

Autopercepción del trabajo asistencial y docente de los tutores de medicina de familia

Francisca Gil Latorre^a y Francisca Rivera Casares^b

Objetivo. Determinar las características del trabajo asistencial y docente del tutor de medicina de familia.

Diseño. Transversal, observacional.

Emplazamiento. Centros de salud docentes de la provincia de Valencia.

Participantes. Participaron 91 tutores acreditados y con residentes de tercer año.

Mediciones principales. Cuestionario autoadministrado que recoge los datos generales del tutor, las características del trabajo asistencial, la organización de la consulta entre el tutor y el residente, la dedicación a la docencia, la satisfacción y la motivación, y las propuestas de mejora.

Resultados. Se analiza el 66% de los cuestionarios remitidos. Son tutores con una media de 7,1 años de experiencia y atienden a una media de 43,2 consultas/día. Dedican 4,4 h/semana a la docencia en exclusiva y el 68,8% lo juzga insuficiente. El 24% de los tutores pasa consulta de forma simultánea con el residente. El grado de satisfacción y de motivación es alto, citándose más ventajas que inconvenientes.

Conclusiones. Mayoritariamente, se utilizan estrategias organizativas que permiten la autonomía del residente. Los tutores se muestran satisfechos y motivados a pesar de que juzgan insuficiente su dedicación.

Palabras clave: Formación médica. Atención primaria. Tutores.

SELF-PERCEPTION OF THE CARE AND TEACHING WORK OF FAMILY MEDICINE MENTORS

Objective. To determine the characteristics of Family Medicine mentors' care and teaching work.

Design. Transversal, observational study.

Setting. Teaching Health Centres in Valencia province, Spain.

Participants. Ninety-one accredited mentors with third-year residents.

Main Measurements. Self-administered questionnaire collecting general data of mentors, characteristics of their care work, organisation of consultations between mentor and residents, teaching dedication, satisfaction and motivation, and proposals for improvement.

Results. Sixty-six per cent of the questionnaires sent out were analysed. Mentors had an average 7.1 years experience and 43.2 consultations/day. They devoted 4.4 hours a week solely to teaching, which 68.8% judged insufficient. 24% of mentors did a consultation at the same time as the resident. The satisfaction and motivation levels were high, with more advantages than disadvantages cited.

Conclusions. On the whole, organisational strategies ensuring residents' autonomy were used. Mentors were satisfied and motivated, even though they thought the time devoted was insufficient.

Key words. Medical training. Primary care. Mentors.

^aUnidad Docente, Medicina de Familia y Comunitaria de Valencia, España.

^bCentro de Salud Fuensanta, Valencia, España.

Correspondencia: Dra. F. Gil Latorre.
Juan de Garay, 21. 46017 Valencia, España.
Correo electrónico: gil_fra@gva.es

Manuscrito recibido el 20-11-2006.

Manuscrito aceptado para su publicación el 12-3-2007.

Este estudio ha sido presentado en el XXVI Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria celebrado en Valencia en 2006.

No se dispuso de ninguna fuente específica de financiación ni hay ningún conflicto de intereses.

Introducción

La especialidad de medicina familiar y comunitaria surge en España hace más de 20 años y de manera progresiva se han regulado la docencia, la acreditación de centros y la acreditación de tutores^{1,2}. No obstante, una de las premisas clave del programa de la especialidad es la flexibilidad, de forma que la docencia, especialmente en el último año de especialidad, se adapte a las necesidades concretas de cada residente³, por lo cual se dispone de un cuestionario autoadministrado que recoge los datos generales del tutor, las características del trabajo asistencial, la organización de la consulta entre el tutor y el residente, la dedicación a la docencia, la satisfacción y la motivación, y las propuestas de mejora.

Por otra parte, es previsible que las características del trabajo asistencial del tutor y del centro en que trabaja afecten a la metodología y la organización de las tareas docentes de los residentes. Igualmente, algunas características del propio tutor podrían influir en ello^{4,5}. Los residentes valoran de forma diferencial ciertas características de la metodología y el proceso docente utilizados⁶, observándose con frecuencia diferencias entre las expectativas de los residentes y lo que realmente tiene lugar durante su período de formación⁷. En Gran Bretaña, el tema ha sido ampliamente estudiado y se ha producido un debate de ámbito nacional⁸.

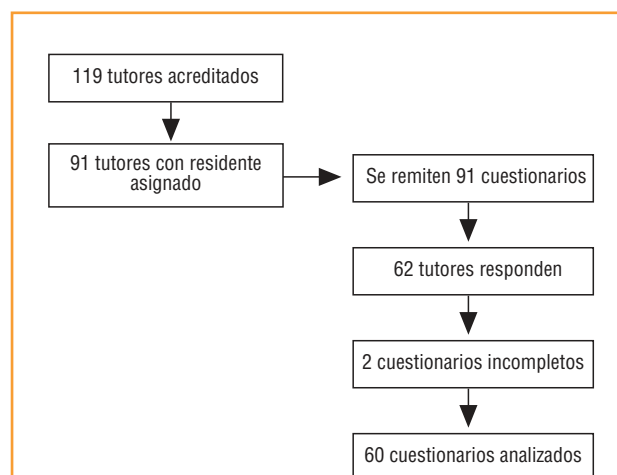
Por ello, en el presente estudio nos propusimos describir las características del trabajo asistencial y docente del tutor de medicina de familia, que tiene a su cargo a un residente durante el último año de la especialidad.

Métodos

Un tutor y uno de los técnicos de salud de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valencia, después de revisar el programa de la especialidad³, elaboraron conjuntamente, y mediante la técnica de *brainstorming*, un listado de las características asistenciales y de organización de trabajo del tutor y su residente, tanto asistencial como no asistencial, y su dedicación a ambas. También se relacionaron variables relativas a las expectativas y el grado de satisfacción del tutor.

Con todo ello se elaboró una encuesta no validada, con preguntas abiertas y cerradas, que proporcionara las siguientes variables:

- Datos generales del tutor: edad y sexo, desempeño de algún cargo, número de años como tutor.
- Características del trabajo asistencial del tutor: horario de trabajo, media de consultas durante la semana anterior, proporción del tiempo de trabajo dedicado a la asistencia, número de personas adscritas al cupo, proporción de mayores de 65 años.
- Organización de la consulta entre tutor y residente.
- Dedicación a la docencia: horas de dedicación en exclusiva, periodicidad de entrevistas con los residentes de primer y segundo año.
- Satisfacción: cuantificación del grado de satisfacción con la docencia, expectativas al respecto, valoración del hecho de ser tutor,



Esquema general del estudio

Estudio transversal que pretende conocer las características del trabajo asistencial y docente del tutor de medicina de familia, mediante un cuestionario autoadministrado que explora aspectos como la organización de la consulta entre tutor y residente, dedicación a la docencia, satisfacción y motivación, y propuestas de mejora.

ventajas e inconvenientes de ser tutor, cuantificación de la motivación.

– Propuestas para mejorar la función de docencia.

Dicha encuesta se remitió por correo a todos los tutores acreditados para la docencia de todos los centros de salud con docencia de la provincia de Valencia, siempre que tuvieran residente dicho año. Había un total de 28 centros de salud docentes, en los que había 119 tutores acreditados. De ellos, 91 tenían residentes de tercer año y fueron ellos quienes constituyeron la población objeto del estudio.

Del total de 91 tutores, contestaron a la encuesta 62, aunque 2 cuestionarios estaban parcialmente cumplimentados y no se incluyeron. Así pues, se han analizado 60 cuestionarios, es decir, el 65,9%.

Resultados

El 63,3% de los tutores era varón y el resto, mujer. La edad media \pm desviación estándar (DE) fue de 45,0 \pm 4,84 años. El 18,6% de los tutores era coordinador del centro de salud, el 15,0% era responsable docente, y el resto no tenía ningún cargo. Los tutores encuestados habían sido docentes durante una media de 7,1 \pm 4,46 años.

En la tabla 1 pueden observarse las características del trabajo asistencial de los tutores, en la tabla 2, la distribución de tutores por centros de salud docentes, y en la tabla 3, la

TABLA 1
Características del trabajo asistencial

	Número	Porcentaje	IC del 95%
Horario de trabajo			
Sólo mañana	11	18,3	9,5-30
Mañana/tarde, mayoritariamente mañana	49	81,7	69,6-90,5
Mañana/tarde, mayoritariamente tarde	0		
Consultas/día (media \pm DE)		43,2 \pm 12,2	
Proporción de tiempo dedicado a asistencia			
< 50%	2	3,3	0,4-11,5
50-80%	35	58,3	44,9-70
> 80%	23	38,3	26-51,8
Personas adscritas al cupo			
< 1000	2	3,4	0,4-11,7
1.000-1.500	22	37,3	25-50,9
1.500-2.000	32	54,2	40,8-67,3
2.000-2.500	3	5,1	1,06-14,2
> 2.500	0	0	
Adscritos > 65 años (media \pm DE)		32,4 \pm 14,7	

IC: intervalo de confianza; DE: desviación estándar.

forma de organización de la consulta entre tutor y residente. En la tabla 4 aparecen los distintos motivos según respuesta de la organización de la consulta con los residentes de los tutores que responden.

En la tabla 5 se exponen los datos relativos a la dedicación a la docencia y en la tabla 6, los diferentes tipos de contacto que tiene el tutor con el residente, aparte de las entrevistas concertadas. Hay 2 tutores que tienen 2 tipos de contacto (sesiones en el centro de salud y por teléfono).

En la tabla 7 podemos ver los datos que hacen referencia a la satisfacción del tutor con la docencia. En las ventajas, inconvenientes y alternativas para mejorar la docencia hemos considerado el porcentaje de tutores que han priorizado cada ítem en los primeros 4 puestos de priorización. Hemos correlacionado el grado de motivación y el grado de satisfacción con la carga asistencial, con valores de $r = 0,093$ y $r = 0,168$, respectivamente.

Discusión

A pesar de que más de la mitad de los tutores tiene un volumen alto de población adscrita, y de que el 38% de los tutores dedica más del 80% de su tiempo a la asistencia, la media de horas dedicadas en exclusiva a la docencia es de 4, y sólo un 10% de tutores no hace entrevistas periódicas con los residentes que no están en el centro de salud. Sin embargo, mayoritariamente se juzga insuficiente el tiempo dedicado a la docencia.

Un 24% de los tutores pasa consulta de forma simultánea con el residente. Si se tiene en cuenta que más de la mitad de los residentes no valora como útil la observa-

TABLA 2
Distribución de tutores por centros de salud docentes

Centros de salud	Respondedores	No respondedores	Total
Nazaret	3	1	4
Requena	3	1	4
Fuente San Luis	7	1	4
Benifaió	0	2	2
Lliria	0	3	3
S. Pau	1	3	4
P. Sagunto	5	1	6
S. Allende	4	2	6
Paterna	3	1	2
V. Fuensanta	4	1	5
Sagunto	1	0	1
Carlet	1	1	2
Trinitat	2	0	2
Carcaixent	1	1	2
Segorbe	1	1	2
I.J. Benlloch	2	0	2
V. Castellón	2	0	2
Altura	2	0	2
Manises	2	1	3
Torrente	3	1	3
Tavernes	1	5	6
Marco Merenciano	1	1	2
Barrio de la Luz	2	0	2
Castellar	2	1	3
Ontinyent I	3	0	3
Ontinyent II	2	0	2
Godella	1	2	3
Algemesí	1	1	2
Total	60	31	91

TABLA 3
Organización de la consulta entre tutor y residente

Organización	Número	Porcentaje	IC del 95%
Compartimos la misma consulta y pasamos visita juntos	12	20,7	11,2-33,4
Compartimos la misma consulta y pasamos visita días diferentes	15	25,9	15,3-39
Compartimos la misma consulta y pasamos visita medio día cada uno	15	25,9	15,3-39
Pasamos visita simultáneamente en consulta diferentes	6	10,3	3,9-21,2
Combinaciones anteriores	10	17,2	8,6-29,4

IC: intervalo de confianza.

ción directa por parte de sus tutores⁴, quizá el resto de opciones, que suponen mayor delegación de responsabilidad, puedan ser más satisfactorias para los residentes, en sus distintas modalidades que dependen de la infraestructura del centro y la disponibilidad de consultas. El tipo de organización asistencial es muy variable entre los distintos centros y se ha citado⁹ como factor importante

TABLA 4

Organización	Motivos	Número	Porcentaje
Compartimos la misma consulta y pasamos visita juntos	Falta de espacio	5	41,7
	Compartir más tiempo juntos y resolver dudas	3	25
	Por aprendizaje de estrategias por parte del residente	2	16,7
	Porque el cupo reclama presencia del médico titular	1	8,3
	Por la elevada demanda	1	8,3
Compartimos la misma consulta y pasamos visita días diferentes	Falta de espacio	3	23,1
	Ajuste de necesidades de los 2	1	7,7
	Compartir más tiempo juntos y resolver dudas	3	23,1
	El residente aprende mejor las estrategias de gestión de consulta	2	15,4
	Mayor disponibilidad de tiempo para actividades no asistenciales	4	30,8
Compartimos la misma consulta y pasamos visita medio día cada uno	Ajuste de necesidades de los 2	2	15,4
	Permite contacto diario con el residente, comentar dudas, etc.	9	69,2
	El residente aprende mejor las estrategias de gestión de consulta	1	7,7
	Mayor disponibilidad de tiempo para actividades no asistenciales	1	7,7
Pasamos visita simultáneamente en consulta diferentes	Disponibilidad de consultas,	2	33,3
	Compartir más tiempo juntos y resolver dudas	1	16,7
	Por disminución de cupo	2	33,3
	Autorresponsabilidad de la demanda	1	16,7

TABLA 5

Dedicación a la docencia

	Número	Porcentaje	IC del 95%
Periodicidad de entrevista con residentes que no están en el centro de salud			
Mensual	5	8,33	2,76-18,4
Trimestral	15	25	14,7-37,9
Cuatrimestral	23	38,33	26,1-51,8
No se hacen entrevistas	6	10	3,7-20,5
Otros	11	18,33	9,5-30,4
Otros tipo de contactos			
Sí	32	57,1	43-70
No	24	42,9	29,7-56,8
Valora el tiempo dedicado a docencia como suficiente			
Sí	15	31,3	18,7-46,2
No	33	68,8	53,8-81
Horas/semana dedicadas exclusivamente a docencia	(media ± DE)		4,4 ± 5,96
Horas/semana reservadas para docencia	(media ± DE)		3,7 ± 4,24

IC: intervalo de confianza; DE: desviación estándar.

TABLA 6

Tipo de contactos que tiene el tutor con el residente (además de las entrevistas concertadas)

Actividades	Número
Cursos de formación	5
Congresos	1
Teléfono	8
Sesiones en el centro de salud	8
Ocasionalmente, reuniones informales	3
Para realizar trabajos de investigación	4
Cuando tienen dudas	1
Cuando termina cada rotatorio	1
Para revisar alguna sesión clínica	1
Cuando rotan por el centro en otros rotatorios	1
Correo electrónico	1

que condiciona la relación entre el tutor y el residente, y condiciona la formación de este último. Los residentes valoran no tanto la presencia física del tutor en la toma de decisiones como una disposición y una actitud que les permite asumir sus decisiones de forma progresiva¹⁰. Por tanto, debería buscarse el tipo de organización que mejor permita esta opción, de acuerdo con las posibilidades de infraestructura de cada centro. No obstante, en un estudio realizado en nuestro medio¹¹, ésta es una variable que fue incluida pero no resultó tener gran poder discriminante de los resultados de la evaluación de los residentes.

Con respecto a las variables relativas a la satisfacción, podemos considerar que la función de tutor es mayoritariamente bien valorada por ellos mismos, responde a sus expectativas y en su gran mayoría se declaran satisfechos. Todos los tutores valoraron su motivación como superior a 3 en una escala de 1 a 5. Las ventajas e inconvenientes de ser tutor son similares a las descritas en otros estudios¹², y globalmente se citan más ventajas que inconvenientes.

Las alternativas que citan los tutores para mejorar su actividad docente no difieren, en líneas generales, de las que expresaron algunos tutores recientemente¹³. Algunas de ellas coinciden con posibles soluciones para prevenir el síndrome de *burnout* del tutor¹⁴. Sin embargo, no se menciona el entrenamiento en factores de comunicación, no académicos (la empatía, el entusiasmo, la actitud, la accesibilidad, la propia relación entre tutor y residente), que han sido citados tanto por los tutores como por los residentes^{6,15-17} como elementos que debe reunir un buen tutor. En un estudio reciente¹⁸, los 2 factores que, tanto tutores como residentes, asociaron con una percepción de calidad en la enseñanza de medicina de familia fueron la disponibilidad de oportunidades de aprendizaje y la satisfacción laboral. Estos factores no han sido valorados por nuestros tutores como alternativas de mejora.

TABLA 7

	Número	Porcentaje	IC del 95%
Valoración de ser tutor			
Imprescindible	4	6,8	1,87-16,5
Importante	52	88,1	77,1-95
Como una tarea más	3	5,1	1,08-14,2
Poco importante	0	0	
Ser tutor responde a las expectativas			
Siempre	6	10,2	3,8-20,8
Frecuentemente	48	81,4	69,1-90,3
Ocasionalmente	5	8,5	2,81-18,7
Nunca	0	0	
Grado de satisfacción con la docencia			
Muy satisfecho	8	13,8	6,15-25,4
Satisfecho	41	70,7	57,3-81,9
Insatisfecho	9	15,5	7,3-27,4
Muy insatisfecho	0	0	
Ventajas de ser tutor (porcentaje de tutores que lo priorizan en los 4 primeros puestos)			
Ninguna	4	6,7	1,85-16,2
El hecho de ser docente	30	50	36,8-63,2
Disponer de más tiempo no asistencial	28	46,6	33,7-60
Mayor motivación para investigación	37	61,6	48,2-73,9
Mayor accesibilidad a la formación	41	68,3	55-79,7
Se realizan más sesiones en el centro	29	48,3	35,2-61,6
Mayor actualización clínica	45	75	62,1-85,3
Otros	13	21,6	12,1-34,2
Inconvenientes de ser tutor (porcentaje de tutores que lo priorizan en los 4 primeros puestos)			
Ninguna			
Mayor carga de trabajo	7	11,7	4,8-22,6
Entretimiento de la consulta	45	75	62,1-85,3
Alteración de la dinámica asistencial	53	88,3	77,4-95,2
Posibilidad de tener un residente difícil	53	88,3	77,4-95,2
Otros	43	71,7	58,6-82,6
	7	11,7	4,8-22,6
Alternativas para mejorar la función docente (porcentaje de tutores que lo priorizan en los 4 primeros puestos)			
Disminuir el número de pacientes asignados	55	91,7	81,6-97,2
Aumentar la dedicación horaria, con la retribución correspondiente	31	51,7	38,4-64,8
Mayor implicación de la unidad docente y tutores en la formación de pregrado	37	61,7	48,2-73,9
Mejorar la formación en técnicas pedagógicas	42	70	56,8-81,2
Otra	6	1	3,75-20,5
Valoración de la motivación para la docencia			
1 nada	0	0	0
2 poca	0	0	0
3 ni mucho ni poco	9	17,3	8,23-30,3
4 motivado	32	61,5	47-74,7
5 muy motivado	11	21,2	11,1-34,7

IC: intervalo de confianza.

La proporción de cuestionarios no respondidos fue del 66%, más alta que la obtenida en estudios similares que

TABLA 8

Comparación de respondedores con no respondedores

	Respondedores (n = 60)		No respondedores (n = 31)		Test	p
	N.º	%	N.º	%		
Sexo						
Varones	38	63,3	17	54,8		
Mujeres	22	36,7	14	45,2	$\chi^2 = 0,61$	0,43
Edad (media \pm DE)	45,0 \pm 4,84		48,2 \pm 3,00		t = -1,85	0,07
Años de tutor (media \pm DE)	6,8 \pm 4,60		6,7 \pm 4,50		t = 0,12	0,90

DE: desviación estándar.

utilizan cuestionarios remitidos por correo. Schultz et al⁶ consiguieron un 46,6% de respuestas, mientras que Beaudoin et al⁷ obtuvieron respuestas en el 59% de los residentes. A pesar de ello, hemos comparado la edad, el sexo y los años de experiencia como tutor de los no respondedores con los de los respondedores sin que hayamos observado diferencias significativas (tabla 5), por lo que cabe suponer que no hay grandes variaciones que puedan afectar en sus respuestas y alterar, por tanto, los resultados obtenidos. El análisis de la forma en que se realiza la docencia en nuestros centros es vital para seleccionar y potenciar las características más efectivas del proceso de formación de residentes y de la función de tutor. Nosotros hemos analizado los datos más «duros» de estas características, ya que el diseño del estudio no es el más adecuado para valorar los datos «blandos» (el tutor como modelo profesional y vital, entusiasmo, empatía, etc.). Creemos que es básico que este tipo de estudios se realice periódicamente y que sus resultados se recopilen y se difundan¹⁹, con

Lo conocido sobre el tema

- Gran variabilidad en la forma de organizar el proceso docente y asistencial entre tutor y residente.
- Las características del trabajo asistencial del tutor y el centro, y algunas características del propio tutor, afectan a la metodología y la organización de las tareas docentes de los residentes.

Qué aporta este estudio

- Mayoritariamente, se utilizan estrategias organizativas que permiten la autonomía del residente.
- Los tutores se muestran satisfechos y motivados por su función docente, a pesar de que juzgan insuficiente su dedicación.

el fin de que puedan irse orientando las características de los tutores y la organización de la docencia de acuerdo también con sus propias necesidades, bajo el supuesto de que los tutores motivados y satisfechos realizarán mejor su función¹⁴.

Agradecimiento

A todos los tutores que respondieron el cuestionario, uno más de los muchos que se les solicita que rellenen.

Bibliografía

1. Martín Zurro A. Acreditación y reconocimiento de los tutores. Incentivación de la acción tutorial. *Educ Med*. 2003;6:7-8.
2. Gómez Gascón T. Acreditación y reacreditación de tutores de MFyC en España. *Aten Primaria*. 2002;29:164-6.
3. Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2005.
4. Nielsen B, Tulinius C. Physicians in training in general practice want mentors. *Ugeskr Laeger*. 2003;165:3418-23.
5. Schmidt HG, Moust JH. What makes a tutor effective? A structural-equation modeling approach to learning in problem-based curricula. *Acad Med*. 1995;70:708-14.
6. Schultz KW, Kirby J, Delva D, Godwin M, Verma S, Birtwhistle R et al. Medical students' and residents' preferred site characteristics and preceptors behaviours for learning in the ambulatory setting: a cross-sectional survey. *BMC Med Educ*. 2004;4:12-22.
7. Beaudoin C, Maheux B, Côte L, Des Marchais JE, Jean P, Berkson L. Clinical teachers as humanistic caregivers and educators: perception of senior clerks and second-year residents. *CMAJ*. 1998;159:765-9.
8. Howard JC. The role and development needs of general practice tutors. *Medical Teacher*. 1992;21:588-90.
9. Saura Llamas J, Leal Hernández M. Docencia posgrado: factores condicionantes de la relación tutor-residente en medicina familiar. *Aten Primaria*. 1997;20:511-8.
10. 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;26:362-7.
11. 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;21:145-54.
12. Sánchez Marín FJ, Molina Durán F, Martínez Ros MT, et al. *Aten Primaria*. 2004;33:312-9.
13. Steiner IP, Yoon PW, Kelly Kd, Diner BM, Donoff MG, Mackey DS, et al. Resident evaluation of clinical based on teacher's certification. *Acad Emerg Med*. 2003;10:731-7.
14. Río del Madrazo JA. La opinión de los tutores debe contar. *Tribuna Docente*. 2005;3:23-7.
15. Saura J. El tutor desilusionado. Prevención del síndrome de burnout docente en medicina de familia. *Tribuna Docente*. 2005;1 Supl:13-8.
16. Boedermaker PM, Schuling J, Meyboom-de Jong B, Zwierstra RP, Metz J. What are the characteristics of the competent general practitioner trainer? *Fam Practice*. 2000;17:547-53.
17. Saura Llamas J. Cómo ayudar al tutor de medicina familiar a formar residentes: la «misión», la «visión» y el leitmotiv como guías. *FMC*. 2003;10:684-93.
18. Roth LM, Severson RK, Probst JC, Monsur JC, Markova T, Sander A, et al. Exploring physician and staff perceptions of the learning environment in ambulatory residency clinics. *Fam Med*. 2006;38:177-84.
19. Saura-Llamas J, Sesma Arnáiz R, Fernández Cuenca J, Borchert Muñoz C, Sáez Yanguas A. Docencia posgrado en medicina de familia: ¿qué sabemos de los residentes? *Aten Primaria*. 2001;28:405-14.

Material para internet

ANEXO
1

Datos generales del tutor

Edad: años

Sexo: ☐ Varón ☐ Mujer

Cargo: ☐ Coordinador del centro
☐ Responsable docente
☐ Ninguno

Tiempo como tutor: años

Características del trabajo asistencial

Horario de trabajo: ☐ Sólo mañanas
☐ Mañana y tarde (mayoritariamente mañana)
☐ Mañana y tarde (mayoritariamente tarde)

Durante la semana anterior, ¿qué media de consultas/día has tenido?

Durante la última semana, ¿qué proporción del tiempo que has estado en el trabajo has dedicado a la asistencia?

☐ < 50%

☐ 50-80%

☐ > 80%

¿Cuántas personas tienes adscritas a tu cupo?

☐ < 1.000

☐ 1.000 -1.500

☐ 1.500-2.000

☐ 2.000-2.500

☐ > 2.500

De éstas, ¿qué proporción es mayor de 65 años? %

Organización de la consulta entre tutor y residente

Señala la opción que mejor se ajusta a tu manera de organizar la consulta diaria con el residente. Si no se ajusta a ninguna, descríbela brevemente en «Otras»

- ☐ Compartimos la misma consulta y pasamos visita juntos
- ☐ Compartimos la misma consulta y pasamos visita días diferentes
- ☐ Compartimos la misma consulta y pasamos visita medio día cada uno
- ☐ Pasamos visita simultáneamente en consulta diferentes
- ☐ Otras. Describe brevemente:

Señala los motivos que os llevan a dicha organización:

Dedicación a la docencia

Durante la última semana, ¿cuántas horas has dedicado exclusivamente a tareas docentes con el residente?

¿Cuántas horas a la semana tienes reservadas para dedicarte exclusivamente a tareas docentes con el residente?

¿Con qué periodicidad realizas entrevistas con los residentes que no están en el centro de salud?

☐ Mensual

☐ Trimestral

☐ Cuatrimestral

☐ No se hacen entrevistas mientras el residente no está en el centro

☐ Otras. Describe brevemente:

¿Realiza algún otro tipo de contacto con el residente durante los años que no está en el centro de salud?

☐ Sí

☐ No

¿Crees que es suficiente el tiempo dedicado?

☐ Sí

☐ No

ANEXO
1

Satisfacción

¿Cómo valoras el hecho de ser tutor?

- ☐ Imprescindible
- ☐ Importante
- ☐ Como una tarea más
- ☐ Poco importante

En la práctica, el hecho de ser tutor, ¿responde a tus expectativas?

- ☐ Siempre
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Nunca

En general, ¿cómo valorarías tu grado de satisfacción con la docencia de tu centro?

- ☐ Muy satisfecho
- ☐ Satisfecho
- ☐ Insatisfecho
- ☐ Muy insatisfecho

Respecto a las posibles ventajas de ser tutor, clasifica por orden de importancia cada una de las siguientes (1, el más importante y 8, el menos importante); dejándolo en blanco si no lo crees importante:

Ninguna

El hecho de ser docente

Disponer de más tiempo no asistencial (investigación, formación, etc.)

Mayor motivación para realizar investigación

Mayor accesibilidad a la formación

Se realizan más sesiones en el centro

Mayor actualización clínica

Otros. Indícalo:

Respecto a los posibles inconvenientes de ser tutor, clasifica por orden de importancia cada una de las siguientes (1, el más importante y 5, el menos importante), dejándolo en blanco si no lo consideras importante:

Ninguna

Mayor carga de trabajo

Entrecimiento de la consulta

Alteración de la dinámica asistencial

Posibilidad de tener un residente 'difícil'

Otros. Indícalo:

Respecto a las siguientes alternativas destinadas a mejorar la función de docencia, clasifícalas por orden de importancia (1, el más importante y 5, el menos importante), dejándolo en blanco si no lo consideras importante:

Disminuir el número de pacientes asignados

Aumentar la dedicación horaria, añadiendo la retribución correspondiente

Mayor implicación de la unidad docente y los tutores en la formación de pregrado

Mejorar mi formación en técnicas pedagógicas

Otro. Indícalo:

Valora tu motivación para la docencia, de forma que 1 corresponda a la total falta de motivación y 5 a la mayor motivación posible: