

¿Sabemos nuestros pacientes qué es un residente de medicina de familia?

Milagros Caballero Jáuregui, María Teresa Salamanca Sánchez-Escalonilla, José Manuel Saniger Herrera, Francisco Muñoz González, Isabel Miguel Calvo y Luis García Ledesma

Objetivos. Conocer la percepción que tienen los pacientes del concepto de residente de medicina de familia y comunitaria (MFyC), de su labor y la satisfacción con su trabajo.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal, mediante cuestionario.

Emplazamiento. Centros de salud docentes de MFyC. Área 7. Madrid.

Participantes. En total, 220 personas pertenecientes a 21 cupos de tutores.

Mediciones principales. Variables sociodemográficas, concepto de residente de MFyC, satisfacción con el residente, comparaciones entre residente y tutor, cambios observados por los pacientes en su médico.

Resultados. Había 146 (66,4%) mujeres, con una media de edad de $56,2 \pm 18,95$ años. El 62,7% (138) no sabe exactamente qué es un residente, aunque el 60% (132) dice que es un médico, el conocimiento aumenta a mayor nivel educativo ($p < 0,001$) y menor edad ($p = 0,04$). El 38,6% (85) exige más al tutor y toleran por igual los errores a ambos. El 89,1% (196) está tranquilo cuando le atiende el residente, el 92,3% (203) manifiesta igual confianza. El 93,6% (206) no nota cambios en el tutor cuando está el residente. Desean cambiar los mismos aspectos en ambos ($\kappa = 0,518$). Están satisfechos o muy satisfechos: el 96,4% (212) con el tiempo que el médico le dedica cuando está el residente, el 88,2% (194) por tener 2 médicos, el 97,3% (214) con la atención y escucha del residente. El 74,1% (163) recomendaría al residente como médico.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes no saben con exactitud lo que es y la labor de un residente de MFyC. Opinan que la presencia del residente no influye en la consulta del tutor. La confianza y la tolerancia son similares. La satisfacción es alta con la atención recibida.

Palabras clave: Residente de medicina de familia y comunitaria. Paciente. Satisfacción.

DO OUR PATIENTS KNOW WHAT A FAMILY MEDICINE RESIDENT IS?

Objectives. To find patients' view of the idea of family and community medicine (FCM) residents and of what they do and patients' satisfaction with their work.

Design. Cross-sectional, descriptive study using a questionnaire.

Setting. FCM teaching health centres. Area 7, Madrid, Spain.

Participants. Twenty-one tutors' lists, with 220 people.

Main measurements. Social and demographic variables, concept of FCM resident, satisfaction with resident, comparisons between resident and tutor, changes observed by patients in their doctor.

Results. Women patients numbered 146 (66.4%); average age, 56.2 (18.95); 138 (62.7%) did not know exactly what a resident was, although 132 (60%) said he/she was a doctor. Knowledge increased with greater educational level ($P < .001$) and younger age ($P = .04$). Eighty-five (38.6%) demanded more from the tutor and tolerated errors of both equally; 196 (89.1%) were calm on being seen by a resident; 203 (92.3%) said they had the same trust in both. They noted no changes in the tutor when the resident was present (206; 93.6%). They wanted to change the same things in both ($\kappa = 0.518$). Patients were satisfied or very satisfied: 212 (96.4%), with the time that the doctor devoted to him/her with the resident present; 194 (88.2%), with having 2 doctors; and 214 (97.3%), with the attention and listening of the resident. Finally, 163 (74.1%) would recommend the resident as a doctor.

Conclusions. Most patients do not know exactly what a FCM resident is or does. They believe that the presence of the resident does not affect the consultation with the tutor. Trust and tolerance is similar. Satisfaction with the care received is high.

Key words: Family and community medicine resident. Patient. Satisfaction.

Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Palacio de Segovia.
Área 7. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. M. Caballero Jáuregui.
Centro de Salud Palacio de Segovia.
Segovia, 4. 28005 Madrid. España.
Correo electrónico:
mamicaja@hotmail.com

Manuscrito recibido el 8-5-2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 24-4-2007.

Introducción

La reforma de la atención primaria, que comenzó hace 25 años, tiene como precedente el establecimiento de la especialidad de medicina de familia en España en el año 1978¹. Se ha producido un aumento en los recursos², tanto en el número de residentes en formación como en el de centros docentes y tutores acreditados desde que se formó la primera promoción de especialistas en medicina de familia y comunitaria (MFyC)¹. Las sucesivas generaciones de médicos de familia han contribuido a cambiar el modelo de atención, desde un modelo centrado en la enfermedad hacia uno basado en el entendimiento del paciente de forma general^{3,4}.

El tutor es el encargado de la supervisión del residente durante los años de la residencia; ambos mantienen una estrecha relación, fundamentalmente docente, establecida entre profesionales con una experiencia desigual⁵. Para la formación de los futuros especialistas es fundamental la figura del tutor⁶⁻¹⁰, que no se puede entender como un puesto vitalicio¹¹. Recientemente se han incorporado los primeros residentes que se formarán a lo largo de 4 años, y permanecerán más tiempo en el centro de salud, parte esencial de la especialidad^{5,7,9,10,12,13}, que debe ser entendido como un reto y como una apuesta de futuro^{9,13}.

El objetivo de este trabajo es conocer las opiniones de los pacientes acerca de lo que creen que es un residente de MFyC y su satisfacción con éste en distintos aspectos, comparado con el tutor.

Métodos

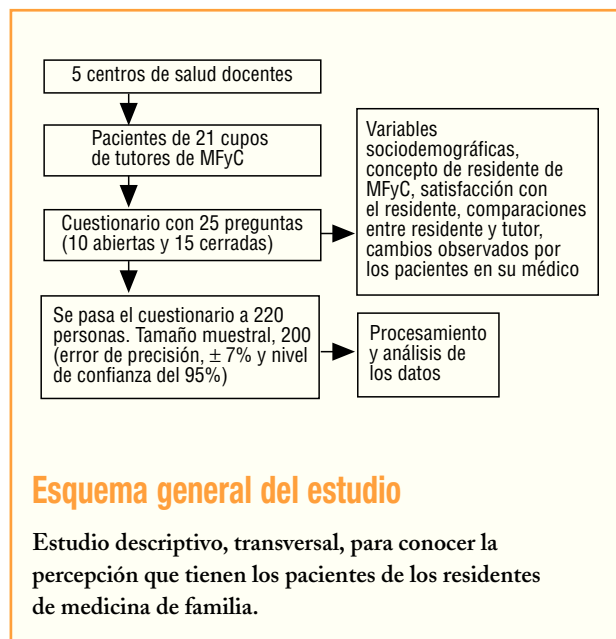
Estudio descriptivo, transversal. Se elaboró un cuestionario con 25 preguntas, 10 abiertas y una de respuesta múltiple para que los pacientes las contesten. Se recogieron variables sociodemográficas, conocimiento del concepto de residente de MFyC, influencia de la presencia del residente en la consulta y satisfacción con el residente. Sexo y edad de los residentes y de los médicos de familia y experiencia de éstos como tutores. El trabajo se realizó en los 5 centros docentes de MFyC del Área 7 de Madrid.

Se estimó un tamaño muestral de 200 personas, se asumió un error de precisión de $\pm 7\%$ y un nivel de confianza del 95%, lo que correspondía a un mínimo de 10 encuestas por cada cupo.

Se captó a los participantes, de forma consecutiva, a la salida de la consulta. Los investigadores se identificaron como personal del área, incluso en el centro de procedencia se cambió de turno para no producir interferencias. Se realizó un estudio piloto previo para detectar errores y modificar preguntas que pudiesen resultar difíciles o confusas.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes de tutores y residente de tercer año, y de exclusión: que el residente no estuviese en la consulta durante más de 1 mes y que el motivo de las consultas de los pacientes fuese sólo administrativo.

El procesamiento y el análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS v9. Las variables cuantitativas se midieron por medias e intervalos, con el test estadístico de la t de Student. Para las cualitativas utilizamos frecuencias y porcenta-



jes, y para su asociación, tablas de contingencia 2×2 (prueba de la χ^2 o test exacto de Fisher), $2 \times n$ se ha analizado con la prueba de χ de tendencias si había un orden en las categorías o mediante χ^2 ajustada o corregida (test de Bonferroni, test gamma).

Resultados

Contestaron la encuesta 220 personas. Había 146 (66,4%) mujeres; la media de edad fue de $56,3 \pm 18,95$ años; 97 (44,1%) pacientes habían cursado estudios primarios; 198 (90%) eran españoles, y llevaban con su médico un tiempo medio de $6,4 \pm 3,92$ años.

¿Conocen los pacientes quién es y qué hace el residente?

A la pregunta ¿qué es la persona que está con su médico?, un 20% respondió, con precisión, un residente; los resultados se presentan en la tabla 1. Cuando se les preguntó abiertamente si saben qué es un residente de MFyC, 138 personas (62,7%) contestaron que no (tabla 2). Las opiniones sobre cuál es la labor que realizan los residentes de MFyC se describen en la tabla 3. Se observa que aumenta el conocimiento sobre los residentes con mayor nivel educativo del paciente ($p < 0,001$) y al disminuir la edad

TABLA 1
Respuestas a la pregunta ¿qué es la persona que está con su médico?

	Frecuencia	Porcentaje
Un/a enfermero/a	9	4,1
Un estudiante en prácticas	24	10,9
Un médico	132	60
Un residente de medicina de familia y comunitaria	44	20
No sabe	11	5
Total	220	100

TABLA 2 Saben los pacientes qué es un residente de MFyC

	n (%)
No sé lo que es	138 (62,7)
Médico especializado	33 (40)
Médico	25 (31)
Médico sin plaza	11 (14)
Estudiante en prácticas	6 (7)
Especialidad terminada	5 (6)
Buena persona	1 (1)
Médico/estudiante	1 (1)

TABLA 3 Opinión de los pacientes sobre la labor que desempeñan los residentes de MFyC

	Frecuencia	Porcentaje
Como su médico	88	40
Ayudar	39	17,7
Suplente	12	5,5
Aprender	35	15,9
Acudir a domicilio	3	1,4

(52,89 frente a 58,28). Entre las personas que sabían que el residente es un médico, sabían con más frecuencia qué es un residente ($p = 0,009$), y también lo saben con más frecuencia los que responden que la labor del residente es aprender ($p = 0,002$). No encontramos diferencias con los años de atención del paciente por el médico, ni entre los distintos centros docentes.

Residente y tutor en la consulta

El 96,4% (212) estaba satisfechos o muy satisfechos con el tiempo que les dedicaba su médico en consulta cuando estaba el residente, así como con el empleado por éste cuando ve a solas al paciente (209 pacientes que representa un 95%). Para 123 (55,9%) personas encuestadas el hecho que esté el residente en la consulta no resta tiempo del que su médico le dedica, para otros 82 (37,3%), ni le suma ni le resta. Para 206 (93,6%) de los interrogados no hay cambio alguno en su médico cuando está el residente, de los que en su mayoría comentaban que el tutor estaba más distendido.

Tolerancia y exigencia

El 38,6% (85) expresa que tolerarían algún error a ambos. Un 22,3% (49) dice no perdonar un error a su médico, y 40 (18,2%), a ninguno. El 38,6% (85 pacientes) dice exigir más a su médico, 79 (35,9%) exigen por igual y 54 (24,5%) comentan no exigir a ninguno. Expresan que desean

cambiar los mismos aspectos en ambos ($kappa = 0,518$). En la tabla 4 se presenta una comparación acerca de lo que los encuestados mejorarían, tanto en su médico como en el residente.

Confianza

De los estudiados, 196 (89,1%) refieren quedarse tranquilos o muy tranquilos con que el residente le vea o le explore a solas. El 92,3% (203) reconoce que no hay nada que le cueste contarle al residente más que a su médico, para 16 (7,3%) hay temas que les resulta más difícil hablarlos con el residente (en su mayoría aspectos personales o intimidantes) y sólo 1 (0,5%) confesó que hablaba con más libertad con el residente por cercanía de edad. No influye el sexo del paciente, el residente y el médico, sea el mismo o diferente, a la hora de contarle cosas con más libertad a uno que a otro.

Satisfacción

Los pacientes estaban satisfechos o muy satisfechos en el 88,2% (194 encuestados) con que haya 2 médicos en la consulta; 203 personas (92,3%), con la explicación que les da el residente acerca de sus problemas de salud y tratamientos; 210 (95,5%), con el trato personal dado por el residente, y 214 (97,3%), con la forma en que el residente le prestó atención y le escuchó. A 203 (92,3%) les parece bien o muy bien que los residentes roten durante una estancia larga con su médico de familia. No hemos encontrado diferencias entre la satisfacción con el residente en los diferentes aspectos estudiados y el conocimiento del concepto de residente. El 74,1% (163) de los encuestados recomendarían al residente como médico a su familia o amigos, y 19 (8,6%), no, en la mayoría de los casos por falta de conocimiento, 38 (17,3%) no saben o no quieren contestar.

Discusión

Posibles sesgos del estudio han podido ser que haya pacientes que piensen que la encuesta pueda perjudicar a los médicos y el conocimiento por parte del residente de la realización de las encuestas.

TABLA 4 Aspectos a mejorar en los tutores y en los residentes

	Mejora tutores		Mejora residentes	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Puntualidad para empezar la consulta	11	5	18	8,2
Trato personal	9	4,1	9	4,1
Retraso en la hora de la citación	36	16,4	30	13,3
Seguridad en sus actos	1	0,5	6	2,7
Explicación de la enfermedad y de la toma de medicación	5	2,3	11	5
Ninguno	157	71,4	146	66,4

Lo conocido sobre el tema

- La especialidad de medicina familiar en España se estableció en 1978.
- Para la formación del residente es fundamental la figura del tutor.
- Existe cierto desconocimiento en la población sobre la figura del residente.

Qué aporta este estudio

- Más de un tercio de los encuestados saben qué es un residente de familia.
- Los pacientes consideran adecuado que el residente pase la consulta en el último año de formación.
- Los pacientes están satisfechos con la atención recibida por los residentes.

El paciente representativo de nuestro estudio es una mujer española de edad media sin estudios o con estudios primarios; las características de los usuarios, la mujer acude más a las consultas; la media de edad de los usuarios que acceden a los centros de salud es 50 años¹⁴.

De los encuestados por nosotros, un 38% sabe qué es un residente de medicina de familia, similar a los resultados presentados por Rabanaque et al¹⁴. La mayoría de los entrevistados piensa que es un médico, sin conocer las características propias de su labor. Probablemente esté en relación con que al paciente le importa más que intenten solucionarle sus problemas que conocer las características curriculares del médico que se los resuelve. De hecho, la mayoría de los pacientes que refirieron satisfacción con el residente lo argumentaban de este modo.

Podemos pensar que la presencia del residente en la consulta podría influir en el tiempo y podría producir algún cambio en la actitud del médico tutor en la asistencia, pero no es percibido así por nuestros pacientes; en otro estudio realizado en Sagunto (Valencia)¹⁴, los usuarios también consideran que el tiempo que le dedican es el mismo y en su mayoría prefieren que la consulta sea llevada por 2 médicos.

En cuanto a la confianza y la tolerancia observadas, los pacientes manifiestan satisfacción en la consulta, independientemente de que sea el médico o el residente. Nosotros pensamos que podría ser por la presencia conjunta de residente y tutor. La relación médico-paciente es el eje de la medicina de familia, que el tutor convierte en un triángulo al introducir al residente y que probablemente es tan bien aceptado por el usuario por la confianza depositada

en su médico, que es el que inicia el proceso de presentación y aceptación.

Pese a que los pacientes le exigen más a su médico, a la hora de perdonar los errores, observamos, según dicen los pacientes, bastante igualdad entre ambos. En los estudios revisados los resultados coinciden, y la sociedad es tolerante porque reconoce la dificultad e incertidumbre en su trabajo¹⁵.

Los pacientes dicen quedarse tranquilos al ser atendidos por el residente, están satisfechos con la entrevista clínica y la exploración, resultados contrarios a los de un trabajo realizado en tutores¹⁵. Un aspecto esencial que influye en la satisfacción del usuario es el trato personal y el modo de la entrevista clínica. Nosotros no hemos encontrado rechazo en las respuestas a que les atienda el «nuevo doctor», aunque existe una percepción en el día a día de desconfianza a lo «nuevo», a lo «desconocido», aspecto que también los entrevistadores han percibido. A fin de cuentas, hay una continuidad en la atención de su médico, no así en la del residente, que sólo pasa un período corto en el centro de salud y que creemos se aminorará con la ampliación de la residencia en el nuevo programa. A los entrevistados les parece muy adecuado que los residentes roten el último año al lado de un médico de familia, resultado similar al encontrado por Rabanaque et al¹⁴.

La confianza expresada por nuestros pacientes ha sido muy alta; como médicos de familia lo agradecemos.

A los usuarios que hemos entrevistado les parece bien que los futuros médicos de familia pasen consulta el último año junto a un médico, lo que concuerda con la idea de «consulta docente» de la que habla De la Revilla¹⁰.

La satisfacción es alta con la atención médica recibida tanto por el médico como por el residente. Esto coincide con la última encuesta CIS en la Comunidad Autónoma de Madrid y en el ámbito nacional del Ministerio de Sanidad^{16,17}. Para algunos autores^{18,19} hay una relación positiva entre la satisfacción del paciente y la duración de la consulta, nuestros pacientes piensan que es adecuada. También se ha relacionado la satisfacción con la relación médico-paciente, por un mejor conocimiento del paciente por parte del médico de familia, por la participación de los pacientes en la toma de decisiones y por el aumento de recursos¹⁹⁻²². Por todo ello vemos que es fundamental la formación del residente en comunicación y entrevista clínica^{4,23,24}.

En nuestro estudio un alto porcentaje de pacientes dice que no cambiaría ningún aspecto ni de su médico ni del residente, y por el que más quejas hay es por la espera a la hora de las citas, al igual que en lo publicado hasta ahora^{19,22,25,26}, debido a la alta presión asistencial, ésta es causa de angustia e insatisfacción en los profesionales e influye negativamente en la relación residente-tutor por la falta de tiempo^{24,27}. Este aumento de la presión asistencial ¿puede afectar en la calidad de formación de los residentes?

Por otra parte, hay un paralelismo entre lo que los pacientes quieren cambiar en su médico y en el residente. Se ha escrito que el residente tiende a copiar los defectos y errores de su tutor^{7,10}, es su modelo y parece que esto se refleja en el parecer de los pacientes.

En opinión de los pacientes, los residentes están preparados para la labor que posteriormente tienen que desempeñar como médicos de familia y los tutores han sido capaces de transmitir los valores de la MFyC, que es uno de los pilares de la relación médico-paciente^{9,28}.

En la actualidad los médicos de familia son el segundo colectivo mejor valorado por la sociedad. ¿Cambiarán las cosas en el futuro? En las manos de los tutores está la clave de la formación de los futuros médicos de familia. La figura del tutor se debe preservar con todas las garantías, dado que es fundamental en la capacitación de los residentes^{18,26}, que serán los tutores del futuro.

Tras la realización del estudio, nos planteamos algunas preguntas: ¿cómo se podría intentar que la población conociera mejor qué es y hace un residente?, ¿la ampliación del periodo de residencia puede mejorarlo? El mejor conocimiento, por parte de los pacientes, de qué es y qué hace un residente pensamos es beneficioso en la relación médico-paciente, con lo cual sería interesante en el futuro la realización de más estudios para conocer la evolución de los diferentes aspectos mencionados.

Bibliografía

1. Martín Zurro A. Atención primaria de salud. Medicina de familia y cambio curricular. *Aten Primaria*. 2004;34:159-60.
2. Martín Zurro A. Atención primaria de salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria*. Madrid: Elsevier; 2003. p. 3-15.
3. Gómez Gascón T, Ceitlin J. Medicina de familia en España y otros países. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria*. Madrid: Elsevier; 2003. p. 307-24.
4. Yeheskel A, Biderman A, Jeffrey M, Borkan MD, Hernab J. A curse for teaching patient-centered medicine family residents. *Acad Med*. 2000;75:494-7.
5. 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.
6. Gayoso PD, Viana CZ, García JG, Tojal FC. Los tutores de medicina de familia: actitudes y actividades de tutorización. *Aten Primaria*. 1995;15:481-6.
7. Tirado Errazquiza A, Molina Bermejo S, Ciria de Pablo C. Contrato de residentes (plan de docencia): por una formación de calidad. *Médicos de Familia*. 2004;1:63.
8. Vaquero L. La nueva andadura MIR en medicina. *El Médico*. 2005;941:16-21; 47-9.
9. Saura Llamas J. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. *Aten Primaria*. 2005;35: 318-24.
10. 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: Editorial Cea; 1992.
11. Guerra de la Torre G. La implantación y el desarrollo del Nuevo programa de la especialidad de MFyC. Una nueva oportunidad. *Aten Primaria*. 2005; 35:119-20.
12. Gómez Gascón T. Nuevo programa de la especialidad: motivo de alegría. *Médicos de Familia*. 2004;3:3.
13. Casado Vicente V. El periodo de formación en atención primaria en el nuevo programa de la especialidad. *Aten Primaria*. 2005;35:5-6.
14. Rabanaque Mallén G, García Domingo C, Martínez Perpiña S, Dolz Domingo A, Ordoño Domínguez F, Rubio Sanjaime P. ¿Qué opinión tienen los usuarios de la presencia de los médicos residentes en las consultas de atención primaria? *Aten Primaria*. 2005;36:25-30.
15. Pedregal González M, Molina Fernández E, Prados Castillejo JA, Quesada Jiménez F, Bonal Pitz P, Iglesias Arrabal C. Evaluación de la competencia clínica de tutores de residentes de MFyC. *Aten Primaria*. 2004;34:68-74.
16. Encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Febrero; 2005.
17. Los ciudadanos valoran el trabajo de los profesionales de la sanidad pública con 7 sobre 10. *Jano*. 2005;1569:14.
18. Hoellein AR, Feddock CA, Griffith CH III, et al. Are continuity clinic patients less satisfied when the resident is potcall? *J Gen Intern Med*. 2004;19:562-5.
19. Roy MJ, Herbers JE, Seidman A, Kroenke K. Improving patient satisfaction with the transfer of care. A randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2003;18:364-9.
20. Stuart MR, Goldstein HS, Snopce FC. Self-evaluation by residents in family medicine. *J Fam Pract*. 1980;10:639-42.
21. Ruiz Moral R, Prados Torres D, Cabrera Rodríguez JM. La voz de los pacientes: mejorando el entendimiento entre médicos y pacientes. *Aten Primaria*. 2004;34:277-8.
22. Nebot Adell C, Baques Cavalle T, Crespo García A, Valverde Caballero I, Canela Soler J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejorar en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;35:290-4.
23. Quesada Jiménez F, Martínez Cañabate T. Formación en habilidades de comunicación a médicos residentes de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria*. 1997;19:219-20.
24. Veasey S, Rosen R, Barbara Barzansky B, Rosen I, Owens J. Sleep loss and fatigue in residency training. *JAMA*. 2002;288: 1116-24.
25. Gervás J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. *El Médico*. 2005;940:11-4.
26. Moreira VF, Roman AL. Nuestro decálogo del residente. *Med Clin (Barc)*. 1996;107:517.
27. Prieto M. Ajustes y desajustes en el proceso de ampliación de la UE. Las nuevas condiciones laborales de los médicos en la Unión Europea de los 25. *El Médico*. 2004;924:52-4.
28. Kelly L. Four principles of family medicine. Do they serve us well? *Can Fam Physician*. 1997;43:1902-4; 1909-12.