

Curso de posgrado semipresencial (104 h)

Por una Medicina Interna de Alto Valor



**Inicio del curso:
septiembre de 2018**

Matrícula abierta

Una formación de posgrado que ofrece una visión generalista de la especialidad, con una ampliación de competencias imprescindibles para ejercer la medicina interna moderna, ante una deseable reforma de “alto valor” de los hospitales y del sistema sanitario.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
La visión global de la persona enferma

Por una Medicina Interna de Alto Valor

Cuadro docente

Directores del curso



Antonio Zapatero. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Director médico del Hospital Universitario Fuenlabrada. Profesor titular del Departamento de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos.

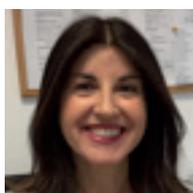
Jordi Varela. Doctor en Medicina (UAB). Diplomado en Epidemiología y Estadística (CESAM, París). Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Colaborador docente de ESADE. Editor del blog Avances en Gestión Clínica.



Profesores colaboradores

Ricardo Gómez-Huelgas. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Universitario de Málaga. Profesor titular de la Universidad de Málaga.

Jesús Díez-Manglano. Internista. Jefe de la Unidad de Pacientes Pluripatológicos del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Profesor asociado de la Universidad de Zaragoza.



Raquel Barba. Internista. Directora gerente del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Profesora asociada de la Universidad Rey Juan Carlos.

Ana Mestre. Doctora en Medicina. Internista del Hospital Universitario del Vinalopó (Elche).



Ignacio Vallejo. Doctor en Medicina. Facultativo especialista de Área en Medicina Interna en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Bormujos, Sevilla).

Xavier Clèries. Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Experto en comunicación en el área clínica. Parc Sanitari Pere Virgili (Barcelona). Universidad de Barcelona.

Destinatarios

Dirigido a especialistas en medicina interna.

Primera edición

La primera edición empezará el 10 de septiembre de 2018 y finalizará el 18 de febrero de 2019.

Objetivos

El principal objetivo del curso es conseguir una formación completa en gestión clínica generalista desde la perspectiva de la práctica de la medicina interna, en un abanico que va desde la comprensión de la visión global de la especialidad, el manejo de los instrumentos fundamentales de la gestión clínica, la reorientación de la actividad clínica hacia las necesidades reales de los pacientes, la adquisición de habilidades para manejar la comunicación en las entrevistas clínicas, la mejor comprensión del riesgo, el rearme en el proceso del razonamiento clínico, la realización de la evaluación general e integral, la búsqueda continua de las mejores prácticas y el aprendizaje del liderazgo de equipos multidisciplinares para la elaboración de planes individualizados ajustados a la manera de ser de cada paciente.



Evaluación

Haber superado los cuestionarios de los módulos 1 al 9 y haber aprobado los dos ejercicios del módulo 10 con una nota igual o superior a 5.

Metodología

Curso eminentemente *online* de 10 módulos que requieren una dedicación de unas 10 horas cada uno y un período de dos semanas para completarlo. Por lo tanto su dedicación global será de 100 horas.

Una vez superada la fase *online*, se realizará un *workshop* presencial de 4 horas en la sede de la Sociedad Española de Medicina Interna para presentar verbalmente y debatir sobre los ejercicios realizados para la evaluación en el módulo 10.

Importe de la matrícula

1.100 euros

Inscripción

A través de la página web www.clinicaurjc.es/formacion/cursos-de-formacion-continua/por-una-medicina-interna-de-alto-valor

Más información: tel. 91 488 89 28 / clinica.ttp@urjc.es

Por una
Medicina
Interna de
Alto Valor

PROGRAMA

M1	Introducción
M2	Instrumentos necesarios para practicar la medicina moderna
M3	El universo del paciente
M4	La medicina de consumo
M5	El valor de la práctica clínica
M6	El valor de la investigación y la innovación
M7	La medicina fragmentada: la realidad
M8	La dimensión generalista: la clave
M9	La medicina generalista: el reto
M10	Workshop presencial de final de curso

Conceptos generales del sistema sanitario

Determinantes de la salud
Modelo Bismarck (seguridad social)
Modelo Beveridge (sistema nacional de salud)
Modelo sanitario español

Conceptos generales de medicina interna

Definiciones básicas sobre la especialidad
La medicina interna en España
Diferenciación de funciones en el Reino Unido
El modelo *hospitalist* en EEUU
La troncalidad como modelo formativo

Catalogación de la actividad sanitaria

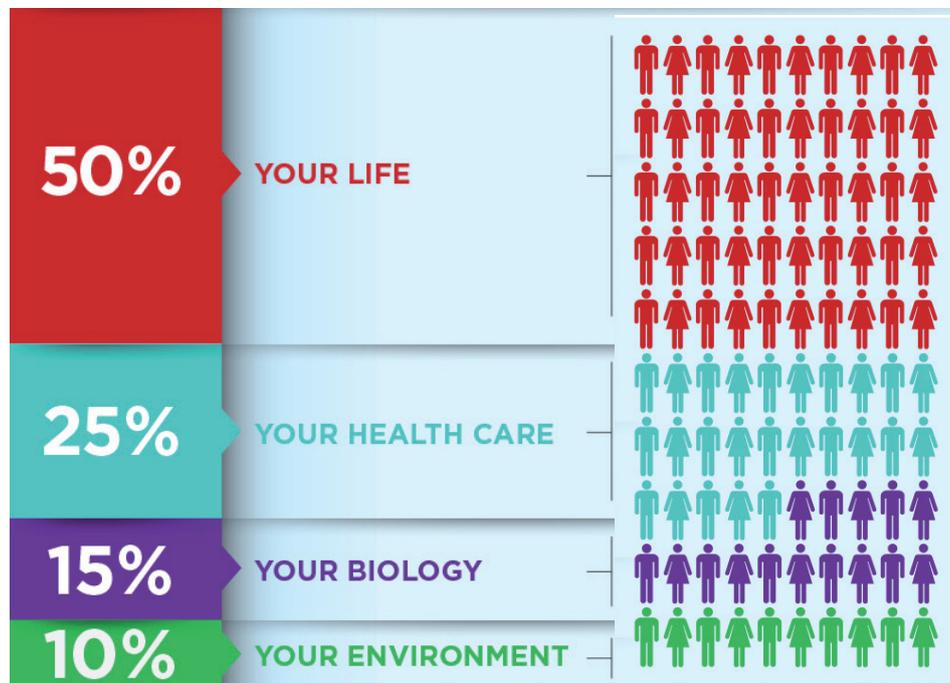
El CMBD y la investigación en medicina interna
Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD)
Ambulatory Care Groups (ACG)
Clinical Risk Groups (CGR)
Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA)

Ejercicio

Comparación de casuística y eficiencia de dos hospitales universitarios.



Un documento del Royal College of Physicians promueve dos grupos de funciones de la medicina interna: aguda y general.



Determinantes de la salud (Canadian Medical Association).



Generalism in modern subspecializing medicine[☆]

[Marcel Levi](#)  

University College London Hospitals, London, United Kingdom
 Department of Vascular Medicine, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands



Renaissance of hospital generalists

Hospital medicine in the US and acute medicine in the UK are the fastest growing specialties in their countries. **Robert M Wachter** and **Derek Bell** examine the factors behind their rise and how the differing national healthcare systems have influenced their structure

Robert M Wachter *professor of medicine and chief*¹, Derek Bell *chair in acute medicine*²

Existe una necesidad de mayor trabajo generalista en los hospitales del futuro.

M2

Instrumentos necesarios para practicar la medicina moderna

Por una Medicina Interna de Alto Valor

PROGRAMA

M1	Introducción
M2	Instrumentos necesarios para practicar la medicina moderna
M3	El universo del paciente
M4	La medicina de consumo
M5	El valor de la práctica clínica
M6	El valor de la investigación y la innovación
M7	La medicina fragmentada: la realidad
M8	La dimensión generalista: la clave
M9	La medicina generalista: el reto
M10	Workshop presencial de final de curso

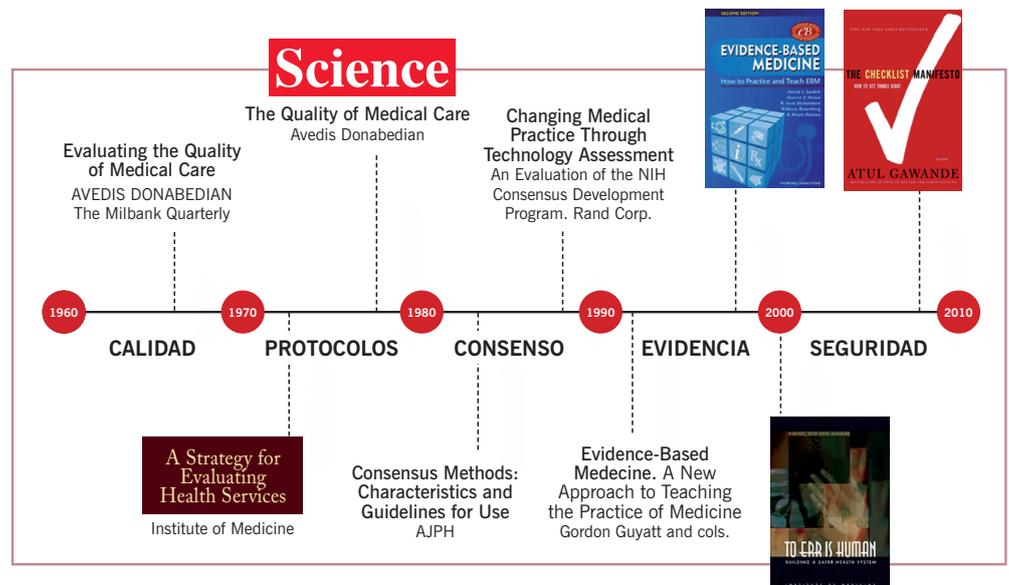
Calidad: fundamentos y posterior desarrollo

Protocolos: ventajas y limitaciones. Auditorías clínicas

Consenso: método Delphi, grupos nominales y grupos focales

Medicina Basada en la Evidencia: escalas de evidencia (GRADE), guías de práctica clínica (AGREE), revisiones sistemáticas, trayectorias, vías y rutas asistenciales

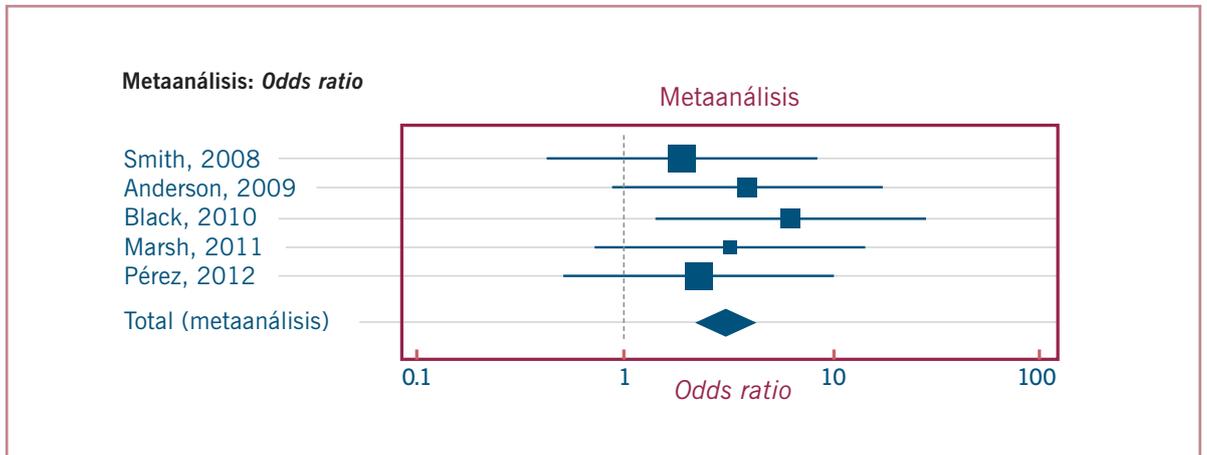
Seguridad del paciente: inicio de una nueva cultura en el trabajo clínico



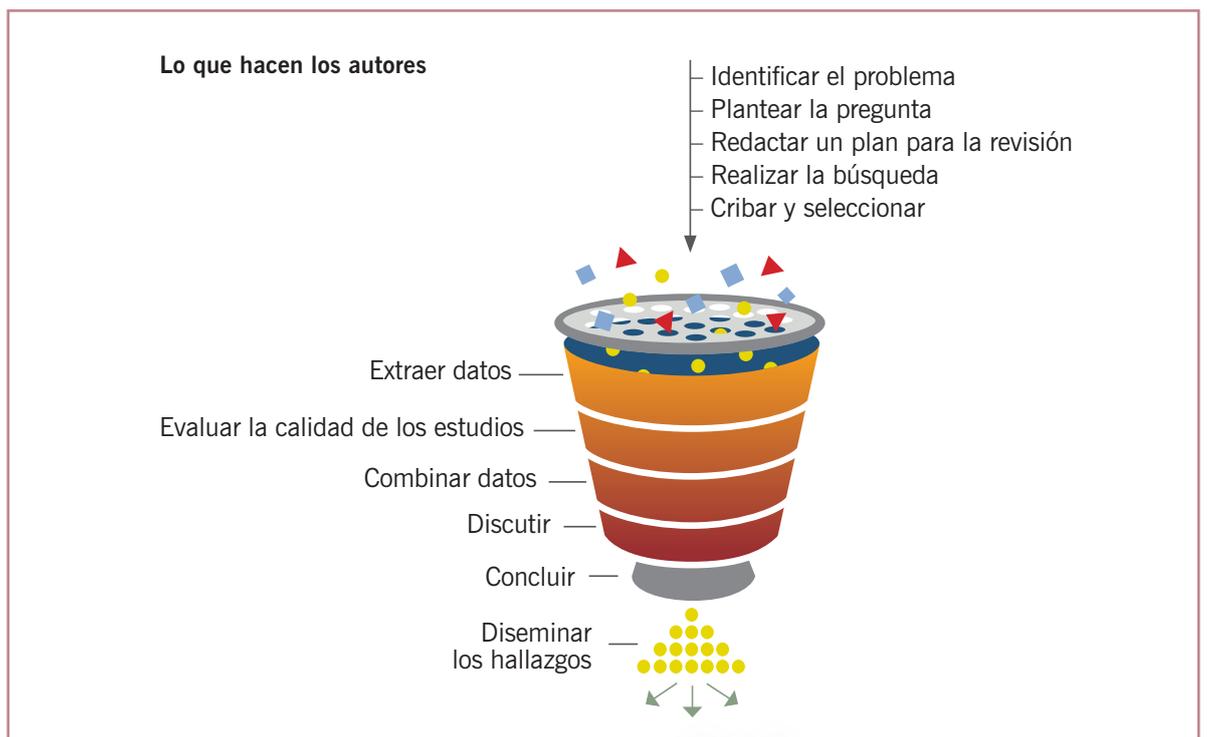
La progresiva introducción de los cinco instrumentos imprescindibles para la práctica clínica actual.

Ejercicio

Priorizar objetivos de los programas de pacientes crónicos con el aplicativo *Health Consensus*.



Los metaanálisis son una técnica estadística que permite descubrir pautas a partir de los hallazgos de varios estudios.



Las revisiones sistemáticas son un instrumento fundamental de la medicina basada en la evidencia.

Health Consensus

An integrative approach to digital consensus empowering health professionals.

M3

El universo del paciente

Por una Medicina Interna de Alto Valor

PROGRAMA

- M1 Introducción
- M2 Instrumentos necesarios para practicar la medicina moderna
- M3 El universo del paciente**
- M4 La medicina de consumo
- M5 El valor de la práctica clínica
- M6 El valor de la investigación y la innovación
- M7 La medicina fragmentada: la realidad
- M8 La dimensión generalista: la clave
- M9 La medicina generalista: el reto
- M10 *Workshop* presencial de final de curso

Atención centrada en la persona

Entrevista clínica: fases del encuentro; la escucha, el habla, la empatía

Entrevista motivacional: objetivos e indicaciones

Decisiones clínicas compartidas: sus principios y materiales de apoyo (*decision aids*)



“Escucha al paciente porque te está contando su diagnóstico.”
(William Osler, 1849-1919)



Ejercicio

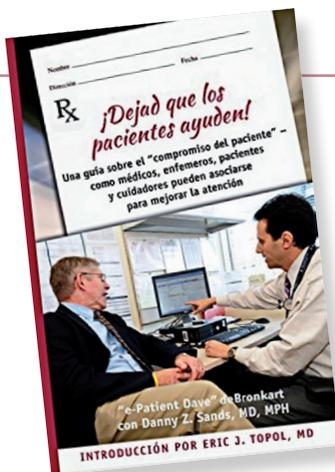
Metodología para implicar a los pacientes en la definición de *outcomes* clínicos, mediante un análisis de los trabajos del International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM).

Danielle Ofri, MD, PhD



En el experimento del monólogo del paciente el tiempo medio de su relato es de 92 segundos.

Según Víctor Montori, la decisión compartida es una expresión humana de la atención solidaria y cuidadosa del paciente, en la que ambos protagonistas deberían llegar juntos a una resolución que debe tener sentido intelectual, emocional y práctico.



Médicos y enfermeras deben aprender a conjugar mejor los verbos *escuchar*, *comprender* y *compartir*, por encima de *informar*, *formar* y *educar*.



International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), insuficiencia cardíaca.

M4

La medicina de consumo

Por una Medicina Interna de Alto Valor

PROGRAMA

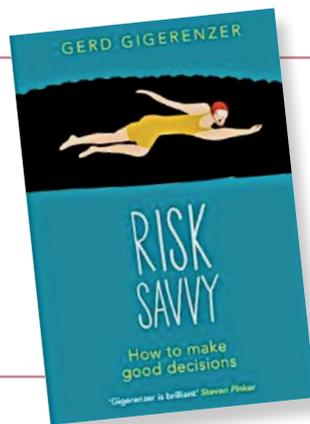
M1	Introducción
M2	Instrumentos necesarios para practicar la medicina moderna
M3	El universo del paciente
M4	La medicina de consumo
M5	El valor de la práctica clínica
M6	El valor de la investigación y la innovación
M7	La medicina fragmentada: la realidad
M8	La dimensión generalista: la clave
M9	La medicina generalista: el reto
M10	Workshop presencial de final de curso

Comprensión del riesgo

Efecto heurístico
Valor predictivo
Número necesario a tratar (NNT)

Sobrediagnóstico

Teoría de los reservorios
Objetivos de los programas de prevención secundaria del cáncer
Exceso de pruebas
Las preenfermedades
Medicina preventiva en personas mayores
Presión de la medicina de precisión



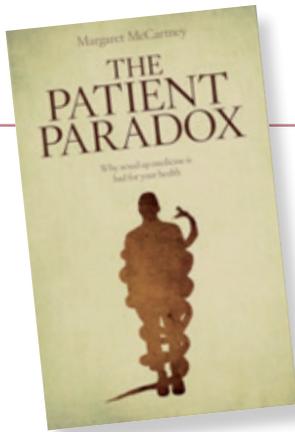
Gerd Gigerenzer apunta que hay indicios de que muchos médicos no comprenden el significado real de las investigaciones y que muchos pacientes tienen dificultades para comprender operaciones matemáticas sencillas.

Ejercicio

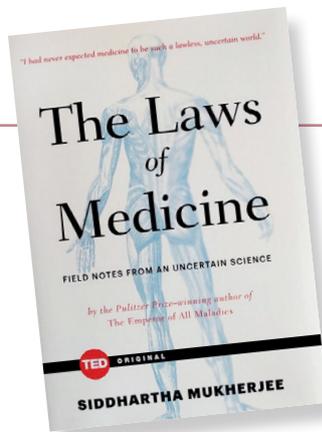
El valor predictivo del test del VIH después de una selección de riesgos.

Ejercicio

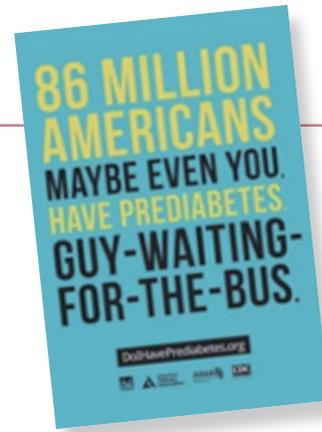
The NNT, organización filantrópica al servicio de la evidencia.



Cada vez acuden más personas al consultorio, no porque estén enfermas sino porque tienen miedo a estarlo.



Lo relevante para la práctica clínica es el valor predictivo de las pruebas: la probabilidad de tener una enfermedad si el resultado es positivo.



Los cambios de criterios en las definiciones diagnósticas hacen aumentar los "nuevos enfermos".

Med Clin (Barc) 2017;148(3):118-120

MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica

ELSEVIER

Editorial

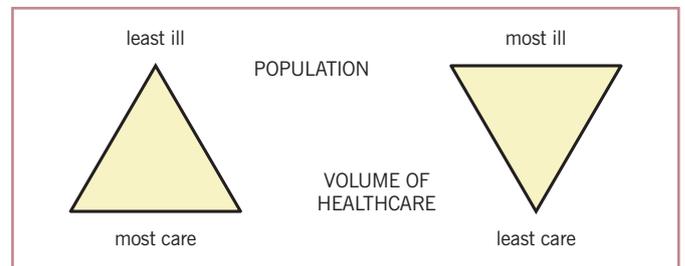
Sobrediagnóstico: realidades y perspectivas

Overdiagnosis: Realities and perspectives

Jordi Varela

Geclinvar Consulting S. L., Avances en Gestión Clínica, Barcelona, España

CrossMark



Ley de la asistencia sanitaria inversa
Dr. Julian Tudor Hart

¿Cuáles son los objetivos de los programas de prevención del cáncer?

EDITORIAL

JORDI VARELA

Vinay Prasad y Adam Cifu a "Ending Medical Reversal. Improving outcomes. Saving lives" afirman que para poder interpretar el sentido de los programas de prevención secundaria del cáncer, hay que preguntarse sobre tres objetivos: 1) deberían descubrir los cánceres antes de tiempo, 2) deberían reducir la mortalidad específica, y 3) deberían disminuir la mortalidad general.

Los autores dicen que lo que realmente importa es el objetivo 3, ya que los dos primeros son puramente instrumentales. Al fin y al cabo, si una persona sana acepta un cribaje, se supone que es porque quiere vivir más. Desgraciadamente, los datos

the NNT

Quick summaries of evidence-based medicine.

We are a group of physicians that have developed a framework and rating system to evaluate therapies based on their patient-important benefits and harms as well as a system to evaluate diagnoses by patient sign, symptom, lab test or study.

We only use the highest quality, evidence-based studies (frequently, but not always Cochrane Reviews), and we accept no outside funding or advertisements.

theNNT Rating System

- Green circle: Benefits > Harms
- Yellow circle: Unclear if Benefits
- Red circle: No Benefits
- Red circle with exclamation mark: Harms > Benefits
- Yellow triangle: Caution

Take a Tour of a Review

Therapy (NNT) Tour

Diagnosis (LR) Tour

From theNNT Blog:

Dilutions of Benefits in the International Stroke Trial

Results of the largest and arguably most important trial ever of thrombolytics (clot-busting drugs) for acute stroke were published last week in The Lancet, and the study's conclusions are breathtaking, not because of the study results, which are unsurprising, but because the authors' conclusions suggest that they have gone stark, raving mad.

En la web de The NNT se utiliza un sistema de semáforos para mejorar la comprensión sobre los efectos beneficiosos e indeseables de varios tratamientos.

M5

El valor de la práctica clínica

Por una Medicina Interna de Alto Valor

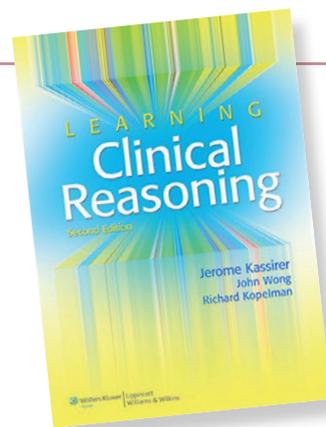
PROGRAMA

- M1 Introducción
- M2 Instrumentos necesarios para practicar la medicina moderna
- M3 El universo del paciente
- M4 La medicina de consumo
- M5 El valor de la práctica clínica**
- M6 El valor de la investigación y la innovación
- M7 La medicina fragmentada: la realidad
- M8 La dimensión generalista: la clave
- M9 La medicina generalista: el reto
- M10 *Workshop* presencial de final de curso

Reivindicación del razonamiento clínico ante el avance de la medicina de manual y los respectivos errores diagnósticos

Por una mayor efectividad clínica: el movimiento *right care*, las zonas grises, el optimismo ancestral, el derroche y la variabilidad

Prácticas clínicas de valor



Learning Clinical Reasoning (1991) es una obra de referencia que sentó las bases del razonamiento clínico, mediante el proceso inferencial de generación de hipótesis diagnósticas, su posterior refinamiento con la elaboración de un diagnóstico de trabajo, la petición sustentada de pruebas complementarias, el manejo del teorema de Bayes, los modelos causales, la verificación diagnóstica y la toma de decisiones terapéuticas.

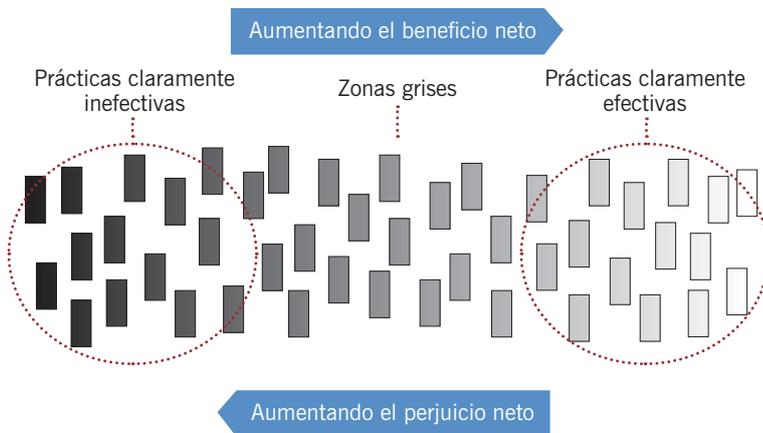
Ejercicio

Hospitalizaciones potencialmente evitables mediante el atlas interactivo de “Variaciones de la Práctica Médica” (VPM).

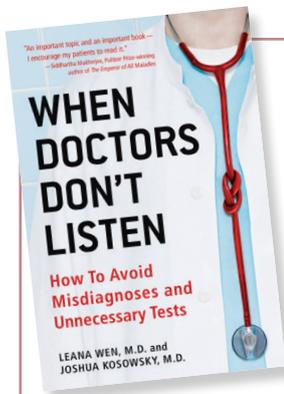
Ejercicio

Medicina interna en las fuentes *right care* a partir de la propuesta de un grupo de trabajo de SEMI que utilizó el buscador dianasalud.com.

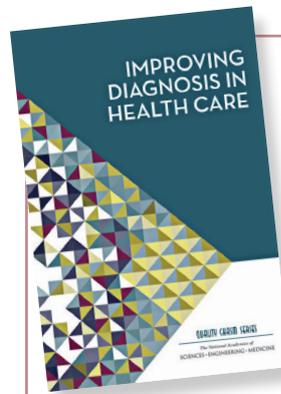
Las zonas grises en la práctica clínica



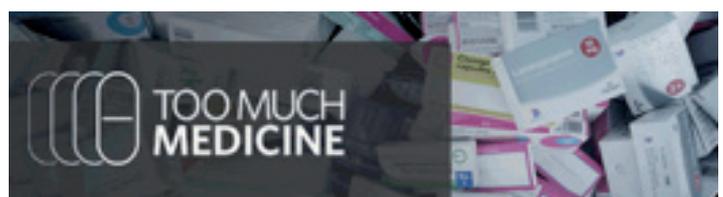
Right care es la atención sanitaria que aporta más beneficios que efectos no deseados, que tiene en cuenta las circunstancias de cada paciente y que se sustenta en la evidencia y en el coste-efectividad.



Los médicos, amparados por las guías de práctica clínica, se han preparado para ejercer una medicina de manual (*cookbook medicine*). Hay que volver al razonamiento clínico fundamentado en el teorema de Bayes.



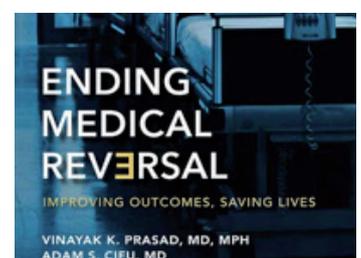
El informe de la National Academy of Medicine define el error diagnóstico como el fracaso en obtener una explicación detallada y a tiempo de un problema de salud. Los expertos también han incluido en la definición la incapacidad por parte del médico de saber explicar el diagnóstico al paciente.



NICE National Institute for Health and Care Excellence



Collections
Less Is More



Iniciativas para advertir a los médicos sobre prácticas clínicas que no aportan valor.

M6

El valor de la investigación y la innovación

Por una Medicina Interna de Alto Valor

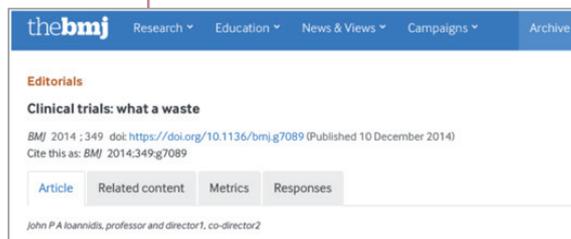
PROGRAMA

- M1 Introducción
- M2 Instrumentos necesarios para practicar la medicina moderna
- M3 El universo del paciente
- M4 La medicina de consumo
- M5 El valor de la práctica clínica
- M6 El valor de la investigación y la innovación**
- M7 La medicina fragmentada: la realidad
- M8 La dimensión generalista: la clave
- M9 La medicina generalista: el reto
- M10 *Workshop* presencial de final de curso

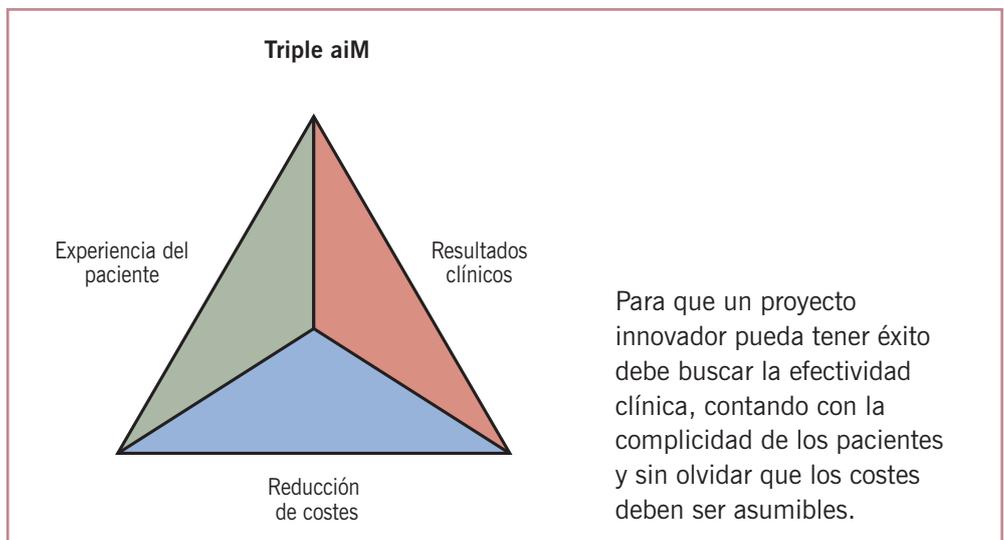
Críticas de la situación actual de la investigación. La falibilidad de los científicos. La importancia de las revisiones sistemáticas. Retos para superar la situación

La importancia de las cohortes poblacionales y los registros de pacientes para la práctica de la medicina interna

Necesidad de innovar tanto desde la práctica clínica como desde la forma de trabajar y de organizarse



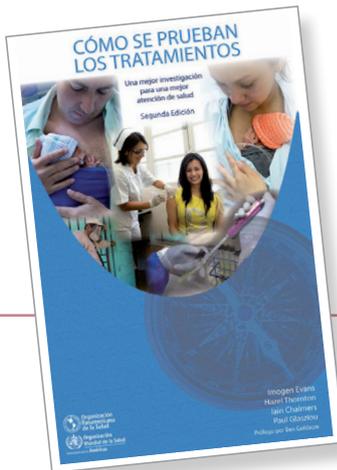
Cada año se ponen en marcha más de veinte mil ensayos clínicos, pero muchos de ellos no se registran, no se terminan, no se publican, no obtienen los resultados esperados, o sencillamente son irrelevantes. (John Ioannidis)



Para que un proyecto innovador pueda tener éxito debe buscar la efectividad clínica, contando con la complicidad de los pacientes y sin olvidar que los costes deben ser asumibles.



Los científicos también son falibles y, por tanto, deberían potenciar los mecanismos de autocritica, en vez de enrocarse en el autoengaño.



Un libro que aporta luz sobre cómo se toman las decisiones sobre la vida y la muerte.



El registro de pacientes con enfermedad tromboembólica (RIETE), como estudio longitudinal, se centra en las supervivencias, comorbilidades y complicaciones de personas enfermas.

CÓMO LOS CIENTÍFICOS SE AUTOENGAÑAN Y CÓMO EVITARLO

FALACIAS COGNITIVAS DE LA INVESTIGACIÓN



Miopía de la hipótesis

Se recolecta evidencia favorable a la hipótesis mientras que se ignora la desfavorable.



Patrones erróneos

A veces surgen patrones que son debidos al azar y que inducen a conclusiones erróneas.



Atención asimétrica

Se revisan hasta la extenuación los resultados no deseados, mientras que se otorga vía libre a los esperados.



Relato fantástico

Los textos científicos a menudo están llenos de adjetivos y frases que inducen a la confusión del lector.

TÉCNICAS PARA REDUCIR LAS DESVIACIONES



Abogado del diablo

Hay que forzarse a considerar seriamente las evidencias contrarias a la hipótesis.



Compromiso previo

Se debería publicar el plan de recolección y análisis de datos antes de empezar la investigación.



Equipo rival

Habría que invitar a investigadores rivales a colaborar en los análisis.



Análisis ciegos

Los estadísticos y analistas deberían desconocer si los datos corresponden al grupo de intervención o al de control.



Los estudios de cohorte de base poblacional deben garantizar un seguimiento durante períodos largos de tiempo, como el de Framingham de riesgo cardiovascular iniciado en 1948.

¿Están demasiado ocupados para mejorar?



M7

La medicina fragmentada: la realidad

Por una Medicina Interna de Alto Valor

PROGRAMA

M1	Introducción
M2	Instrumentos necesarios para practicar la medicina moderna
M3	El universo del paciente
M4	La medicina de consumo
M5	El valor de la práctica clínica
M6	El valor de la investigación y la innovación
M7	La medicina fragmentada: la realidad
M8	La dimensión generalista: la clave
M9	La medicina generalista: el reto
M10	Workshop presencial de final de curso

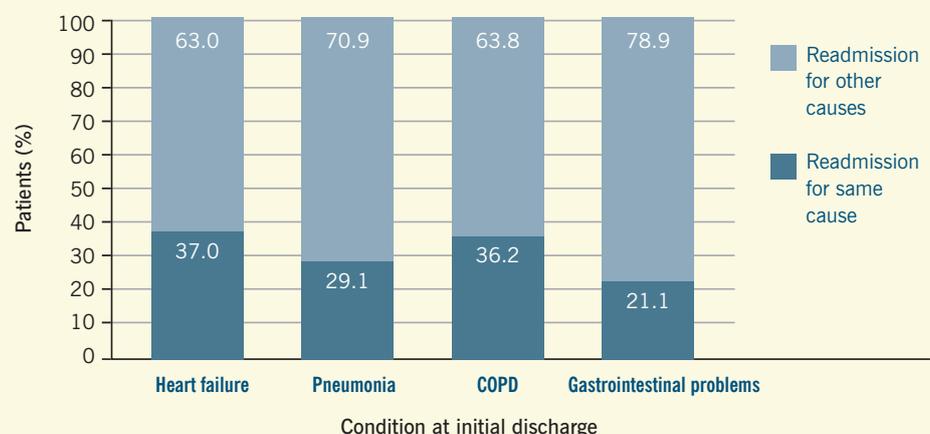
Síndrome de poshospitalización y reingresos

Retrato de las unidades de medicina interna

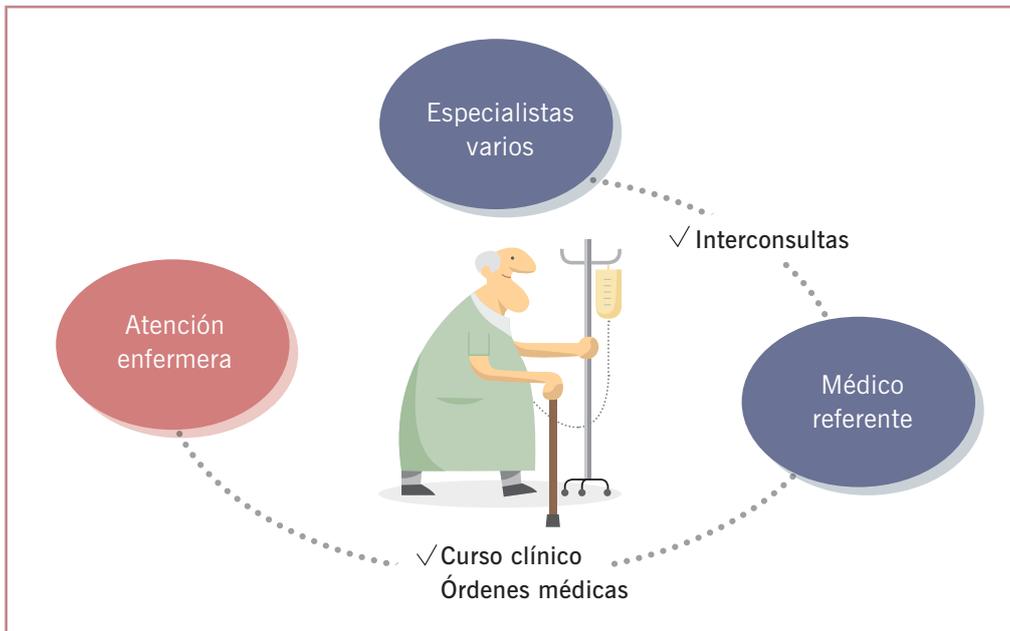
Iniciativas para superar la fragmentación: hospital a domicilio y experiencias de integración

El modelo fragmentado está muy arraigado a pesar de que dos tercios de la casuística se debería beneficiar de un modelo integrado de servicios y por ello los resultados están siendo muy decepcionantes: enfermos pendientes de cama en urgencias, pacientes en planta sin posibilidades de alta por problemas familiares y sociales, mortalidad superior durante los fines de semana, falta de adherencia a los tratamientos o procesos de final de vida no acordes con la manera de ser de los pacientes, por poner algunos ejemplos.

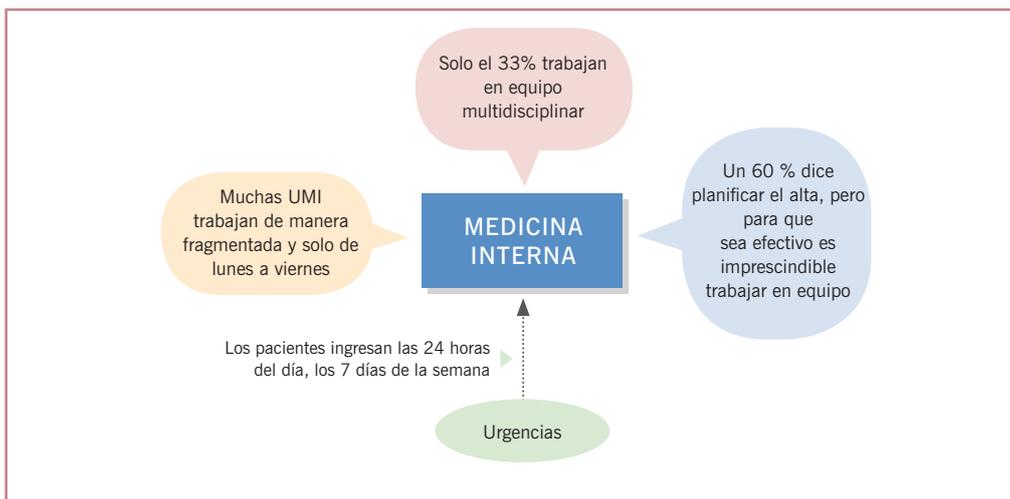
PROPORTIONS OF REHOSPITALIZATIONS FOR CAUSES OTHER THAN THE CONDITION AT INITIAL DISCHARGE



Dos tercios de los pacientes que reingresan lo hacen por causas distintas al ingreso inicial. El síndrome de poshospitalización cuestiona el plan de trabajo centrado en la causa del ingreso en lugar de la persona en su conjunto.



Modelo fragmentado de trabajo en las plantas de hospitalización.



Retrato de las unidades de medicina interna según el estudio RECALMIN (2016).

The Weekend Effect in Hospitalized Patients: A Meta-Analysis

<p>Goals of Study:</p> <ul style="list-style-type: none"> Perform a systematic review to examine the presence of a weekend effect on hospital inpatient mortality 	<p>Findings:</p> <ul style="list-style-type: none"> Risk of mortality was 19% greater for weekend admissions vs. weekday admissions (RR=1.19; 95% CI 1.14 – 1.23, I²=99%) Varied definitions of weekend and mortality 	<p>Possible Reasons:</p> <ul style="list-style-type: none"> Decreased use and/or delays in interventions and/or procedures on weekends? Selection bias on weekend admissions?
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pauls LA et al. Sept 2017
Journal of HOSPITAL MEDICINE

M8

La dimensión generalista: la clave

Por una Medicina Interna de Alto Valor

PROGRAMA

- M1 Introducción
- M2 Instrumentos necesarios para practicar la medicina moderna
- M3 El universo del paciente
- M4 La medicina de consumo
- M5 El valor de la práctica clínica
- M6 El valor de la investigación y la innovación
- M7 La medicina fragmentada: la realidad
- M8 La dimensión generalista: la clave**
- M9 La medicina generalista: el reto
- M10 *Workshop* presencial de final de curso

Evaluación general e integral o cómo ampliar los horizontes de la evaluación clínica (también en los procesos de final de vida)

Chronic Care Model (según Edward Wagner)

Los planes individualizados elaborados de manera conjunta, el instrumento básico

Buurtzorg Netherland: más poder para las enfermeras

A propósito de Gertrudis

La evaluación general e integral



Los internistas son especialistas en el abordaje de la complejidad clínica.

Ejercicio

Aplicación de *Chronic Care Model* a propósito del caso de Jerónimo.

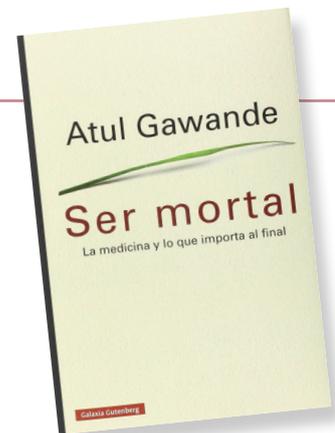
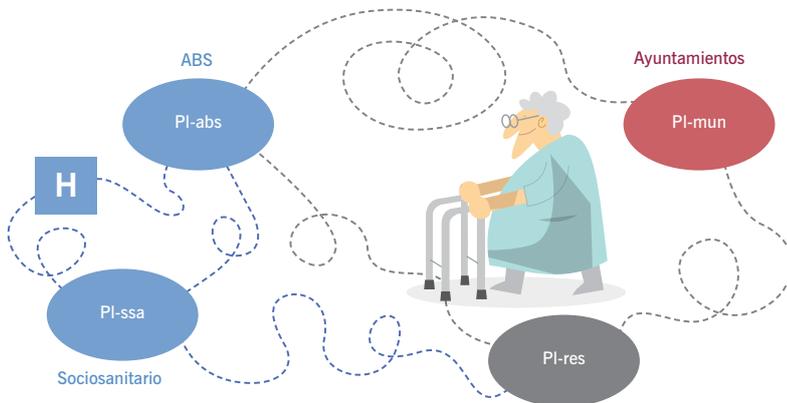


Chronic Care Model (Edward Wagner)



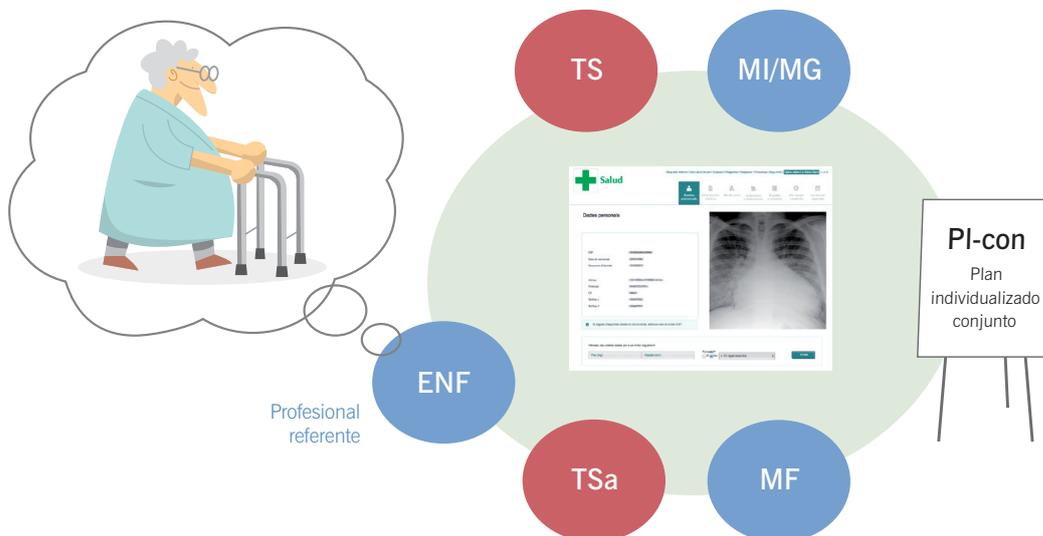
Edward Wagner.

Circuitos actuales para pacientes crónicos complejos



La conversación tranquila sobre el final de la vida debe añadirse a la evaluación general e integral.

Elaboración conjunta del plan individualizado (PI-con) de Gertrudis



M9

La medicina generalista: el reto

Por una Medicina Interna de Alto Valor

PROGRAMA

M1	Introducción
M2	Instrumentos necesarios para practicar la medicina moderna
M3	El universo del paciente
M4	La medicina de consumo
M5	El valor de la práctica clínica
M6	El valor de la investigación y la innovación
M7	La medicina fragmentada: la realidad
M8	La dimensión generalista: la clave
M9	La medicina generalista: el reto
M10	Workshop presencial de final de curso

La experiencia de los pacientes: el caso de Johns Hopkins y Cleveland Clinic. El modelo *design thinking*

El hospital generalista y el hospital *factory*. Las funciones de los médicos generalistas y de los *hospitalists*. El papel de la medicina interna en el nuevo modelo de hospital “dual”

Nuevas competencias para los internistas



Los pacientes, además de valorar la calidad técnica, piden ser tratados con amabilidad y cuidado. El Hospital Johns Hopkins incluyó la opinión de los propios pacientes para introducir reformas en el plan estratégico.

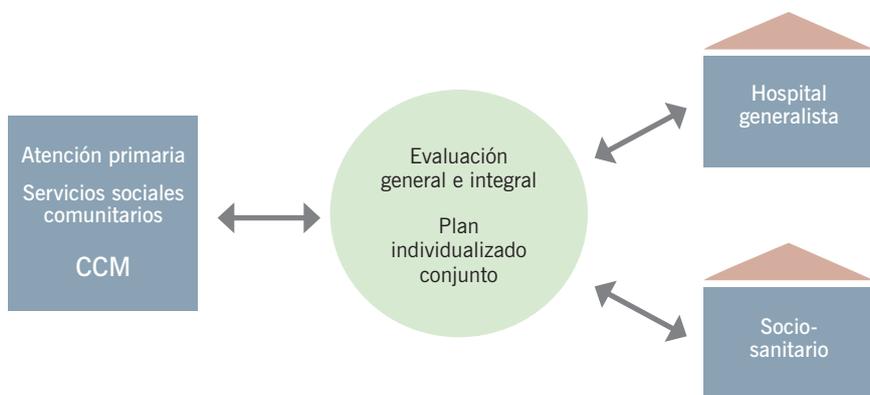


Modelo de hospital “dual”, que propone una organización bimodal (*factory* y generalista).



Los hospitales deben reestructurarse si quieren preservar la calidad de sus servicios, por ello tendrán que contar como aliados con los pacientes, la atención primaria y los servicios sociales comunitarios.

El modelo también puede establecer una zona híbrida de cogestión entre generalistas y especialistas.



La gran aportación de la medicina interna a los programas de pacientes crónicos será gestionar el hospital generalista alineándose con los equipos *chronic care model* (CCM) y los recursos socio-sanitarios.



Nuevas competencias para los internistas:

1. Evaluación general e integral
2. Liderazgo de equipos multidisciplinares
3. Entrevista motivacional y decisiones compartidas
4. Planes individualizados elaborados conjuntamente
5. Comprensión del riesgo y valor predictivo de las pruebas
6. Sobrediagnóstico y sobretratamiento
7. Prácticas clínicas de valor
8. Experiencia de los pacientes
9. Instrumentos de innovación

M10

Workshop presencial de final de curso

Por una
Medicina
Interna de
Alto Valor

PROGRAMA

M1	Introducción
M2	Instrumentos necesarios para practicar la medicina moderna
M3	El universo del paciente
M4	La medicina de consumo
M5	El valor de la práctica clínica
M6	El valor de la investigación y la innovación
M7	La medicina fragmentada: la realidad
M8	La dimensión generalista: la clave
M9	La medicina generalista: el reto
M10	Workshop presencial de final de curso

La finalidad del encuentro de 4 horas consistirá en compartir los ejercicios. Cada alumno presentará a debate de los alumnos del aula y del tutor uno de sus ejercicios del módulo 10, con la finalidad de compartir metodologías y proyectos.



Ejercicio 1

Realización de una *decision aid* para dar apoyo a un proceso específico de decisión compartida, siguiendo la metodología aprendida en el curso.

Ejercicio 2

Elaboración de un plan individualizado realizado conjuntamente con el propio paciente (y su familia), atención primaria y servicios sociales a partir de un caso propio.

