

## Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos

J. Saura-Llamas

### Introducción

El desarrollo del proceso formativo de los futuros especialistas en medicina familiar y comunitaria (MFyC) recae fundamentalmente en los tutores de los centros de salud docentes. Para llevar a cabo esta tarea tan importante, los tutores cuentan con una serie de ayudas, herramientas e instrumentos docentes, entre los que destaca el nuevo programa docente de la especialidad<sup>1</sup>. Pero el tutor, al tratar de traducirlo, se encuentra con una serie de dificultades, entre las que destaca cómo organizar su actividad y el funcionamiento de la consulta para poder impartir docencia.

Hay pocas referencias sobre este tema<sup>2-4</sup> y, en general, se refieren a la organización de la consulta o de algunas actividades docentes en el centro, de una forma breve y parcial.

Entre otros, estos motivos justifican que éste fuera el tema elegido para trabajar en el I Encuentro de Tutores de la Región de Murcia. A partir de las opiniones de los asistentes, ordenadas y ampliadas, se han elaborado unos principios de organización de la formación posgrado que tienen como objetivo mejorarla.

Esta información se ha completado con referencias que incluyen una encuesta realizada a los tutores de la Comunidad Autónoma de Murcia en 1999<sup>5</sup> y una encuesta de opinión realizada a los asistentes a las VIII Jornadas Docentes de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)<sup>6</sup>. La mayoría de estas referencias sólo son orientativas.

Conscientemente, no se van a tratar aquí aspectos tan importantes como la relación tutor-residente ni todo lo que se refiere a la evaluación de la formación.

### El residente se debe formar prioritariamente en el centro de salud docente y en la consulta del médico de familia

*Aprender su especialidad donde y como va a ejercerla habitualmente*

El centro de salud (CS) y la consulta docente son los espacios adecuados para la formación, pues son en los que se puede conocer el medio profesional y donde se cuenta con el apoyo de otros médicos de familia (los tutores). Además, el CS es flexible y adaptable para permitir el conocimiento de otros medios laborales posibles.

El tiempo de rotación en atención primaria es el más provechoso y útil para su formación; por tanto, el residente debe pasar la mayor parte de su período formativo (el mayor tiempo posible) en la consulta del CS. El contacto frecuente e intenso con los pacientes y sus problemas les permitirá adaptar su formación posgrada a las necesidades de la población y detectar sus necesidades formativas, lo que les aportará la posibilidad de solucionarlas.

En conjunto, podemos decir que actualmente falta tiempo «real» de permanencia en el CS para que el residente pueda adquirir de forma adecuada los conocimientos, habilidades y actitudes<sup>1</sup> que con posterioridad le permitirán ejercer su profesión. El tiempo de estancia en el CS es reducido dentro del conjunto del período formativo (en muchos casos < 50%, lo que contrasta fuertemente con lo que sucede con otras especialidades). Hay multitud de circunstancias que disminuyen los días reales totales en que el residente pasa consulta y visita a pacientes; al final parece que pasar consulta es lo menos importante («la rotación en el tercer año por el CS se queda en 6 meses»). Entre los motivos se podrían incluir los días de libranza tras las guardias, los cursos y otras actividades formativas organizadas por la unidad docente, las rotaciones específicas, otras rotaciones opcionales, la asistencia a congresos y jornadas, los períodos vacacionales, etc.

Tener esto en cuenta justifica el aumento del período formativo de los residentes de MFyC de 3 a 4 años<sup>1</sup>. Debe pasar el mayor tiempo posible en la consulta y el CS docente.

Los tutores echan de menos una mejor coordinación con las unidades docentes (UUDD), una mejoría de la comunicación y la información, y una mayor participación en la toma de decisiones que afecten a la docencia<sup>5</sup>. Este planteamiento obligaría a las UUDD a hacer un gran esfuerzo organizativo para coordinar con mucho cuidado todas sus actividades formativas (calendarios, horarios, etc.).

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de Medicina de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. España.

Este artículo está libremente inspirado en el I Encuentro de Tutores de Medicina de Familia de la Región de Murcia, organizado por la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria y que se celebró en Murcia el 5 de mayo 2003. No ha recibido ningún tipo de ayuda económica.

Correspondencia:  
 José Saura-Llamas.  
 Atenea, 21. 30120 El Palmar. Murcia. España.  
 Correo electrónico: j.saurall@tiscali.es

Manuscrito recibido el 8 de enero de 2004.  
 Manuscrito aceptado para su publicación el 28 de enero de 2004.

Palabras clave: Medicina de familia. Formación de posgrado. Organización de la docencia.

## Al final de su formación el residente debe ser capaz de desempeñar adecuadamente todas las tareas y actividades de un médico de familia

### *Atender a un cupo*

Formar médicos de familia supone formar a profesionales para el Sistema Nacional de Salud (SNS), adaptados a sus necesidades y prioridades, así como a las necesidades de la población. Por tanto, al terminar su formación debe ser capaz de asumir la atención completa a un cupo en circunstancias reales; por ello, su formación se debe dirigir y organizar desde un principio en ese sentido.

Como situaciones indeseables podemos señalar la hiperprotección del residente al no darle la oportunidad de ejercer su profesión de manera completa antes de ser especialista, imponiéndole madurar como persona y como profesional y quitarle la opción de identificar y mejorar sus posibles deficiencias. Asimismo, la falta de coordinación con otros niveles asistenciales es otro problema que tiene repercusión y que se puede encontrar el tutor en la formación del residente<sup>5</sup>.

Por un fenómeno natural, el residente tiende a imitar los comportamientos y actitudes del tutor; de ahí la importancia de que el tutor sea un buen clínico. Ambos deben ser conscientes de que también se suelen copiar los defectos y los errores, por lo que no es buena la similitud total. El tutor debe intentar que el residente no se comporte automáticamente como él y para ello debe respetar su personalidad; pero también el residente, aunque cuestione de forma razonada determinadas rutinas, debe respetar las costumbres del tutor. El residente puede y debe tomar iniciativas, pero cualquier cambio en la organización y el funcionamiento del cupo precisa que el tutor esté informado y que la apruebe.

El residente debe atender a pacientes lo más precozmente posible y pasar consulta solo (sin la presencia del tutor) cuanto antes se lo permitan su formación y las circunstancias del CS; esto debe ser pactado con el tutor para tener en cuenta sus necesidades formativas y cumplir los mínimos establecidos por el programa docente; además, se debe asegurar la calidad asistencial. Es imprescindible que al menos se haga cargo por completo del cupo durante 1 mes antes del final de su período formativo. El residente debe preguntar y «perseguir al tutor», y no a la inversa.

Otros aspectos clave que debe desarrollar el residente<sup>7,8</sup> son el trabajo en equipo, la protocolización de las enfermedades más frecuentes, la consulta programada, la formación continuada, el sistema de información y el uso de la historia clínica. Según diferentes encuestas<sup>9</sup>, una de las áreas más deficitarias es la investigación<sup>10</sup>, por lo que se deberá insistir especialmente en ella.

### **La formación de un residente se basa en la asunción progresiva de responsabilidades y de la carga de trabajo. Al principio, «proteger al residente de los pacientes»**

La formación es un proceso que se desarrolla con el tiempo, por lo que el residente debe ir asumiendo de forma progresiva

la responsabilidad y la carga de trabajo de un médico de familia (MF), para asumirlas por completo al final de su período formativo. Esto se debe hacer dando sucesivos pasos en esa dirección, siempre y cuando esté preparado para ello. No lo debe hacer antes de estar preparado, pero tampoco mucho después de que lo esté, pues se malgastaría el tiempo formativo; hay que recordar que para la formación hay un margen de tiempo limitado, con un final que ya está prefijado.

El residente deberá disponer de la suficiente información que incluya la disponibilidad horaria del tutor, el horario asistencial y docente, y el funcionamiento del cupo.

Desde el punto de vista asistencial, el proceso formativo va de atender a 1 paciente (inicialmente) a atender a todo el cupo (al final). Se debe intentar mantener una adecuada calidad asistencial a la población y hay que tener en cuenta que hay un período de adaptación a las nuevas situaciones posiblemente estresantes, tanto del residente como del cupo.

Atender a un cupo es más que atender a la suma de las necesidades individuales de los pacientes. El incremento de la responsabilidad y de la carga de trabajo debe permitir al residente pasar de lo fácil a lo difícil; así, el tutor debe estar atento por si debe ayudarle para llevar a cabo determinadas consultas («pacientes difíciles»). En esta fase de su formación es necesario «proteger al residente de los pacientes» e incluso el tutor puede visitar a los pacientes potencialmente conflictivos, pues una consulta «tormentosa» puede producir efectos muy perjudiciales en su formación, por ejemplo, al producir rechazo o miedo a atender en el futuro a determinados pacientes. Cuando el aprendiz madure en la atención a la población, la entrevista clínica y la relación médico-paciente, tras un período de tiempo razonable, tendrá que visitar a estos pacientes de forma integral por sí solo.

No es aceptable utilizar al residente como un sustituto del tutor obligándolo a hacerse cargo del cupo de forma completa algunos días de la semana desde el primer momento en que el residente de tercer año llega al CS. En la otra cara de la moneda, puede haber tutores muy paternalistas e hiperprotectores, lo que es claramente contradictorio con que realicen guardias en las puertas de urgencias de los hospitales y asuman esa responsabilidad casi desde el principio de su residencia, cuando son residentes de primer año.

Se debe iniciar el aprendizaje con la máxima calidad asistencial posible y, al mismo tiempo, contemplar las limitaciones propias de la atención primaria; es decir, se debe procurar que, al principio, el aprendiz pueda dedicar un tiempo suficiente a cada paciente, según sus necesidades, y luego prosiga con la adquisición de habilidades en el manejo de tiempo de la consulta, para permitirle atender a más pacientes en menos tiempo.

### **La formación clínica y el acto médico son aspectos básicos en la formación del médico de familia. Cada paciente es una oportunidad formativa**

Los tutores debemos dedicar una atención especial a la formación en los aspectos clínicos, ya que ocupan un lugar esen-

cial en el programa docente. Formar médicos de familia es formar clínicos (entre otras cosas). Un elemento clave es practicar habitualmente el acto médico, por lo que la formación debe llevar a realizar múltiples actos médicos o consultas, entendidos como oportunidades formativas. Debe aprovechar el tiempo y realizar el máximo número de ellos; cuantos más pacientes atienda, mejor, aunque, por supuesto, con las limitaciones que cabe esperar debido a sus necesidades formativas y a las necesidades de los pacientes.

Suele suceder que el residente interprete el hecho de pasar consulta en el CS como un favor que le hace al tutor, atendiendo a «sus» pacientes, pues así le está liberando de parte de su trabajo. En realidad, la situación es que el tutor facilita su acceso a los pacientes para que el residente aprenda con situaciones reales, pero continúa asumiendo la mayor parte de la responsabilidad del resultado de la atención que se presta; por tanto, como esto es fundamental para que aprenda, el favor lo hace el tutor al residente. Es el residente el que debe estar ansioso por pasar consulta e intentar aprovechar todas las oportunidades que se le presenten para ello; es él el que debe ganarse con su trabajo y esfuerzo la oportunidad de atender a los pacientes en la consulta. Al hacerle llegar la idea de que se comparte el cupo, de que son nuestros enfermos, debe considerarlos también como propios.

En ocasiones, el residente se puede refugiar en multitud de tareas y obligaciones, reales o no, para pasar consulta el menor número de días y de horas posibles. El tutor estará atento a esto para asegurar una adecuada intensidad en su formación clínica y en el esfuerzo que debe desarrollar.

Cuando haya conflictos entre ambas, la asistencia manda sobre la docencia, es decir, lo primero es atender a los pacientes, sobre todo en casos de urgencia o avisos. Es necesario que el tutor y el residente aprendan a compatibilizar docencia y asistencia y a tolerar sus consecuencias.

El residente puede y debe tomar iniciativas en relación con la asistencia a los pacientes, pero para poner en marcha cualquier actividad o cambio que pueda afectar al tutor, éste debe dar su consentimiento.

Una alternativa valiosa es la utilización formativa del paralelismo entre tutorización y diagnóstico y tratamiento clínico<sup>11</sup>, y la utilización del caso clínico como elemento docente clave propuesto por algunos autores<sup>11</sup>.

### **El residente debe recibir una formación integral que desarrolle la atención a la familia y a la comunidad. Las familias y la comunidad ofrecen nuevas oportunidades formativas**

La atención a la familia y a la comunidad forman parte esencial de su perfil profesional y están reflejadas en el programa docente<sup>1</sup>, por lo que es imprescindible que reciban formación en estas áreas. En relación con su aplicación en diferentes encuestas a los tutores y a los coordinadores de las UUDD, se identifican como áreas deficitarias la atención a la familia y la realización de tareas de medicina comunitaria<sup>9</sup>, por lo que se debe insistir en que ocupen un lugar importante en la formación.

Ambas áreas docentes han tenido siempre muchas dificultades para su desarrollo en los CS, entre otros motivos por la falta de formación de los tutores, que han obviado o minusvalorado lo que desconocen y no practican habitualmente. Además de la actividad clínica habitual, se deben realizar tareas y actividades formativas en estos campos. Para ello sería necesario mejorar la capacitación docente de los tutores y poner en marcha de forma sistemática actividades docentes que completen estos déficit formativos.

Los niveles para resolver estas necesidades deben ser, en primer lugar, el CS, y si éste no es capaz, la iniciativa deberá recaer sobre la unidad docente correspondiente, que deberá poner en marcha esas actividades comunes o que afecten a más de un CS, aunque sean grupales. Entre otras soluciones, se ha propuesto el denominado «trabajo clínico-epidemiológico»<sup>9</sup>, que con la metodología del «aprendizaje basado en la resolución de problemas» intenta, mediante un pequeño trabajo de campo, el desarrollo de alguna actividad formativa relacionada con estas áreas.

### **El centro de salud docente tendrá una organización específica para la docencia con tiempo docente específico, bien delimitado y libre de otras actividades**

Los CS docentes deben tener una organización específica y un funcionamiento diferente del de los centros que no imparten docencia de posgrado en medicina de familia, ya que deben adaptarse a esta función que desarrollan. Muchos tutores coinciden en que deberían reivindicarse unas condiciones más favorables para los CS docentes, así como para los tutores que tienen residentes<sup>5</sup>. Hay referencias de interés que pueden ayudar a organizar el CS docente<sup>4</sup> y las sesiones formativas que se deben poner en marcha<sup>3</sup>.

### *El centro de salud docente dentro de la organización de la unidad docente*

Destacan los problemas organizativos de la red docente en general; entre ellos, la descoordinación de cursos, guardias y otras actividades, la adjudicación de residentes, el desconocimiento de las fechas de su incorporación, la desconexión con los residentes en sus rotaciones hospitalarias y el hospitalocentrismo<sup>5</sup>. Es preciso incorporar mejoras organizativas y de coordinación, establecer los objetivos docentes prioritarios y fomentar las reuniones entre tutores para unificar los criterios en la aplicación del programa docente, así como divulgar los instrumentos docentes y su aplicación, y mejorar la organización de los temas relacionados con la planificación de rotaciones y cursos<sup>5</sup>.

También hay problemas organizativos de la actividad del propio CS que dificultan los encuentros entre tutores y residentes<sup>5</sup> (horarios inadecuados, turnos de tarde, turno deslizantes). Se debe mejorar la información y comunicación de las UUDD con los tutores y fomentar encuentros en el propio CS entre éstos, los coordinadores y los responsables de la docencia<sup>5</sup>.

El problema grave y recurrente de las guardias hospitalarias, y más específicamente las que los residentes de medicina de familia realizan en las puertas de urgencias de los hospitales, producen muchos efectos negativos sobre su formación en general; creemos que si se deben seguir realizando, por sus indudables beneficios, probablemente se debería reducir su número y los años de su realización y otorgar una mayor prioridad a la atención urgente en atención primaria.

#### *La organización de la docencia en el propio centro de salud*

La docencia de posgrado producirá efectos sobre la organización del CS; por ejemplo, el resto de miembros del equipo deberá ayudar a resolver los pequeños problemas que surjan, sobre todo respecto a las normas de funcionamiento<sup>2</sup>, y la administración deberá atender el rechazo de los pacientes que no quieren que los visite el «nuevo» doctor<sup>2</sup>. También pueden aumentar los errores en los procesos administrativos, sobre todo al inicio de su llegada. El residente producirá efectos indirectos sobre el conjunto del CS en la medida en que lo hace en la práctica de su tutor<sup>12</sup>, y en general se implicará poco en las tareas globales del equipo<sup>12</sup>; esto puede distorsionar su normal funcionamiento<sup>12</sup> y ocasionar dificultades de espacio físico al tener que compartirlo<sup>21</sup>. Sin embargo, como contrapartida actuará como agente innovador y su estancia supondrá un prestigio para el CS<sup>12</sup>.

La docencia debe estar incorporada en la organización general del CS como otra área esencial, bien estructurada y organizada. Un equipo docente bien organizado es una ayuda fundamental para los tutores. Para ello hay que tener en cuenta una serie de actividades propias, así como algunas necesidades y recursos. Habrá que tener previsto el reparto de tareas, el nombramiento de un responsable de docencia y el establecimiento de un organigrama y de los horarios.

Es importante que se programen reuniones periódicas del equipo relacionadas con la formación, sobre todo del grupo de tutores. Esta actividad se encuentra dificultada por los llamados horarios «deslizantes», dado que algunos de ellos pasan consulta en horario de tarde y no hay un horario común docente (ya que siempre suele faltar alguno de los tutores).

Debe haber un tiempo docente específicamente delimitado, libre de otras actividades, que permita los encuentros de tutor y residente en un «tiempo» docente común. Está claro que esto resulta especialmente difícil en las situaciones de alta presión asistencial. Se precisan cambios estructurales y de organización en los CS docentes dirigidos a disminuir la carga asistencial y burocrática, como pueden ser la adecuación de las plantillas y la limitación de los cupos en los centros docentes. Los elementos mínimos que se deben establecer son: la presencia de espacios adecuados para la docencia, los horarios asistenciales y no asistenciales del residente, las actividades formativas que debe desarrollar, y la organización y funcionamiento de las sesiones docentes (sesiones clínicas y otras). El horario laboral y docente en el CS, dentro de lo posible, debe ser igual para el tutor y el residente. Las guardias se contemplarán como un caso especial.

#### **La consulta docente tendrá una organización específica para la docencia con actividades específicas**

Si tenemos en cuenta que el MF se debe formar en la consulta de otro MF, todo lo anterior permitirá que se desarrolle lo que De la Revilla<sup>2</sup> denomina la consulta docente, en la que distingue 2 tipos de utilización docente de la consulta: la ocupación docente con estancias cortas (alrededor de 2 meses como máximo) y la ocupación docente con estancias prolongadas (un mínimo de 1 año). Para cada caso se analizarán los efectos de la actividad formativa sobre la organización, el médico y los pacientes<sup>2</sup>.

La organización de la formación estará influida y debe tener en cuenta la actividad asistencial; esto es muy evidente en la situación actual de la atención primaria, donde la excesiva presión asistencial impide una adecuada dedicación a cada paciente. Uno de los factores que más negativamente puede influir en la formación es una gran presión asistencial, ya que un número bajo de visitas no necesariamente mejora el aprendizaje por parte del residente, pero un número demasiado alto puede disminuir la calidad de la docencia<sup>13</sup>.

En lo posible, el tutor debe evitar organizar la consulta teniendo sólo en cuenta las necesidades asistenciales, ya que de esta manera condicionaría excesivamente la actividad del residente como una ayuda para atender a la población. La organización de la formación debe permitirle pasar consulta en las condiciones más adecuadas desde el punto de vista formativo. Se buscará un ambiente formativo tranquilizador y que ofrezca serenidad al residente. La organización de la actividad docente y asistencial puede variar mucho de unos centros a otros, lo que puede influir de forma importante en las diferencias formativas y debe ser tenido en cuenta para proporcionar una formación adecuada.

La presencia del residente producirá efectos sobre el tutor, que puede sentirse observado y evaluado de forma continua e incluso puede llegar a considerarlo como un «espía»; también pueden aumentar las tensiones dentro del EAP<sup>2</sup>. Asimismo, pueden ocasionar un incremento de la solicitud de exámenes complementarios y modificaciones en la prescripción farmacológica<sup>12</sup>, aunque en general se considera que producen una mejora de la calidad asistencial<sup>12</sup>, se ofrecen más servicios<sup>12</sup> y se disminuye el número de derivaciones, además de mejorar la comunicación con el nivel especializado y hospitalario<sup>12</sup>.

Su presencia es un potente factor para introducir cambios y mejoras a través de sus preguntas y de los estímulos que supone<sup>2</sup>.

El espacio físico de la consulta docente también se deberá diseñar y organizar de acuerdo con sus funciones, tal como ya se ha descrito detalladamente en alguna referencia previa<sup>2</sup>.

Cuando el horario está dividido entre consulta programada y a demanda, cada semana el residente debe pasar al menos 2 días la consulta programada y 2 días la consulta a demanda. Cuando no haya consulta programada, los pacientes son habitualmente visitados en medio de la consulta a demanda. El modelo más frecuente de organización de la consulta es el cupo compartido a días alternos (50-85% de los casos<sup>9,14</sup>) y en la mayoría de las

ocasiones el residente pasa consulta a demanda 2 días y consulta programada casi 3 días a la semana<sup>9</sup>.

*El residente pasa la consulta a demanda en unos determinados días fijos de la semana*

Cuando es así, la población sabe qué días pasa consulta el tutor y qué días lo hace el residente; cada paciente sabe qué días debe acudir para poder elegir al médico que quiere que le visite, y así, el residente, en relación con el tutor, atenderá a un menor número de consultas al día, con una proporción mayor de personas jóvenes y un predominio de primeras visitas y consultas administrativas<sup>15</sup>. Éste es un fenómeno conocido que hay que tener en cuenta.

*El residente no pasa la consulta a días fijos*

En este caso, la cuestión es si el paciente debe saber cuándo pasan consulta el tutor y el residente, para lo que se han expuesto distintas opiniones y soluciones.

También se debe aclarar la asignación del residente para la realización de otras actividades asistenciales, como atender las urgencias, visitas a domicilio, etc.

**La organización de la formación debe tener en cuenta las necesidades asistenciales y evitar los posibles efectos negativos sobre la población**

*Al principio, «proteger a los pacientes del residente»*

Compaginar la docencia con la asistencia siempre produce efectos sobre la población. Una consulta docente presentará una serie de problemas en relación con otra que no tenga esta característica. Se acepta que el hecho de que haya docencia en una institución sanitaria es beneficioso para la calidad de la asistencia; en general, los efectos sobre los pacientes son positivos, tanto en las repercusiones directas como indirectas, pero también cabe esperar que algunos de estos efectos sean o puedan ser negativos. Esto se puede paliar en parte mediante el pacto de unos límites y la especificación de lo que puede o no hacer un residente.

Uno de los objetivos de la organización de un CS docente debe ser minimizar los efectos negativos, sobre todo si son predecibles y esperables, y maximizar los efectos positivos. «El tutor debe defender a los pacientes del residente.»

La situación emocional del paciente puede resultar afectada y manifestar cierto grado de malestar ante la situación no deseada de la presencia del residente en la consulta cuando está con el tutor o por la modificación de la atención que recibía, y puede tener la sensación de que su compromiso personal con «su médico» se ha reducido<sup>2</sup>. La sensación de pérdida de la continuidad asistencial<sup>12</sup> se encuentra paliada por la posibilidad de obtener una «segunda opinión», que el residente actúe como un enlace o intermediario con el hospital<sup>21</sup> o que le atienda cuando acuda a urgencias<sup>12</sup>.

La imagen del tutor que tienen los pacientes pesa sobre el residente, lo que se traduce, por ejemplo, en cómo lo denomina la población: «el ayudante», «el muchacho», «su sustituto», etc.

Es necesario avisarle y comentar lo, ya que se trata de un fenómeno natural y debe aprender a tolerarlo. La presencia del tutor determina la relación del residente con los pacientes (p. ej., con el efecto de comparación).

La atención a los pacientes al pasar la consulta puede ser, casi seguro lo será, origen de problemas para el residente y, por tanto, también para el tutor. Según nuestra experiencia, pueden ser útiles consejos como los incluidos en el llamado «Decálogo del Residente»<sup>16</sup>, en la «Guía para mantenerse alejado de los problemas»<sup>17</sup>, o en el «Decálogo para la decisión clínica ante el paciente»<sup>17</sup>, e incluso la utilización de la «puerta secreta de Corrigan en los momentos de agobio»<sup>18</sup>.

La relación tutor-residente-paciente se puede esquematizar gráficamente como un triángulo con 3 vértices, ya que tanto el tutor como el residente se deben relacionar con un grupo de pacientes, que son comunes para ambos, al mismo tiempo que se relacionan entre sí. La presencia del residente en un cupo influye en los pacientes, así como también influye que cada año éste cambie. Esto, lógicamente, tiene algunas repercusiones en el tutor y en su relación con los pacientes.

**Un cupo docente debe tener una actividad asistencial inferior a la de un cupo no docente. Proteger o no perjudicar al tutor**

*«No es un cupo con 2 médicos»*

La formación no debe perjudicar al tutor desde el punto de vista asistencial, sobre todo de manera continuada o permanente. Un cupo docente no debe aumentar su capacidad asistencial, es decir, no debe incrementar el número de actividades ni de citas del horario asistencial del cupo respecto al habitual. No se deben crear ofertas asistenciales que no puedan ser cubiertas con el trabajo y el horario habitual cuando el cupo sea atendido por un solo profesional (cuando el residente o el tutor se queda solo para atender al cupo). La docencia no debe significar un aumento de la carga asistencial para el cupo, es decir, no se deben asumir actividades asistenciales que no se harían si no estuviera el residente, o al menos no prestar más servicios de los habituales y que luego se tengan que seguir ofertando cuando éste ya no esté. Se debe tener en cuenta que ese cupo lo debe poder atender igual un solo médico de familia y que durante 1 mes lo va a atender sólo el residente. Sin embargo, aunque cuantitativamente se intente mantener la misma actividad asistencial, en general, la presencia de 2 médicos en un cupo mejora la calidad asistencial que se presta.

Por este motivo, hay un miedo razonable a crear precedentes que puedan perjudicar al cupo o al tutor, lo que puede limitar en gran medida la instauración o aceptación de innovaciones docentes. Si por sus necesidades formativas se permite al residente que ponga en marcha alguna actividad asistencial específica, ésta se debe finalizar cuando él se vaya.

En realidad, internacionalmente se acepta y se propugna que los cupos docentes deberían tener una menor carga asistencial. Estas consideraciones no suelen ser tenidas en cuenta por la mayoría de los gestores de atención primaria, pues suelen

considerar a los residentes casi exclusivamente como médicos asistenciales. «Si en ese CS hay más médicos pueden atender a más pacientes, y necesitarán menos días de sustitución –ninguno– por enfermedad o vacaciones.» Sin embargo, la mayoría de los residentes y docentes creen que éstos sólo deben sustituir al tutor en situaciones muy especiales, por temas docentes o bajas y cuando no haya otra solución<sup>6</sup>.

### No hay información de muchos de los modelos de organización de la docencia disponibles para determinar cuál es el mejor

*La diversidad y la flexibilidad de los modelos son valores positivos*  
En España hay distintos modelos de organización de la formación de los MF. Esto es debido a la presencia de las autonomías, distintos servicios de salud y multitud de unidades y centros de salud docentes. Esta variabilidad afecta a todos los aspectos de la docencia, que se justifican por las circunstancias concretas de cada nivel, las necesidades y los recursos disponibles. La diversidad y la flexibilidad para impartir una formación, en muchos casos de buena calidad, que se adapta a distintas circunstancias es un valor positivo, al tiempo que demuestra la validez del sistema formativo.

Sin embargo, la falta de objetivos docentes definidos, claros y unificados para todos los tutores y centros de salud puede conducir a una disparidad de criterios a la hora de aplicar el programa docente<sup>5</sup>, y se deriva de los resultados obtenidos. Una excesiva variabilidad produciría una falta de homogeneidad en la formación; y lo que es peor, si no se comparan modelos, no se podrán elegir los mejores y más eficientes, y tampoco se podrán rechazar los peores o ineficientes, con lo que se perpetuarán. Hay una necesidad de investigar para comparar las distintas metodologías y procederes, con el fin de conseguir mejores resultados formativos, y de evaluar para comprobar cómo se llevan a cabo distintos procesos o fases del proceso formativo de distintos residentes por diferentes tutores para poder mejorarlo.

### Los centros de salud y las consultas docentes necesitan unas mínimas condiciones estructurales para poder desarrollar su labor, una infraestructura y condiciones ya conocidas y descritas

El diseño de los edificios de los primeros CS contempló una mínima infraestructura docente (biblioteca, sala de reuniones, un número adecuado de consultas, incluso aulas)<sup>19</sup>, que posteriormente ha sido detallada y ampliada de manera específica para adaptarse a sus funciones<sup>2,20</sup>. Aunque sea necesario contemplar las circunstancias de la situación actual de la atención primaria, nunca se podrán asumir unas condiciones inaceptables para la docencia de posgrado en los CS. La cuestión es definir cuáles son esas condiciones y dónde está el límite.

El sistema formativo y las instituciones correspondientes garantizan una mínima calidad docente de los CS desde el punto de vista de la infraestructura a través del actual mecanismo de acreditación, en el que se evalúan criterios de estructura y algunos otros de organización y funcionamiento; estos crite-

rios, a pesar de ser limitados, han mostrado su utilidad, aunque no sin debate<sup>1,13</sup>.

Es cierto que de forma generalizada hay una falta de tiempo para dedicarlo a la tarea docente con el residente y realizar estudios científicos<sup>5</sup>. Según la opinión de los residentes<sup>21</sup>, hay diferencias significativas en la calidad docente entre distintos CS. La valoración del material docente de los CS es aceptable (6,4 sobre 10), mientras que es insuficiente la dotación de la biblioteca (4,5 sobre 10)<sup>21</sup>. Todo esto traduce la posibilidad de un amplio margen de mejora.

Es necesario crear un buen ambiente docente donde predomine la tranquilidad y la serenidad para el residente, y que se adegue la infraestructura docente en los CS (biblioteca, dotación informática, posibilidad de acceso a fuentes de datos)<sup>5</sup>.

### Los médicos de familia deben ser resolutivos y para ello deben adquirir habilidades en la toma de decisiones y en el manejo del tiempo de consulta

*El efecto más perceptible de que los residentes atiendan a los pacientes es que habitualmente se producen retrasos para entrar en la consulta*

El mayor problema de que el residente atienda la demanda asistencial suele ser el retraso acumulado sobre la hora prevista por los pacientes para entrar en la consulta; hay una determinada relación entre el número de pacientes y la cuantía del retraso para cada residente. A este respecto, la única diferencia al pasar consulta es que los tutores son más rápidos al tomar decisiones y, por tanto, más eficientes en el manejo del tiempo de consulta<sup>15</sup>.

En esta fase es fundamental que el residente adquiera habilidades en el manejo del tiempo de consulta y del tiempo total. Un MF, en su ejercicio profesional, debe tener en cuenta las limitaciones de tiempo disponible, por lo que serán clave la organización y la rentabilización del horario laboral. Por sí mismo, el hecho de que el residente tenga que trabajar con una cierta presión por el retraso puede no ser necesariamente malo, incluso puede ser un estímulo formativo. Al final de la rotación tiene que haber resuelto ese posible problema, que es lo que suele suceder.

Un gran retraso puede crear problemas por parte de los pacientes, por lo que es necesario establecer estrategias y maneras de paliarlo. Es fundamental que el tutor establezca una utilización flexible e imaginativa del tiempo de consulta y de las citas, así como de la organización de la docencia en el CS. En determinados momentos será incluso necesario que le ayude y pase consulta de manera simultánea.

### Reflexión final: el tutor debe mantener una actitud activa y positiva los días que el residente pase la consulta

*El residente debe percibir la proximidad y el apoyo del tutor*

Los días en los que el residente asuma la consulta a demanda es muy importante que perciba la proximidad física del tutor,

es decir, que esté localizado, que sea fácil recurrir a él para obtener su apoyo y con una fácil comunicación: «Sé donde está, puedo hablar con él fácilmente y puede acudir a la consulta con rapidez cuando le necesito».

No es aceptable que el tutor dedique el tiempo disponible cuando no está atendiendo a la consulta a otras cosas que no sean la asistencia (urgencias, avisos a domicilio, visitas programadas, etc.) o la docencia (esencialmente a preparar tareas formativas o a asesorar en los trabajos y tareas desarrolladas por el residente). Es por completo inaceptable que se ausente del CS por otros motivos y mucho menos que dedique ese tiempo al descanso personal.

Para la tranquilidad de los tutores, se sabe que no hay diferencias significativas en la actividad asistencial del tutor y del residente en la solicitud de exámenes complementarios y en la tasa de derivación<sup>15</sup>.

### Agradecimientos

A Mario Soler Torroja, a Pedro Alcántara, y al grupo impulsor de los Encuentros de Tutores, por la idea y su desarrollo.  
A todos los tutores que participaron en el I Encuentro de Tutores de la Región de Murcia.

### Bibliografía

1. Gómez Gascón T, Fuentes Goñi C, Casado Vicente, V, Luque Hernández MJ, Marco García T, Martínez Pérez JA, et al. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
2. De la Revilla L. La consulta docente. En: De la Revilla L, editor. La consulta del Médico de Familia. La organización de la práctica diaria. Madrid: Ed. Cea; 1992.
3. Ferrán M. Organización del equipo docente. En: Casajuana Brunet J, editor. Modulo 2 del curso Gestión del día a día en el EAP. Barcelona: semFYC; 2002.
4. Arbinés Ortiz JC. Las sesiones en el equipo de atención primaria. En: Casajuana Brunet J, editor. Módulo 2 del curso Gestión del día a día en el EAP. Barcelona: semFYC, 2002.
5. Pérez López P, González Díaz M, Parra Hidalgo A. Problemas, necesidades y expectativas de los tutores de Medicina Familiar y Comunitaria de la Comunidad Autónoma de Murcia (estudio Delphi). Murcia: II Jornadas de Postgrado en Medicina de Familia; 1999.
6. Monreal Hijar A, Ortiz Camuñez MA. Encuesta de opinión para tutores, residentes y coordinadores de unidades docentes. Zaragoza: VIII Jornadas Docentes de la semFYC; 1998.
7. Insalud. Normas de funcionamiento de los equipos de atención primaria. Madrid: Insalud; 1984.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria. Madrid: Secretaría General Técnica; 1984.
9. Gayoso Díz 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;15:481-6.
10. Pritchard P. Manual de atención primaria de salud. Su naturaleza y organización. Madrid: Díaz de Santos; 1981.
11. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. ¿Hummm... clínicos y tutores? Tribuna Docente. 2002;3:49-63.
12. Ortiz Camuñez MA, Gómez Gascón T. Impacto asistencial de la formación de posgrado en los centros de salud. Tribuna Docente. 2000;1:11-7.

13. Forés García D. ¿Son válidos los criterios actuales de acreditación docente de los centros y tutores de la especialidad de medicina familiar y comunitaria? FMC. 1996;3:383-90.
14. Prados Torres JD, Leiva Fernández F, Rosa López E, Gómez Gascón T, Viana Zulaica C, Galloso Díz P, et al. Manual de aplicación práctica del programa docente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: semFYC; 1997.
15. León Martínez LP, Gómez Jara P, Martínez González-Moro N, Navarro Martínez A, Guillén Montiel C, Saura Llamas J. La formación posgrada en medicina familiar y comunitaria. La importancia de las diferencias entre la actividad asistencial del tutor y el residente. Aten Primaria. 1994;14:661-6.
16. Moreira VF, San Román AL. Nuestro decálogo del residente. Med Clin (Barc). 1996;106:517.
17. Borrell F. Entrevista clínica: decisión clínica en la cabecera del paciente. En: Biblioteca Básica DuPont Pharma para el Médico de Atención Primaria (1). Madrid: DuPont Pharma; 1996.
18. Hope RA, Longmore JM, Moss PAH, Warrens AN. Manual Oxford de Medicina General. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Insalud; 1990.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de programación y diseño de centros de salud. Madrid: Secretaría General Técnica; 1984.
20. Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez-Cañavate López-Montes T, Torío Durández J. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: semFYC; 1997.
21. 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;11:357-9.

### Bibliografía recomendada

- La formación de especialistas médicos  
Clavería Soria LE. La sanidad española a debate. Madrid: FIS; 1990.
- La formación de los médicos de atención primaria  
Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
- Pritchard P. Manual de Atención Primaria de Salud. Su naturaleza y organización. Madrid: Díaz de Santos; 1981.
- La educación en medicina de familia  
Gómez Gascón T, Ceitlin J. Medicina de familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid: semFYC; 1997.
- Turabián JL. Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria. Una introducción a los principios de la Medicina de Familia. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
- Actividades no asistenciales en el centro de salud: formación, docencia e investigación  
Jiménez Villa J. Programación y protocolización de actividades. Barcelona: Doyma; 1990.
- Cómo examinar su propia actuación  
Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Epidemiología clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Díaz de Santos, 1989.
- Cómo conseguir el máximo y entregar todo lo posible en la educación médica  
Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Epidemiología clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Díaz de Santos, 1989.
- Formación continuada en atención primaria  
McWhinney IA. Medicina de familia. Barcelona: Mosby; 1995.
- Pritchard P, Low K, Whalen M. Gestión en atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
- semFYC. Organización del equipo de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
- La optimización de la educación médica continuada  
Argimon Pallás JM, Brotons Cuixart C, Gabriel Sánchez R, Gil Guillén VF, Gómez de la Cámara A, Jiménez Villa J, et al. Tratado de epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma; 1995.