

Papel del tutor en la formación MIR

J. M. Jover Navalón

FEA Hospital universitario de Getafe.

Introducción

En España el sistema MIR viene definido por la Orden Ministerial de 1995 y tiene como objetivo que el licenciado en medicina adquiera los conocimientos, habilidades y responsabilidades necesarios para ejercer eficazmente una especialidad médica, mediante la práctica profesional programada y supervisada. Hasta la aparición de este sistema el modelo de aprendizaje se basaba en situarse al lado de un maestro. Nadie duda de la eficacia del sistema MIR durante las últimas décadas y que ha contribuido de forma importante al desarrollo del nivel sanitario alcanzado en nuestros hospitales.

La figura del tutor está completamente consolidada dentro del sistema formativo, debiendo ser el eje de la formación de especialistas sanitarios, ya que de su dedicación depende, en gran parte, el grado de satisfacción del residente. Sin embargo en la práctica hay una clara discordancia entre la responsabilidad y el grado de exigencia que se pide a los tutores y la posibilidad real de que pueda desarrollar sus funciones con la poca formación que poseen, en muchos casos y el poco tiempo que les deja la labor asistencial diaria.

Funciones del tutor según el BOE

El sistema MIR se estructura en diferentes niveles que van desde el Ministerio de Sanidad hasta la figura del tutor pasando por las Comisiones Nacionales de la Especialidad y las Comisiones Locales de Docencia. El marco legal está establecido en el real decreto de Octubre del 82, el real decreto de Enero del 89 y la orden de 22 de Junio del 95. No cabe duda que la figura del tutor es la que finalmente asume la responsabilidad del plan de formación individual de cada especialista.

Las funciones del tutor están especificadas en la orden ministerial del 22 de Junio de 1995 (BOE nº 155 de 30 de junio

de 1995) que regula las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la Formación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas y que se puede resumir en lo siguiente:

— Proponer a la Comisión de Docencia los planes individuales de formación para cada uno de los especialistas en formación a su cargo.

Por lo tanto el tutor debe conocer perfectamente el programa de la especialidad y adaptarlo a la realidad de la Unidad Docente en que trabaja, estableciendo los calendarios de las rotaciones y los objetivos docentes de cada rotación

— La supervisión directa y continuada de la realización de los programas señalados a los especialistas en formación a su cargo, y el control de su actividad asistencial en cuanto forma parte del programa, sin perjuicio de las facultades de la dirección que compete al Jefe de la Unidad Asistencial.

Para ello el tutor debe asegurarse que la Unidad Asistencial en que trabaja reúne las condiciones mínimas necesarias y que no predomine la labor asistencial sobre la docente.

— Fomento de la participación del especialista en formación en actividades docentes e investigadoras de la unidad acreditada.

El tutor tiene que buscar los medios necesarios para permitir la labor de investigación y buscar un equilibrio entre la labor asistencial, docente e investigadora. El residente tampoco debe dedicarse solo a hacer currículum perjudicando su formación.

— La evaluación continuada de los Especialistas en formación.

Sobre este punto hablaremos en el apartado siguiente.

— La elaboración de una Memoria Anual de las actividades docentes con participación específica de los especialistas en formación.

Una memoria de actividades junto a la evaluación anual del tutor será una forma más efectiva de comprobar si se han alcanzado los objetivos docentes

— Las rotaciones externas son propuestas por el tutor al Jefe de Estudios con especificación de los objetivos que se pre-

Correspondencia: J. M. Jover Navalón. Hospital Universitario de Getafe, Carretera de Toledo km.12,500, 28905 Getafe. Madrid

tenden, que debe referirse a la ampliación de conocimientos o el aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro, necesarios según el programa.

Papel del tutor en la evaluación

El BOE de 30 de junio dice que *«la evaluación se efectuará utilizando las calificaciones de suficiente, destacado o excelente, cuando las evaluaciones fueran positivas o de no apto, cuando fuera negativa; también dice que el tutor asignado al Especialista en formación que deba ser evaluado tiene que formar parte del Comité de Evaluación.»*

El papel del tutor en la evaluación del residente debe de ser de protagonista. Lo que el tutor tiene que evaluar es si el residente ha cumplido sus objetivos para lo cual lo primero es conocer los objetivos. Lo importante será saber como medir si se han alcanzado y conocer las consecuencias y actuaciones en caso de evaluación negativa. Por otro lado, es también importante conocer los documentos oficiales de evaluación para poder cumplimentarlos correctamente. Dentro de este apartado estaría también el conocimiento del libro del residente enseñando y aconsejando al residente como rellenarlo, aunque la mayoría opinamos que el libro de residente no recoge las peculiaridades de la especialidad y su cumplimentación es difícil y poco clara en algunos apartados. En la encuesta realizada por la agencia Lain Entralgo de la Comunidad de Madrid un 40 % de los tutores piensa que el libro del residente es claramente mejorable.

El tutor es el que debe de realizar la evaluación continuada del residente y para ello es muy importante que además de todo lo dicho más arriba realice entrevistas personalizadas para conocer todas sus actividades docentes (clases, cursos, congresos, reuniones, sesiones, seminarios...) e investigadoras (proyectos comunicaciones, ponencias, tesis, publicaciones..) que puedan hacer aumentar su calificación. Una vez finalizada la evaluación debe notificar la calificación al Comité de Docencia y al propio residente.

Lo dicho hasta aquí puede parecer muy fácil pero la primera dificultad radica en el conocimiento de los criterios a aplicar ya que no están definidos en ningún sitio. Por lo tanto cada tutor puede entenderlos de manera diferente al ser difícil establecer criterios objetivos. En los programas de las Comisiones Nacionales de la Especialidad deberían incluirse criterios, indicaciones y recomendaciones sobre el proceso evaluador de sus contenidos, en especial de los conocimientos teóricos y técnicos, de las habilidades prácticas y de las actitudes (dedicación, ética ...) que ayuden al tutor en su papel de evaluador. El tutor no deberá limitarse a ser un recopilador de notas de las rotaciones y a calcular las medias aritméticas más menos ponderadas. Debe tener un papel mas activo y para ello debería utilizar mejor los instrumentos actuales de la metodología docente.

Esta claro que el sistema actual basa en exceso la evaluación del residente en la apreciación personal y subjetiva del tutor. Por este motivo podría ser necesaria completar la opinión del tutor con otros métodos de evaluación. En caso de no tener claro los conocimientos teóricos del residente podría realizar exámenes como única manera de poder evaluar dichos cono-

cimientos. En la encuesta de la Lain Entralgo un 43% piensa que el sistema actual de evaluación es mejorable pero la mayoría piensa que la evaluación continuada es mucho más efectiva que el examen final.

Al final la calificación puede ir desde no apto hasta excelente. Todos conocemos la tendencia natural de todos los tutores a calificar de excelentes a todos sus residentes. Es verdad que la población de los residentes son un grupo muy seleccionado por la nota exigida para entrar alas facultades de medicina y por el examen MIR y que además entran muy motivados al sistema de residencia, pero probablemente el número de excelentes sea exagerado.

Es muy importante que la actividad evaluadora sea bidireccional, es decir, que debe de informar al residente de los resultados pero también debe conocer los aspectos que el residente considera mejorables en la actividad docente de la unidad. Además el tutor debe de comunicarse con los demás especialistas del servicio o los tutores de las rotaciones para conocer mejor los conocimientos y habilidades adquiridas por el residente. En los cursos de metodología docente un 50% de su contenido suelen ser técnicas de comunicación lo que demuestra la importancia de la COMUNICACIÓN y el papel del tutor como COMUNICADOR.

Otras funciones

Además de las funciones señaladas en el B.O.E. todos sabemos que los tutores realizan otras funciones entre las que podríamos nombrar:

- Desarrollar y utilizar habilidades pedagógicas. En este sentido es muy importante saber motivar al residente.
- Organizar la docencia teórica adaptada a las necesidad de aprendizaje de la especialidad.
- Entrevistas y reuniones periódicas con los residentes a su cargo para ver el cumplimiento de los objetivos docentes marcados.
- Actuar como interlocutor y receptor de inquietudes , propuestas y necesidades de los residentes , en relación con el proceso formativo.
- Colaborar con e Jefe de Estudios y la Comisión de Docencia en el desarrollo y control de las actividades formativas.
- Responsabilizarse de la acogida a los nuevos residentes.
- Identificar dificultades y tratarlas. Saber manejar las situaciones conflictivas.
- Proponer los planes individuales de formación.
- Supervisar la realización de los programas. Para lo cual debe ser también importante hacer una memoria docente anual consensuada con los residentes o no y esta debiera ser presentada a la Comisión de Docencia. También puede ser importante fijar objetivos de calidad docente anual en su unidad.
- Mantener buenas relaciones con otras unidades, Jefe de Servicio, resto de servicio, dirección.
- Supervisar el número de guardias.
- Orientar en la búsqueda de trabajo.

Perfil o cualidades del tutor

El perfil del tutor no está definido oficialmente, si bien basándose en la experiencia de los expertos el tutor puede ser un miembro de la plantilla que tenga suficiente experiencia, motivado por la docencia y la investigación, con capacidad organizativa y para las relaciones personales, habituado al manejo de la bibliografía y otras metodologías docentes y con publicaciones en su haber. Por regla general el tutor sigue siendo un especialista con buenos conocimientos de su especialidad, responsable en su trabajo y poco conflictivo, que trata de ejercer su labor de forma voluntariosa.

Actualmente se trata de crear un perfil profesional y humano del tutor. El tutor debe dejar de ser esa figura amateur, o ese facultativo voluntarioso y esperar de él una formación como docente y un mayor rigor en el desempeño de su función.

El intercambio de opiniones en situación de igualdad es muy importante en la relación tutor-residente. Hay que romper las barreras y que demuestren un interés claro por sus inquietudes y preocupaciones de formación. Debe tener disposición y voluntad para trabajar por delante de sus cualidades clínicas y de investigación.

Otras cualidades debe ser: la capacidad de comunicación, sensibilidad con los problemas del residente, sentido común, moderación, talante liberal, creatividad, capacidad de autocrítica y organizativa y buenas relaciones personales.

En la encuesta realizada por la Agencia Lain Entralgo el 71% de los tutores eran adjuntos un 19% Jefes de Sección y un 10% Jefes de Servicio. El 48% tenían plaza fija y un 52% eran interinos. La media de tutores hospitalarios llevaba 6 años de tutoría.

Acreditación del tutor

El BOE de 30 de Junio de 1995 dice: «*La designación del tutor se efectuará por la Gerencia o Dirección del hospital a propuesta del Jefe de la Unidad Asistencial, que corresponda entre facultativos de la institución que se encuentren en posesión del título de Especialista que proceda.*»

Es decir, según el B.O.E. el único requisito imprescindible es tener el título de especialista, sin embargo, se debate la necesidad de un sistema de acreditación regulado probablemente por la Comisión de Docencia, en función de un concurso público al que accederían los especialistas de la unidad docente que lo desearan. La Comisión de Docencia valoraría el perfil docente, clínico e investigador del candidato. Otra posibilidad es que se eligiera entre los miembros de la Unidad docente, incluidos los residentes, y que después de ese proceso el Jefe de Servicio propusiera a la Comisión de Docencia el candidato y esta redactaría una propuesta final a la dirección.

Desde la implantación del sistema MIR no se han establecido unos criterios de selección para los tutores. Normalmente el nombramiento recae en un médico del servicio con un nivel de conocimientos de la especialidad medio alto y voluntarioso que lleva a cargo su actividad con buena voluntad y motivación. Cuando no se consigue encontrar a nadie con

estas características es el propio Jefe de Servicio el que termina asumiendo ese papel.

Hasta ahora este modelo *paternalista* ha funcionado bastante bien en la mayoría de los hospitales. Sin embargo los nuevos retos a los que se está enfrentando nuestra especialidad deben cuestionar la validez del método de la figura del tutor tal y como está actualmente concebida.

Algunas comunidades autonómicas como Cataluña ya han establecido unos mecanismos oficiales de las personas que pueden optar a la acreditación según consta en el DOGC número 4487 del 11 de Octubre del 2005. Otras como Andalucía o Castilla la Mancha también lo han iniciado. El resto de Comunidades Autónomas deberían seguir sus pasos.

Están por definir los criterios para elegir los tutores pero se podrían sugerir el pertenecer a la plantilla con continuidad, suficiente experiencia profesional, capacidad organizativa y de relaciones personales, así como motivación pro la docencia e investigación. La elección definitiva debería ser función de la Comisión Local de Docencia, o una Comisión Evaluadora Externa teniendo en cuenta la opinión de los residentes.

En la encuesta de la Lain Entralgo el 58% de los tutores cree que el acceso a la tutoría debe de ser por un concurso público y el 46% cree que el conjunto del servicio deben de decidir quien debe de ser tutor, un 36% la comisión de docencia, un 32 los propios MIR un 30% el Jefe de Servicio y un 4% un tribunal.

Si hablamos de sistemas de acreditación, esto debería llevar implícito otro de reacreditación por parte de la Comisión de Docencia, con una periodicidad igual a la duración del programa de formación de la especialidad. En esta reacreditación se deben de tener en cuenta el grado de cumplimiento de la tutorización continuada y la valoración que los residentes han hecho del tutor. Es decir el tutor debe de ser también evaluado, el problema es quien debe de realizar dicha evaluación. En la encuesta de la Lain Entralgo los tutores pensaban en un 96% que era importante que la función tutorial fuese sometida a una evaluación periódica y en un 82% que debía ser la Comisión de Docencia.

Medios disponibles y formas de compensación (reconocimiento)

Para llevar a cabo todas las funciones explicadas en los apartados anteriores sería necesario reforzar la figura del tutor mediante una formación continuada, la especificación del tiempo dedicado a la tutoría dentro de su trabajo y el reconocimiento por ley de sus funciones. Hasta el momento actual no se ha asignado los mínimos recursos necesarios para que el tutor pueda desarrollar su función: ni formación específica, ni tiempo, ni reconocimiento. Hay muchas maneras de recompensar al tutor: autoridad reconocida, carrera profesional, formación docente, retribución económica, o ayudas a la formación. En la encuesta de la Lain Entralgo las dos formas prioritarias de compensar al tutor son el tiempo específico y la carrera profesional quedando la retribución económica en tercer lugar.

La labor pedagógica de enseñanza a los tutores ha comenzado en algunas comunidades autónomas como Madrid, Cata-

luña o Andalucía. Debe tener formación como formador. En la encuesta de la Lían Entralgo el 80% de los tutores creen que hace falta una formación específica para desarrollar su labor. El tutor debe tener una formación como docente que le dote de medios pedagógicos para poder desarrollar adecuadamente su labor.

Los tutores, en opinión de muchos, no disponen de tiempo suficiente para desempeñar su labor docente, que deben de realizar con unos medios técnicos y económicos nulos en muchos centros hospitalarios. Se trata muchas veces de una labor no reconocida hecha fuera del horario laboral, pero que requiere de una gran preparación y dedicación. Sería necesario que a la tutoría se le asignara un horario específico dentro de la jornada laboral. El reconocimiento de este tiempo debe de estar en relación con el número de residentes y con la calidad de la formación obtenida. El tiempo laboral es una herramienta imprescindible para realizar correctamente sus funciones. En la encuesta de la Lían Entralgo un 92% piensa que el tutor debe tener reconocido un tiempo específico de trabajo dedicado a la tutoría, pero no se ponen de acuerdo si ese tiempo debe de ser en horario ordinario o en horario extra y retribuido.

Si estamos eligiendo tutores con capacidad reconocible, que puede ser evaluado externamente, y que además le exigimos conocimientos docentes, tiempo y dedicación deben tener algún tipo de reconocimiento o compensación. Hace falta un sistema de reconocimiento por parte de las administraciones públicas y autonómicas que han de implicarse en el reconocimiento de la labor tutorial.

Este reconocimiento puede ser de varios tipos. Por un lado curricular y que tenga valor a la hora de acceder a una plaza y el reconocimiento en la carrera profesional. Por otro económico y en este apartado los problemas son mayores. La retribución económica es controvertida pues podría crear reticencias en los compañeros que también participan en las labores docentes pero no son tutores. Además puede atraer a la tutoría a personas solo interesadas por el aspecto económico y no por la docencia. Se deberían retribuir las actividades docentes realizadas fuera del horario laboral, y tener mayor capacidad de obtener recursos económicos para asistir a cursos o congresos de la especialidad. Para Sabater este conflicto de intereses es de fácil resolución por cuanto la obligación del tutor no es sólo la docencia asistencial en un momento concreto, sino la de elaborar y organizar el plan de formación específico de cada residente, además de garantizar y evaluar su cumplimiento.

El objetivo final sería profesionalizar la labor de los tutores hasta ahora todo funciona por un gran voluntarismo.

Metodología de trabajo

Para desarrollar su tutoría es importante tener medios de apoyo como material docente, salas de reuniones, medios informáticos, apoyo administrativo y despachos específicos.

En su metodología de trabajo se deben de recoger los objetivos que deben de alcanzar los residentes en cada año (asistenciales, docentes e investigadores). Instrucciones de cómo llevar a cabo estas tareas y establecer criterios de calidad para

evaluar los objetivos. Para ello harán falta reuniones mensuales y sesiones orientadas a problemas

En la encuesta de la Agencia Lían Entralgo los tutores utilizan la mayor parte de su tiempo como tutores en organizar las rotaciones y las sesiones docentes. Si consideramos solamente los tutores de las áreas quirúrgicas el 31% de su tiempo lo utilizan en enseñar técnicas y habilidades.

Otro tema sería a quien deben de dar cuenta los tutores de su función tutorial. Según la encuesta de la Lían Entralgo el 88% cree que debe de dar cuentas a la Comisión de Docencia.

Conflictos en el desarrollo de las funciones

Los conflictos surgen porque su figura no está claramente definida dentro del organigrama asistencial. Hay una dependencia del Jefe de Servicio en cuanto a la asistencia y de la Comisión de Docencia en cuanto a la tutoría. Se pueden generar conflictos con las Unidades Asistenciales, con las Comisiones de Docencia y con los propios residentes.

El principal conflicto surge del excesivo predominio de la labor asistencial sobre la docente y la *resignación* del tutor de que esto debe de ser así y que no hay forma de cambiarlo.

— *Impotencia* por la falta de medios materiales y de tiempo específico.

— *Autocomplacencia e igualdad*, la misma nota para todos, todos excelentes. La evaluación tiene mucha subjetividad y el tutor tiene miedo a perjudicar al residente frente a otras Unidades Docentes.

— *Aceptar* que su Unidad o las rotaciones no reúnen las condiciones adecuadas y que la calidad docente que se impartiendo en su Unidad no es buena.

— Por último el tutor se puede *sentir acomplejado* ante el residente y tiene miedo de no mantener la competencia ya que este puede tener unos conocimientos superiores en algunos temas. Para evitar conflictos con los residentes es muy importante la confianza en el trabajo que llevan a cabo.

Que esperan del tutor los residentes

La mayoría de los trabajos publicados están escritos por tutores que expresan sus opiniones sobre como debe de ser la docencia MIR. Pero es muy importante conocer la opinión de los residentes sobre sus tutores y que esperan de ellos. En este sentido es muy importante destacar el trabajo de López Santiago¹ en el que mediante la técnica de grupos focales o grupos de discusión llega a conocer las opiniones de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria sobre los estilos de relación entre tutores y residentes. Se analizan las siguientes opiniones:

— Confianza del tutor en el trabajo del residente. Es el elemento esencial en la relación profesional entre tutores y residentes y es el valor más apreciado por los residentes.

— Presencia del tutor en la toma de decisiones. Especialmente en los primeros meses. No es tan importante la presencia física como la disposición y actitud que permite al residente asumir sus decisiones de forma progresiva.

— Comunicación entre tutor y residente. El intercambio de opiniones desde los primeros momentos, en situación de igualdad es considerado un aspecto muy importante.

— Modelo de formación profesional. Los tutores son los modelos profesionales de aprendizaje de los residentes. Valoran más la disposición y voluntad del tutor para trabajar que sus cualidades clínicas o de investigación.

— Participación en las decisiones clínicas y organizativas. La relación entre el tutor y el residente ha de facilitar que este desarrolle su labor como si fuera el responsable de cada enfermo.

— Planificación de la formación. Se debe planificar la formación entre los dos no debiéndose imponer normas rígidas.

— Valoración profesional de los tutores. La opinión profesional sobre sus tutores es muy favorable.

Evidentemente estas son solo las opiniones de unos residentes de medicina de familia de Murcia pero sería interesante hacer trabajos similares con residentes de otras especialidades y comunidades autónomas.

Soluciones. Propuestas de mejora

La figura del tutor sigue sin tener un puesto claro dentro del organigrama asistencial. Se trata de reforzar la figura del tutor, de que el tutor tenga un perfil adecuado para cumplir sus funciones, este acreditado oficialmente y tenga un reconocimiento.

Para la elección de los tutores deberían tenerse en cuenta un balance cualitativo y cuantitativo de los méritos del facultativo y en su designación el sistema debe de ser mas democrático y con mayor independencia valorando los méritos.

En la primera reunión de tutores de Cirugía General y del Aparato Digestivo celebrada en Madrid en Noviembre del año pasado se puso de manifiesto la necesidad de que la labor de los tutores se *profesionalice*. Esto significa: capacitación, a-

creditación, evaluación y reconocimiento y huir de las propuestas paternalista basadas solo en la buena voluntad.

En cuanto al reconocimiento de su labor es importante considerar un tiempo necesario para desarrollar su labor que debería estar en función del número de residentes y que debería realizarse en un horario normal o no, pero fuera del tiempo dedicado a la asistencia. La valoración de su labor puede ser específica en cuanto a un baremo profesional o en el modelo de carrera profesional.

Bibliografía

1. Lopez Santiago A, Baeza López JM, Lebrato García RM. ¿Qué esperan de sus tutores los residentes de medicina de familia? Una aproximación cualitativa. Atención primaria 2000; 26:362-367.
2. Urruzuno P. El tutor MIR. An Pediatr 2004;60 (supl 4); 403-405.
3. Orden Ministerial del 22 de Junio de 1995 por la que se regula la Comisión de Docencia y los sistemas de evaluación de formación de médicos y farmacéuticos especialistas BOE 1995;155:19793-19799.
4. Fernández Llamazares J, Julián JF, Hidalgo F, García F, Moreno P, et al. Encuesta a residentes MIR sobre su satisfacción tras obtener una plaza hospitalaria. Med Clin (Barc) 1997; 109:615-618.
5. Palacios Martínez J . Tutoría y supervisión dela formación de especialistas sanitarios: perfil, funciones, acreditación y reconocimiento. Perspectiva del tutor hospitalario. Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid. Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Diciembre 2001:87-91
6. De grave WS, Dolmans DHJM, Van der Vleuten GPM. Tutor intervention profile: reability and validaty. Medical Education 1998;32:262-268.
7. Álvarez Sánchez JA, Vicent Garcia MD, Salamanca Escobedo JM, Pérez Iglesias F, Carrasco Asenjo M. El tutor y la tutoría den el proceso de formación de especialistas sanitarios en la Comunidad de Madrid. Análisis e interpretación mediante grupos focales. Educación Sanitaria 6: 100-111.