

Quiero destacar lo que supone la labor de equipo del CS, médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogo, trabajador social

**El equipo**

vista y de una minuciosa exploración.

Parece que, "gracias a Dios", el médico general todavía no ha olvidado la enorme importancia de una buena entre-

casadas, desagradables e interminables que le hacen entrar en

he comprendido que se puede llegar a un diagnóstico sin

ve, y que por ello ha de tenerse siempre presente. También

dencia", pero sin olvidar que lo menos probable también se

Acá he aprendido a aplicar "Medicina Basada en la Evi-

a lo largo de los años y por diferentes problemas.

tudinalidad"; es decir, el seguimiento de un mismo paciente

un médico de cabecera de la de un especialista es la "longi-

las edades. Y es que si hay algo que diferencia la consulta de

sulta y te obliga a estar al día en problemas referentes a todas

ante, lo cual hace mucho más interesante y variopinta la con-

probar que también los jóvenes consisten en un número impor-

les de un jarabe para la tos. ¡, cuán grande mi error! al com-

res"tado no termina de curarse y pidiendo que, por favor, se

interminable de recetas, contando, por enésima vez, que el

fin de dolores, los únicos que acudían al CS con un número

lia. Yo creía que eran sólo los ancianos, aquejados de un sín-

los pacientes que pasan por la consulta de Medicina de Famí-

Me ha sorprendido la enorme variabilidad en la edad de

**El trabajo clínico**

que recibe, la soledad que a veces le envuelve...

y disposición de la casa, condiciones económicas, cuidados

casas me permitió obtener otra perspectiva del mismo: orden

tanto programada como a demanda. El ver al paciente en su

tancia de lo que ha significado para mí la visita a domicilio,

En cuanto a este último punto, me gustaría dejar cons-

social.

ción, sus modos de vida, sus hábitos y su entorno familiar y a

comprender, no sólo sus enfermedades orgánicas sino, tam-

permitirá entender mejor la personalidad del paciente y a

te ayudan a establecer una complicidad con tu tutor que te

otros pormenores que vas observando con el paso de los días

neo sobre como eran en realidad. De todas formas, estos y

lles importantes para evitar que me formase un juicio erró-

su discurso era entrecortado, más limitado, claro que se notaba:

piraba tanta confianza. Y eso se notaba, claro que se notaba:

no obstante, el verme ahí sentada tras el escritorio no les mis-

rencia inestimable para mi futuro profesional. Para otros,

un gran profesional, que me iba a permitir adquirir una expe-

ser un motivo de orgullo, pues demostraba que su médico es

"prácticas". Para la mayoría de los consultantes resultaba

paso" y cuya presencia se justificaba porque "estaba que hacer

tar sus problemas delante de una estudiante que "estaba de

consulta. Para el paciente no era lo mismo tener que con-

A partir de entonces, y durante un mes, fuimos dos en la

**Dos en la consulta (y en los domicilios)**

relación y que facilita así mismo el transcurso de la consulta.

y paciente, ese trato íntimo que tanta seguridad aporta a la

la atención la confianza mutua que se establece entre médico

bajo te influye sobremanera. En este sentido me llamó mucho

Y es que la actitud del tutor hacia sus pacientes y hacia su tra-

que para mí, hasta la fecha, había sido completamente nuevo.

tres: su forma de trabajar iba a determinar la visión de algo

general con el que iba a compartir mis mañanas de ocho a

Lo primero fue descubrir quién habría de ser el médico

para mí un mes en este pequeño gran mundo.

pero intentar hacer una aproximación a lo que ha significado

jado se desmorona. ¿Quién es el culpable? Todavía no lo sé,

el esquema mental que durante los días previos te habías for-

tomarte un café a mitad de mañana". Pero una vez allí, todo

tarra": y lo que es peor, "sin ninguna comparación con la que

dónde"; "¿con qué médico tendré que compartir tan ardua

sas es: "menudo rollo", "ahora tendré que ir cete ni a saber

que rotar por un Centro de Salud (CS). Lo primero que pien-

Cuando estás en sexto de medicina y te dicen que tienes

**Introducción**

Por Josefina Páños Zamora

**I. LA OPINIÓN DE LA ESTUDIANTE**

Josefina Páños Zamora\*, Juan Cerveras\*\*

\*Estudiante de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid  
 \*\*Médico general, Equipo de Atención Primaria de la calle  
 General Moscardó, Madrid.

**Una estudiante de sexto de medicina en un centro de salud. La opinión de la estudiante versus la del tutor**

Unidades docentes



Me gustaría dejar constancia de la impresión que me ha supuesto algún caso en concreto, ya sea científica o humanamente. Quizá debiera decir que me sorprendió ver cómo se controlaba la diabetes. Citaré el caso de un paciente maduro, recién diagnosticado, tratado inicialmente con dieta

### Aspectos concretos

Son muchas más las novedades que he descubierto, pero sería una verdadera pena comentarlas aquí todas y que no pudiera descubrir las por sí mismo el estudiante.

6. El valor de la "escuela terapéutica", el saber común-carse con pacientes de distinta edad y en diversas y complejas situaciones.

5. Como una buena entrevista permite llegar a un diagnóstico con muy pocas pruebas, evitando derivaciones innecesarias, que sólo sirven para "marcar" al consultante sin que llegue a solucionarse el problema que originó la derivación original. Además, es absurdo que pacientes con determinadas enfermedades como hipotiroidismo, diabetes o con patologías que exigen anticoagulación sigan siendo controlados por el especialista cuando los recursos actuales de la Atención Primaria permiten su seguimiento desde el CS.

4. Un sistema de registro como el denominado "listado de problemas", que ofrece una visión integral y rápida del paciente.

3. La denominada "ERS": educación para la salud en el registro de la consulta. Y no sólo se aconseja sobre los hábitos nocivos como el tabaco o el alcohol sino que también se integran aspectos relacionados con la salud en positivo: ejercicio, dieta sana, utilización de métodos anticonceptivos, prevención del SIDA...

2. El gran poder que otorga el conocimiento profundo de conoce a nadie y la relación es mucho más impersonal.

1. El trato directo, personal, que se establece con el consultante. En el hospital el paciente parece más asustado, no sabe y que me han dejado huella:

### Lo nuevo y con impacto

Intentaré hacer un listado de las cosas nuevas que descubro y drenar un abceso y la segunda finaliza la cura. enfermera le realiza una espirometría, o como el primero abre la historia a un paciente fumador y a continuación la abre. Por ejemplo, sorprende la agilidad con la que el médico cultades burocráticas ni citas entorpecedoras de la continuación y permite resolver los problemas en el momento, sin dilación y "mini-equipo" médico-enfermera es la base de la atención le caracteriza y le hace diferente a otras organizaciones. Es precisamente esa labor lo que

Supongo que a más de un estudiante le habrá ocurrido, como a mí, "pasar" por un servicio en el que prácticamente no se sentas poco menos que un cordero en un rebato, de habitación en habitación, intimidando a uno y otro paciente, sin sacar nada en claro durante toda la mañana y pensando que la práctica hospitalaria sólo sirve para perder el tiempo. Pero espero que también haya experimentado, como yo, el sentirse útil en otros servicios, participando en el quirófano cuando se trata de un servicio de cirugía, haciendo historias en Medicina Interna, haciendo avisos a domicilio en Atención

4. Economía, gestión y tareas burocráticas, etc. la crítica. pues creo que no se nos imparte una enseñanza basada en médico, que a veces se están dando en ciertas patologías... medidas y cuáles sólo aportan ansiedad al enfermo y nada al paciente permitiendo realmente hacer un cribaje de las enfermedades, en ensayos clínicos, para saber que pruebas diagnósticas de revistas científicas; para estar al día en medicina, cuánto tiempo mantenerlos, y cuándo suspenderlos.

3. Manejo de revistas científicas; para estar al día en medicina, cuánto tiempo mantenerlos, y cuándo suspenderlos. como alternativa, las interacciones que se establecen entre que orden aplicarlos, en qué dosis, qué dar cuando uno falla dado muchísimos fármacos, pero no sabemos exactamente en camentos hemos de utilizar. Durante la carrera hemos aprendido 2. Farmacología clínica: saber exactamente qué medicamento su sufrimiento.

1. Como decidir en situaciones sin solución, cómo mantener una buena relación médico-paciente, cómo comprender su sufrimiento.

Por último y para concluir, me gustaría añadir algo para pasar consulta necesitaría haber aprendido más sobre: menos la formación práctica. Si mañana mismo tuviera que fuese tenido en cuenta por los estudiantes, tutores y profesores hospitalarios, de la Facultad y de los CS: echo de

### Conclusión

Humanamente me conmovió la historia de una paciente tratada por su marido desde 1960, que había verbalizado los malos tratos hacia unos pocos años (y solamente porque la situación había empeorado enormemente), en la que tanto el apoyo que le supuso la consulta con el psicólogo como el comenzar a hacer ejercicio en un gimnasio, aconsejado por su médico de cabecera, consiguieron un efecto tan positivo que de alguna forma le abrieron de nuevo las puertas a la vida, tantos años cerradas para ella. Descubrió que merecía la pena seguir viviendo, que era una persona útil a su familia y a la sociedad, y que tenía muchos valores que su dolorosa situación le había hecho olvidar.

Y luego con acarbosa, que acudía periódicamente a las revisiones con gráficas detalladas de sus valores glucémicos a lo largo del día.

Creo poco en la eficacia de la educación formal. Las expectativas de la Ilustración se han cumplido en poco, y con algún con Skrabanek y McCormick<sup>(1)</sup> cuando definen la "escepticismo" como una enfermedad infrecuente de baja infectividad contra la que se suele vacunar de por vida a los estudiantes en las facultades de medicina. Sólo el trabajo en la práctica resulta alectonador y salvador, sólo el aprendizaje a partir de nuestros errores puede lograr volvernos escépticos y críticos, sólo la práctica clínica y cotidiana tiene capacidad de mover nuestras entrañas éticas y volvernos exigentes con nuestro desconocimiento teórico y práctico. Pero nuestro CS, a través de un trabajo duro y constante en las actividades docentes<sup>(2)</sup>, tiene una gran capacidad para la enseñanza, así que era natural que integráramos a los estudiantes de medicina después de haber hecho lo propio con los de enfermería (por lo visto no reunimos condiciones "estructurales" para la docencia de residentes, fundamentalmente por

**Introducción**

*Por Juan Cerveras*

**II. LA OPINIÓN DEL TUTOR**



Este texto no hubiera podido escribirse sin la existencia de la rotación en Atención Primaria, organizada por la Universidad Autónoma de Madrid. He de agradecer la paciencia y atención de los pacientes del Dr. Cerveras (mi tutor en el centro), de su enfermera (Carmen Marcos), de todo los miembros del equipo de la calle General Moscardó, del propio Dr. Cerveras, y de la Dra. Pérez Fernández del CS de la calle Casillito de Uclés, con la que compartí una mañana para poder comparar la consulta en un barrio urbano deprimido con el de mi CS, correspondiente a clase media y media alta.

**Agradecimientos**

Así que animo a todos aquellos que tenga que pasar por un CS, donde además de conocer nuevas enfermedades, diagnósticos y tratamientos, se aprende mucho sobre sentimientos; merece la pena.

La insistencia tiene al final una recompensa. Me gustaría transmitir, con este artículo, cómo el interés puede hacer una rotación productiva. Siempre he creído que Primaria, poniendo escayolas en Trauma, o viendo pacientes en la puerta de la Urgencia.

falta de despachos). Así que el verano pasado decidimos tomar contacto con la Universidad Autónoma de Madrid, a cuya área geográfica pertenecemos, para formalizar nuestra integración docente en el pregrado. Fruto de ello es esta experiencia que relato: la de tener un estudiante en la consulta (un estudiante español, pues he tenido con frecuencia estudiantes norteamericanos, de la Universidad Stony Brook, de Nueva York; amén de múltiples colegas, de varias nacionalidades, curiosos acerca de la forma de trabajar de un médico español; y de varios residentes de psiquiatría que en su día incluyeron entre sus objetivos el conocer la realidad de la Atención Primaria).

#### Primer contacto

Como es natural, Joseña seleccionó nuestro CS tan sólo por conveniencia personal (reside en las cercanías), pues nuestro equipo no puede tener, todavía, un "nombre" entre los estudiantes. Apareció con una compañera y el azar hizo que viniese a mi consulta (la distribución se hizo según orden alfabético de los apellidos). Además del primer contacto personal, de una visita a las distintas dependencias y de la presentación a los compañeros con los que nos tropezamos (la presentación formal se hizo en una reunión general), le di a Joseña el texto de "bienvenida" que hemos elaborado para presentarnos a los internos, suplentes y estudiantes, en el que se hace hincapié en los "hechos diferenciales" de nuestro centro. También le di el texto que reciben todos mis pacientes cuando termino de abrirles la historia clínica, siempre en la primera consulta, que presenta un poco mi estilo de trabajo y mi "currículum". En cinco minutos, pues, estaba en condiciones de integrarse en la consulta, que había empezado ya (es de ocho a una y empleo a las ocho en punto, con media hora de consulta sin cita, de acceso libre, pensada para estudiantes y trabajadores con prisas).

Joseña venía armada de bata, fondo y de una librería para ir anotando cosas. Una librería que era de propáganda de un laboratorio farmacéutico; aproveché para comentarle el artículo del "New England" en el que se habla del médico que se convierte en hombre-anuncio por medio dólar<sup>(3)</sup>: lo que cuesta un bolígrafo, un calendario, una librería o cualquier otra de las menudencias que ocupan los bolsillos de las batas y de las mesas de los médicos. En fin, añadí una gota de singularidad comentándole que no recibía a los representantes farmacéuticos, lo que es raro en España pero frecuente en otros lares (en el Reino Unido el 10% de los médicos no recibe a los representantes). Pero me gustó que llevase dicha librería, pues lo interprete como indicador de interés.

Por supuesto, recibí de pie a los pacientes, en la puerta del despacho, con un saludo y estrechándoles la mano (o dándoles un beso sin son niños, o ancianas muy conocidas). Ahora comencé a incluir la presentación de Joseña, en forma más o menos ritualizada: "me acompaña Joseña Ramos, estudiante de medicina, que termina este año; está aquí en prácticas y espero que no le importe su presencia en la consulta". Me gustó que ella se levantara ligeramente de su silla y estrechase la mano de los pacientes. Otro buen indicador, sobre todo cuando no se asombró de que repitiese el mismo ceremonial con todos los consultantes.

El hilo se había roto y tal vez pudiera transmitirle algo de interés en el mes que se iniciaba. El reto era aprovechar los casos y situaciones concretas para revisar el fundamento teórico y científico que hay detrás del trabajo de un médico general/de familia.

#### ?Qué anotó en su cuadernillo?

He utilizado la librería de Joseña para recordar las cosas que anotó a su, o mi, iniciativa, y que comentábamos al terminar la consulta diaria, bien en el despacho, bien aprovechando el rato de paseo que implica el hacer los avisos domiciliarios a pie. He agrupado las anotaciones en torno a cinco grandes cuestiones:

#### a.- La integración de la prevención en la atención

##### clínica diaria

No tengo consulta programada, que considere una degeneración, así que todo lo hago sobre la marcha, desde abrir la historia clínica a vacunar contra el tétanos. Es esencial que el médico general incluya sistemáticamente la prevención en todos los contactos con el paciente, pero aprovechando las oportunidades y respetando la libertad del mismo. Revisión es toda actividad clínica, pero hay algunas pautas que se le refieren más concretamente. Entre ellas:

1) *Vacunaciones*: las del calendario infantil y las de los adultos y ancianos; las generales y las de grupos de riesgo; entre ellas la del tétanos en mujeres ancianas, pues son el grupo poblacional que más contribuye a la mortalidad por tétanos; naturalmente, con Joseña tuve oportunidad de comentar las críticas a la excesiva revacunación contra el tétanos<sup>(4)</sup>, algo todavía a no tener en cuenta en España, con nuestros cincuenta casos anuales [parte de lo que le transmití fue información numérica, del estilo del número de casos de tétanos al año en España, comparado con los que se declaran en el Reino Unido, por ejemplo, pues creo que es muy ilustrativo]; el objetivo es llegar al cien por cien, lo que casi he logrado en la consulta a base de integrarlo en la actividad diaria y ofrecer revacunación sin cita y sin espera.

2) *Tabaquismo*: una de las pocas actividades, si no la única, en que esta demostrada la eficacia del consejo del médico

tras el infarto de miocardio, la labor es opuesta, para promover el control y el uso de hipotensivos, si son necesarios.

4) *Mujer*: este grupo padece hoy un verdadero encarnizamiento médico, así que mucha de la labor es, también, anti-terrorista: las "cervicales" no suelen doler, el útero hay que conservarlo, el ácido fólico hay que tomarlo sólo en el período periconcepcional, en el embarazo con una ecografía sobre y basta, las mamografías de cribaje son cada dos años en mujeres de 50 a 65 años, las citologías son innecesarias en las mujeres españolas y de hacerlas, cada tres años, los anti-conceptivos orales no necesitan revisiones ginecológicas ni análisis anuales, pero sí dejar de fumar y controlar la tensión arterial, la menopausia no es una enfermedad y la osteoporosis se previene con ejercicio físico, ingesta adecuada de calcio y vitamina D natural, la terapia hormonal substitutiva tiene indicaciones precisas y riesgos bien conocidos, etc.

5) *Varones*: las oportunidades para introducir la prevención son infinitas, desde la toma de tensión anual en ancianos normotensos a la introducción de tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular (especialmente en los mayores de 65 años) pasando por el asesoramiento contra-terrorista a los varones para que sepan que es el PSA y qué valor predictivo tiene, y para que no les toquen el ano-recto como actividad de cribaje, y un largo etc.

**b.- La valoración de la eficacia de pruebas, terapéuticas y formas de organización**

La "Medicina Basada en Pruebas", mal llamada "Medicina Basada en la Evidencia", sólo es la formulación de un método de trabajo con el que llevamos trabajando muchos clínicos hace decenios [en el Equipo CESSCA la mejor expresión fue el Boletín Bibliográfico CESSCA<sup>(6)</sup>, publicado desde 1990 y que en la actualidad se ha integrado en el Servicio de Documentación de SEMERGEN, y se publica en la revista mensual del mismo título]. Los estudiantes de medicina pueden, todavía hoy, acabar: 1) sin saber lo que es la Colaboración Cochran; 2) sin saber quién fue el propio Cochran; ni quién es Sackett; 3) sin saber qué es un metanálisis, ni cómo se valoran la calidad de un artículo científico, ni cómo se hace una búsqueda bibliográfica sistemática para dar respuesta científica a una cuestión clínica; 4) sin haber leído "Efectividad y eficiencia, algunas reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios" ni, "Sofismas y desatinos en medicina"; 5) sin saber qué es y cómo se calcula el "número necesario de pacientes a tratar para evitar un evento"<sup>(6)</sup>; 6) sin entender muy bien que es el valor predictivo positivo y negativo de las pruebas diagnósticas y de cribaje; 7) sin saber lo que es la "dosis diaria definida", ni "la tarjeta amarilla"; 8) sin un criterio científico para seleccionar la terapéutica adecuada a patologías

general; lo importante es no olvidarlo, sobre todo para aprovechar consultas por síntomas respiratorios, recordarlo y "tener gracia", para no utilizar argumentos mandados y amenazantes, sino objetivos y divertidos: "¿Todavía fuma?, ¿es que es accionista de la Tabacalera?", o "ya, todos podemos morir de cáncer de pulmón, pero afecta a uno de cada ocho fumadores y sólo a uno de cada ochocientos no fumadores, lo que disminuye mucho la probabilidad, ¿no?".

3) *Cholesterol*: aquí la prevención es combatir la ola de terror que recordar a los ancianos que los niveles bajos de colesterol se asocian a ictus; por supuesto, en otros casos, en otros factores de riesgo, hayan dejado de disfrutar de la comida; niños, ancianos, mujeres y varones de cualquier edad, y mismo social que provocan muchos médicos, haciendo que



Fig. 1. Un momento de la formación de los médicos de familia en el Hospital General de Madrid.



científico, técnico y humano; lo importante, por ejemplo, no es sólo saber hoy el fundamento científico del tratamiento de la isquemia cardiaca, que lo es (para eso sirve el análisis crítico de los ensayos clínicos) sino el haber recibido una capacitación que permita buscar el conocimiento científico que se genera mañana y cómo aplicarlo en las situaciones clínicas concretas. El proceso, discutido a fondo con la alumna a propósito de distintos casos clínicos, implica identificar necesidades de formación, establecer un sistema de alerta y búsqueda bibliográfica que nos mantenga al día en lo relevante, incorporar nuevos conocimientos y abandonar los obsoletos, comprobar que los introducidos en la práctica diaria, identificar errores y lagunas en la formación y reiniciar constantemente el ciclo para poder tener criterio propio y bien fundado. De lo que hay que huir es de la información errónea que transmiten algunos especialistas, médicos de familia y delegados farmacéuticos, aunque estén llenos de buena intención; buen ejemplo son los múltiples protocolos y programas que nos llegan bendecidos por las direcciones pero carentes por completo de fundamento científico. No hay más remedio que hojear algunas revistas, casi todas en castellano: Medicina Clínica, Atención Primaria, Dimensión Humana, New England Journal of Medicine, JAMA, Pediatría, The Lancet y British Medical Journal. Por supuesto, en estas revistas también se publica alguna basura, y mucho de poco interés para nuestra actividad clínica diaria; hay, pues, que leer con método y crítica sistemática, pero hay que leer. Tan nefasto es no leer como creer que hay que leer todo; la innovación es escasa, y son pocos los artículos que se publican al año con capacidad de impacto en el trabajo clínico, así que la cosa no es muy difícil si se tiene capacidad en la metodología de adquisición y mantenimiento de conocimientos científicos para dar respuesta a las necesidades cambiantes en lo técnico, científico y humano; el problema es que eso no se suele enseñar en la formación reglada del pre y postgrado. La solución es utilizar la actividad clínica como motor, como revulsivo ético que lleve al propio profesional y los compañeros, a introducir la formación continuada en la

**Conclusion**

Propuse a Josema que escribiese un texto sobre su experiencia en el mes de prácticas en mi consulta y en nuestro CS; aceptó (otro indicador de interés) y le di unas recomendaciones generales de cómo hacerlo. Al cabo de quince días, pese a los exámenes y a un viaje a Italia para ver al novio, me trajo una primera versión que corregí a fondo. Ahora estoy terminando mi parte y lo prepararemos para enviarlo a HUMANA, para que se considere su posible publicación. Si lo conseguimos, amable lector/a, esperamos que el artículo

implique ser críes ni destruir la esperanza del paciente, de mantener una actitud de no criticar ni detras a nuestros compañeros, ni médicos generales, ni especialistas (ni siquiera a los de urgencias), ni otro personal (lo cual no impide mantener un criterio propio y, a veces, opuesto al de especialistas, por mucho prestigio que les adorne de cátedras y demás); de cómo hay que saber negar a los pacientes, con firmeza y simpatía, explicando tan a fondo como sea necesario, cosas sin sentido, como lo de los antibióticos para las gripes, bajas injustificadas en número y/o duración, solicitud imprecisa de pruebas (colesteroles, radiografías y demás), o derivación peligrosa al especialista; y, desde luego, saber decir "no" a cosas ilegales, como uso de recetas de pensionistas para actividades o certificados falsos; convivir con la medicina privada y con la alternativa, aceptando el derecho del paciente a explotar estos campos, pero manteniendo el propio criterio fundamentado para aconsejar, por ejemplo, sobre esa histerectomía precipitada que propone el ginecólogo privado, o sobre el tratamiento con "flores de Bach" que sigue la paciente psicótica; de las consultas por terceros, que son el 20% del total y forman parte de la "atención a la familia" que debemos saber ofrecer; de los avisos a domicilio, tanto a demanda como de crónicos, que forman parte esencial de nuestro trabajo cotidiano, y al que debe dedicarse parte del horario diario - en mi caso una hora de media-intentando hacer todos, sin rotar ni rechazarlos por incómodos o inconvenientes; y de ejercer la autoridad que ha delegado la sociedad en el médico de familia, que se exige en casos de errores médicos mediante reclamaciones judiciales, para actuar con independencia y autoridad, defendiendo al paciente frente a la dejerequización de los centros y frente a los protocolos y programas carentes de base científica (por ejemplo, eliminando las barreras a la accesibilidad que suponen la consulta de enfermería habitual y la consulta programada innecesaria).

**e.- La formación continuada**

En la hoja de "bienvenida" se deja claro que en nuestro centro las actividades docentes se realizan en serio y con el objetivo de mejorar la calidad de la atención diaria<sup>2</sup>, por lo que suponemos que los profesionales que se nos suman, aunque sea un día, asistirán y participarán activamente. Josema tuvo que compaginar su mes de práctica en el CS con algunas otras prácticas y exámenes, así que no pudo asistir todos los días a la sesión docente; no obstante le asombró su variedad y utilidad. Lo que me asombra a mí un poco es que los años de formación, tanto de pre como de postgrado, se consuman en la adquisición de conocimientos y habilidades fosilizadas y que se fosilizan, en lugar de emplearlos en prepararnos para dar respuesta adecuada a las necesidades cambiantes en lo



Los lectores interesados pueden solicitar al tutor el texto de la "bienvenida" del centro de salud o de su propia consulta. También se admiten cuestiones acerca de la bibliografía que sustenta las opiniones científicas que se expresan en el presente artículo.

#### Nota

sea útil para estudiantes y tutores en situación similar a la nuestra. No podemos, ni debemos, dinamitar los CS, ni las facultades de Medicina, ni los hospitales, hay que encontrar fórmulas que nos permitan modificarlos para que se vuelvan útiles a la sociedad que confía en ellos, que confía en los profesionales que en ellos trabajan. La reflexión con un estudiante puede sembrar la semilla del cambio en el propio estudiante, en el tutor, en sus compañeros y, si se publica, en otros profesionales de otros ámbitos geográficos<sup>(1)</sup>.

Por supuesto, hay mucho a discutir, y "el caso único" (estudiante, tutor, CS, Facultad de Medicina, hospital) no establece ninguna verdad. Pero lo importante es buscar la verdad, reflexionar, salir de la charla amigaladora en el café, de la crítica feroz que disminuye nuestra autoestima y dificulta el trabajo de calidad; lo fundamental es que se puede utilizar la práctica diaria, con su agobio y con sus dificultades, para autoexaminarnos y generar ideas de cambio, para identificar necesidades de formación, para instaurar un ciclo continuo de mejora de la calidad.

#### Agradecimientos

A Josefina Páños Zamora, estudiante de sexto de medicina en la Universidad Autónoma de Madrid, por su actitud positiva y optimista durante las prácticas en el centro de salud de la calle General Moscardó, de Madrid. Al personal de dicho CS y, sobre todo, a los pacientes del tutor, que han visto con simpatía la incorporación a la consulta del estudiante de turno. También a Mercedes Pérez Fernández, del CS de la calle Casullo de Uclés, que admitió a Josefina Páños un día en su consulta y avisos para que pudiera compararla con la consulta del tutor, tanto en estilo de práctica como en situación socio-económica de la población.

1. Skrabanek P, McCormick J. Sofismas y desatinos en medicina. Doyma; Barcelona: 1992.
2. Cervas J, Carra B, Fernández-Camacho MT, Pérez-Fernández MM. La docencia en un centro de salud no docente. Med Clin (Barc) 1998;111:218-221.
3. Waud DR. Pharmaceutical promotions. A free lunch? N Engl J Med 1992;327:351-353.
4. Palomo L. Estrategias de vacunación en el adulto. Bol REAP 1997;2:10.
5. Pérez-Fernández MM, García-Sagredo P, Cervas J. Alerta bibliográfica y formación continuada: el Boletín Bibliográfico CFS-CA. Rev Esp Doc Cient 1993;16:237-249.
6. McKay HJ, Moore RA. Using numerical results from systematic reviews in clinical practice. Ann Intern Med 1997;126:712-720.
7. Jackson RT, Sackett. Guidelines for managing raised blood pressure. BMJ 1996;313:64-65.
8. Hennekens CH, Albert CM, Godfred SL, Gaziano JM, Buring JE. Adjuvantive drug therapy of acute myocardial infarction. Evidence from clinical trials. N Engl J Med 1996;335:1660-1667.
9. Cervas J, Pérez-Fernández MM. Farmacoeconomía y medicina general. En: Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos. Sacristán JA, Badía X, Rovira J (eds). EDIMSAs; Madrid: 1995.
10. Stott NCH, Davis RH. The exceptional potential in each primary care consultation. J R Col General Practitioners 1979;29:201-205.
11. Aguado HJ, Liras J, González C. Memoria de unas prácticas: los estudiantes opinan. Aten Primaria 1998;21:341-342. ■

#### Bibliografía