

Docencia posgrado en medicina de familia: ¿qué sabemos de los residentes?

J. Saura-Llamas^a, R. Sesma Arnáiz^a, J. Fernández Cuenca^b, C. Borchert Muñoz^b y A. Sáez Yanguas^b

Introducción

Antes de iniciar cualquier proceso docente es fundamental conocer el perfil, el nivel de conocimientos, las necesidades formativas y las expectativas de los posibles alumnos. Esta realidad, que es fácilmente asumible por todos los docentes, adquiere una mayor relevancia en la formación de adultos, categoría en la que se incluye la formación posgraduada en medicina de familia. Además la formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria (MFyC) debe ser una docencia adaptada a las necesidades de los residentes, tal como indica el programa docente de la especialidad¹.

Difícilmente se pueden producir estos hechos si los docentes implicados en este proceso formativo no tienen una amplia y detallada información sobre los residentes de medicina de familia.

Aunque la investigación sobre docencia en MFyC ha avanzado mucho en los últimos años, esta investigación es aún insuficiente; esto explica que, aunque conozcamos algunos datos sobre los residentes, estos datos no son todo lo actuales y completos que debieran. Aportar la información actualmente existente sobre los residentes de MFyC, evaluarla e identificar las necesidades existentes en este sentido es el objetivo de este artículo.

¿Qué sabemos de los residentes de MFyC?

A continuación se detalla la información más importante de entre la encontrada tras realizar una búsqueda en Medline de artículos en castellano utilizando los descriptores «*education medical*», «*postgraduate training*», «*tutors*», «*residents*», «*teaching*», «*family physicians*», «*family medicine*», «*family practice*» y «*primary care*», posteriormente completada con otra bibliográfica, referida a los residentes de medicina familiar y comunitaria. Los datos así obtenidos se han ordenado por grandes apartados y siguiendo una secuencia lógica en el tiempo de acuerdo con el proceso docente. En

la tabla 1 se pueden ver detalles de los artículos seleccionados. Hay que avisar que los datos no son extrapolables a todo el colectivo de residentes, y que cada dato se refiere a la población correspondiente a cada trabajo o cita bibliográfica.

Quiénes son los residentes

En cuanto a su número, los últimos datos publicados corresponden a las 2.000 plazas de MIR de MFyC convocadas en 1996 y 1.860 plazas convocadas en 1997², así como su distribución geográfica por comunidades autónomas².

Conocemos algunas características personales y datos descriptivos, p. ej., su *edad media*, que oscila en 24-33 años³⁻⁹ (edad media que aumenta con el tiempo a causa del progresivo envejecimiento de las sucesivas promociones, envejecimiento que además tiene carácter significativo⁸). También se está produciendo un progresivo envejecimiento en la edad media de inicio de la especialidad en las sucesivas promociones, pasando de 24 a 28 años⁷, es decir, que los residentes cada vez tienen mayor edad al iniciar la especialidad.

El *sexo*: inicialmente, la mayoría eran varones¹⁰, pero esta situación se ha invertido, y en la actualidad una mayoría son mujeres^{3,5,6,10}.

En cuanto al *estado civil*, casi la mitad de los residentes están casados⁹.

Todos estos datos, en conjunto, se alejan cada vez más de la inicial concepción del residente como un varón soltero, sin responsabilidades a su cargo⁹.

La formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria (MFyC) debe ser una docencia adaptada a las necesidades de los residentes.

La mayoría de los residentes (un 61%) no ha recibido información alguna sobre salidas profesionales durante la licenciatura, y la formación en APS en el pregrado es casi inexistente.

La medicina de familia es elegida como primera opción en un 28,5% de los casos antes de realizar la especialidad, y sería escogida en el 42,1% al terminarla.

Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia.

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Tutor de Atención Primaria.

^bResidentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Manuscrito aceptado para su publicación
el 6-VII-2001

Correspondencia:
Dr. J. Saura-Llamas.
C/ Atenea, 21. 30120 El Palmar (Murcia).
Correo electrónico: csgoya@iname.com

TABLA 1
Resumen de las características de los artículos seleccionados que aportan información sobre los residentes

Autores y citas bibliográficas	Año de publicación	Período de estudio	Tipo de investigación	Ámbito	Participantes	Número	Tasa de respuesta (%)
Thomas et al ^{11,17}	1990-1991	1989	Cuestionario por correo	UU.DD. de toda España	Residentes de MF de tercer año	170	49,8
Labay et al ⁶	1992	1990	Cuestionario por correo	Hospitales españoles con docencia MF	Residentes de MF	51	41,1
Sellarés et al ⁵	1993	1989-1991	Cuestionario por correo	UD de Barcelona	Residentes de MF de tercer año	32	66,7
Gayoso et al ¹⁹	1995	1993	Cuestionario por correo	40 UU.DD. de toda España	Tutores de MF	258	62
Leal et al ¹⁸	1996	1995	Cuestionario	UD de Murcia	Residentes de MF de segundo año	28	100
Prados et al ¹⁵	1996	1992-1996	Varios: memorias UU.DD., encuestas	UU.DD. de toda España	Coordinadores, tutores, Residentes de MF	61, memorias de UU.DD.	77
Santos et al ²⁵	1996	1992-1994	Varios: datos, observación, entrevistas	UD de Málaga	Residentes y tutores de MF	No especifica	100
Rodríguez-Gordaliza et al ⁸	1996	1979-1993	Cuestionario por correo	C.A. de Asturias	Especialistas en MF	178	89
Ruiz Moral et al ⁹	1996	1994	Cuestionario por correo	C.A. de Andalucía	Residentes de MF	279	51,7
Torío et al ¹⁶	1997	1993	Cuestionario	Provincia de Jaén	Médicos y residentes de MF	62	100
Pelayo et al ³	1998	1994	3 cuestionarios	Provincia de Valencia	Residentes y tutores de MF	78	100
Saura et al ¹²	1999	1996-1998	Cuestionario	UD de Murcia	Residentes de MF de segundo año	52	74,3
López Santiago et al ¹³	2000	1999	Grupos focales	UU.DD. de Murcia y Cartagena	Residentes de MF	36	NS

MF: medicina de familia.

Nadie escogió la especialidad por la retribución económica, aunque el grado de elección vocacional de la especialidad ha ido descendiendo en las sucesivas promociones.

Antes de su período formativo posgrado

La mayoría de los residentes (un 61%) no ha recibido información alguna sobre salidas profesionales durante la licenciatura¹⁰, y la formación en APS en el pregrado es casi inexistente⁹, situación que actualmente parece que mejora lentamente en algunas universidades. Más de la mitad de los de los residentes (58%) ha trabajado en AP antes de incorporarse a su período formativo¹⁰, aunque es probable que actualmente esta cifra sea mucho menor.

En varios estudios se han establecido los motivos para elegir la especialidad de MFyC, y que ordenados por orden de importancia son¹⁰:

1. No había plaza en otras especialidades (43,7%).
2. Elección vocacional (32,5%).
3. A causa del lugar de residencia (13,2%).

La medicina de familia es elegida como primera opción en un 28,5% de los casos antes de realizar la especialidad, y sería escogida en el 42,1% al terminarla¹⁰. Al principio un 65% de los residentes sitúa a la medicina de familia como primera elección o entre las más deseadas, y esa proporción aumenta hasta el 87% en el último año de residencia⁹. En otros estudios realizados posteriormente esta situación se ha modificado ligeramente, con esta priorización^{8,9}:

1. Ser la especialidad más atractiva entre las plazas disponibles (46%)⁸ o por encontrarse dentro de las preferidas (53,5%)⁹.
2. Elección vocacional (37,5%)⁸.
3. Por el lugar de residencia (11,3%)⁸ o por cursar la residencia en la ciudad deseada (25,6%)⁹.

Nadie escogió la especialidad por la retribución económica⁸, aunque el grado de

elección vocacional de la especialidad ha ido descendiendo en las sucesivas promociones⁸.

Cómo debe ser el tutor y el médico de familia según los residentes

Las cualidades que más valoran los residentes en un tutor, por orden de importancia, son¹¹:

1. Que sean capaces de mantener una adecuada y positiva relación con el residente.
2. La cualificación clínica del tutor, es decir, que sea un buen médico de familia.
3. La actitud personal del tutor, positiva y constructiva.
4. Que sea un buen docente.
5. La capacidad de realizar un enfoque psicosocial y de mantener una buena relación con los pacientes.
6. El trabajar efectivamente en equipo.
7. Su capacidad para investigar.

Para este grupo de residentes, y con notable diferencia, las dos primeras cualidades son las más importantes, es decir, la capacidad de comunicación y mantener una buena relación con su residente, y que sea un buen clínico (un buen modelo)¹¹.

Los residentes no le dan prácticamente ningún valor al proceso oficial de acreditación de su tutor¹¹, es decir, que para ellos no es un factor importante que esté acreditado o cómo se haya llegado a esa acreditación.

El valor más apreciado en un tutor es que tenga confianza en el trabajo del residente¹² y que esté presente apoyando al residente en la toma de decisiones¹². En este estudio cualitativo la cualidad más valorada en un tutor es su disposición y voluntad para trabajar¹².

Respecto al perfil del tutor, es importante que esté formado en comunicación asistencial y entrevista clínica¹³.

Son atributos deseables del buen tutor: competencia clínica, competencia docente (estableciendo una estrategia docente) y permitir que el residente adquiera responsabilidad y autonomía²¹.

Los residentes identifican a los tutores como sus modelos profesionales y de aprendizaje¹², es decir, como los auténticos médicos de familia.

Grado de cumplimiento del programa docente y del programa teórico

En 1994 el grado de cumplimiento del programa docente de la especialidad en las distintas unidades docentes era¹⁴: inicio del R-1 en el centro de salud, 82%; acreditación de tutores, 73%; adscripción a un tutor en AP, 83%; rotación por pediatría, 100%; rotación por el programa de la mujer, 86%; rotación por salud mental, 75%; atención a la familia, 52%; medicina comunitaria, 76%; proyectos de investigación, 65%, y sistema de evaluación, 83%.

La mayoría de los residentes reciben un curso sobre comunicación y entrevista clínica de unas 20 horas de duración durante su segundo o tercer año^{13,15}.

Desgraciadamente, no tenemos acceso a datos más actuales sobre la situación global en el ámbito de todo el estado. Teóricamente el grado de cumplimiento actual debería ser más alto; sin embargo, hay muchas áreas docentes donde el grado de desarrollo se ha estancado e incluso ha empeorado.

La mayoría de las áreas docentes se han desarrollado en más de un 60% y sólo administración y educación sanitaria lo han hecho en menos del 50%¹⁶.

En cuanto a su interés, la mayor parte de los cursos obligatorios (un 60-80%) tienen una valoración media alta¹⁶.

Proceso formativo en el hospital

Según la opinión de los residentes, la mayoría de las rotaciones (> 70%) tienen una duración correcta¹⁶; sin embargo, más de la mitad de los residentes considera insuficiente el tiempo de rotación por salud mental y el tiempo total de las rotaciones¹⁶.

En relación con el hospital, están significativamente más satisfechos los residentes que realizan su especialidad en hospitales más pequeños (con menos de 500 camas)⁷. La mayoría de ellos (78,4%) considera adecuada la formación recibida en el hospital⁷; valoran positivamente el nivel de equipamiento técnico del centro con relación a su formación⁷, y se sienten respaldados en su actividad diaria por la plantilla médica⁷.

Sin embargo, y a diferencia de lo que ocurre en el centro de salud, para la mayoría de los

Los residentes no dan prácticamente ningún valor al proceso oficial de acreditación de su tutor, es decir, que para ellos no es un factor importante que esté acreditado o cómo se haya llegado a esa acreditación.

Son atributos deseables del buen tutor: competencia clínica, competencia docente (estableciendo una estrategia docente) y permitir que el residente adquiera responsabilidad y autonomía.

El grado de cumplimiento del programa docente de la especialidad en las distintas unidades docentes debería ser más alto; sin embargo, hay muchas áreas docentes donde el grado de desarrollo se ha estancado e incluso ha empeorado.

Con relación a la formación asistencial en el hospital, llevan a cabo una media de 5,2 guardias al mes, y la mayoría (más de un 70%) ha hecho guardias en medicina interna, traumatología, pediatría y tocoginecología.

La mayoría de tutores y residentes piensan que durante la estancia del R-1 por el centro de salud el residente no debe tener ninguna responsabilidad específica ni autonomía en la consulta.

residentes el nivel de dotación de la biblioteca del hospital es inadecuado⁷ (sobre todo en publicaciones y libros relacionados con atención primaria).

Por lo respecta a la formación científica recibida, en la mayoría de los servicios del hospital (81,5%) se realizan una o más sesiones clínicas específicas para medicina de familia a la semana⁷.

Con relación a la formación asistencial en el hospital, llevan a cabo una media de 5,2 guardias al mes⁷, y la mayoría (más de un 70%) han hecho guardias en medicina interna, traumatología, pediatría y tocoginecología¹⁶.

Respecto a la valoración de las rotaciones, el 82,6% de los residentes de medicina de familia consideran del máximo interés la rotación por medicina interna, siendo tocoginecología y oftalmología las rotaciones menos valoradas¹⁶.

Un 56,8% de los residentes recibe formación eminentemente práctica, el 35,4% la recibe mixta, pero hay un 7,8% que sólo recibe formación teórica⁶.

Los residentes de medicina de familia y el proceso formativo en el centro de salud

Existe la opinión generalizada que el mejor modelo de formación es el que se planifica de forma conjunta y específica entre cada residente y su tutor¹².

El residente de medicina de familia tiene asumido que se tiene que enfrentar a diferentes problemas cada año de la residencia, centrando sus esfuerzos en resolverlos y procurando al mismo tiempo no decepcionar al tutor¹⁷.

Los residentes prefieren mayoritariamente, como modalidad de adscripción a sus tutores, que los residentes elijan tutor⁷ o que éste les sea asignado de forma aleatoria y sistemática⁷.

Sólo un 12,2% de los residentes no ha rotado inicialmente por el centro de salud (siendo el período de rotación de un mes en la mayoría de los casos¹⁴). Aunque la duración adecuada del período de rotación inicial por el centro de salud debe ser de 3 meses⁶. La mayoría de tutores y residentes piensan que durante la estancia del R-1 por el centro de salud el residente no debe tener ninguna responsabilidad específica ni autonomía en la consulta⁷.

La inmensa mayoría de los residentes (81,6%) considera del máximo interés la rotación en atención primaria de salud¹⁶.

Sólo un 4,9% de los residentes no ha rotado por pediatría en el centro de salud, rotando el resto 1-3 meses¹⁴, y sólo un 2,2% no han rotado por salud mental, haciéndolo la mayoría del resto 2 meses¹⁴.

Menos de la mitad de los residentes (46,7%) ha hecho guardias en atención primaria (y en este caso la mayoría las ha realizado en su centro de salud)¹⁶.

Casi la mitad de los residentes rechaza hacer su rotación por atención primaria en un centro de salud rural (un 56,2% de rechazo para los R-1 y un 44,4% para los R-3)²². Entre los motivos de rechazo destacan: distancia al hospital y a la UD, sensación de aislamiento, problemas de infraestructura y alojamiento²².

La actividad media de los residentes en otras actividades formativas se compone de la evaluación de 1,8 protocolos clínicos o programas de salud³, la presentación de una media anual de sesiones clínicas o bibliográficas que oscila en 6-7^{3,14} (en los centros de salud se realizan de media unas 55 sesiones clínicas al año¹⁴) y se lleva a cabo alguna actividad comunitaria en un 45% de los centros de salud docentes²⁵, aunque recogen datos de la comunidad más del 50% de los residentes¹⁸.

Según los tutores, al cabo de su tercer año los residentes realizan al menos un trabajo de garantía de calidad¹⁸.

Los siguientes aspectos formativos desarrollados en el centro de salud son valorados como interesantes o muy interesantes por más de un 85% de los residentes: sesiones clínicas, trabajo en equipo, posibilidad de realizar investigación, relación médico-paciente e interconsulta con especialistas¹⁰.

Con relación a las sustituciones y suplencias, la mayoría piensa que el residente sólo debería sustituir a su tutor en ausencias por temas docentes o por bajas laborales⁷.

La mayoría de los residentes (73,4%) considera que debe seguir el mes de formación específica del tutor, en el que se debe hacer cargo por completo del cupo, encontrando como aspectos positivos: tener toda la responsabilidad asistencial del cupo, más relación con el equipo AP, reconocimiento como médico por el paciente y autovalueación al resolver cuestiones clínicas²¹.

Actividad asistencial del residente en el centro de salud y su relación con los pacientes

La modalidad asistencial del residente más frecuente es la del cupo compartido, pasando el residente y el tutor la consulta en días alternos (46% de los casos)^{3,14}. En general los residentes pasan 2 días a la semana la consulta a demanda del cupo y 3 días la consulta programada¹⁸.

En 1994 el residente atendía una media de 20 pacientes al día (DE, 11) en la consulta a demanda y 10 pacientes a la semana (DE, 8) en la consulta programada¹⁴, siempre en un número inferior al atendido por los tutores. La actividad asistencial del residente es siempre cuantitativamente inferior a la desarrollada por el tutor³.

Con relación a sus tutores, los residentes atienden diariamente a un menor número de personas, que dan lugar a un inferior número de consultas, de pacientes más jóvenes, con patología aguda, con un predominio de las primeras consultas y de las consultas administrativas¹⁹.

Tanto los residentes como el resto de los médicos de atención primaria piensan que la duración de cada consulta ha de ser entre un mínimo de 5 y un máximo de 15 minutos¹⁵. No se observan diferencias significativas entre el residente y el tutor en cuanto a la solicitud de exámenes complementarios, ni por lo que respecta a la tasa de derivación¹⁹. Los residentes quieren participar en las decisiones clínicas y organizativas de la consulta y valoran la experiencia del tutor como un gran recurso para la resolución de los problemas clínicos y de otro tipo que se puedan presentar¹².

Los tutores valoran globalmente como excelente la habilidad de los residentes en el enfoque diagnóstico, en el tratamiento farmacológico, la derivación de los pacientes a otro nivel, el enfoque de los pacientes en los programas de salud y las relaciones humanas con los pacientes y sus familias². Valoran como muy buena la habilidad en la entrevista clínica y la utilización racional de las pruebas diagnósticas de los residentes³.

Los residentes se muestran satisfechos con la relación que mantienen con los pacientes (un 84% entre satisfechos y muy satisfechos), así como con la comunicación que establecen con ellos (un 88% entre satisfechos y muy satisfechos)¹⁵.

Piensan que el grado de cumplimiento de sus prescripciones es alto o muy alto (74%) y que los pacientes recuerdan todas o casi todas sus instrucciones y consejos (92%)¹⁵. Los aspectos de la relación médico-paciente y de la entrevista clínica a los que más importancia conceden los residentes¹⁵ son por orden de importancia:

1. Demostrar interés por los problemas del paciente.
2. Utilizar palabras comprensibles.
3. Tranquilizar.
4. Informar sobre el tratamiento.
5. Facilitar que el paciente comente sus opiniones y puntos de vista.
6. Aconsejar lo que hacer, pero que sea el paciente el que tome la decisión.
7. Preguntar al paciente su opinión sobre el tratamiento.

Los residentes y la investigación

Algo más de la mitad de los MIR de medicina de familia (58%) participan en alguna investigación realizada en el hospital y en la elaboración de comunicaciones científicas⁶. Durante este período formativo, un 21,5% de los residentes de medicina de familia está preparando la tesis doctoral, aunque el resto no recibe ningún tipo de estímulo para llevarla a cabo⁶.

Según los ex residentes, las mayores dificultades para investigar en atención primaria son la falta de tiempo en el trabajo (82,5%) y la falta de financiación (82,5%)²⁰.

La mayoría de los residentes realizan al menos un trabajo de investigación^{14,18}, siendo la media de 2 trabajos al año^{3,18}, aunque sólo la mitad de ellos han firmado alguna publicación¹⁶, y un 38,3% no ha elaborado ni publicado ninguna investigación¹⁶.

Como media anual, en cada uno de los centros de salud se presentan 4 comunicaciones a congresos, 3 publicaciones y otros 2 trabajos de investigación¹⁴.

Los residentes de medicina de familia constituyen un 39% de los autores de los artículos de atención primaria publicados en una comunidad autónoma durante 4 años²¹.

Relación con el tutor

Los residentes entienden que su tutor es el profesional que actúa como mediador y facilitador en su proceso de aprendizaje¹². Consideran imprescindible que exista un

En 1994 el residente atendía una media de 20 pacientes al día (DE, 11) en la consulta a demanda y 10 pacientes a la semana (DE, 8) en la consulta programada, siempre en un número inferior al atendido por los tutores.

Tanto los residentes como el resto de los médicos de atención primaria piensan que la duración de cada consulta ha de ser entre un mínimo de 5 y un máximo de 15 minutos.

Más de la mitad de los MIR de medicina de familia (58%) participan en alguna investigación realizada en el hospital y en la elaboración de comunicaciones científicas.

Para que exista la adecuada continuidad, los residentes consideran importante o muy importante el mantenimiento de la asignación tutor-residente a lo largo de los 3 años de rotación.

Los residentes no aumentan la tasa de solicitud de exámenes complementarios y derivaciones, ya que no hay diferencias significativas en el número de los realizados entre residentes y tutores.

Cuando los residentes autoevalúan sus conocimientos, esta evaluación alcanza una buena correlación con la llevada a cabo por los docentes, siempre que se facilite una adecuada retroalimentación de la información en las primeras fases del proceso formativo.

intercambio de opiniones en situaciones de igualdad¹², y piensan que debe haber un cauce establecido para facilitar esa comunicación¹².

Para que exista la adecuada continuidad, los residentes consideran importante o muy importante el mantenimiento de la asignación tutor-residente a lo largo de los 3 años de rotación⁷, aunque también serían partidarios de rotar con otros tutores en el centro de salud⁷.

Para los residentes, las cualidades más importantes de un tutor son la capacidad de comunicación y de mantener una buena relación con su residente y que sea un buen clínico (un buen modelo)¹¹.

Este colectivo considera importante, pero no imprescindible, que los tutores recibieran una remuneración económica por su labor docente⁷.

En temas docentes, existe una alta concordancia entre tutores y residentes, que es mayor de la que presentan los residentes con los técnicos de salud o con los coordinadores de la UUDD⁷.

El perfil profesional del tutor influye en la formación de los residentes, siendo las variables más influyentes en las diferencias existentes entre ellos la integración en el EAP y la actividad clínica del tutor²³.

Integración de los residentes en el equipo

Según los tutores, la integración de los residentes en el EAP es excelente con los demás médicos, y muy buena con el personal de enfermería, el trabajador social y los administrativos³.

Respecto a las sustituciones y suplencias, la mayoría piensa que el residente sólo sustituirá a su tutor en ausencias por temas docentes o bajas⁷.

Los residentes no aumentan la tasa de solicitud de exámenes complementarios y derivaciones, ya que no hay diferencias significativas en el número de los realizados entre residentes y tutores¹⁹.

Con relación a los centros docentes, los residentes piensan que los estudiantes deberían acudir a centros de salud docentes, pero con los médicos que no tuvieran residente⁷, a diferencia de los tutores, que piensan que los estudiantes de medicina deberían ir a centros de salud docentes con médicos que tuvieran a su cargo residentes de tercer año⁷.

Evaluación del residente por el tutor

La actitud global de los residentes hacia la atención primaria es excelente, incluyendo los aspectos de motivación, puntualidad, cumplimiento de tareas y la responsabilidad en la labor asistencial³.

Los tutores valoran globalmente como excelente la habilidad de los residentes en el enfoque diagnóstico, en el tratamiento farmacológico, la derivación de los pacientes a otro nivel, el enfoque de los pacientes en los programas de salud y las relaciones humanas que mantienen con los pacientes y sus familias³. Valoran como muy buena la habilidad en la entrevista clínica y la utilización racional de las pruebas diagnósticas de los residentes³.

Algunos estudios señalan que, cuando los residentes autoevalúan sus conocimientos, esta evaluación alcanza una buena correlación con la llevada a cabo por los docentes, siempre que se facilite una adecuada retroalimentación de la información en las primeras fases del proceso formativo²³.

El grado y tipo de integración en el equipo y la actividad clínica de los tutores son las características que más han influido en la mejor calidad de la formación de los residentes recibida por éstos³.

Valoración del tutor por parte del residente

Entre los residentes de tercer año la impresión profesional que tienen de sus tutores es muy favorable¹².

Los residentes están globalmente muy satisfechos con sus tutores, calificando con la máxima puntuación la actitud docente del tutor^{3,23}. Aunque en otros estudios la puntuación media que los residentes otorgan a los tutores es de aprobado (5,7 sobre 10)⁵.

Las evaluaciones globales de los tutores realizadas por los residentes durante o tras su período formativo son generalmente favorables en el caso de los tutores medicina de familia vía MIR, y menos favorables en el caso del resto de los otros tutores acreditados (tanto hospitalarios como de atención primaria)^{4,5,24}.

Hay algunas valoraciones cualitativas sobre la base de opiniones expresadas por algunos residentes concretos como: «agradecer esa paciencia que tiene...»²⁵, «para escuchar y aprender de él»²⁵, referencia siempre presente en la consulta¹⁷, e incluso algunos re-

sidentes manifiestan interés por ser tutores en el futuro²⁶.

Según los residentes, y en todos los casos, más de un 65% de los tutores acuden a las sesiones clínicas, comentan casos clínicos y además participan en la discusión de los casos⁵.

Valoración del proceso formativo por los residentes

El colectivo de residentes valora, de una manera global y generalmente positiva, los distintos aspectos de su período de especialización¹⁶, y en un 85% están satisfechos con el programa docente⁹. El programa de formación teórica se ha desarrollado satisfactoriamente, cumpliéndose y teniendo un interés medio-alto en más del 60% de los cursos¹⁶.

Las rotaciones y su duración se desarrollan de manera aceptable, pero se deben mejorar las rotaciones por salud mental y algunas rotaciones específicas en casos concretos¹⁶. Se deben mejorar las guardias en algunos servicios del hospital y la rotación por urgencias en atención primaria¹⁶.

Con relación al grado de satisfacción de los residentes durante su período formativo, hay estudios con resultados contradictorios; en algunos casos el grado de satisfacción es alto^{6,23}, mientras que en otros los datos son reveladores de insatisfacción^{28,29}. La satisfacción con la elección de la especialidad aumenta a medida que el residente avanza en su primer año de formación⁹.

Existen diferencias significativas en cuanto a la calidad docente entre distintos centros de salud⁴.

Los siguientes aspectos de formación y trabajo en el centro de salud se valoran en más de un 85% de los casos como interesantes o muy interesantes: sesiones clínicas, trabajo en equipo, posibilidad de realizar investigación, relación médico-paciente y realización de interconsultas con especialistas¹⁰.

Para los residentes de determinados centros de salud, la infraestructura en cuanto a material docente y dotación de la biblioteca es muy mejorable (estos aspectos son valorados con un 6,4 y un 4,5 sobre 10)⁴.

El mes de formación específica para los tutores, en los que el residente se hace cargo del total de la consulta, es valorado positivamente por los residentes y además lo consideran formativo²³.

Un 70% de los residentes piensa que existe apoyo por parte de las unidades docentes hacia la especialidad⁹.

Dificultades y problemas de los residentes

La carga de trabajo y las distintas dificultades que va encontrando el residente se describen de manera muy gráfica y acertada en una reflexión cualitativa que cuenta cómo es la vida profesional de un residente²⁵.

Los principales motivos de ansiedad y disconfort de los residentes con relación a la consulta a demanda en el centro de salud son: consultas inacabables, falta de tiempo para atender a los pacientes y los problemas clínicos que plantean esos pacientes¹⁷.

Los principales motivos de ansiedad y disconfort de los residentes con relación a la consulta programada en el centro de salud son: los problemas clínicos que plantea la atención a los pacientes, las consultas que se alargan y las dificultades para la resolución de las consultas¹⁷.

Otros motivos de ansiedad y disconfort que presentan los residentes en el centro de salud son: no librar al día siguiente de una guardia, realización de trabajos de investigación y avisos urgentes¹⁷, así como atender a muchos pacientes en poco tiempo, posibilidad de crearle problemas al tutor (existe la «preocupación de no decepcionar al tutor») y paro laboral al terminar la residencia¹⁷.

También hay un cierto temor a no estar capacitados para hacer frente a las obligaciones como médico de familia^{6,30}, que los residentes relacionan con la posibilidad de no encontrar los apoyos necesarios durante algunos períodos importantes de la residencia^{28,29}.

Según los residentes, son ellos mismos los que mejor conocen sus necesidades formativas¹².

Los residentes y su futuro profesional

La mayoría (61%) no recibió ningún tipo de información sobre salidas profesionales¹⁰, aunque un 60% cree conocer bien su especialidad⁹.

El 83,6% se considera suficientemente preparados para el ejercicio profesional; un 73,7% que tiene buenas perspectivas profesionales, aunque el 45,4% piensa que su remuneración es insuficiente, tanto de MIR como de futuro especialista⁶.

Los residentes están globalmente muy satisfechos con sus tutores, calificando con la máxima puntuación la actitud docente del tutor.

El colectivo de residentes valora, de una manera global y generalmente positiva, los distintos aspectos de su período de especialización, y en un 85% están satisfechos con el programa docente.

Los siguientes aspectos de formación y trabajo en el centro de salud se valoran en más de un 85% de los casos como interesantes o muy interesantes: sesiones clínicas, trabajo en equipo, posibilidad de realizar investigación, relación médico-paciente y realización de interconsultas con especialistas.

El 83,6% se considera suficientemente preparado para el ejercicio profesional; un 73,7% que tiene buenas perspectivas profesionales, aunque el 45,4% piensa que su remuneración es insuficiente, tanto de MIR como de futuro especialista.

Con relación a la Administración, los residentes creen que ésta no considera al médico de familia como pieza clave de la APS (85,8%) y que no apoya la especialidad (más del 90%).

Los principales motivos de ansiedad y disconfort de los residentes son: consultas inacabables, falta de tiempo para atender a los pacientes y los problemas clínicos que plantean esos pacientes.

Un 92,3% se encuentra satisfecho con la elección de la especialidad; la mayoría desearía trabajar en atención primaria^{6,10} (aproximadamente el 82%) y en el sistema público (81,5%)¹⁰, y están además satisfechos con el sistema de dedicación exclusiva (60,98%)⁶.

La inmensa mayoría desearía realizar un trabajo asistencial en un centro de salud urbano¹⁰, consiguiéndolo algo más de la mitad de ellos⁸, y la segunda salida profesional la constituyen los servicios de urgencias hospitalarios (con un 17,6% de los casos)⁸.

Un 61,5% piensa que encontrarían trabajo antes si hubieran elegido otra especialidad⁹. Sólo el 12% aceptaría inicialmente ser coordinador de un centro de salud¹⁰.

La mayoría de los especialistas en medicina de familia que acaban de terminar su residencia empiezan trabajando como interinos⁸, teniendo en cuenta que cuanto más joven se es, mayor es la probabilidad de estar en paro o de tener un trabajo de peor calidad⁸. En un estudio de 1996 se estableció una tasa de paro entre los médicos de familia del 22%, aunque se refiere concretamente a una comunidad autónoma⁸.

Más de la mitad de los médicos de familia trabajan en el área de salud donde se formaron⁸. Con relación a la Administración, los residentes creen que ésta no considera al médico de familia como pieza clave de la APS (85,8%) y que no apoya a la especialidad (más del 90%)⁹. La mayoría cree que la Administración prefiere contratar médicos generales (ya que le dan menos problemas) y que los baremos actuales no valoran la especialidad⁹. Piensan que la MFyC es una especialidad desconocida (99,2%) y que el trabajo del médico de familia no es reconocido por la población (95%)⁹.

Un 77,5% de los especialistas en MFyC por la vía MIR piensan que, con relación al acceso a puestos de trabajo en atención primaria, no está adecuadamente valorada²⁰.

Valoración de la información disponible sobre los residentes de MFyC

Este breve resumen, que no tiene la ambición de ser exhaustivo, sino sólo de aportar una información básica orientativa y que nos permita conocer mejor a los residentes de MFyC, presenta numerosas limitaciones.

En primer lugar, no es una información homogénea, ya que en general se ha extraído de

estudios parciales por el ámbito o por el período de tiempo en el que están realizados. Así, estos datos no corresponden a un estudio sistemático ni a un estudio longitudinal ni transversal, sino sólo a una acumulación de datos puntuales de distintos orígenes y presentados con diferentes criterios, por lo que estos datos no son extrapolables a todo el colectivo de residentes, ya que cada dato se refiere a la población correspondiente a cada trabajo o cita bibliográfica.

Esta reflexión nos lleva al punto clave de esta exposición, y es que sabemos poco sobre los residentes y lo poco que conocemos sólo tiene un carácter orientativo.

Además, la mayoría de los datos corresponden a encuestas realizadas a residentes o a tutores, que aunque pueden aportar información valiosa y orientativa se basan en aportaciones subjetivas, que necesariamente se deben contrastar, siempre que sea posible, con datos objetivos que por desgracia actualmente no están disponibles.

Esta situación se explica porque, en general, podemos decir que se investiga poco sobre la formación posgraduada y sobre la específica de medicina de familia en especial. Además, cuando se investiga, en muchas ocasiones los resultados no se publican.

Mención especial merece la información y los datos recogidos por la Comisión Nacional de la Especialidad, que por su cantidad y calidad son de enorme importancia, pero que luego o no son explotados o bien terminan en algún documento interno que no se divulga. Probablemente esto se deba a la escasez crónica de recursos económicos y de personal que presenta esta comisión.

Una situación similar se produce en el ámbito de las unidades docentes de MFyC y en el de las distintas comunidades autónomas (con algunas significativas excepciones).

Todo esto se traduce en que la escasa información existente no llega a los docentes (tutores) que son los que en realidad la necesitan.

Algunas medidas podrían mejorar la información disponible en cantidad y calidad y, por lo tanto, el proceso formativo de la medicina de familia en nuestro país, como por ejemplo:

1. Establecer un catálogo de datos básicos sobre la formación en medicina de familia a publicar periódicamente. Aquí podría tener

un papel fundamental la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC.

2. Publicar de manera sistemática la explotación de los datos existentes en las distintas unidades y comunidades autónomas, tarea que correspondería a los responsables de éstas.

3. Facilitar la investigación y la difusión en temas de docencia posgraduada, sobre todo de trabajos en el ámbito de todo el estado para obtener datos consistentes y útiles. Aquí el papel fundamental podría recaer en la semFYC y en sus vocalías de docencia e investigación.

4. Sobre todo e individualmente, los tutores deberían implicarse más en estos aspectos, tan básicos, para conseguir una formación de calidad, como una parte consustancial de su trabajo docente.

Agradecimientos

A nuestro amigo Juan Antonio Sánchez Sánchez, por sus acertadas sugerencias que han mejorado significativamente la calidad de este artículo. A todos los residentes y tutores de nuestro centro de salud.

Bibliografía

1. Programa docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. En: Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. Guía de formación de especialistas. Madrid: Secretaría General Técnica, Ministerio de Sanidad y Consumo-Ministerio de Educación y Cultura, 1996.
2. Gómez Gascón T. Presente y futuro de la formación especializada en medicina de familia. *Aten Primaria* 1996; 18: 471-472.
3. Pelayo Álvarez M, Gutiérrez Sigler L, Albert Ros X. Influencia del perfil profesional de tutores de medicina familiar y comunitaria en la formación de residentes. *Aten Primaria* 1998; 21: 145-154.
4. Leiva F. La relación del manual del tutor con la aplicación práctica del programa docente de la especialidad de MFyC. Comunicación a la mesa-taller de postgrado. VI Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada, 1996.
5. Sellarés J, Galán M, Cunillera R, Benavent J, Lobet P, Parellada N. Los centros de salud docentes de Barcelona. Opiniones de los residentes. *Aten Primaria* 1993; 11: 357-359.
6. Labay M, Bunuel JC, Rubio ML, Martín-Calama J, Guerrero ML, Olmedillas MJ. Estado de opinión de los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria en hospitales españoles. *Aten Primaria* 1992; 10: 880-882.
7. Monreal Hajar A, Ortiz Camuñez MA. Encuesta realizada a los asistentes a la mesa redonda: Organización de la Docencia en los Centros de Salud. VIII Jornadas Docentes. XVIII Congreso Nacional de la semFYC. Zaragoza, 1998.
8. Rodríguez-Gordaliza F, Fernández-Díaz C, Cimas JE, Valdés C, De Aláiz AT. Situación laboral de los especialistas en medicina familiar y comunitaria formados en Asturias. *Aten Primaria* 1996; 17: 570-573.
9. Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Romero de Castilla Gil R, Del Pozo Guzmán R. Opiniones de los residentes de medicina de familia de Andalucía sobre algunos aspectos relacionados con su especialidad. *Aten Primaria* 1996; 17: 595-596.
10. Thomas Mulet V, Puig Valls B, Llovetas Canaves J, Pareja Bezares A. El residente de medicina familiar y comunitaria ante su especialización (II). *Rev San Hig Púb* 1991; 65: 77-85.
11. Saura-Llamas J, Martínez Carmona I, Leal Martínez M, Sesma Arnáiz R, Bernal Lajusticia M. Cualidades más valoradas en un tutor por los residentes de una unidad docente de medicina familiar y comunitaria. *Medifam* 1999; 9: 359-366.
12. López Santiago A, Baeza López JM, Lebrato García RM. ¿Qué esperan de sus tutores los residentes de medicina de familia? Una aproximación cualitativa. *Aten Primaria* 2000; 26: 362-367.
13. Quesada Jiménez F, Martínez-Cañavate T. Formación en habilidades de comunicación a médicos residentes de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria* 1997; 19: 219-220.
14. Prados Torres JD, Leiva Fernández F, Rosa López E, Gómez Gascón T, Viana Zulaica C, Gayoso Diz P et al. Manual de aplicación práctica del programa docente de la especialidad de MFyC. Madrid: semFYC, 1997.
15. Torío Durántez J, García Tirado MC. Relación médico paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencias de los médicos. *Aten Primaria* 1997; 19: 27-34.
16. Thomas Mulet V, Puig Valls B, Pareja Bezares A, Llovetas Canaves J. El residente de medicina familiar y comunitaria ante su especialización (I). *Rev San Hig Pub* 1990; 64: 281-291.
17. Leal Hernández M, Saura Llamas J, López Piñera M, De la Viesca Cosgrove S, Ferrer Mora A, García Méndez MM. Investigación en la acción. Cómo facilitar la incorporación de los residentes de MFyC al centro de salud. *Aten Primaria* 1996; 18: 571-576.
18. Gayoso Diz P, Viana Zulaica C, García González J, Tojal del Casero F. Los tutores de medicina de familia: actitudes y actividades de tutorización. *Aten Primaria* 1995; 15: 481-486.
19. León Martínez LP, Gómez Jara P, Martínez González-Moro N, Navarro Martínez A, Guillén Montiel C, Saura Llamas J. La formación posgraduada en medicina familiar y comunitaria. La importancia de las diferencias entre la actividad asistencial del tutor y del residente. *Aten Primaria* 1994; 14: 661-664.

20. Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Romero de Castilla Gil RJ, Del Pozo Guzmán R. Investigación en atención primaria: Visión de los médicos de familia formados en la Unidad Docente de Córdoba. *Aten Primaria* 1995; 16: 360-363.
21. Soler Torró JM, Solanas Prats JV, Ros García A. Investigación en atención primaria en la Comunidad Autónoma Valenciana. Artículos originales publicados durante 4 años (1990-1993). *Aten Primaria* 1995; 16: 338-342.
22. Igual Fraile D, Fernández Rojas J, Comellas Nicolás C, Palomo Cobos L. Situación actual de la formación posgraduado de medicina familiar y comunitaria en el medio rural. *Aten Primaria* 1997; 20: 94-97.
23. Pelayo Álvarez M, Albert i Ros X. Mes de formación específica en tutores y residentes de medicina familiar en Valencia: evaluación de tres años. *Aten Primaria* 1998; 21: 23-28.
24. Santos Guerra MA, Prados Torres JD, Fernández Sierra J, Martín Ruiz MV, Angulo Rasco F. Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento. Barcelona: semFYC, 1996.
25. Aroca MD, Gallego MA. Síndrome «R». *Aten Primaria* 1994; 13: 332-333.
26. Moreira VF, San Román AL. Nuestro decálogo del residente. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 517.
27. Leal Hernández M, López Piñera M, García Méndez MM, Ferrer Mora A. La generación del «casi». *Aten Primaria* 1996; 18: 340.
28. Pujol Farriols R. Médicos residentes (MIR) insatisfechos. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 623-624.
29. García Serrano MJ, Pérez Díaz T, Abós Pueyo T, Expósito Martínez C. Residentes insatisfechos. ¿Por qué? *Semergen* 1998; 24: 301-302.
30. Morales Socorro MP, López-Ibor Aliño JJ. Estrés durante la formación médica posgraduada. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1996; 24: 75-80.