comisión de Docencia ante los cambios en la Formación Especializada introducidos por el Real Decreto 183/2008. *REV CLÍN MED FAM* 2011; 4 (2): 120-126.
21. Juan Carlos I Rey de España (El Presidente del Gobierno, JOSÉ MARÍA AZNAR LÓPEZ). Ley 16 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 28 de mayo, 2003.
22. Juan Carlos I Rey de España (La Ministra de Sanidad y Consumo, ELENA SALGADO MÉNDEZ). Real decreto 1030, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. BOE núm. 222, 15 de septiembre 2006.
23. Juan Carlos I Rey de España (La Vicepresidenta Primera del Gobierno y Ministra de la Presidencia, MARÍA TERESA FERNÁNDEZ DE LA VEGA SANZ). Real decreto 183, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE núm. 45, 8 de febrero, 2008.
24. Juan Carlos I Rey de España (La Ministra de Educación y Ciencia, MERCEDES CABRERA CALVO-SOTELO). Real decreto 1393, por el que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE núm. 40, 15 de febrero de 2008.
25. Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril) Regula el derecho a la protección de la salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones, Madrid, 1986.
26. Libro del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia, 2006.
27. Luis Palomo (Coordina). Expectativas y realidades en la Atención Primaria Española. Promueve: *Fundación 1º Mayo*, Febrero 2010.
28. Marcelo Marcos Piva Demarzo, Maria Inez Padula Anderson e Lia Silveira. Desafios do ensino e da aprendizagem da atenção primária à saúde e da medicina de família e comunidade na graduação e pós-graduação em Medicina. Documento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), 2007.
29. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
30. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Minayo MCS (Org.). Petrópolis, RJ., 3ª edição, 1993.
31. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade. *Cad Saúde Publ*, Rio de Janeiro, 1993; 9: 239-262.
32. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Hucitec/Abrasco, São Paulo- Rio de Janeiro, 1992.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Atención primaria. Madrid, 1999.

34. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Estratégico. Para mejorar lo que es de todos. El libro azul. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1998.
35. Morcillo Ródenas C. Experiencias novedosas en Atención Primaria sobre gestión, docencia, formación, investigación y clínica. Editorial Universidad de Granada. Granada, 2009.
36. Olmo MTM. La política sanitaria en el marco de las políticas públicas. Los modelos sanitarios. Master de gestión de instituciones sanitarias, III, Centro Universitario de Salud Pública, UAM – INSALUD, Madrid, 2001, 11 p.
37. Peinado Herreros JM y Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas. Libro Blanco: Título de Médico. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Granada, abril 2006.
38. Ribeiro ECO & Mennin S. Continuing medical education. Guide supplement 35.2 – Viewpoint. Medical Teacher 2010; 32: 172–173.
39. Ruiz-Giménez Aguilar J. El Sistema Sanitario Español. In: Sánchez Moreno A et al. (org.) Actuación en enfermería comunitaria. Sistemas y programas de salud. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1ª edición, 2001.
40. Silvana Forti. La APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial. Documento elaborado en le marco del Intercambio EUROSOCIAL Salud III.2-2.09: El primer nivel de atención como puerta de al sistema de salud: posibilidades y límites en América Latina. Coordinación Técnica: Ligia Giovanella (ENSP/Fiocruz), 2009.
41. Simó Miñana J y Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (I). Aten Primaria 2001, 28: 484-490.
42. Suárez S et al. La reforma Sanitaria en España. O debate desde una perspectiva nacional e internacional. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España, 1984.
43. Universidad de Granada. Guía Docente de la Licenciatura de Medicina. Facultad de Medicina, 2014.
44. Universidad de Granada. Guía Docente del Grado en Medicina. Facultad de Medicina, 2014-15.
45. Universidad de Granada. Guía Docente de la asignatura de Medicina Preventiva y Salud Pública (Plan 2010). Facultad de Medicina, 2014-15.