



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



EDITORIAL semFYC

Estamos formando especialistas de atención familiar y comunitaria[☆]



Si no puedes volar, corre, si no puedes correr, camina, si no puedes caminar, gatea. Sin importar lo que hagas, sigue avanzado hacia delante.

Martin Luther KING

Hoy, la labor fundamental, que realizan tanto las unidades docentes como los tutores y tutoras, se está llevando a cabo de forma totalmente altruista y sin apenas reconocimiento. Unidades docentes desbordadas, sin medios humanos ni materiales adecuados, y tutores y tutoras con una labor para la que no cuentan ni con espacios adecuados ni con tiempo para realizar su importante función. A esta situación se suma la desaparición de tutores y tutoras por jubilaciones, y por la falta de «plazas perfiladas» en los procesos de selección, movilidad y promoción interna, lo que conlleva una disminución de la capacidad docente de los centros de salud acreditados, en los que habitualmente los tutores y las tutoras son reemplazados por profesionales que no ejercen la labor tutorial, por lo que no se está garantizando el derecho a la formación de calidad del/de la especialista en formación en atención primaria de salud.

Si estamos hechos para volar, no nos contentemos con seguir caminando

SALVADOR TRANCHE

Y para ello necesitamos unidades docentes (UD) que cuenten con el espacio físico adecuado, un sitio de referencia, con la dotación presupuestaria acorde a las necesidades formativas y con los recursos humanos necesarios:

- Jefe/Jefa de estudios, con una dedicación en función del tamaño de la UD: con menos de 50 residentes debería tener al menos una dedicación del 50 al 70% para la UD

[☆] «Si no hay viento, habrá que remar.» Editorial basado en el Documento de la Junta Directiva de la semFYC elaborado por la vocalía de desarrollo profesional y 75 Unidades Docentes de Medicina o Atención Familiar y Comunitaria para exigir recursos materiales y humanos y reconocimiento. <<https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2022/03/UUDD17-03-2021.pdf>>

y el resto asistencial; con 50 a 100 residentes debería ser una dedicación del 70 al 100% para la UD, y con más de 100 residentes la dedicación debería ser completa.

- En el caso de las unidades docentes multiprofesionales, el presidente o la presidenta de la subcomisión de enfermería debería tener al menos una dedicación del 25% o mayor, adaptada al número de residentes para la UD y el resto asistencial.
- Técnico/técnica de la unidad docente, con una dedicación en función del tamaño de la UD: con menos de 50 residentes debería tener al menos una dedicación del 50 al 70% para la UD y el resto asistencial; con 50 a 100 residentes debería ser una dedicación del 100%, y con más de 100 residentes serían necesarios dos técnicos/técnicas de la UD con una dedicación del 100%. Se podría proponer un ratio de un técnico/técnica de la UD cada 50 residentes.
- Personal administrativo con dedicación al 100% en todos los casos y con el reconocimiento de las funciones de gestión docente. Se podría proponer un ratio de un personal administrativo de la UD cada 50 residentes.

Y todos los tutores y tutoras deberán contar con:

1. **Tiempo** para poder realizar las tareas asistenciales y además para poder hacer la tutorización y la supervisión de los/las residentes en la jornada laboral; para su formación específica acreditada en metodologías docentes, técnicas evaluativas y en actualización en buenas prácticas clínicas; con prioridad formativa de los tutores y las tutoras en las actividades formativas vinculadas a su actividad. Incentivar además a los tutores y a las tutoras con determinadas horas de formación por residente (podría ser, como en alguna comunidad autónoma, con 7 horas de formación adicionales por residente a su cargo). Y con el tiempo para poder realizar actividades comunitarias, docentes e investigadoras integradas en la jornada laboral.

Para ello se deberá al menos:

- Conseguir que la población total asignada sea acorde para que el/la residente pueda capacitarse, como máximo 1.500 en medicina y enfermería de familia, aunque

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102361>

0212-6567/© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

también se deberían tener en cuenta factores como la complejidad de la patología de los pacientes y la distribución etaria, o las residencias o dispositivos a su cargo.

- Eliminar, en las comunidades autónomas en las que está vigente, la normativa que permite seguir asignando personas a un profesional hasta que no supere los 2.400.
- Proteger la consulta del tutor y de la tutora de otras eventualidades asistenciales que ocurren cuando faltan otros médicos/médicas, como doblar consultas, forzar citas sin fin cada día, reparto de pacientes, etc. Estas situaciones no deberían darse en ningún caso, pero en el caso de los tutores y las tutoras, dado que tienen otras responsabilidades añadidas, no deberían entrar en esos repartos que tanto alteran la capacidad de gestionar adecuadamente la consulta e impedir la labor docente. Y lo mismo a la hora de asignar al centro un refuerzo o sustituto, ya que se debería tener en cuenta que el centro es docente, y que la persona contratada tendrá la doble labor asistencial y docente, por lo que se debería priorizar la formación MIR y EIR y el perfil docente para poder mantener la actividad docente del centro.
- La actividad asistencial diaria de los tutores y las tutoras de medicina y enfermería familiar y comunitaria debe estar entre 20 y 30 pacientes. El tipo de consulta deberá distribuirse de la siguiente forma:
 - Porcentaje de atención a demanda (presencial o domicilio) menor o igual al 70%.
 - Porcentaje de atención programada (presencial o domicilio) mayor o igual al 30%.
- Además, el tutor y la tutora tendrán en su agenda un tiempo real asignado para poder realizar las labores de tutorización y formación, docencia e investigación, que deberá ser de al menos una hora diaria (o 5 horas semanales en función de la organización de cada centro) y que aparecerá en la agenda como «tutorización».

2. Estructura necesaria y equipamiento básico. Espacios adecuados para poder realizar la tutorización y permitir la asunción progresiva de responsabilidades por parte de los/las residentes a medida que adquieren competencias. Además, es necesario el equipamiento necesario para formar en competencias a los/las especialistas en formación.

Para ello:

- Debe existir una dotación de recursos diagnósticos y terapéuticos adecuados, como ya se ha comentado antes, como ecógrafo, dermatoscopia, doppler vascular, espirómetro o material para realizar crioterapia o cirugía menor, entre otros. También es necesario dotar a los centros de los equipamientos digitales y telefónicos necesarios y que se adecuen para poder realizar una consulta compartida que permita que dos sanitarios (tutor/tutora y el/la residente) puedan comunicarse a la vez con un paciente realizando consultas telemáticas compartidas, telefónicas o de vídeo, sin vulnerar la privacidad de las personas.

3. Dar valor y reconocer su valor. Se deberán establecer unos criterios de acreditación de tutor/tutora y de centro que permitan garantizar unos mínimos de estructura, pero

también de actividad docente y asistencial y de la calidad de la actividad docente y asistencial. Es necesario para ello que en las administraciones públicas haya indicadores de docencia y formación para que las políticas vayan encaminadas en esa línea.

- Las comunidades autónomas, en sus procesos de selección y movilidad y promoción interna, deberán reservar determinado número de plazas en los centros de atención primaria docentes solo para tutores/tutoras de medicina y enfermería. El tema de las «plazas perfiladas» es absolutamente fundamental para salvar la docencia, y en la nueva Orden se podrían añadir directrices como las que se recogían en la ley 30/1999 (extinta ya) de selección y provisión de plazas de personal estatutario de los servicios de salud, ya que posibilitaba unos perfiles profesionales variables de acceso en traslados y oposición, marcando la mitad de las plazas por una vía y la otra mitad por la otra vía. La llegada de las transferencias sanitarias en el año 2002 llevó a cambiar este planteamiento, de forma que todas las vacantes tienen que convocarse primero a traslados sin poder perfilar plazas. Una vez que el Centro de Salud esté acreditado como centro docente, solo se podrán trasladar al mismo aquellos profesionales con el reconocimiento de tutor/tutora.
- Asimismo, las autoridades sanitarias competentes favorecerán la estabilidad del tutor/tutora para una tutorización longitudinal del/de la residente.
- Se reconocerá la labor de tutorización en forma de mérito reconocido en los procesos de selección y movilidad y promoción, y en la carrera profesional, mediante un incremento de puntuación de la labor de tutorización en los baremos de valoración.
- Se fidelizará a los/las tutores/tutoras principales interinos/interinas en sus centros docentes para poder tutorizar, al menos, hasta la finalización del/de la residente asignado/asignada.
- Las funciones de tutoría tendrán la consideración de funciones de gestión clínica, y como tales deberán ser evaluadas y reconocidas.
- Se remunerará la función de tutorización en modo de un complemento mensual permitido por la Ley 55/2003 del personal estatutario, donde se establece en su artículo 43, sobre las retribuciones complementarias, un complemento específico destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos en atención a su especial dedicación. Dada la variabilidad actual en cada comunidad autónoma, sería aconsejable una uniformidad de criterios y una regulación en la remuneración y en el reconocimiento.

Hay que volar en este tiempo, ¿a dónde?

Pablo NERUDA

Es necesario que el pregrado adapte la formación curricular orientada a formar médicos y enfermeras de familia, y que pregrado y posgrado vayan en consonancia. La presencia de ambos en las Facultades es imprescindible. Solo se ama lo que se conoce. El conocimiento en el grado de la medicina y de la enfermería comunitaria hará posible que más del 60% de los egresados elijan su especialidad convencidos de la misma.

Es imprescindible que cambie la situación de la atención primaria en su conjunto, las condiciones de trabajo, la organización del mismo, la resolutiveidad de las consultas, y que se dé mayor importancia a la atención primaria dentro del sistema sanitario, y a los tutores y las tutoras y a las unidades docentes en la formación de los nuevos médicos y médicas de familia. Con ello se conseguirá una mejor atención a los/las pacientes y que realmente mejore la docencia y se pueda seguir ilusionando a tutores y tutoras y a los/las residentes.

Las unidades docentes con sus tutores tienen que ser la referencia de los residentes. La figura del tutor y de la tutora es importante, y el equipo, la unión, el trabajo colectivo, el barrio o la zona donde trabajan, la variabilidad y la suma. Se deben fomentar los valores y ese trabajo «plus» que se

hace. Y debemos y podemos diseñar una atención primaria con nuevos roles adaptada a los retos y a los tiempos.

Unidades Docentes de AFyC y MFyC^a
y Cruz Bartolomé Moreno^{b,*}

^a 75 Unidades Docentes de AFyC y MFyC de las 17 CCAA

^b Medicina de Familia y Comunitaria, CS Parque Goya
Zaragoza. Técnico de Salud UD de AFyC sector Zaragoza 1.

Responsable de la sección de Desarrollo Profesional de
semFYC, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cbartolome@semfyc.es
(C. Bartolomé Moreno).