

Guía docente para el tutor de cardiología

COORDINADORES

M.^a Dolores Vicent García
Domingo A. Pascual Figal

Guía docente para el tutor de cardiología

Coordinadores

**M.^a Dolores Vicente García
Domingo A. Pascual Figal**

Publicación patrocinada por Esteve



© 2009 Sociedad Española de Cardiología

Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

ISBN:

Depósito legal:

Presentación

Asistimos en el momento actual a un cambio en el modelo organizativo de nuestro sistema de formación de especialistas. Este cambio ha sido impulsado por las normativas reguladoras recientemente publicadas, en las que el tutor de residentes emerge como una figura clave, del cual dependerá en gran medida la consecución de las mejoras buscadas en la formación de residentes y, por ende, en todo el sistema sanitario. La Sociedad Española de Cardiología, adelantándose a este momento de cambio, constituyó ya en el año 2005 un comité de tutores con personalidad propia en nuestra Sociedad y con el deber de impulsar las actividades de este colectivo.

Durante estos años, los tutores de cardiología han trabajado en la gestión de la formación de los residentes, de forma voluntariosa y escasamente reconocida. Sin embargo, en el momento actual el foco se ha redirigido hacia el tutor, a quien se demanda que asuma un papel activo en todo el proceso formativo y evaluador del residente. Sin embargo, sólo su acreditación a través de una adecuada formación en sus tareas de tutoría docente y el simultáneo reconocimiento a su labor le permitirán ser pieza clave del engranaje de nuestro sistema de formación de nuevos especialistas de cardiología.

Este libro sale a la luz con la intención de impulsar la formación del tutor y su papel de liderazgo en el proceso de formación de nuevos especialistas. Durante el último año, el Comité de Tutores y la Agencia Laín Entralgo han trabajado juntos en la creación de un curso anual acreditado, cuya primera edición se celebró recientemente en la Casa del Corazón. Ahora, se publica este libro-guía docente para tutores, que esperamos sea utilizado como una herramienta útil para todos, en aras de conseguir la capacitación y formación necesarias para desarrollar nuestra función como tutores de cardiología.

Domingo A. Pascual Figal

Índice de autores

COORDINADORES

M.^a Dolores Vicent García

Agencia Laín Entralgo
Área de Formación de Especialistas

Domingo A. Pascual Figal

Tutor docente de cardiología.
Secretario del Comité de Tutores
de la SEC. Hospital Universitario
Virgen de la Arrixaca. Murcia

AUTORES

Ana Ballarín González

Grupo Lex Artis. Sociedad Madrileña
de Medicina Familiar y Comunitaria

Guadalupe Olivera Cañadas

Grupo Lex Artis. Sociedad Madrileña
de Medicina Familiar y Comunitaria

Javier Cobo Reinoso

Jefe de estudios.
Hospital Universitario
Ramón y Cajal. Madrid

Domingo A. Pascual Figal

Tutor docente de cardiología.
Secretario del Comité de Tutores
de la SEC. Hospital Universitario
Virgen de la Arrixaca. Murcia

Fernando León Vázquez

Grupo Lex Artis. Sociedad Madrileña
de Medicina Familiar y Comunitaria

M.^a Dolores Vicent García

Agencia Laín Entralgo
Área de Formación de Especialistas

Andrés López Romero

Grupo Lex Artis. Sociedad Madrileña
de Medicina Familiar y Comunitaria

Índice de capítulos

Capítulo 1

- Situación de la tutoría de especialistas de cardiología 1
Domingo A. Pascual Figal

Capítulo 2

- La formación de especialistas en ciencias de la salud
en España. Marco normativo y principios fundamentales 7
M.ª Dolores Vicent García

Capítulo 3

- El tutor de la especialidad de cardiología: funciones,
designación y reconocimiento 19
M.ª Dolores Vicent García

Capítulo 4

- La planificación de la formación del residente
de cardiología: guía o itinerario formativo tipo
y plan de formación individual 29
M.ª Dolores Vicent García

Capítulo 5

- La evaluación del aprendizaje del residente 39
Javier Cobo Reinoso

Capítulo 6

- Responsabilidad legal del MIR/tutor de cardiología 49
*Guadalupe Olivera Cañadas, Ana Ballarín González,
Fernando León Vázquez, Andrés López Romero*

Capítulo 1

Situación de la tutoría de especialistas de cardiología

Domingo A. Pascual Figal

Tutor docente de cardiología. Secretario del Comité de Tutores de la SEC.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

OFERTA MIR CARDIOLOGÍA^(1,2)

En la última convocatoria del año 2009 se ofertaron 153 plazas de cardiología, que representan un 2,16% del total de 7.111 plazas ofertadas. En el año 2010, la convocatoria de cardiología se elevará a 159 plazas.

El crecimiento de plazas desde el año 1998 al 2009 es de 56 plazas, lo que supone un aumento del 58%. La mayoría de estas 56 plazas (39, un 70%) fueron incorporadas

en los últimos cinco años, como se muestra en la **Figura 1**.

En comparación con el resto de la oferta MIR, este incremento es claramente inferior. Tomando en consideración sólo las especialidades MIR, excluyendo medicina familiar, el incremento medio fue del 74%, frente al 58% de cardiología.

En el análisis de necesidad y disponibilidad de cardiólo-

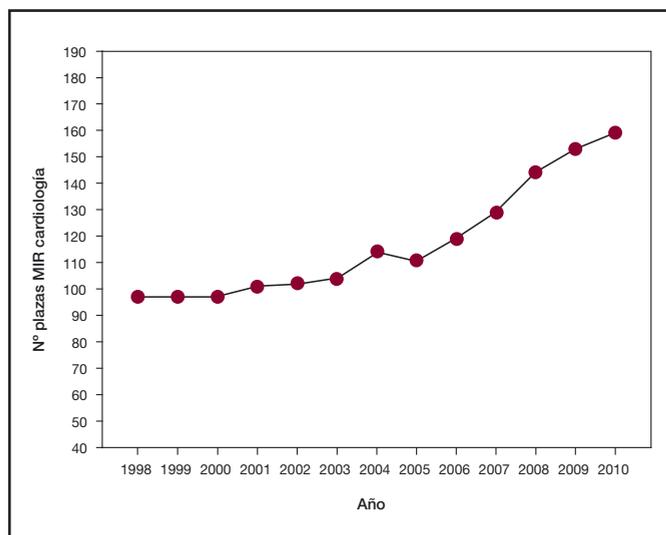


Figura 1. Oferta anual de plazas MIR de cardiología.

Tabla 1. Unidades docentes de cardiología por comunidades autónomas

Comunidad autónoma	Nº unidades docentes acreditadas
Andalucía	13
Aragón	2
Asturias	1
Canarias	4
Cantabria	1
Castilla-La Mancha	3
Castilla y León	3
Cataluña	9
Comunidad de Madrid	11
Comunidad Valenciana	7
Extremadura	2
Galicia	3
Islas Baleares	1
La Rioja	0
Navarra	2
País Vasco	4
Región de Murcia	2
Ceuta y Melilla	0

gos en España publicado por la Sociedad Española de Cardiología en el año 2005⁽³⁾, se objetiva un déficit de cardiólogos del 13%, lo que equivale a 253 cardiólogos sobre los 1.926 activos.

Mantener el modelo previo al año 2004 supondría un déficit mantenido del 14,5% de cardiólogos hasta el 2020. En el análisis se concluía que este déficit podría ser corregido con un incremento anual del 4% acumulado en la oferta MIR, hasta alcanzar las 215 plazas en el año 2020.

Como refleja la **Figura 1**, la tendencia alcista instaurada en los últimos cinco años, con un incremento del 6,8% anual, se sitúa en la línea de corrección del déficit de plazas. Sin embargo, los cambios poblacionales y en la especialidad requerirán que el modelo de crecimiento sea de nuevo revisado y actualizado en los próximos años.

UNIDADES DOCENTES

El número de unidades docentes de cardiología fue de 68 en la oferta para el año 2009, repartidas por todo el territorio nacional (**Tabla 1**).

Desde el año 2001, de forma paralela al aumento de la oferta de plazas MIR, se ha incrementado también el número de unidades docentes acreditadas desde 50 hasta 68, lo que supone un crecimiento del 36%, como muestra la **Figura 2**.

El incremento de unidades docentes, 36%, es paralelo pero inferior al del número de plazas MIR, del 58% en el mismo periodo. Este hecho viene explicado porque el principal incremento se ha debido al

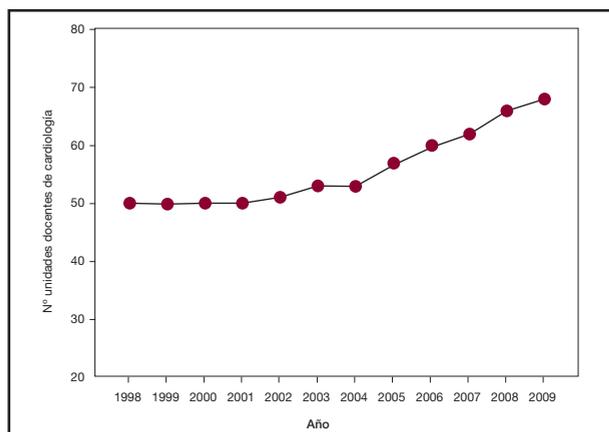


Figura 2. Número de unidades docentes acreditadas por año.

aumento en el número de plazas por unidad docente, que ha pasado de 1,86 plazas/unidad docente en el año 2001 a 2,25 plazas/unidad docente en el año 2009.

La comparativa entre los años 2000 y 2009 (**Figura 3**) muestra cómo el número de unidades docentes que ofertan una o dos plazas MIR anuales se ha mantenido a expensas de la acreditación de nuevas unidades docentes, mientras que el número de unidades con tres o cuatro plazas ha aumentado a expensas del crecimiento de las unidades ya acreditadas con anterioridad.

En el año 2000, la mayoría de unidades ofertaban uno o dos residentes por año, mientras que en el 2009 la mayoría de las unidades ofertan dos o tres residentes por año. Así, en el año 2009 el 44% de unidades docentes recibieron dos nuevos MIR y el 32% recibieron tres nuevos MIR.

Por tanto, como muestra la **Figura 4**, en los últimos años la carga docente ha aumentado de forma significativa en las unidades docentes de cardiología, siendo más de la tercera parte, el 38%, las que ofertan tres o cuatro residentes por año.

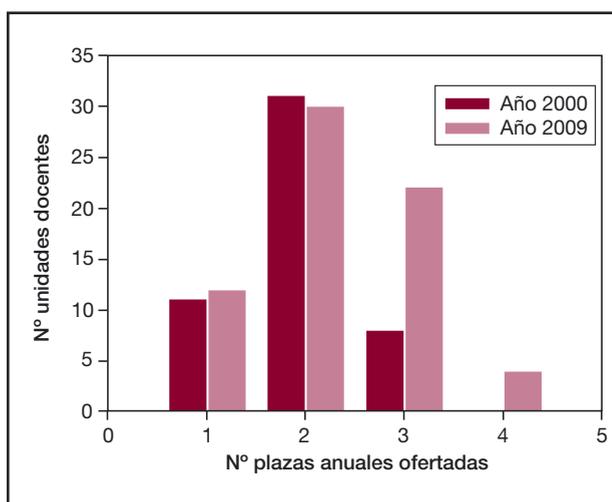


Figura 3. Comparativa de la capacidad de las unidades docentes de cardiología, atendiendo al número de plazas MIR anuales ofertadas en los años 2000 y 2009.

TUTORES

Los datos sobre la dotación de tutores de cardiología son escasos. El último censo actualizado de la Sociedad Española de Cardiología de septiembre del año 2009 consta de 117 tutores de cardiología y 646 MIR de cardiología, lo que supone una relación de 5,52 residentes por tutor.

Esta ratio residente/tutor se encuentra cercana a la recomendación de un máximo de 5 residen-

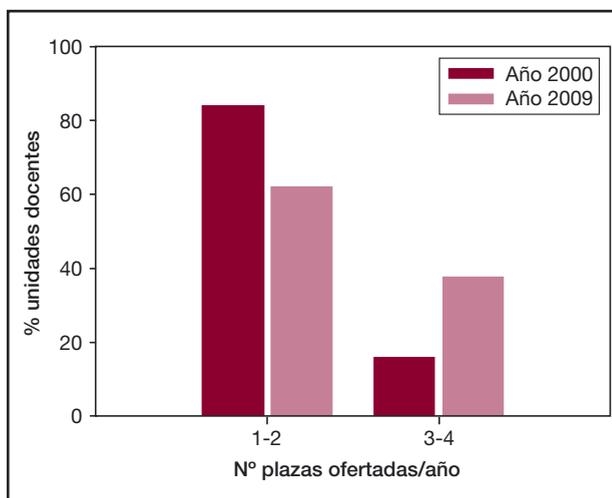


Figura 4. Comparativa de unidades docentes de cardiología con 1-2 vs. 3-4 plazas MIR anuales ofertadas, en los años 2000 y 2009.

Tabla 2. Ratio residente/tutor

	Año 2009
Tutores cardiología	117
% incremento 2008	33%
MIR cardiología	646
Ratio MIR/tutores	5,52

tes por tutor, recogida en el último Real Decreto (RD183/2008)⁽⁴⁾, publicado el año 2008 y que establece la nueva regulación del sistema de formación sanitaria especializada.

En el año 2008, el censo de la Sociedad Española de Cardiología mostraba un total de 88 tutores, lo que sugiere una rápida adaptación de las unidades docentes de cardiología a esta normativa, con un incremento absoluto de 29 tutores, lo

que supone un crecimiento del 33% en el último año.

La cifra de tutores ha de verse aún más aumentada en los próximos años, tanto por la tendencia establecida a un aumento progresivo del número de plazas MIR y del número de unidades docentes acreditadas como por el desarrollo práctico de la nueva normativa reguladora recogida en el RD 183/2008, que impulsa una cultura de “más tutores para menos residentes, con un tutoría continuada e individualizada” (Tabla 2).

ENCUESTA DE LA SEC A TUTORES DE CARDIOLOGÍA

En el primer trimestre del año 2009, el Comité de Tutores realizó una encuesta anónima a tutores de cardiología de todo el territorio nacional, para conocer sus necesidades y perspectivas.

Se encuestaron un total de **51 tutores** (58% del total de 88 tutores censados en ese momento), pertenecientes a un total de **35 hospitales/unidades docentes**, con un total de **338 residentes** adscritos a las mismas. Los resultados obtenidos en la encuesta se recogen en la **Tabla 3**.

Del análisis de estos resultados se infieren diversos problemas en la situación actual:

- Se confirma que existe un fenómeno de cambio en los tutores de cardiología por cuanto que, si bien la edad se sitúa en el intermedio de la carrera profesional, un gran porcentaje de ellos lleva poco tiempo en el cargo de tutor.
- Al mismo tiempo, la gran mayoría carece de la acreditación que certifique su capacidad docente, en su labor formativa y evaluadora como tutor y, por tanto, de la formación específica necesaria.
- En consonancia con dicha deficiencia, la inmensa mayoría manifestó la necesidad de disponer de herramientas formativas específicas y, por tanto, carecer de ellas en el momento actual.
- Sin embargo, existe un escaso reconocimiento del sistema formativo y asistencial hacia la figura y el papel del tutor, por cuanto que la inmensa mayoría manifiesta carecer de tiempo y/o remuneración específica.
- Por último, si bien la nueva normativa fortalece la figura del tutor atribuyendo nuevas y mayores responsabilidades, la ausencia de un representante de los tutores en la Comisión de la Especialidad se reconoce como un claro elemento discordante con la nueva situación planteada, que debería ser corregido.

Tabla 3. Hospitales/unidades docentes

- Edad media 45 ± 8 años
- Años de tutor:
 - Mediana: 3 años
 - Cuartiles: 2 y 6 años
 - El 50% llevan menos de 3 años de tutor
 - El 25% superaba los 6 años de tutor
- 86% varones
- 84% no tiene acreditación docente como tutor
- 92% no dispone de tiempo específico asignado como tutor
- 88% no recibe remuneración específica como tutor
- 47% ha realizado algún curso previo (acreditado o no) relacionado con sus funciones
- 90% manifiesta interés por un curso específico de formación para tutores organizado por la SEC
- 80% manifiesta interés por un curso acreditado
- 96% manifiesta interés por una reunión anual de tutores
- 93% manifiesta interés por la creación de un anuario
- 94% por la creación de un libro-guía para tutores
- 92% está de acuerdo en la conveniencia de que el tutor participe en la comisión de la especialidad

CONCLUSIONES

• Nos encontramos en un tiempo de cambio, con un aumento del número de plazas MIR ofertadas de cardiología y, de forma paralela, del número de unidades docentes y de la carga docente en las unidades.

• En los próximos años se mantendrá este incremento, tanto del número de MIR como de la carga docente por unidad, debido a la necesidad asistencial existente en el sistema sanitario.

• De acuerdo con la nueva normativa reguladora, los tutores tienen un papel principal en la formación MIR, ejerciendo como formadores y evaluadores.

• El incremento del número de tutores no ha sido paralelo al de residentes y se ha producido recientemente, a partir de la nueva normativa que establece la necesidad de un tutor por cada cinco residentes.

• El número de tutores se está incrementando rápidamente, pero existen claras deficiencias formativas en su función de tutor, careciendo en su mayoría de formación específica y de la consiguiente acreditación.

• El tutor reconoce sus carencias, pero también identifica claramente las del sistema, en especial la falta de tiempo específico asignado para desarrollar sus funciones.

• Por tanto, se hace necesario que las estructuras docentes y asistenciales reconozcan al tutor y sus funciones.

• Asimismo, deben ponerse en marcha herramientas formativas específicas para tutores que le acrediten en sus funciones.

- La participación del tutor en la Comisión de la Especialidad debería ser contemplada como un reconocimiento a su papel en la formación sanitaria especializada.
- Sólo desde estas premisas, el tutor puede llegar a ser pieza clave del engranaje del sistema de formación de nuevos residentes de cardiología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orden SCO/1259/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cardiología.
2. Orden SCO/2642/2008, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2008, para el acceso en el año 2009 a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, Psicólogos y Radio-físicos Hospitalarios.
3. Necesidad y disponibilidad de cardiólogos en España. Situación actual, prospectiva y recomendaciones de políticas de recursos humanos. Informe de investigación para la Sociedad Española de Cardiología. Grupo de Economía de la Salud. Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión. Universidad de Las Palmas de G.C. Marzo 2005.
4. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Capítulo 2

La formación de especialistas en ciencias de la salud en España. Marco normativo y principios fundamentales

M.^a Dolores Vicent García

Agencia Laín Entralgo
Área de Formación de Especialistas

INTRODUCCIÓN

Sin duda, el sistema de formación de especialistas en ciencias de la salud en España se encuentra en pleno proceso de revisión y actualización, y ello ha hecho que la figura del tutor de residentes tenga especial relevancia. La formación de los médicos especialistas en cardiología no es ajena a este proceso de renovación; por tanto, se enfrenta al gran reto que implica la introducción de las innovaciones necesarias para formar a los cardiólogos que la sociedad necesita, con las garantías de calidad que hoy se exigen a nivel internacional. Sólo con un fuerte liderazgo, en el que los tutores juegan un papel fundamental, será posible realizar los cambios necesarios.

La exigencia sobre el desempeño del tutor es mayor que nunca. Por ello, el ejercicio de la tutoría camina hacia la profesionalización y requiere una formación específica sobre el sistema de formación de especialistas, sobre metodología docente y evaluación del aprendizaje, entre otras materias ya incluidas en el nuevo programa de formación de cardiología.

Sin embargo, con mucha frecuencia los cardiólogos, al igual que otros especialistas en ciencias de la salud, deben iniciar su labor como tutores de residentes sin una formación previa sobre los diferentes aspectos de la misma, y deben conducirse guiados tan sólo por su intuición y por su experiencia personal como “residentes”. El tutor debe ser consciente de que dicha experiencia no siempre debe ser un modelo a imitar. Son muchos los tutores que han manifestado en distintos foros su falta de formación y, en ocasiones, su percepción de falta o inadecuación de la tutoría en su experiencia como residentes, fundamentalmente porque la misma se produjo en un momento histórico diferente y, con toda probabilidad, el contexto, las normas y el enfoque educativo eran diferentes y, por tanto, el modo de desarrollar la tutoría que experimentó no

Tabla 1. Normativa básica para el manual del tutor

- 2003: Ley 44/03, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) (BOE 22 de noviembre de 2003)
 - 2006: Real Decreto 1146/06, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud (BOE 7 de octubre de 2006)
 - 2007: Orden SCO/1259, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de cardiología (BOE 8 de mayo de 2007)
 - 2008: Real Decreto 183/08, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (BOE 21 de febrero de 2008)
 - 2008: Orden SCO/581/08, de 22 de febrero, por la que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor (BOE 5 de marzo de 2008)
-

necesariamente coincide con el modelo de tutoría que se debe implantar en la actualidad, más acorde con los nuevos modelos de educación médica internacionales.

El objetivo de este tema es dar a conocer en unos casos o actualizar en otros los aspectos clave de la normativa que regula la formación de especialistas en ciencias de la salud, haciendo especial hincapié en la estructura docente que soporta el desarrollo de los programas formativos.

Podríamos definir el sistema de formación de especialistas como el conjunto de elementos (instituciones, profesionales, tecnología...) que intentan conseguir un propósito, que en este caso sería la formación de especialistas competentes, con una ordenación y unas reglas (normativa, convenios...) de funcionamiento. Se parte de la premisa de que un mayor conocimiento del sistema formativo de los especialistas en ciencias de la salud debe ser el primer paso en la formación del tutor. Dicho conocimiento va a ser de gran ayuda para el tutor, puesto que le va a permitir utilizar las instituciones, los recursos, la legislación, los órganos docentes, etc., como herramientas o instrumentos para el desempeño de su labor y, por tanto, va a favorecer el desarrollo de la tutoría de una manera más efectiva y eficiente.

El capítulo se ha estructurado de modo que, tras realizar una breve introducción de las principales normas que debe conocer el tutor (**Tabla 1**), se realiza una exposición de algunos de los aspectos más relevantes que han sido incorporados o modificados en dichas normas (funciones de las profesiones sanitarias, objeto y características de la formación de especialistas, estructura docente: unidades docentes, jefatura de estudios, comisión de docencia y tutor).

ACTUALIZACIÓN NORMATIVA DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD EN ESPAÑA

Aunque existe un amplio consenso sobre la afirmación de que el sistema de formación de especialistas por el sistema de residencia ha sido clave en la mejora de la

calidad de la formación de los médicos especialistas y de la asistencia sanitaria en España⁽¹⁾, no es menos cierto que era necesaria una actualización transcurridos 25 años desde la publicación del Real Decreto 127/1984, por el que se regulaba la obtención del título de médico especialista⁽²⁾, la principal normativa vigente para la formación de médicos especialistas hasta hace muy poco.

La primera década de este siglo es la década de la renovación de la formación de especialistas, en la cual se producen importantes cambios en el sistema sanitario y se publican leyes especialmente relevantes, como la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en el año 2003.

En ese mismo año 2003, se aprueba la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS)⁽³⁾, que constituye un hito en la formación de especialistas y debe ser conocida por todos los profesionales sanitarios, especialmente aquellos que son tutores. En ella se establecen los principios fundamentales que deben regir la formación de los profesionales y el ejercicio de las profesiones sanitarias. Esta ley dedica una parte importante de su articulado a la regulación de la formación de especialistas en ciencias de la salud, iniciando el proceso de actualización y reforma de su sistema de formación. También en el año 2003 se pone en marcha el proceso de renovación de los programas formativos, que a partir de ese momento se publican en el BOE, lo que permite un mayor conocimiento de los mismos por parte de los residentes y de todos los implicados. Además, se publica el Real Decreto sobre especialidades de enfermería, que crea cinco nuevas especialidades (geriátrica, pediátrica, cuidados médico-quirúrgicos y enfermería comunitaria), además de las dos existentes (matronas y salud mental)⁽⁴⁾.

El siguiente paso es la publicación del Real Decreto 1146/2006, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud⁽⁵⁾. Este RD establece un marco general y homogéneo para garantizar programas formativos similares en todo el Estado, define los derechos y deberes comunes a todos los residentes y regula los criterios para el establecimiento de sus retribuciones.

En el año 2007 se aprueba y publica el nuevo programa de la especialidad de cardiología⁽⁶⁾, que introduce importantes modificaciones acordes con los cambios generales en desarrollo.

Posteriormente, en el año 2008, se publican dos normas especialmente relevantes, el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada⁽⁷⁾, y la Orden SCO/581/2008 de 22 de febrero, por la que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor⁽⁸⁾. El citado Real Decreto 183/2008 es una norma fundamental que todos los tutores deben conocer, y cuyo desarrollo debe realizarse por parte de las comunidades autónomas. Este RD intenta responder a algunos retos planteados en la formación de médicos y otros especialistas en ciencias de la salud:

- Desarrollar un marco general que permita proseguir con la modernización del sistema diseñado en la LOPS, como por ejemplo la regulación pendiente de la troncalidad, la modificación de las pruebas de acceso y las áreas de capacitación específica, por mencionar las más importantes.

- Sistematizar el modelo, para lo cual se ha realizado un esfuerzo de definición o redefinición de los elementos del sistema, estableciendo conceptos unitarios (definición de unidad docente, de centro sanitario docente...).
- Potenciar las estructuras docentes, mejorando los aspectos organizativos y docente-asistenciales que inciden en el proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, como las figuras del jefe de estudios y el tutor, la comisión de docencia, etc.
- Garantizar un alto nivel de calidad científico-técnica de la formación de los especialistas, para lo cual dedica una parte importante del articulado a la evaluación de residentes, así como a la evaluación y control de calidad de las estructuras docentes, manteniendo la equidad y mejorando la eficiencia.

FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

La Ley de ordenación de las profesiones sanitarias define lo que considera profesión sanitaria (artículo 2), establece los principios del ejercicio de las mismas y las funciones que debe realizar (título I), que con carácter general son las siguientes:

- Asistencia
- Investigación
- Docencia
- Gestión clínica
- Prevención
- Información
- Educación sanitaria

Al tutor le conviene tener ideas claras respecto a las funciones que todo profesional sanitario, por serlo y por ejercer su profesión, debe realizar, sobre todo de cara a la planificación de las actividades docentes, en la que todos los profesionales deben colaborar, sean o no tutores.

La gestión clínica entre las funciones del cardiólogo

Entre las funciones de los profesionales, se ha estimado conveniente dedicar especial atención a la función de gestión clínica, ya que se realiza por muchos profesionales, entre ellos los tutores, aunque a menudo de modo poco consciente o sin tener el necesario conocimiento de ello, a pesar de la normativa existente y de que se encuentra en el programa de formación de cardiología como una formación que debe recibir el residente y que, por tanto, debe tener el tutor.

La LOPS, en su artículo 10.2, establece que “[...] tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a [...] **tutorías y organización de la formación especializada**, continua, y las de participación en los comités internos [nota: como la comisión de docencia] o proyectos institucionales [...] dirigidos a asegurar la calidad, seguridad, eficacia...”.

Podemos definir las funciones de gestión clínica del tutor de residentes como el conjunto de prácticas de gestión dirigidas a establecer un marco organizativo óptimo, que permita asegurar la calidad de la formación de los especialistas para garantizar

la calidad de los servicios sanitarios para los pacientes a través del desarrollo de buenas prácticas profesionales, incluidas las de los residentes especialistas en formación (adaptado de L. Ruiz)⁽⁹⁾.

Asimismo, la LOPS establece que para el desarrollo de las funciones de gestión clínica será necesario el establecimiento de un sistema de acceso que permita ocupar plazas o puestos en el que se desarrollen dichas funciones y que éstas deben estar sometidas a una evaluación del desempeño y de los resultados con carácter periódico (lo que dará lugar a la confirmación en el puesto o remoción), además de ser reconocidas e incentivadas. Con posterioridad a la LOPS y tras la publicación del Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero y la Orden SCO/581/2008 de 22 de febrero, se están poniendo en marcha en las distintas comunidades autónomas los procedimientos para la acreditación de los tutores (nueva condición para ser nombrado tutor), así como para su reconocimiento e incentivación.

OBJETO DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD

El objeto de la formación médica especializada, tal como se establece en la normativa vigente, es:

- “Dotar a los profesionales de los **conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes** propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma” (LOPS, artículo 15.2).

- “La adquisición por parte del especialista en formación de las **competencias profesionales** propias de la especialidad que está cursando” (RD 183/2008, artículo 1).

En este contexto, entendemos que la “competencia profesional es la **aptitud** del profesional sanitario para **integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes** asociados a las **buenas prácticas** de su profesión para **resolver los problemas** que le plantean” (Ley 16 de cohesión y calidad del SNS, artículo 42)⁽¹⁰⁾.

CARACTERÍSTICAS DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS POR EL SISTEMA DE RESIDENCIA

La formación de especialistas en España se realiza por el sistema de residencia (LOPS, artículo 20), que se basa en el aprendizaje a partir de una exposición precoz al medio de trabajo, por medio de una relación laboral especial en la que se obtiene un salario, al tiempo que se desarrollan los programas de formación teórica y práctica.

La actividad de los residentes será planificada, programada y supervisada, debe reflejarse en el libro del residente y debe ser evaluada según las normas que se determinen. Además, la residencia es incompatible con otra actividad profesional. También es incompatible con cualquier otra actividad formativa, salvo que se realice fuera del horario laboral (modificación del artículo 20 de la LOPS en la disposición adicional segunda de la Ley Orgánica 4/2007 de Universidades)⁽¹¹⁾. La duración de la residencia

será de uno a cinco años según la especialidad (cinco años la especialidad de cardiología) y teniendo en cuenta las normas comunitarias.

ESTRUCTURA LOCAL DEL SISTEMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS

Para desarrollar la formación de especialistas se ha diseñado una estructura de apoyo a la docencia a nivel nacional, regional y local. La estructura local, de la que forma parte el tutor, se conforma a partir de:

- Centros y unidades docentes acreditados.
- Jefe de estudios (hospital, unidades docentes...)
- Comisiones de docencia (hospital, unidades docentes...)
- Tutores
- Otras figuras que puedan establecer las comunidades autónomas: subdirecciones de docencia, jefe de residentes...

Unidades docentes

Es importante que el tutor conozca los recursos con los que cuenta la unidad docente para conocer su “territorio” a la hora de planificar las actividades. La evolución del sistema asistencial y de los programas formativos hacen necesaria una nueva definición de lo que se entiende por unidad docente. La identificación de la unidad docente con el servicio hospitalario no es válida ni siquiera para las especialidades tradicionalmente consideradas como hospitalarias, ya que la unidad docente contiene también los recursos de los diferentes servicios por los que rota el residente (**Figura 1**). Hoy por hoy, dada la evolución y complejidad de los programas formativos de los residentes, es necesaria una definición que permita la incorporación de otro tipo de instituciones u organismos, además de los hospitales, necesarios para el correcto desarrollo de los programas y el aumento de la capacidad docente del país.

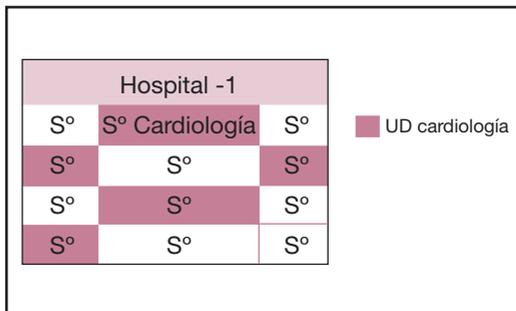


Figura 1. Unidad docente de cardiología.

Por ello, el RD 183/2008, en su artículo 4, define la unidad docente como: **“Conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en ciencias**

de la salud por el sistema de residencia, de acuerdo a lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades”.

Esta definición permite una gran flexibilidad en la configuración de las unidades docentes al permitir asociaciones, consorcios, etc., y eliminar algunas de las limitaciones existentes con anterioridad para su constitución (**Figura 2**).

Unidades docentes “asociadas”

Con los cambios en el programa formativo, es posible que se necesite complementar los recursos de la unidad docente incorporando algún dispositivo de otro centro, mediante un acuerdo de colaboración y la correspondiente solicitud de acreditación de una unidad asociada o incremento de dispositivos. Esta “asociación” permitirá que los residentes completen rotaciones que de otro modo deberían realizarse como rotaciones externas. Además, puede favorecer que hospitales de reducido tamaño, que por sí mismos no podrían alcanzar la acreditación docente, puedan acreditar nuevas plazas como unidad docente asociada (**Figura 2**).

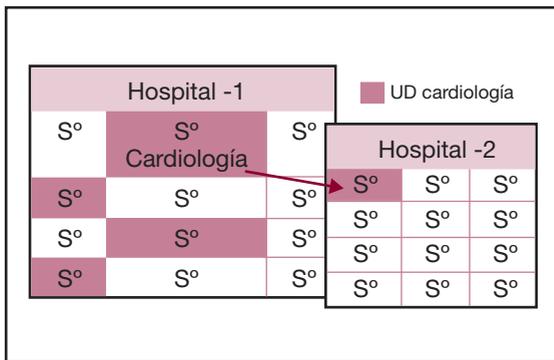


Figura 2. Unidad docente “asociada”.

Acreditación de unidades docentes

En muchas ocasiones el tutor debe participar en la realización de las memorias y demás documentos para la acreditación de la unidad docente, de nuevas plazas, la incorporación de nuevos dispositivos o la reacreditación de la unidad docente. Por ello se estima necesario que el tutor tenga unas nociones básicas al respecto. Así pues, la acreditación para la formación de especialistas en ciencias de la salud se realiza por el Ministerio de Sanidad y Política Social, con sujeción a requisitos básicos de los centros y específicos de las especialidades, a instancia de la entidad titular del centro, previos informes de la comisión de docencia del centro, el órgano responsable de la formación especializada de la comunidad autónoma y la Agencia de Calidad del SNS. La des acreditación se efectúa siguiendo el mismo procedimiento. Además, cada comunidad autónoma debe tener establecido el proceso, formularios, etc., para realizar las solicitudes.

Oferta de plazas para la formación de médicos especialistas

Las unidades docentes solo podrán ofertar las plazas para la formación de especialistas que estén previamente acreditadas. La oferta de plazas que se publica anualmente en el BOE y se fija por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (CRRHH del SNS), previos informes del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y del Ministerio de Educación, atendiendo a:

- Propuestas de las comunidades autónomas.
- Necesidades de especialistas del sistema sanitario.
- Disponibilidades presupuestarias.

En la última convocatoria anual (BOE de 19 de septiembre de 2008)⁽¹²⁾ (**Tabla 2**) se ofertaron 151 plazas para la formación de cardiólogos en todo el país, siendo las comu-

Tabla 2. Oferta de plazas de cardiología convocatoria 2008-2009

• Andalucía: 27	• Illes Baleares: 2
• Aragón: 5	• La Rioja: 0
• Asturias: 4	• Madrid: 28
• Canarias: 9	• Murcia: 5
• Cantabria: 2	• Navarra: 2
• Castilla-La Mancha: 7	• País Vasco: 7
• Castilla y León: 9	• Valencia: 13
• Cataluña: 21	• Ceuta: 0
• Extremadura: 3	• Melilla: 0
• Galicia: 7	• TOTAL: 151

nidades de Madrid, Andalucía, Cataluña y Valencia las que disponían de mayor capacidad docente.

Control de calidad

Tal como se comentó con anterioridad, una de las principales apuestas en la formación de especialistas es la mejora de la calidad de los procesos y de los resultados obtenidos. Por ello, el RD 183/2008 regula el procedimiento de evaluación de especialistas, introduciendo importantes novedades (artículos 16 a 28), así como la evaluación y control de calidad de la estructura

docente (artículo 29). Respecto a este último aspecto, el RD básicamente señala que:

- Las unidades docentes se someterán a medidas de control de calidad y evaluación para comprobar la adecuación a los requisitos de acreditación, la correcta impartición de los programas formativos y el cumplimiento de la normativa en materia de formación especializada.

- Las comisiones de docencia del centro deben elaborar un plan de gestión de la calidad.

- La Agencia de Calidad del SNS coordinará las auditorías, informes y propuestas necesarios para acreditar las unidades docentes y para evaluar, en el marco del Plan de Calidad para el SNS y del Plan Anual de Auditorías Docentes, el funcionamiento y calidad del sistema de formación.

Es indudable la importancia de la actividad y responsabilidad del tutor en relación con la garantía de la calidad de la formación de los residentes (comenzando por la elaboración de la guía o itinerario formativo tipo y el plan de formación individual), por lo que éste debe conocer las condiciones de acreditación de la unidad docente en la que ejerce su labor y la normativa señalada, para identificar correctamente su responsabilidad y las acciones que debe realizar. También es altamente recomendable que tenga formación sobre gestión de la calidad.

Jefe de estudios

En cada centro hospitalario acreditado para la docencia se nombrará un jefe de estudios, al que corresponde la dirección de las actividades de planificación, organización, gestión y supervisión de la docencia. El jefe de estudios presidirá la comisión de docencia del centro y debe liderar la docencia del centro, para que tanto los tutores como la comisión de docencia y el resto de profesionales implicados desarrollen adecuadamente sus funciones.

El jefe de estudios debe ser referente y apoyo de los tutores bajo su dirección. Por ello los tutores deben mantener un contacto continuado con el jefe de estudios, para

la definición de criterios básicos para la elaboración de las guías, establecimiento de líneas de actuación, etc., así como para consulta y asesoría sobre distintos temas.

Comisión de docencia

Tal como establece el RD 183/2008, la comisión de docencia es el órgano colegiado responsable de organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de objetivos de los programas formativos. Asimismo, corresponde a la comisión de docencia facilitar la integración de las actividades formativas de los residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro, planificando su actividad profesional conjuntamente con los órganos de dirección.

Composición de la comisión de docencia

Corresponde a las comunidades autónomas, dentro de los criterios comunes fijados por la CRRHH del SNS, determinar la dependencia funcional, composición y funciones de las comisiones de docencia. Con carácter general, la presidencia recaerá sobre el jefe de estudios.

Habrà un amplia representación de tutores y residentes atendiendo al número, titulación y naturaleza de las especialidades y al número de residentes. También debe formar parte de la comisión de docencia al menos un vocal de las distintas titulaciones que participen en la formación de residentes en el centro, un representante de la comunidad autónoma designado por el órgano con competencias en formación especializada y otro en representación del órgano de dirección coordinador de la infraestructura asistencial de que se trate.

La coordinación entre niveles asistenciales se garantizará mediante la incorporación del jefe de estudios y dos residentes del otro nivel. Además de un secretario, en los centros que formen especialistas de enfermería se creará una subcomisión específica de enfermería, cuyo presidente será vocal nato de la comisión de docencia. El total de vocales no podrá ser superior a veinte.

Funciones de la comisión de docencia

Además de las que ya se venían realizando sobre organización y gestión de actividades y control del cumplimiento de los objetivos de los programas, etc., se añaden otras funciones establecidas en la Orden SCO/ 581/2008:

1. Aprobar la guía o itinerario formativo tipo.
2. Garantizar el plan individual de formación.
3. Aprobar el plan de gestión de la calidad docente.
4. Elaborar el protocolo de supervisión de los residentes.
5. Aprobar y fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, etc.
6. Facilitar la formación de los tutores en metodologías docentes.
7. Participar en la acreditación y reacreditación de tutores.
8. Procurar las condiciones necesarias para la formación.
9. Proponer las medidas para que la comisión de docencia y los tutores dispongan de los medios necesarios para desarrollar su labor.

10. Facilitar la coordinación docente entre niveles asistenciales.
11. Proponer auditorias docentes.
12. Informar sobre la capacidad docente (oferta de plazas) del centro o unidad docente.
13. Remitir al Registro Nacional de Especialistas en Formación los resultados de las evaluaciones.
14. Comunicar por escrito dónde se publicarán los avisos o resoluciones de la misma.
15. Procurar una adecuada coordinación entre las enseñanzas de grado y de posgrado.
16. Cuantas les asignen las comunidades autónomas y otras normas sobre la formación de especialistas.

Conviene destacar que las funciones 1 a 5 requieren elaboraciones previas de los tutores. Asimismo, el tutor debe conocer el resto de las funciones de la comisión de docencia, especialmente de la 6 a la 10, ya que éstas son funciones de apoyo a los tutores. Por todo ello, los tutores deben implicarse en propiciar y vigilar el buen funcionamiento de las comisiones de docencia.

Tutor

El tutor es el elemento clave de la estructura docente en la formación de especialistas. En múltiples ocasiones se ha puesto de manifiesto la ambigüedad existente respecto a la responsabilidad de los tutores, jefes de servicio, staff, etc., en el desarrollo del programa formativo. A partir de la publicación del RD 183/2008 queda claro que el tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, y por ello debe mantener un contacto continuo y estructurado, con independencia del dispositivo donde esté formándose el residente.

Las principales funciones del tutor son “planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente” (RD 183/2008, artículo 11.2).

El tutor debe estar acreditado para su nombramiento como tal. Asimismo, se recomienda que, salvo causas justificadas, el tutor sea el mismo durante toda la residencia (tutorización continua) y que no tenga más de cinco residentes a su cargo.

RESUMEN

En el presente capítulo se ha realizado una exposición de los aspectos clave de la normativa que regula la formación de especialistas en ciencias de la salud y la estructura docente que soporta el desarrollo de los programas formativos, haciendo especial hincapié en los aspectos que debe conocer el tutor por su implicación o responsabilidad. Todo ello, bajo la hipótesis de que un mayor conocimiento de dichos aspectos por parte del tutor puede ser de gran ayuda para el desarrollo de su labor, lo que redundará en una disminución de la presión que habitualmente soportan los tutores, como resultado de su integración en la “comunidad docente” del hospital y, en definitiva, en el aumento de su satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cosin Aguilar J. La formación de especialistas en cardiología en España. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 159-62.
2. Real Decreto por el que se regula la obtención del título de especialidades. RD nº 127 (11 de enero de 1984).
3. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. L. nº 44 (21 de noviembre de 2003).
4. Real Decreto sobre especialidades de enfermería. RD nº 450 (22 de abril de 2005).
5. Real Decreto por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. RD nº 1146 (6 de octubre de 2006).
6. Orden por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cardiología. O. SCO nº 1259 (13 de abril de 2007).
7. Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. RD nº 183 (8 de febrero de 2008).
8. Orden por la que se publica el acuerdo de la Comisión Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor. O. SCO nº 581 (22 de febrero de 2008).
9. Ruiz Iglesias L. Claves para la gestión clínica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p. xviii.
10. Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. L. nº 16 (28 de mayo de 2003).
11. Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. LO. 4 (12 de abril de 2007).
12. Orden por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2008 para el acceso en el año 2009 a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, Psicólogos y Radiofísicos Hospitalarios. O. SCO nº 2643 (15 de septiembre de 2008).

Capítulo 3

El tutor de la especialidad de cardiología: funciones, designación y reconocimiento

M.^a Dolores Vicent García

Agencia Laín Entralgo
Área de Formación de Especialistas

INTRODUCCIÓN

La evolución que ha seguido el sistema de formación de especialistas en España, cuyo método de enseñanza se basa en la práctica supervisada con un ascunción progresiva de responsabilidades profesionales durante la realización de la residencia⁽¹⁾ y, por tanto, en la individualización del aprendizaje, ha hecho que el tutor se convierta en un elemento esencial del proceso de formación de los residentes⁽²⁾.

A pesar de ello, son muchos los especialistas que deben asumir la tutoría de los residentes de su unidad docente, contando tan sólo con su buena voluntad, su experiencia como residente y su intuición, sin tener una idea clara de qué es un tutor y con muchas cuestiones que requieren una respuesta, como, por ejemplo, ¿cuál es su responsabilidad?, ¿qué se espera de él?, o ¿qué actividades debe realizar para desarrollar su labor?

No obstante, si bien es cierta la situación descrita, también es evidente que hoy en día la tutoría está evolucionando desde el voluntarismo a la profesionalización y las sociedades profesionales⁽³⁾, y las distintas administraciones están adoptando medidas para mejorar las condiciones de la labor del tutor, tal como se aprecia tras la publicación de la reciente normativa (Real Decreto 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada⁽⁴⁾, y Orden SCO/581/2008, por la que se publica el acuerdo de la Comisión Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor⁽⁵⁾), en la que se regula nuevamente la figura del tutor y se establecen los principios que deben regir su designación, su desempeño y reconocimiento.

El objeto de este texto es contribuir a la formación y/o actualización de los tutores de cardiología, proporcionando a quienes se les ha asignado la responsabilidad de desarrollar la tutoría de residentes en formación o a quienes desean asumirla próximamente algunas respuestas a las cuestiones planteadas, con el fin de intentar identificar cuál es su misión, cuáles son sus funciones y actividades, cómo se debe realizar su designación y reconocimiento, tal como se ha establecido en España.

CONCEPTO Y MISIÓN DEL TUTOR

Resulta difícil llegar a una definición del concepto de *tutor* si no es a través de la descripción de su misión. El Diccionario de Uso del Español María Moliner define al tutor como “la persona a quien está encomendado el cuidado de otra no capaz o incapacitada por la ley para administrarse a sí misma”, y destaca los términos *guía*, *protector* y *defensor* como parte del ejercicio del tutor sobre su pupilo⁽⁶⁾.

El Real Decreto 183/2008, en su artículo 11, define al tutor como “**el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la MISIÓN de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate**”, en este caso del programa oficial de cardiología.

Esta sencilla definición recoge aspectos novedosos y especialmente ilustrativos sobre el tutor y su labor. Por ello, se estima interesante hacer hincapié en los mismos:

- En primer lugar, se señala que el **tutor debe ser un profesional en activo**, con todo lo que ello implica, respecto al ejercicio profesional global. El tutor plenamente activo gana legitimidad frente al residente; además, le permite valorar con conocimiento de la realidad las dificultades que pueden surgir en el contexto en el que se desarrolla la formación.

- En segundo lugar, establece que el **tutor debe estar acreditado como tal** y, por tanto, éste debe prepararse para acreditarse formalmente.

- En tercer lugar, describe la **misión del tutor**, mencionando explícitamente la función de **planificación y su colaboración activa en el aprendizaje del residente**, que incluiría tanto la gestión, coordinación, etc., como la docencia directa. Queda claramente reflejado que la labor del tutor no está centrada en la “enseñanza” del residente (se puede enseñar al residente, pero éste puede no aprender), sino en su “aprendizaje”, que va más allá, puesto que supone una mayor implicación del tutor en el resultado del proceso formativo –en este caso de la residencia– para la consecución de los objetivos de aprendizaje a alcanzar, y exige una planificación específica del programa oficial de la especialidad, centrada en las necesidades de *cada* residente (plan individual de formación), una supervisión y una evaluación del aprendizaje.

- En cuarto lugar, describe que el **aprendizaje del residente incluye no sólo los conocimientos y las habilidades, sino también de las actitudes**, aspecto éste bastante olvidado a pesar de que, en general, los programas oficiales de especialidad recogen los valores y actitudes que deben caracterizar a los profesionales, entre los cuales destaca el tratamiento que de este tema hace el programa de cardiología^(7,8), donde se recogen principios del nuevo ideario del profesionalismo^(9,10) y del que el tutor debe ser plenamente conocedor, dado su rol de “modelo y guía” del residente.

• Por último, se destaca la importancia de la **labor del tutor en la garantía del cumplimiento del programa formativo**. Ello exige, en muchos casos, un cambio en el modo de planificar la docencia, que debe centrarse en el programa (objetivos, actividades...), y no tanto en los lugares de rotación de los que dispone la unidad docente. En otras palabras, la formación del residente no puede reducirse a una lista de lugares de rotación y de sesiones clínicas a realizar, ya que supone una simplificación excesiva del programa y una pérdida importante de la calidad de la formación del residente, que debe tener como modelo a seguir el programa oficial de la especialidad.

A modo de síntesis de lo anteriormente expuesto, se podría afirmar que la misión del tutor de cardiología es colaborar activamente, con todos los recursos a su disposición, en el logro de la capacitación final del médico residente de cardiología, para que al finalizar su ciclo formativo alcance “un nivel de habilidades y destrezas que le permitan estar capacitado para desarrollar una actividad profesional en plena competencia”, tal como se expresa en el programa oficial de la especialidad (apartado 8.6).

FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL TUTOR

Al preguntar a los tutores cómo definirían sus funciones, a menudo recurren a expresiones que demuestran una concepción bastante acertada: guía, gestor, coordinador, supervisor, orientador, instructor, consultor, defensor, modelo, etc. Todos estos términos recogen distintos aspectos de la función de tutor que básicamente podrían resumirse en tres dimensiones: la de gestor de programa, la docente y la de apoyo emocional al residente.

Las principales funciones que el tutor debe realizar, tal como las define el Real Decreto 138/2008, en el artículo 11.2, son “... las de PLANIFICAR, GESTIONAR, SUPERVISAR y EVALUAR todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente”.

Del análisis del párrafo anterior se desprenden algunas conclusiones que conviene comentar. En primer lugar, destacar de entre las cuatro funciones descritas que se desarrollan brevemente en la **Tabla 1** la de **planificación**, que es una de las que requieren mayor dedicación por parte de los tutores, como se ha señalado anteriormente. No es adecuado dejar el aprendizaje al azar, confiando en que las estancias formativas en los distintos puntos de rotación serán suficientes para que el residente alcance las competencias necesarias. En segundo lugar, es interesante resaltar el mensaje de **flexibilidad** que debe existir en el desarrollo de las funciones del tutor, especialmente en la planificación y gestión del programa, para que éste pueda introducir las modificaciones que considere necesarias para la mejora, partiendo de la **evaluación del aprendizaje del residente y de la propia práctica de la tutoría**. En tercer lugar, mencionar el énfasis realizado en el **autoaprendizaje**⁽¹¹⁾ como **método docente** basado en el estudio personal del residente, que debe ser inducido, en muchas ocasiones, por el tutor (petición de presentación de sesiones, casos...). Finalmente, destacar la importancia que se otorga al tutor en el impulso de la **adquisición de la capacidad investigadora del residente**⁽¹²⁾.

Tabla 1. Principales funciones del tutor

Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades formativas • Establecer los objetivos en términos de competencias que se deben alcanzar • Adaptar el programa oficial de la especialidad al contexto educativo (guía o itinerario formativo tipo) y a las necesidades individuales (plan de formación individual) • Organizar los contenidos del programa y las actividades
Gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar el programa docente • Gestión técnico-administrativa del programa • Promover el entorno educativo adecuado (recursos, clima...) • Ejercer la autoridad (gestión de conflictos...)
Supervisión	<ul style="list-style-type: none"> • Delegar actividades en función del nivel de habilidad y responsabilidad (compartir la responsabilidad con el residente) • Orientar y ayudar al residente en la realización de determinadas tareas o metas a conseguir • Asegurar que la actividad del residente se realiza dentro de los criterios técnicos y éticos del centro
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación formativa (proporcionar el <i>feedback</i>⁽¹²⁾ al residente...) • Evaluación sumativa anual y final (calificar su competencia)

Es importante señalar que las funciones de tutoría, organización de la formación especializada y participación en comités internos, como la comisión de docencia, tienen la consideración de **funciones de gestión clínica**. Podemos definir las funciones de gestión clínica del tutor de residentes como el conjunto de prácticas de gestión dirigidas a establecer un marco organizativo óptimo, que permita asegurar la calidad de la formación de los especialistas para garantizar la calidad de los servicios sanitarios para los pacientes a través del desarrollo de buenas prácticas profesionales, incluidas las de los residentes especialistas en formación (adaptado de L. Ruiz⁽¹³⁾) (LOPS, artículo 10.2). Para el desarrollo de las funciones de gestión clínica será necesario el establecimiento de un sistema de acceso, de evaluación del desempeño, reconocimiento e incentivación. Tras la publicación del Real Decreto 183/2008 y la Orden SCO/581/2008, se están poniendo en marcha en las distintas comunidades autónomas los procedimientos para la acreditación de los tutores, la evaluación del desempeño e incentivación de los mismos.

Desde una perspectiva pedagógica y humanista, siguiendo la propuesta de Miguel Ángel Santos Guerra⁽¹⁴⁾, las funciones del tutor se pueden clasificar en tres grupos: las relacionadas con el conocimiento y las destrezas profesionales, las referentes a la forma de ser y de estar en la profesión y las relacionadas con su condición de profesional que trabaja en una institución. A continuación se presenta un breve resumen, en el que se han recogido tan sólo aquellas funciones que complementan a las anteriormente expuestas, con el fin de evitar redundancias:

- a) Funciones relativas al conocimiento y las destrezas profesionales.
 - Provoca el deseo de saber.

- Ayuda a que el residente sea un aprendiz crónico y autónomo.
 - Guía en la búsqueda de conocimiento.
 - Ayuda a formular preguntas.
 - Aprende con y del residente.
- b) Funciones referentes a la forma de ser y de estar en la profesión.
- Sirve de referente profesional.
 - Anima en la dificultad.
 - Despierta compromiso e ilusión profesional.
 - Impulsa a la mejora del ejercicio profesional.
 - Cultiva la vivencia ética de la profesión.
- c) Funciones relacionadas con su condición de profesional que trabaja en una institución.
- Se integra en un equipo de profesionales con los que colabora, comparte y se relaciona personal y profesionalmente.
 - Recaba y exige de las autoridades las condiciones necesarias para cumplir su tarea docente.
 - Contribuye a generar buen clima institucional hacia la función tutorial.
 - Convierte la experiencia tutorial en una fuente de sabiduría y de optimismo.
- Además de las funciones descritas, se ha realizado un **resumen de las principales actividades** que debe realizar el tutor, y que se concretan en la producción de determinados documentos y/o en la participación directa del mismo en determinadas fases del proceso de formación del residente (**Tabla 2**).

TUTORÍA CONTINUA

“El tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantendrá con éste un contacto continuo y estructurado, cualquiera que sea el dispositivo de la unidad docente en el que se desarrolle el proceso formativo” (RD 183/2008, artículo 11.1).

Con esta norma se da por finalizado el debate existente en torno a la figura sobre la que recae la responsabilidad de la formación del residente, al tiempo que estable-

Tabla 2. Principales actividades del tutor

- Acogida del residente (orientación inicial...)
 - Elaboración y propuesta de la guía o itinerario formativo tipo de la unidad docente
 - Elaboración del plan individual de formación del residente
 - Informe de propuesta de realización de rotaciones externas
 - Planificación de las actividades docentes (sesiones...)
 - Elaboración del protocolo supervisión
 - Entrevistas de supervisión tutor-residente
 - Entrevistas para la planificación y supervisión con otros tutores y colaboradores docentes
 - Realización de los informes de evaluación formativa
 - Evaluación anual y final
 - Otras
-

ce una de las bases sobre la que se asienta el concepto de “tutoría continua”, refuerza también al señalar que el tutor, salvo causa justificada, debe ser el mismo durante todo el periodo formativo.

Efectivamente, el modelo docente que se ha establecido prima la tutoría continua a lo largo de toda la residencia, frente a otros modelos existentes en la actualidad, en los que la tutoría se realiza de una forma fragmentada (tutor por cada año de residencia...). Es necesario que se realice un esfuerzo para que de modo progresivo se avance en la implantación de la tutoría continua con la designación de un tutor principal durante toda la residencia, sin perjuicio de que éste pueda contar con la colaboración de tutores de apoyo o colaboradores docentes.

La **tutoría continua** permite la asunción de las nuevas responsabilidades asignadas al tutor y facilita el establecimiento de una estrecha relación con el residente, de modo que permita al tutor tener una visión global y continuada del progreso del aprendizaje del residente.

La asunción de la responsabilidad sobre el proceso de aprendizaje del residente implica, sin duda alguna, el uso de la autoridad que el tutor, como gestor clínico, debe ejercer para la implantación de las acciones dirigidas al logro de los objetivos docentes, organizados de manera eficiente y efectiva.

Como se ha ido mostrando, la normativa actual refuerza desde diferentes perspectivas la figura del tutor, la define, provee a través de las comunidades autónomas recursos para su desarrollo, le otorga la consideración de función de gestión clínica y refuerza su autoridad en la organización sanitaria para el ejercicio de la tutoría continua. Una clara muestra de ello se refleja en el párrafo siguiente: “Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que integran las unidades acreditadas [...] **programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se formen en los mismos** a fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente [...]” (artículo 14, RD 183/2008).

Este artículo es de gran importancia e indica con claridad que la planificación en las organizaciones sanitarias acreditadas para la docencia no debe realizarse sin tener en cuenta la función docente y de producción de los especialistas del futuro (de la que los tutores son los principales responsables) y sin considerar adecuadamente al colectivo de especialistas en formación, que supone una parte relevante de los recursos humanos de los hospitales y otros centros sanitarios.

Asimismo, con objeto de favorecer el desarrollo de la tutoría continua, la norma establece que el tutor no debe tener más de cinco residentes a su cargo e insta a las comunidades autónomas a que adopten las medidas necesarias para que en el plazo de tres años (febrero de 2011) se hayan nombrado los tutores necesarios para cumplir con esta indicación.

RECURSOS PARA EL DESARROLLO DE LA TUTORIA

Hasta aquí se ha descrito la misión, funciones y actividades que deben desarrollar los tutores, las cuales reflejan los requerimientos que la normativa y el modelo de formación de especialistas les exige, lo que supone un aumento importante de su responsabilidad y carga laboral. Por ello, es imprescindible ofrecer al tutor herramientas e instrumentos

de soporte de la docencia, que están a su alcance y que le pueden ayudar a acometer tan importante tarea. Básicamente, para desarrollar su labor, el tutor cuenta con:

- El programa oficial de la especialidad.
- Los recursos de la unidad docente.
- La estructura de apoyo de la formación de especialistas (jefe de estudios, comisión de docencia, comité de evaluación) (ver **capítulo 2. La formación de especialistas en ciencias de la salud en España. Marco normativo y principios fundamentales**).
- Normas y protocolos.
- Actividades de apoyo al tutor realizadas por las sociedades científico-profesionales (SEC...).
- Oferta de formación específica para los tutores (del hospital, administración, sociedades científicas...).
- El tiempo y los recursos que deben facilitar las gerencias de los hospitales en base a las propuestas de las comisiones de docencia.
- La vocación y profesionalidad del tutor.

ACREDITACIÓN DEL TUTOR

Como se ha indicado anteriormente, el tutor debe acreditarse como tal. Además, las funciones de tutoría tienen la consideración de funciones de gestión clínica, y como tales deben ser evaluadas y reconocidas. Para ello, las comunidades autónomas deben desarrollar los procedimientos adecuados, teniendo en cuenta el perfil profesional que define el programa oficial de cada especialidad. En general, los procedimientos de acreditación iniciados en la actualidad establecen que el perfil del tutor debe reunir méritos en tres facetas fundamentales: la clínica, la docente y la investigadora.

Los tutores deben ser conscientes de la importancia de la acreditación y reacreditación, deben asimismo autoevaluarse y establecer su propio plan de desarrollo profesional, a fin de reforzar su formación, experiencia y/o resultados en los aspectos que lo requieran con el fin de acreditarse. Para ello, tienen que contar con el apoyo de la jefatura de estudios y de la comisión de docencia.

Además, las administraciones sanitarias, con el fin de contribuir a la mejora de la competencia clínica, docente e investigadora de los tutores y, en definitiva, de su plan de desarrollo profesional, deben favorecer su participación en las actividades de formación continuada, especialmente las relacionadas con:

- Conocimiento y habilidades en metodología docente.
- Técnicas de comunicación.
- Metodología de investigación.
- Gestión de la calidad.
- Motivación.
- Aspectos éticos de la profesión.
- Aspectos relacionados con los contenidos del programa de la especialidad.

En tanto se concluye la puesta en marcha por las comunidades autónomas de los distintos procedimientos de acreditación de tutores, éstos pueden autoevaluarse siguiendo unos criterios generales. A modo de guía, para realizar la autoevaluación se deberán tener en cuenta los factores siguientes:

- Experiencia profesional.
- Experiencia docente.
- Actividades de formación continuada.
- Actividad investigadora.
- Actividades de mejora de la calidad.
- Formación específica en metodología docente.
- Resultado de las evaluaciones de la calidad.

NOMBRAMIENTO DEL TUTOR

Siguiendo el criterio establecido por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema de Nacional de Salud, el nombramiento de los tutores “debe efectuarse por el órgano directivo de la entidad titular de la unidad docente, a propuesta de la comisión docencia y previo informe del jefe de la unidad asistencial de la especialidad correspondiente entre profesionales previamente acreditados, que presten servicios en los distintos dispositivos integrados en el centro o unidad docente y que ostenten el título de la especialidad” (artículo V, Orden SCO/581/2008).

El nombramiento del tutor debe ir acompañado de las medidas necesarias para que cuente con las condiciones adecuadas para realizar su labor (liberación de tiempos, reducción de la carga asistencial, disponibilidad de espacios adecuados y de materiales docentes...).

RECONOCIMIENTO E INCENTIVACIÓN DE LA LABOR DEL TUTOR

Las comunidades autónomas deben regular los sistemas de reconocimiento de la acción tutorial en los servicios de salud. Con carácter general, los tutores demandan el reconocimiento de la tutoría a través de la carrera profesional y son muchas las comunidades que ya la han puesto en marcha. La retribución directa a los tutores es una de las opciones más controvertidas, y en algunas comunidades autónomas los tutores se inclinan por otras medidas de compensación⁽¹⁵⁾, que en muchos casos no requieren la elaboración de complicadas normativas, ya que pueden ser fruto de acuerdos internos realizados con las gerencias de los centros. Algunas de estas medidas pueden ser:

- La liberación de tiempos y disminución de la carga asistencial, que suele ser la preferida de los tutores.
- La modificación de los baremos de méritos para el acceso a determinadas plazas, puestos asistenciales e incluso para las plazas de profesor universitario.
- El apoyo para la realización del plan de desarrollo profesional del tutor, la preferencia para la asistencia a congresos, cursos, etc., y la concesión de ayudas económicas para los viajes.
- Preferencia para la obtención de plaza de aparcamiento en el centro de trabajo, pases de restaurante en los hospitales...
- La productividad variable vinculada a la consecución de objetivos.
- Concesión de premios, inclusión en los medios de comunicación del hospital y otras medidas que contribuyan a la mejora del prestigio del tutor.

Además de las medidas citadas anteriormente, es necesario seguir explorando desde los centros otras acciones que permitan incentivar al tutor a través de las retribu-

ciones, beneficios de distinta naturaleza, clima laboral, formación y desarrollo profesional, contando con las comisiones de docencia, que deben elaborar planes anuales de necesidades.

CONCLUSIONES

El tutor es ante todo un modelo para el residente, tanto en el campo asistencial como en el docente e investigador. No basta con ser un buen cardiólogo para ser tutor; además es necesario tener un amplio conocimiento de la misión y las funciones de la tutoría y reforzar la formación desde el punto de vista educativo, para desarrollar las actividades de un modo adecuado y obtener la acreditación necesaria. Para ello, es imprescindible desarrollar los mecanismos de reconocimiento e incentivación que ya tienen un respaldo legal, y que deben ponerse en práctica en los centros con el fin de mejorar las condiciones en las que se desarrolla la tutoría y ofrecer a los tutores una justa compensación por su dedicación y esfuerzo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. L. nº 44 (21 de noviembre de 2003).
2. Orden por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de los Médicos y Farmacéuticos especialistas. O. SCO nº 15886 (22 de junio de 1995).
3. Sociedad Española de Cardiología. La Sociedad Española de Cardiología y los tutores de Cardiología: Informe y Propuesta de Relación. Comité de Tutores SEC. Madrid; 2005.
4. Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. RD. nº 183 (8 de febrero de 2008).
5. Orden por la que se publica el acuerdo de la Comisión Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor. O. SCO nº 581 (22 de febrero de 2008).
6. Moliner M. Diccionario del Uso del Español. Madrid: Gredos; 1988.
7. Orden por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cardiología. O. SCO nº 1259 (13 de abril de 2007).
8. Cosín J, Plaza L, Martín R, Zarco P, López V, Cortina A, et al. Guía de formación del especialista en cardiología en España. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53 (2): 212-7.
9. Fundación Educación Médica, Pardell Alentá H. El médico del futuro. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2009.
10. American Board of Internal Medicine. Project Professionalism. Philadelphia, PA: ABIM; 2000.
11. Ricarte-Díez JI, Martínez Carretero JM. Formación del residente desde su abordaje como adulto. *EDUC MED* 2008; 11(3): 131-8.
12. Fornells JM, Julià X, Arnau J, Martibez Carretero JM. Feedback en educación médica. *EDUC MED*; 2008; 11 (1): 7-12.
13. Ruiz Iglesias L. Claves para la gestión clínica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p. xviii.
14. Santos Guerra MA. El buscador de manantiales. Perfil del tutor de Medicina. En: Cabero L (ed.). Manual para tutores de MIR. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 49-72.

15. Álvarez JA, Vicent MD, Salamanca JM, Pérez F, Carrasco M. El tutor y la tutoría en el proceso de la formación de especialistas sanitarios en la Comunidad de Madrid. EDUC MED 2003; 6 (2): 100-11.

La planificación de la formación del residente de cardiología: guía o itinerario formativo tipo y plan de formación individual

M.^a Dolores Vicent García

Agencia Laín Entralgo
Área de Formación de Especialistas

INTRODUCCIÓN

El programa oficial de la especialidad de cardiología (POEC)⁽¹⁾ constituye la base fundamental para la formación de los cardiólogos en España. En el POEC se recogen los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales que deben alcanzarse. Además, orienta sobre los contenidos formativos en términos de conocimientos, habilidades y actitudes y sobre las rotaciones a realizar, entre otros aspectos.

El POEC da unas orientaciones generales con el fin de garantizar una formación común acorde con la validez de los títulos a los que da derecho y a la libre circulación de profesionales, por lo que tiene un diseño abierto y flexible. El tutor debe tener un conocimiento exhaustivo del POEC, puesto que tiene un papel central en la planificación de la formación del residente⁽²⁾. Una planificación adecuada de la formación del residente implicará la adaptación del POEC al contexto en el que se desarrolle el programa y al sujeto en formación.

El propósito de este capítulo es profundizar en la función de planificación que debe desarrollar el tutor, aportando elementos prácticos para su desarrollo. Para ello, después de realizar una introducción de las bases legales y los principios didácticos que deben regir la planificación de la formación de los residentes, se presentan las características básicas de la guía o itinerario formativo tipo (GIFT) y del plan de formación individual (PFI) y una propuesta de cómo llevar a cabo su elaboración.

Nota: Es necesario tener en cuenta que, al igual que la medicina, la docencia no es una ciencia exacta y, además, la propuesta realizada tanto de la GIFT como del PFI es producto de una elaboración personal que pretende aportar elementos útiles a los tutores, que deben realizar su propia planificación. Por tanto, esta guía debe tomarse como una orientación que puede y debe ser adaptada con las mejoras que cada tutor estime conveniente.

BASES LEGALES Y PRINCIPIOS DIDÁCTICOS

La Ley de ordenación de las profesiones sanitarias⁽³⁾ señala que los **residentes deberán desarrollar, de forma PROGRAMADA Y TUTELADA, las actividades previstas en el programa** [nota: las mayúsculas y negritas son de la autora], y dichas actividades deben figurar en el *libro del residente* y ser evaluadas según el procedimiento establecido al efecto (LOPS, artículo 20.3.d).

Posteriormente, el Real Decreto 183/2008⁽⁴⁾, en su artículo 11, define al tutor como **“el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de PLANIFICAR y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate”**, en este caso del programa oficial de cardiología.

En este contexto se entiende la planificación como un proceso que conduce a decidir qué hacer, cómo hacerlo y cómo evaluar lo que se hará, antes de hacerlo⁽⁵⁾. Dicho proceso debe conducir, en el caso de la tutoría de cardiología y de otras especialidades en ciencias de la salud, a la elaboración de la guía o itinerario formativo tipo y al plan de formación individual del residente.

Las principales funciones que el tutor debe realizar, tal como las define el Real Decreto 138/2008, en el artículo 11.2, son:

- “... las de PLANIFICAR, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente”.

Si bien la normativa establece que la formación de especialistas debe realizarse con base a unos programas oficiales para todo el Estado, éstos requieren una contextualización y adaptaciones sucesivas, en distintos grados de complejidad y concreción de los programas, que van desde lo nacional a lo local, de lo general a lo específico y de lo grupal a lo individual⁽⁶⁾ y, por tanto, necesitan un posterior proceso de planificación y programación, que debe realizarse en los centros y unidades docentes acreditadas para la docencia. Por ello:

“[...] Los tutores de cada especialidad deben proponer la GUÍA o ITINERARIO FORMATIVO TIPO [...] que aprobará la comisión de docencia con sujeción a las previsiones del correspondiente programa. La mencionada guía, que será aplicable a todos los residentes de la especialidad que se formen en la unidad docente de que se trate, se entenderá sin perjuicio de su adaptación al PLAN DE FORMACIÓN INDIVIDUAL de formación de cada residente, elaborado por el tutor [...]” (RD 183/2008, artículo 11.2 y O SCO/581/2008⁽⁷⁾, artículo I.1).

La formación de especialistas sanitarios no es independiente de la evolución que se produce en el campo de las ciencias de la educación, para mejorar la calidad de la formación. Los nuevos modelos pedagógicos se basan en una serie de principios fundamentales que reflejan un modo diferente de entender la docencia⁽⁸⁾:

Prevalece una *visión constructivista del aprendizaje*, en la que el conocimiento se construye por la interacción con el mundo real, en el caso del especialista en formación mediante su exposición precoz al ejercicio de profesional en una unidad docente acreditada. Además, el conocimiento es provisional y se deriva de un proceso perma-

nente de *reflexión-acción*. La competencia se genera en el proceso de reflexión anterior, durante y después de la experiencia. El currículo o programa formativo se entiende como un proceso abierto y en evolución.

La misión de un centro docente, en este caso de la unidad docente de cardiología, es atender al residente como un sujeto diferente de los demás con formas diferentes de aprender y de comprender. Por ello, es necesario el *énfasis en el aprendizaje* y no sólo en la instrucción. El residente tiene que ser capaz de construir nuevo conocimiento, de *aprender a aprender* (analizar, reflexionar, procesar...). En definitiva, el aprendizaje está *orientado a la calidad* y condicionado por dos determinantes fundamentales: el *contexto* (unidad docente) y el *sujeto* (residente).

En esta línea, la World Federation for Medical Education (WFME)⁽⁹⁾ ha recopilado una serie de recomendaciones para la elaboración de los programas de formación médica especializada. Básicamente, la WFME plantea que los programas de formación de especialistas deben:

- Indicar las **COMPETENCIAS FINALES generales y específicas**, en términos de **conocimientos, habilidades y actitudes**.
- Describir los **OBJETIVOS y resultados deseados, basados en TAREAS**, así como los componentes **opcionales y obligatorios**.
- Utilizar metodologías basadas en **programas formativos sistemáticos** que describan los componentes **genéricos y específicos**.
- Realizar la evaluación del aprendizaje, haciendo énfasis en la **evaluación formativa y el feedback constructivo**.
- Promover un aprendizaje integrado con la **participación de los residentes en el diseño del programa**.

Estos principios se han tenido en cuenta en el RD 183/2008 y también, en mayor o menor medida, en los nuevos programas oficiales de especialidad –incluido el de cardiología– y, por tanto, deben tenerse en cuenta en la elaboración de la guía o itinerario formativo tipo y en el plan de formación individual del residente.

GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO TIPO

La guía o itinerario formativo tipo (GIFT) es la adaptación del programa oficial de la especialidad (POE) al contexto de la unidad docente, que tiene que ser propuesta por el tutor y aprobada por la comisión de docencia del centro. Asimismo, la GIFT debe:

- Ser realizada por el tutor con la colaboración de los especialistas de los dispositivos integrados en la unidad docente, contando con la opinión de los residentes.
- Quedar recogida en un documento escrito que recoja lo establecido en el programa oficial de la especialidad, con las modificaciones posibles y necesarias para garantizar los contenidos obligatorios y opcionales.
- Abarcar los cinco años de duración de la especialidad, aunque se aconseja su revisión cada año con el fin de realizar las actualizaciones necesarias, en su caso, antes de la incorporación de cada promoción de residentes.

La GIFT es la **previsión** del tutor sobre la formación de los residentes en la unidad docente. En otras palabras: lo que haría el tutor para formar cualquier residente nuevo (residente tipo) que se incorpora a la unidad docente.

Una vez realizada, la GIFT constituye un instrumento fundamental, que será de gran ayuda al tutor. Entre las ventajas que aporta la GIFT se encuentran las siguientes:

- Asegura la continuidad entre el programa oficial de la especialidad y el entorno de la unidad docente en el que se produce la formación.
- Es una herramienta para sistematizar la formación para todos los residentes de la unidad docente.
 - Constituye una guía para la acción docente de utilidad para los tutores, colaboradores docentes y residentes.
 - Favorece la integración de los residentes en la unidad docente.
 - Sirve de base para la planificación de la formación de los residentes de varias promociones, por lo que supone un aumento de la eficiencia de la tutoría y un ahorro de esfuerzo del tutor a medio y largo plazo.
 - Constituye una carta de presentación de la unidad docente que facilita la comunicación de las fortalezas de la misma, por lo que resulta de utilidad en un entorno competitivo entre centros, al facilitar el conocimiento de la unidad y la elección de la misma por los residentes.
 - Es la base sobre la que se realizará la elaboración del plan de formación individual de cada residente de la unidad docente.

En la **Tabla 1** se presenta una relación de los aspectos a tratar en la guía o itinerario formativo tipo, teniendo en cuenta que se trata de una orientación y, por tanto, puede ser adaptada por el tutor.

PLAN DE FORMACIÓN INDIVIDUAL

Elaborar un programa de formación sistemático no significa que éste deba ser igual para todos. Por el contrario, la formación de especialistas por el sistema de residencia es una formación de adultos⁽¹¹⁾, cuyo programa debe tener en cuenta las necesidades formativas del residente y su opinión en el diseño final.

Los cambios sanitarios, tecnológicos, culturales, sociales, etc., están modificando considerablemente el perfil de los residentes que acceden a plazas para cursar estudios de especialización en medicina. En las últimas convocatorias se ha ido incorporando una proporción cada vez mayor de residentes extranjeros que, a pesar de las medidas adoptadas por la Administración, presentan dificultades idiomáticas y déficit de conocimientos en algunas áreas, debido fundamentalmente a las diferencias culturales, del sistema sanitario o educativo de su país de origen. También es cada vez más frecuente el número de residentes que cursan su segunda o tercera especialidad, que presentan discapacidades físicas, problemas de salud o estados fisiológicos (embarazo) que requieren una adaptación del programa formativo. Es decir, las circunstancias personales de los residentes hacen necesaria una individualización del proceso de aprendizaje en un modelo que hace énfasis en la calidad de la docencia.

El PFI es la adecuación del programa formativo a las necesidades del residente, partiendo de la guía o itinerario formativo tipo comentado en el apartado anterior. El PFI será la **ejecución** de nuestra previsión (GIFT): lo que vamos a hacer con cada residente en concreto.

El PFI debe:

Tabla 1. Guía o itinerario formativo tipo (GIFT)

Definición de la especialidad	<ul style="list-style-type: none"> • Supuestos teóricos sobre el perfil profesional, especialidad, persona y sociedad, según lo previsto en el programa oficial de la especialidad
Características de la unidad docente	<ul style="list-style-type: none"> • Estructurales, asistenciales, de organización, recursos humanos, recursos didácticos...
Competencias profesionales a adquirir	<ul style="list-style-type: none"> • Generales, específicas y finales
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación de los objetivos de conocimientos, habilidades y actitudes al contexto del centro/ unidad docente, en función de las competencias a alcanzar por cada año de residencia, teniendo en cuenta los niveles de habilidad y responsabilidad
Rotaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Selección y secuencia de las rotaciones con especificación de los dispositivos internos y externos (en su caso) donde se realizarán • Guía general para cada una de ellas: distribución de objetivos, actividades obligatorias y opcionales, evaluación formativa, documentos o bibliografía de apoyo (ejemplo: Libro-guía residente de cardiología⁽¹⁰⁾)
Atención continuada (guardias)	<ul style="list-style-type: none"> • Normas para la realización de las guardias, número, periodicidad, tipo de guardia...
Actividades específicas	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones clínicas generales, de servicio, bibliográficas, seminarios, etc. Previsión en términos generales: número y periodicidad (ejemplo: una sesión clínica de servicio semanal...)
Información logística para el residente	<ul style="list-style-type: none"> • En general, información que complementa a la que se facilite en la acogida al hospital y que sea de utilidad para su integración en la unidad docente y el desarrollo del programa (normas internas del servicio, becas para proyectos de investigación...)
Actividades de formación general (común o transversal)	<ul style="list-style-type: none"> • Previsión de contenidos de los cursos u otras actividades a realizar por los residentes en términos generales (metodología de investigación, lectura crítica...)
Actividades complementarias	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones de participación en actividades complementarias: doctorado, premios, proyectos, comités...
Fuentes de información y documentación	<ul style="list-style-type: none"> • Bases de datos bibliográficas, publicaciones, direcciones web de interés...
Metodología didáctica	<ul style="list-style-type: none"> • Orientaciones generales: énfasis en el autoaprendizaje, presentación de sesiones y análisis de videgrabación...
Tutoría y supervisión	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de asignación o elección del tutor. Información general sobre la tutoría (funciones del tutor...) • Protocolo de supervisión
Evaluación del residente	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre el procedimiento de evaluación formativa y sumativa
Evaluación de la docencia	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios para la evaluación del aprendizaje y la práctica docente de los tutores

- Ser un documento abierto que se irá elaborando a medida que se alcancen acuerdos con el residente, de los que se irá dejando constancia por escrito.
- Dejar claros los aspectos obligatorios y los opcionales.
- Ser elaborado por el tutor con cada residente a su cargo.
- Abarcar al menos un año de residencia y revisarse y completarse coincidiendo con las entrevistas tutor-residente cada 1-3 meses.

Entre las ventajas que aporta el PFI se encuentran las siguientes:

- Guía para la formación del residente y referencia para la evaluación.
- Evita el aprendizaje oportunista, favoreciendo el cumplimiento del programa formativo de cada residente.
- Aumenta la motivación, compromiso y responsabilidad del residente sobre su propio aprendizaje.
- Propicia mayor conocimiento y control sobre los resultados de aprendizaje por el tutor y el residente.

En la **Tabla 2** se presenta una relación de los aspectos a tratar en el plan de formación individual, teniendo en cuenta que se trata de una orientación y, por tanto, puede ser adaptada por el tutor.

En gran medida, conscientes o no, los tutores ya vienen realizando de modo informal muchas de las tareas que conformarían el plan individual de formación del residente. Posiblemente, el reto fundamental es mejorar el proceso y dejar constancia en un documento escrito.

UN CASO PRÁCTICO

Con el fin de ilustrar las diferencias entre el programa oficial de la especialidad (POE), la guía o itinerario formativo tipo (GIFT) y el plan de formación individual (PFI) se presenta un ejemplo de planificación de las rotaciones de residentes de cardiología de primer año.

I. El programa oficial de la especialidad de cardiología señala que las rotaciones de residentes de primer año serán: “Medicina interna y especialidades médicas, con especial indicación de una rotación por endocrinología” (artículo 7.1).

Es evidente que deja una gran flexibilidad para que el programa se adapte a los recursos y limitaciones de la unidad docente.

II. El tutor de una unidad docente hipotética elabora su guía o itinerario formativo tipo (**Tabla 3**) teniendo en cuenta:

- Lo establecido en el POE sobre las rotaciones de residentes de primer año (artículo 7.1).
- Los objetivos específicos-operativos por año (artículo 8), las actividades a realizar...
- La disponibilidad y adecuación de los dispositivos asistenciales necesarios para las rotaciones.
- La regulación de las rotaciones de especialidades hospitalarias por atención primaria (artículo 7.8).
- La conveniencia de tener un contacto inicial con el residente que favorezca la tutorización continua y la evaluación formativa.
- Otros.

Tabla 2. Plan de formación individual (PFI)

Evaluación diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de las necesidades (carencias) formativas, intereses, expectativas, motivación..., partiendo del diálogo sobre la GIFT
Objetivos en términos de resultados de aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión, reflexión, redefinición y establecimiento de prioridades, metas y objetivos con el residente, dejando constancia por escrito
Programación de las rotaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Programación adaptada para cada residente. Incluye lugar y fechas concretas de realización (cronograma) • Complementar la guía de cada rotación (objetivos, actividades...) en caso de rotaciones diferentes a las de la GIFT
Atención continuada (guardias)	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptaciones respecto a las guardias. Cambios en el tipo de guardias o en la frecuencia durante algunos periodos, por causas justificadas
Programación de actividades específicas	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones clínicas, bibliográficas, seminarios, congresos, etc.: con contenidos específicos y fechas concretas de presentación (cronograma)
Información logística para el residente	<ul style="list-style-type: none"> • Información específica y complementaria a residentes con necesidades especiales (por discapacidades físicas, etc.)
Programación de actividades de formación general (común o transversal)	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos u otras actividades específicos, pactados con el residente, lugar y fechas concretas de realización (cronograma)
Programación de actividades complementarias	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades específicas pactadas con el residente, lugar y fechas concretas de realización (cronograma)
Organización de la tutoría y programación de la supervisión	<ul style="list-style-type: none"> • Programación de las entrevistas (fechas, lugar, objetivos de la entrevista...) • Forma de solicitar tutoría a demanda (e-mail, busca...)
Evaluación del residente	<ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones complementarias a las generales, en caso de realizar una evaluación específica para determinada actividad

III. Con la llegada de la nueva promoción, se incorpora una residente (M.^a S.L.), que ya ha realizado la especialidad de medicina familiar y comunitaria y, tras entrevistarse con ella, después de haber revisado la GIFT y comentado expectativas, puntos fuertes y débiles, el tutor y la residente elaboran su plan individual con las adaptaciones que han considerado convenientes (**Tabla 3**).

Básicamente, la adaptación realizada en el programa de formación de la residente M.^a S.L., teniendo en cuenta su formación y experiencia previas y demás aspectos señalados anteriormente, ha consistido en un cambio del orden previsto en la realiza-

Tabla 3. Planificación de las rotaciones de un residente de cardiología de primer año. Comparación entre el POE, la GIFT y el PFI

Programa oficial especialidad de cardiología (POEC)	Guía o itinerario formativo tipo (GIFT) Unidad docente hospital...		Plan de formación individual (PFI) Residente: M. ^a S.L.	
	Rotaciones (nota supra)	Duración	Rotaciones	Cronograma
Medicina Interna Endocrinología Especialidades médicas	Cardiología clínica Medicina interna Endocrinología Digestivo Nefrología Neumología MFyC (CS)	1 mes 3 meses 2 meses 1 mes 2 meses 1 mes 1 mes	Cardiología clínica Reumatología Endocrinología Medicina interna Digestivo Neumología Nefrología Radiología Neurología	2 meses (mayo-junio 09) 1 mes (julio 09) 2 meses (agosto-septiembre 09) 1 mes (noviembre 09) 1 mes (diciembre 2010) 1 mes (enero 2010) 1 mes (febrero 2010) 1 mes (marzo 2010) 1 mes (abril 2010)

Nota: Es necesario recordar que se trata tan sólo de una elaboración hipotética. La elección de mayor número de rotaciones ha sido una opción del tutor de la unidad docente, a sabiendas de que éste es un tema muy discutido, ya que existe una opinión extendida de que es mejor realizar menos rotaciones pero de mayor duración, con la convicción de que al disponer el residente de la guía de objetivos y actividades de cada rotación, su aprendizaje está más focalizado y será mucho más rápido y eficiente

ción de las rotaciones, en la supresión de la rotación por centros de salud, la reducción de la rotación por medicina interna y la inclusión de la rotación por radiología, reumatología y neumología.

CONCLUSIONES

Los actuales requerimientos dejan claro que no es adecuado dejar el aprendizaje al azar, a la dinámica del centro o unidad docente, confiando en que las estancias formativas en los distintos puntos de rotación serán suficientes para que el residente alcance las competencias necesarias. Por ello, en el presente capítulo se han tratado aspectos teóricos y prácticos para el desarrollo de la función de planificación que debe realizar el tutor, con el objetivo de que éste adquiera conocimientos suficientes para la elaboración de sus planes de acción docente para la formación de los residentes a su cargo: la guía o itinerario formativo tipo y el plan de formación individual, que serán de gran ayuda en la tutoría, además de constituir dos instrumentos para estructurar la garantía de la calidad de la formación y aumentar la satisfacción de los residentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orden por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cardiología. O. SCO nº 1259 (13 de abril de 2007).
2. Sociedad Española de Cardiología. La Sociedad Española de Cardiología y los tutores de Cardiología: Informe y Propuesta de Relación. Comité de Tutores SEC. Madrid; 2005.
3. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. L. nº 44 (21 de noviembre de 2003).
4. Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. RD. nº 183 (8 de febrero de 2008).
5. Begin C. La planification d'un programme de santé. *Adm Hosp et Soc* 1979; 25 (1): 19.
6. Vicent García MD. Diseño del programa de formación individual: del programa oficial de la especialidad al desarrollo curricular del residente. En: Cabero L (ed.). *Manual para tutores de MIR*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 74.
7. Orden por la que se publica el acuerdo de la Comisión Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor. O. SCO nº 581 (22 de febrero de 2008).
8. Vicent García MD. Diseño del programa de formación individual: del programa oficial de la especialidad al desarrollo curricular del residente. En: Cabero L (ed.). *Manual para tutores de MIR*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. pp. 75-6.
9. WFME. Educación médica de postgrado. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. *EDUC MED* 2004; 7 (2): 26-38.
10. Gómez JA (coord.). *Libro-guía del residente de Cardiología*. Madrid: SEC; 2007.
11. Ricarte-Díez JI, Martínez Carretero JM. Formación del residente desde su abordaje como adulto. *EDUC MED* 2008; 11 (3): 131-8.

Capítulo 5

La evaluación del aprendizaje del residente

Javier Cobo Reinoso

Jefe de estudios. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

¿POR QUÉ Y PARA QUÉ EVALUAR A LOS RESIDENTES?

Aparentemente se trata de preguntas de respuesta obvia. Sin embargo, aunque no existen datos publicados, es evidente que el procedimiento de evaluación de los residentes no goza de prestigio ni es bien aceptado por muchos tutores y colaboradores docentes. Es frecuente escuchar comentarios que cuestionan la utilidad de las hojas de evaluación, se quejan de la ausencia de impacto curricular de la evaluación o, en franca contradicción con lo anterior, reconocen el pudor a evaluar con rigor para “no perjudicar” al residente. Otros suelen referirse a la ausencia de criterios para cumplimentar las fichas de evaluación y a la falta de precisión en los ítems que se evalúan. Finalmente, es habitual alegar la subjetividad de los colaboradores docentes como una limitación –para algunos inaceptable– de las evaluaciones.

Debe reconocerse que el sistema de evaluación hasta ahora en vigor presenta deficiencias importantes. No obstante, detrás de todas estas posturas late, generalmente, una falta de formación de los tutores y colaboradores docentes en materia de evaluación, muy relacionada con un escaso desarrollo de los procedimientos, y una pobre dotación de recursos para el sistema de formación MIR en los centros docentes. Es posible, además, que una prueba de acceso al MIR tan extraordinariamente selectiva como la que se dio a lo largo de la década de los ochenta y primeros noventa produjera la sensación de que se garantizaba que los residentes aprovecharían con intensidad la residencia. No es, sin embargo (como intentaremos explicar), la existencia de un acceso menos selectivo al MIR lo que nos deba motivar a desarrollar un sistema de evaluación mucho más riguroso.

La evaluación de los residentes responde a dos necesidades claramente diferenciadas que, al mismo tiempo, son complementarias. De una parte, la sociedad precisa

una garantía suficiente acerca de la capacitación del médico que finaliza su formación, tanto en los aspectos técnicos como en el resto de competencias necesarias –de las que más adelante hablaremos– para ejercer como especialista. Por otra parte, la propia evaluación constituye una herramienta docente desde el momento en que sepamos utilizarla para detectar problemas y áreas de mejora, orientar y estimular el aprendizaje, reflexionar y mejorar las condiciones del propio sistema docente de la unidad, incrementar la motivación y, en definitiva, sacar el máximo rendimiento del periodo de formación. Se puede realizar una buena residencia sin un buen sistema de evaluación (y tutorización), pero el resultado siempre será peor que si se hubiera dispuesto de ella.

¿QUÉ DEBEMOS EVALUAR?

La pregunta se puede contestar después de responder a estas otras: ¿Qué profesional queremos formar? ¿Qué competencias y habilidades debe tener? ¿Qué debe saber hacer y cómo debe ser capaz de hacerlo? Es evidente que, ni desde el punto de vista técnico ni desde el punto de vista competencial, intentamos formar especialistas idénticos. Sin embargo, un conjunto mínimo de habilidades y competencias, junto con determinados valores profesionales, deben ser, obviamente, comunes y obligatorios.

Siguiendo la propuesta del proyecto CanMEDS 2000, recientemente actualizado⁽¹⁾, podríamos resumir las principales áreas competenciales a desarrollar para la formación de un buen especialista en las siguientes:

Experto clínico capaz de tomar decisiones

Los futuros especialistas deben alcanzar un cuerpo de conocimientos y de habilidades para realizar procedimientos que les permitan obtener e interpretar los datos, tomar decisiones clínicas apropiadas y llevar a cabo o indicar exploraciones complementarias dentro de los límites de la especialidad y de su capacitación. Deben ser capaces de aplicar conocimientos actualizados con rigor y buen sentido clínico, especialmente en contextos de incertidumbre.

Comunicador

Para proporcionar una atención médica humana y de calidad es imprescindible que los especialistas sean capaces de establecer relaciones efectivas con los pacientes, con otros médicos y otros profesionales sanitarios. Las habilidades de comunicación son imprescindibles tanto para obtener la información como para transmitirla al paciente o a sus allegados, lo que incluye identificar las creencias, preocupaciones y expectativas de los pacientes, así como la detección de factores clave que pueden impactar los resultados de las medidas terapéuticas.

Colaborador

La atención, cada vez más multidisciplinar, a los pacientes implica la interacción con más profesionales. La capacidad de generar y mantener una comunicación

eficiente y satisfactoria con otros profesionales debe ser también desarrollada y evaluada, ya que puede ser importante para los resultados finales de la atención médica. Se incluyen en esta competencia aspectos tan diversos como la coordinación con otros profesionales para proporcionar atención a pacientes concretos, la colaboración con otros especialistas en la organización de guías y procedimientos que mejoran la práctica clínica, la participación en las actividades comunes de los servicios, la colaboración para generar un ambiente favorable para el trabajo y la contribución a la resolución de conflictos.

Gestor

Los especialistas actúan como gestores en la toma constante de decisiones diagnósticas y terapéuticas, pero también en la organización de su propio tiempo, de su carrera profesional y de los recursos disponibles, así como en la adecuada colaboración con la institución en la que desempeñan su actividad.

Promotor de salud

El especialista debe comprometerse y colaborar con las actividades de defensa y promoción de la salud. Ello incluye la detección y consejo sobre problemas generales de salud y factores biológicos, sociales o educacionales que impactan sobre ésta, con independencia de que estén directamente relacionados con la propia especialidad. También nos referimos aquí a la colaboración con iniciativas más específicas, en el ámbito de su especialidad, encaminadas a promover la seguridad de los pacientes así como favorecer hábitos saludables y proporcionar información o educación sanitaria.

Erudito, estudioso (*scholar*)

El especialista debe mostrar una vocación de formación permanente en el ámbito de sus competencias profesionales, reconociendo la necesidad de aprender constantemente. Mediante sus actividades académicas y de formación ha de contribuir, además, a la formación de otros colegas. Dentro de esta amplia competencia situamos las actividades de formación, las habilidades para la selección de la información y su lectura crítica, la docencia con otros colegas y la contribución al propio desarrollo del conocimiento médico mediante actividades de investigación.

Profesionalidad⁽²⁾

El ejercicio de la medicina implica el conocimiento de aspectos confidenciales e íntimos de los pacientes que se encuentran, además, en una situación vulnerable. Por todo ello, los profesionales sanitarios deben comprometerse con los niveles más altos de excelencia en su cuidado y en la conducta ética, lo que incluye atender con honestidad, integridad y compasión a los pacientes, respetando las normas legales y el código deontológico, así como mostrar un comportamiento apropiado en todo momento.

Tabla 1. Competencias a evaluar en diferentes sistemas formativos

Acreditación Council for Graduate Medical Education (ACGME) (EE UU)	CanMEDS 2000 (Canadá)	Ficha de evaluación de las rotaciones (España)
Conocimiento médico Cuidado del paciente	Experto médico	Conocimientos y habilidades Habilidad enfoque diagnóstico Capacidad de toma de decisiones
Comunicación y habilidades interpersonales	Comunicador	Relaciones paciente-familia
	Colaborador (trabajo en equipo)	Relaciones equipo de trabajo
Integración práctica médico-sistema	Gestor	Utilización racional de los recursos
	Promotor de la salud	
Aprendizaje basado en mejora continua	Erudito-estudioso	Motivación, iniciativa
Profesionalidad	Profesionalidad	Responsabilidad, dedicación
		Puntualidad, asistencia

Como podemos apreciar en la **Tabla 1**, los diferentes sistemas formativos persiguen evaluar las mismas áreas competenciales, pues básicamente pretenden un modelo profesional muy similar^(1,3). Por tanto, el seguimiento de un esquema u otro no es lo más relevante: lo importante es disponer de uno y desarrollarlo.

TIPOS DE EVALUACIÓN

Como mencionamos anteriormente, la evaluación responde esencialmente a dos necesidades: garantizar a la sociedad la idoneidad del futuro especialista y orientar y guiar al especialista en formación. Se distingue, por ello, entre evaluación *sumativa*, que es la que permite el paso de nivel y certifica, y evaluación *formativa*, que es consustancial al sistema MIR y se centra en orientar al residente, detectar problemas y estimular el aprendizaje. El sistema MIR ha enfatizado siempre la evaluación formativa, hasta el punto de que, finalmente, la evaluación sumativa se lleva a cabo mediante un comité de evaluación que revisa, básicamente, dos instrumentos: el libro del residente (o memoria de actividades) y las evaluaciones de las rotaciones. Ambos, aunque pueden emplearse como ayuda para la evaluación sumativa, son esencialmente instrumentos para que el tutor lleve a cabo la evaluación formativa. Debe reconocerse que a nadie satisface la realización de medias aritméticas sobre las opiniones de terceros en áreas competenciales tan diversas como las evaluadas para decidir si un residente puede avanzar en el año de residencia o finalmente recibir el título de especialista. La inexistencia de un sistema objetivo de evaluación sumativa ha “contaminado” al resto del sistema de evaluación, al juzgarse las herramientas y los conceptos de la evaluación formativa con los criterios de la sumativa.

En general, la evaluación sumativa debe ser llevada a cabo, en la medida de lo posible, por organismos externos, ya que son ellos los que otorgan las certificaciones o titulaciones y los que pueden mantener la objetividad y garantizar mejor los procedimientos. Debe recordarse que el diseño de las pruebas encaminadas a la evaluación sumativa tiene un impacto enorme sobre el propio sistema formativo, pues modula totalmente la orientación y el estudio del que va a someterse a ella⁽⁴⁾. Por otra parte, el Advisory Committee on Medical Training de la Unión Europea ya advertía en 1996 que “es improbable que todas las habilidades y conocimientos requeridos para un especialista puedan ser calificados solamente mediante un examen (evaluación sumativa). Es preferible que la valoración de la capacidad del residente se haga de manera continuada durante todo su periodo formativo (evaluación formativa)”⁽⁵⁾. Tal vez por todo ello los redactores del nuevo Real Decreto sobre formación especializada hayan preferido comenzar por la realización de una prueba *optativa* al final de la residencia, cuyo diseño corresponderá a las comisiones nacionales de cada especialidad.

En definitiva, a los hospitales, y más concretamente a los tutores y responsables docentes, les compete llevar a cabo una evaluación formativa eficaz. Ésta se basa en una relación individualizada del tutor con cada residente, que debe contar con una planificación y con objetivos pactados que se revisan. Pudiendo compartir o no que el sistema le otorgue al tutor y a los comités de evaluación toda la responsabilidad de acreditar que el residente alcanza la madurez profesional suficiente, lo cierto es que tal situación hace si cabe más relevante y trascendente la función del tutor en el seguimiento y evaluación de los residentes.

¿CÓMO LLEVAR A CABO LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES?

Existen múltiples instrumentos para evaluar la adquisición de competencias en la formación de especialistas. La extensión de este artículo no permite revisarlas en detalle, por lo que remitimos al lector a monografías específicas^(6,7). En la **Tabla 2** se enumeran los instrumentos más importantes. El tutor debe intentar adquirir experiencia progresivamente con aquellas que le puedan ser útiles. Dependiendo de la competencia a evaluar, se deben emplear diferentes instrumentos. Un mismo instrumento puede servir para evaluar diferentes competencias y, a su vez, puede ser interesante emplear diferentes instrumentos para evaluar la misma competencia. Por ejemplo, un sistema de videograbación de una consulta puede servir para evaluar competencias en comunicación con el paciente, al igual que ciertas habilidades clínicas, como la realización de la historia y la exploración física; al mismo tiempo, una encuesta a los pacientes puede completar la información sobre las habilidades de comunicación del residente. Es importante estandarizar, en la medida de lo posible, estos instrumentos. Por ejemplo, la observación directa de cómo el residente realiza una exploración (por ejemplo, un estudio ecocardiográfico) será mucho más eficiente si registramos lo observado mediante un cuestionario estandarizado. Hasta ahora la utilización de este tipo de instrumentos ha sido anecdótica en nuestro sistema. Las razones son múltiples y, desde luego, la falta de tiempo de los tutores es la esencial. Sin embargo, es posible que también exista un cierto pudor o prevención a realizarlas por pensar que sólo corresponde a expertos. Existe un amplio margen para la creatividad, siempre que se sigan algunos principios o ideas básicas que mencionamos a continuación⁽⁶⁾:

- a) Pactar y/o informar previamente al residente. Éste debe comprender lo que se pretende con la prueba, ver su utilidad y estar de acuerdo en su realización.
- b) Evitar evaluaciones “compulsivas”. Las pruebas e instrumentos deben tener una cierta programación y sentido.
- c) Considerar siempre los posibles “efectos adversos” de la evaluación.
- d) Procurar objetivar y medir. Siempre habrá aspectos donde la subjetividad estará presente, pero en la medida de lo posible debemos mostrar al residente datos concretos. La información cualitativa, no obstante, no tiene por qué ser menos valiosa que la cuantitativa.
- e) Dar siempre *feedback* y consejo (tutorización) al residente.
- f) Generar objetivos a partir de los resultados de la evaluación.

LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN EN EL REAL DECRETO SOBRE FORMACIÓN ESPECIALIZADA DE 2008⁽⁶⁾

Como hemos mencionado, el nuevo Real Decreto sobre formación especializada pone el énfasis en la evaluación formativa, “consustancial [...] al sistema de residencia, ya que efectúa el seguimiento [...], permitiendo evaluar el progreso [...], medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos [...], identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas”. A continuación cita los instrumentos principales “entre otros”, que son las entrevistas periódicas, el libro del residente y otros instrumentos “que permitan una valoración objetiva del proceso competencial del residente”. Los resumimos a continuación:

Instrumentos para la evaluación formativa

a) **Entrevistas con el residente.** El Real Decreto establece que no deben ser menos de cuatro cada año y que deben tener un carácter estructurado y pactado. Deben orientarse a favorecer la autoevaluación y el autoaprendizaje y registrarse en el libro del residente. Por tanto, no se trata de entrevistas informales improvisadas –también útiles y seguramente frecuentes entre tutores y residentes–, sino de un instrumento con su propio procedimiento (citarse con el residente, pactar los asuntos a tratar, registrar por escrito conclusiones y objetivos...) sobre el que los tutores deben reflexionar y recibir formación. En estas entrevistas se deberá realizar el seguimiento de las rotaciones del residente y también abordar competencias específicas, especialmente aquellas en las que se detecten más dificultades. Es el momento de sugerir o programar cursos de formación, acordar tareas y metas específicas y comentar las evaluaciones de las rotaciones.

b) **El libro del residente.** Cada vez en más centros se ha sustituido por una memoria con formato electrónico. Sea cual sea éste, el objetivo fundamental es disponer de un registro de todas las actividades del residente. Es importante que favorezca la reflexión sobre su desempeño y aprovechamiento de las rotaciones y sobre su progreso en la adquisición de competencias. El Real Decreto establece que cada especialidad disponga de un formato específico adaptado a sus necesidades cuyo diseño corresponda a las comisiones nacionales de cada especialidad.

Tabla 2. Instrumentos para la evaluación de especialistas en formación

Herramienta	Usos-utilidad	Tipo ev.	Ventajas	Limitaciones
Ejercicios escritos	Evaluación de conocimientos	Sumativa	Fiabilidad. Examina en poco tiempo múltiples áreas. Automatización	Puede resultar artificial, fuera del contexto de la vida real. Difícil de diseñar para detectar verdadero conocimiento
	“Script concordance tests” (pruebas de exploración del razonamiento en situaciones de incertidumbre)	Sumativa	Evalúa la capacidad de aplicar conocimientos a situaciones clínicas prácticas. Automatización	Difícil de diseñar y validar
	Evaluación de cursos o rotaciones. Habilidad para interpretar pruebas diagnósticas	Sumativa y formativa	Evalúa la interpretación de pruebas y habilidades para resolver problemas	Fiabilidad dependiente de los examinadores
Evaluación por médicos supervisores	Evaluación de múltiples aspectos (organización actitud, dedicación, comunicación, hábitos...).	Formativa y sumativa	Recoge información de la práctica real. Múltiples observaciones pueden compensar la subjetividad propia de la evaluación	Subjetividad. Fiabilidad dependiente del supervisor
	Habilidades clínicas y de comunicación	Formativa	Permite <i>feedback</i> por el examinador	Costoso. Sesgos por la situación de prueba
	Examina conocimientos y razonamiento clínico	Sumativa y formativa	Permite <i>feedback</i> por el examinador	Subjetivo. Costoso

Tabla 2. Instrumentos para la evaluación de especialistas en formación (cont.)

Herramienta	Usos-utilidad	Tipo ev.	Ventajas	Limitaciones
Simulación clínica	Evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE) y pacientes estandarizados	Sumativa y formativa	Fiable, consistente	Coste elevado. Artificialidad
	Pacientes de incógnito	Formativa	Muy realista. Permite examinar la práctica real	Requiere consentimiento, complejo de organizar
	Evaluación por pares	Formativa	Abarca comportamientos habituales	Requiere confidencialidad y anonimato
Evaluación mediante varias fuentes (evaluaciones 360 grados)	Evaluación por pacientes	Formativa y sumativa	Proporciona impresiones generales más que análisis de comportamientos específicos	Credibilidad
	Autoevaluación	Formativa	Promueve la reflexión y el desarrollo de planes de aprendizaje	No describe el comportamiento real
	Portafolios	Formativa y sumativa	Promueve la reflexión y el desarrollo de planes de aprendizaje. Permite visualizar actividades y proyectos	Costoso de preparar, revisar y validar. Sesgos

c) **Otros instrumentos** que permitan una valoración objetiva del proceso competencial. El Real Decreto deja completamente abierta esta posibilidad, de manera que los instrumentos mencionados anteriormente (**Tabla 2**) pueden (deben) ser empleados por los tutores para evaluar más eficientemente al residente.

Sorprende que no se mencionen en este apartado las evaluaciones o informes de cada una de las rotaciones que lleva a cabo el residente y que, hasta la fecha, han constituido el principal soporte para los comités de evaluación. Sin embargo, sí se mencionan al hablar de la evaluación anual.

La evaluación anual

Esta evaluación anual (y la final, que se realiza coincidiendo con el último año de formación) constituye, en la práctica, la evaluación sumativa. Consiste en la revisión, en el seno de un comité de evaluación, de la información disponible sobre la progresión del residente a lo largo del año. El instrumento fundamental para realizar esta evaluación es el *informe anual del tutor*. Este informe, para el que no se proporciona un formato específico, debe contener los informes de evaluación formativa realizados durante el año, es decir, el resumen del seguimiento realizado mediante las entrevistas y la cumplimentación del libro del residente al que aludimos previamente. Aquí sí se mencionan las evaluaciones de las rotaciones que, obviamente, deben mantenerse como un elemento fundamental de información para el tutor, dado que la mayor parte de los programas formativos se componen de un elevado número de rotaciones, muchas llevadas a cabo fuera del propio servicio.

El Real Decreto reduce las categorías de evaluación a positiva y negativa, con excepción de la evaluación final, en la que se incluye, además, la categoría de “positivo destacado”. Esta reducción en las categorías simplifica las discusiones del comité de evaluación, pero entraña el riesgo de desmotivar al residente. La instauración de premios “fin de residencia” u otros elementos motivadores de carácter interno (del hospital o del propio servicio) pueden compensar ese riesgo. Del mismo modo, la futura aparición de una prueba final optativa diseñada por las comisiones nacionales de cada especialidad, que facilitará alcanzar una “mención especial”, permitirá discriminar entre los residentes y contribuirá a fomentar la competitividad entre los centros.

Finalmente, se regulan con un carácter más garantista los procedimientos de revisión de las evaluaciones anuales y finales, mientras que apenas se introducen cambios en los supuestos de evaluación negativa respecto al sistema de recuperación.

CONCLUSIONES

La evaluación del residente constituye una de las labores esenciales del tutor en el sistema MIR. El tutor, junto con el comité de evaluación, asume la responsabilidad de autorizar el avance del residente dentro del sistema de formación (evaluación sumativa) y, finalmente, proponer su acreditación como especialista. Más allá de esta función, la evaluación constituye, por sí misma, una herramienta esencial para la propia tutorización (evaluación formativa), ya que permite orientar, detectar problemas, pactar objetivos, estimular el aprendizaje y, en definitiva, motivar, favoreciendo que el residente obtenga el máximo partido de las amplias oportunidades de formación que

caracterizan a la residencia. Los procedimientos empleados hasta ahora (calificaciones de las rotaciones y memoria o libro del residente) son herramientas muy útiles, pensadas esencialmente para la evaluación formativa, si bien pueden emplearse también para la evaluación sumativa. El recientemente aprobado Real Decreto sobre formación especializada mantiene ambos elementos y añade la necesidad de llevar a cabo entrevistas periódicas formalizadas, así como elaborar informes de evaluación del residente, al tiempo que promueve la incorporación de otros instrumentos que puedan ser decididos o elaborados por los propios tutores. El incremento en el número de tutores (la relación de un tutor por cada cinco residentes es la máxima que se contempla), la disponibilidad de un tiempo específico para labores propias del tutor y una formación específica en metodologías docentes y de evaluación son los elementos que deben permitir que nos dotemos de un sistema de evaluación mucho más útil, válido y creíble.

BIBLIOGRAFÍA

1. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [website of the College]. Disponible en: <http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>
2. Stern DT, Papadakis M. The developing physician – becoming a professional. *N Engl J Med* 2006; 355: 1794-9.
3. Residency Competency Evaluation System. http://www.acgme.org/acWebsite/resEvalSystem/reval_Otolaryngology.asp#resEval
4. Wood T. Assessment not only drives learning, it may also help learning. *Med Educ* 2009; 43 (1): 5-6.
5. Tutosaus JD. Sistemas de evaluación de los residentes. Rol del tutor en los mismos. *Educ Méd* 2003; 6 (3).
6. Epstein RM. Assesment in medical education. *New England J Med* 2007; 356: 387-96
7. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287 (2): 226-35.
8. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2008/03176

Capítulo 6

Responsabilidad legal del MIR/tutor de cardiología

Guadalupe Olivera Cañadas, Ana Ballarín González,
Fernando León Vázquez, Andrés López Romero

Grupo Lex Artis. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria

“El paciente es la fuente más importante de nuestra experiencia”
PARACELSO

“Ver enfermos (práctica) sin leer libros (teoría) es como navegar sin tener cartas de navegación; pero leer libros sin ver ningún paciente es como no ir nunca al mar”
WILLIAM OSLER

INTRODUCCIÓN

La formación pregrado del médico se ha demostrado claramente insuficiente en nuestro sistema formativo, y requiere una formación de posgrado, incluso para el ejercicio de la medicina general. Así lo ha reconocido la Unión Europea, al exigir un periodo formativo de posgrado antes del ejercicio en el sistema público de salud de cualquier país miembro (Directiva Comunitaria 93/16). En nuestro país, esta formación se ha desarrollado a través del sistema de residencia o sistema de médicos internos residentes (MIR), presente desde los años setenta hasta la fecha.

En el artículo 1 del Real Decreto (RD) 183/2008, que desarrolla el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Se especifica que “el sistema de residencia obligará a recibir una formación y a prestar un trabajo que permita al especialista en formación adquirir, en unidades docentes acreditadas, las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando mediante una práctica profesional **programada y supervisada**, destinada a alcanzar de forma progresiva, según avance en su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesaria para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad”.

La naturaleza de este sistema de aprendizaje es de carácter mixto: teórica y práctica, siendo esta última la que conlleva la prestación de servicios médicos a los pacientes del centro docente, actividad de la que se puede derivar a lo largo del periodo de

residencia la exigencia de responsabilidad profesional por los resultados indeseados de la asistencia realizada.

ACTO MÉDICO Y RESPONSABILIDAD

Acto médico es la acción (u omisión) en el que el facultativo actúa como profesional. Este acto puede estar dirigido a la prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, diagnóstico y tratamiento tanto de la salud individual como de la colectiva; y mediante él se atienden y resuelven los problemas directos y derivados de la relación médico-paciente. Durante el mismo, el médico debe actuar con la **diligencia** debida, así como utilizar todos los medios a su alcance en función del estado actual de la ciencia o *lex artis*. La *lex artis ad hoc* es la actuación adecuada del profesional médico con respecto al paciente según el estado actual de la ciencia, aplicada en la circunstancia concreta. A la hora de enjuiciar un caso, se tendrán en cuenta las características particulares del tiempo y lugar donde se ha desarrollado la actividad clínica.

La sociedad puede tener la creencia errónea de que del tratamiento debe derivarse siempre un resultado positivo. Por ello, hoy en día se pretende exigir al médico, también al residente, el resarcimiento por los daños que pudieran derivarse de no haber conseguido los resultados de salud pretendidos tras la actuación profesional (“obligación de resultados”). Sin embargo, el hecho cierto es que la responsabilidad del médico alcanza a poner a disposición del usuario los medios necesarios para su curación (“obligación de medios”). Pocas veces sería exigible la obtención de un resultado (cirugía estética, por ejemplo), y excepcionalmente a un residente de cardiología.

La exigencia de responsabilidad al médico se producirá cuando exista un **daño** como consecuencia de la relación clínica. No existe responsabilidad si no hay un daño real. La mera creación de un riesgo no genera responsabilidad patrimonial. Así, si un residente prescribió un fármaco a un paciente alérgico al mismo, pero el paciente se da cuenta a tiempo y no se lo toma y, por tanto, no se genera daño, no se puede exigir una responsabilidad desde el punto de vista jurídico-económico. Otra cosa distinta será la responsabilidad ética o deontológica que pueda derivarse para el médico; además de la oportunidad de mejora que supone detectar estos errores que no generan daño, como parte de una política de seguridad del paciente.

Sin embargo, cada vez más los jueces aprecian la existencia de un **daño moral**, un daño psicológico, en ausencia de daño orgánico, que podría generar la necesidad de reparación económica, siempre de menor cuantía que el daño físico.

Además, debe existir una **causalidad** entre el daño generado y la intervención sanitaria. Si la generación del daño es interferida por la intervención de un tercero (por ejemplo, el familiar no le administra el tratamiento indicado), o incluso del propio paciente (pide el alta voluntaria), o aparece una causa de fuerza mayor que interviene (un apagón por una tormenta durante un cateterismo), se considera que existe una **ruptura del nexo causal**. En estos casos no se puede atribuir responsabilidad, y el médico no responde por el daño generado (quizá sí la institución). A veces es complicado demostrar esta ruptura.

La responsabilidad del residente es **compartida** con el tutor que le supervisa. El grado de responsabilidad de uno y otro se reparte en función de las circunstancias: no es igual si se trata de un residente que se ha quedado solo en una guardia, y el adjunto

no acude a su llamada, que el residente que deliberadamente va más allá de sus competencias, o de aquella situación ideal en la que el residente interviene y el tutor supervisa directamente. Del mismo modo, comparte la **responsabilidad el centro** donde el MIR desarrolla su formación, que deberá poner a su disposición la cobertura obligatoria del seguro de responsabilidad profesional.

Más aún, el sistema MIR se fundamenta en la realización de un trabajo bajo la supervisión más o menos directa de un especialista formado. Ello incluye el deber del mismo de tutelar y “vigilar” a su pupilo. Ese **deber de vigilancia** genera la responsabilidad *in vigilando* (sustentada en el artículo 1903 del Código Civil), que hace recaer sobre el responsable de la supervisión toda o parte de la responsabilidad generada por los actos del supervisado. Este principio opera de igual modo que para exigir responsabilidad a un padre: puede ser parcial o totalmente responsable de los actos del hijo sometido a su patria potestad por los daños que éste cause.

La exigencia de una **habilitación administrativa** es preceptiva para poder ejercer. En el caso que nos ocupa, el MIR no es un especialista en cardiología, sino un médico en formación, que requiere un proceso de aprendizaje para la obtención del título de especialista. Sin embargo, la actividad de los MIR no es, en sí misma, encuadrable en el delito de intrusismo del artículo 403 del Código Penal. Sólo cuando los médicos internos residentes actúen fuera de la supervisión y de la programación establecida reglamentariamente y, además, como en cualquier otra actividad, lo hagan fuera de circunstancias excepcionales, con conocimiento y ánimo de actuar irregularmente, pueden incurrir en el delito de intrusismo.

Los actos médicos en los que puede y debe participar el MIR en su periodo de formación y de los que se puede derivar responsabilidad serán actos en relación con la propia asistencia médica (actos diagnósticos, preventivos y terapéuticos) y actuaciones indirectas (como la realización de la historia clínica o el uso de otro tipo de documentos médico-legales con los que debe el MIR estar familiarizado). El residente deberá conocer los derechos básicos que tienen los pacientes en la relación clínica: el derecho a la información y al consentimiento informado, el derecho a su autonomía en la toma de decisiones y los derechos a la confidencialidad sobre sus datos e intimidad.

PECULIARIDADES DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA. NATURALEZA JURÍDICA DEL MIR

Antes de hablar sobre la responsabilidad profesional del MIR, debemos averiguar cuál es la naturaleza jurídica del médico en formación, cuestión importante, pues es necesario conocer cuáles son sus derechos y deberes para poder establecer su responsabilidad (**Tablas 1 y 2**).

El concepto normativo de MIR aparece ya en el Reglamento General para el régimen de gobierno y servicios de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social del 7 de junio de 1972, y desde entonces ha sufrido variaciones. El nuevo RD 183/2008, hoy en vigor, habla de la práctica simultánea por la que se recibe una formación y, a la vez, se presta un trabajo en unidades docentes acreditadas para adquirir las competencias profesionales propias de la especialidad de una manera progresiva, mediante una práctica programada y supervisada. En estas regulaciones existen elementos comunes y definidores de la figura MIR, siendo sus signos más característicos:

Profesionalidad

Se trata de profesionalizar la figura del residente, exigiéndose la celebración del correspondiente contrato de trabajo, de acuerdo con la legislación específica. El contrato que vincula al MIR con la institución hospitalaria u extrahospitalaria, implica una serie de compromisos:

- La obligación asistencial por parte del MIR, es decir, la colaboración en la prestación sanitaria.
- La obligación de formarse para adquirir habilidades y conocimientos propios de la especialidad; es decir, el contrato debe tener un claro componente formativo. Esto no quiere decir que el contrato sea exclusivamente docente; pero la ordenación del tiempo de trabajo no puede perjudicar la formación, que no debería verse afectada por factores como la presión asistencial, la limitación de los recursos personales o la falta del tutor en un momento concreto.

Tabla 1. Derechos del MIR

- Conocer el programa de formación de la especialidad
 - Designación de un tutor que le asista durante el desarrollo de las actividades previstas
 - Recibir a través de una práctica profesional programada, supervisada y evaluada una formación teórico-práctica que le permita alcanzar conocimientos progresivamente
 - Ser informados de las funciones, tareas y objetivos de la unidad o centro donde se encuentra en rotación
 - Ejercer su profesión y desarrollar las actividades propias de la especialidad
 - Conocer los profesionales de la plantilla que se encuentran presentes en la unidad donde presta sus servicios y consultarlos y pedirles apoyo
 - Participar en las actividades docentes, investigadoras, asistenciales y de gestión clínica
 - Registrar sus actividades en el libro del residente
 - Ser evaluado de forma objetiva, continuada y anual
 - Prórroga de la formación durante el tiempo y las condiciones fijadas
 - Revisión de las evaluaciones anuales y finales según especifica el RD 1146/2006
 - Estar representado en los términos que establezca la legislación vigente en la Comisión Nacional de la Especialidad y en las comisiones de docencia de los centros
 - Evaluar la adecuación de la organización y funcionamiento del centro a la actividad docente
 - Recibir asistencia y protección de la entidad docente o servicios de salud en el ejercicio de su profesión
 - Contar con la misma protección en materia de salud laboral que el resto de los trabajadores de la entidad donde preste sus servicios
 - No ser desposeído de su plaza si no es por alguna de las causas de extinción previstas en el Real Decreto o de otras causas previstas legalmente
-

Tabla 2. Deberes del MIR

- Realizar todo el programa de formación con dedicación a tiempo completo, sin compatibilizar con cualquier otra actividad
- Formarse siguiendo las instrucciones de su tutor y del personal sanitario y de los órganos unipersonales y colegiados de dirección y docentes, que coordinadamente se encargan del buen funcionamiento del centro
- Conocer y cumplir los reglamentos y normas de funcionamiento aplicables en las instituciones que integran la unidad docente
- Prestar personalmente los servicios y realizar las tareas asistenciales que establezca el correspondiente programa de formación y la organización funcional del centro, para adquirir la competencia profesional propia de la especialidad.
- Utilizar racionalmente los recursos en beneficio del paciente y evitar su uso ilegítimo para su propio provecho

Acreditación de las unidades docentes

El nuevo RD 183/2008 aborda detenidamente la formación y funciones de las unidades docentes y órganos docentes de carácter colegiado, dedicando todo un capítulo a los órganos docentes de carácter unipersonal, dando una gran importancia a la figura del **tutor** de residentes. Compete al tutor planificar y colaborar activamente en la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo. Se convierte en el primer responsable del proceso de enseñanza del residente, lo cual no es una cuestión carente de interés de cara a la existencia de responsabilidad médica. El tutor, para cumplir su tarea, debe mantener un contacto continuo con el MIR, siendo incuestionable que una de sus principales funciones ha de ser la de supervisión, favoreciendo la adquisición de responsabilidad y de autonomía profesional del médico en formación.

Sin embargo, esta responsabilidad de supervisión por parte del tutor no es una tarea que deba recaer sólo sobre él, aunque sí sea el máximo responsable. Afecta a los demás especialistas ya formados que desarrollan su labor asistencial en los dispositivos del centro o unidad docente donde se encuentra ejerciendo el MIR, con los que el tutor tendrá que mantener contacto para marcar una ruta o itinerario de aprendizaje del MIR. Las funciones del médico-tutor de residentes se recogen en la **Tabla 3**.

El tutor es, por tanto, el responsable de que el médico residente inicie y termine el proceso formativo con un progreso adecuado en el nivel de calidad.

Práctica profesional progresiva, programada y supervisada

Este proceso de adquisición de competencias y responsabilidad debidamente tutelada se sustenta sobre el programa formativo de la especialidad de cardiología, aprobado por el Ministerio de Educación, a propuesta de la Comisión Nacional de Cardiología, y ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades.

El RD 183/2008 dedica el capítulo V al deber de supervisión y responsabilidad progresiva del residente. La existencia de una práctica profesional tutelada o supervisada

Tabla 3. Funciones del médico-tutor de residentes

- Dar a conocer la especialidad, ilusionar al residente y estimularlo para que asuma el proceso de aprendizaje
- Dirigir de forma cooperativa y orientar el aprendizaje, ayudándolo a identificar cuáles son sus necesidades y cuáles los objetivos que debe plantearse
- Supervisar la formación del MIR mediante la evaluación continuada de las actividades y la identificación de actividades de mejora
- Constituirse en el referente e interlocutor del residente, siendo el garante de sus derechos
- Hacer que el residente cumpla con sus deberes laborales y formativos, favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidad y estimulando la autonomía de su formación
- Estimularle en la participación de actividades docentes e investigadoras del centro en el que desarrolle su residencia

incluye dos conceptos de suma importancia a la hora de hacer la valoración legal de la ya comentada responsabilidad *in vigilando* del artículo 1903 del Código Civil:

- El deber general de supervisión: existe un deber generalizado de todos los profesionales que prestan sus servicios en las unidades donde se forman residentes. Esta obligación de ser supervisado se convierte en un derecho del MIR, que puede y debe consultar las cuestiones que le planteen dudas en relación con su práctica profesional y de atención al paciente, sin tomar ninguna medida de la que no esté seguro.

- El médico residente debe someterse a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos. Por otro lado, podrá plantear a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de la relación con los médicos especialistas del servicio en el cual desarrolle su actividad formativo-asistencial.

Formas de supervisión del MIR

A lo largo de su camino formativo y asistencial, el ámbito de actuación del MIR de cardiología variará desde su esfera de actuación propia de un licenciado en Medicina y Cirugía hasta la consecución de su especialización. Por ello, debe existir una proporcionalidad entre la supervisión y la asunción progresiva de responsabilidad, a medida que avanza en el programa formativo. El RD 183/2008 introduce un aspecto valorativo importante, en el cual se presta especial atención a los residentes de primer año. Éstos tendrán una supervisión de presencia física que será llevada a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los cuales esté rotando.

En este sentido, existen tres tipos de actuaciones permitidas al MIR:

- **Las actuaciones amparadas por su título de licenciado en Medicina y Cirugía.** Según la LOPS, corresponde a ellos la indicación y realización de actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.

• **Las actuaciones planificadas dentro de su programa de formación.** En éstas, a medida que avanza el programa se irá adquiriendo una mayor cualificación profesional que, si bien no le permite el ejercicio pleno hasta obtener la titulación oficial, sí hará factible que se le encomienden tareas más complejas y colaboraciones más intensas. Es por ello que el MIR de cardiología debe conocer los objetivos cualitativos y cuantitativos que ha de cumplir a lo largo de cada uno de los periodos de formación.

Este reforzamiento del carácter profesional de su relación se traduce en un incremento de su responsabilidad, que lleva acarreada una menor intervención tutorial, de tal forma que se puede afirmar que la exigencia de responsabilidad para un MIR de último año de formación será prácticamente idéntica a la que correspondería al cardiólogo especialista.

El MIR, como los demás médicos del centro, puede atender a los pacientes en relación con las tareas que le estén permitidas según el curso de especialización en el que se encuentre. Las tareas, a su vez, están supervisadas por el tutor, el cual tiene encomendada la función de supervisión del médico residente. La responsabilidad del residente es desplazada en el momento en el que el tutor asume el caso; sin perjuicio de que el MIR haya podido incurrir con carácter previo o al mismo tiempo en una actuación imprudente o negligente.

Sin embargo, en la práctica habitual son muchas las circunstancias en las que la propia dinámica del acto médico concreto difumina dicha supervisión. El problema legal se exagera si además tenemos en cuenta que muchas veces la supervisión es llevada a cabo por otro residente de un curso superior, que a su vez debería ser supervisado por un médico especialista, aunque el hecho de haber superado las evaluaciones de años anteriores da cierta garantía de su habilidad actual y de su capacidad para solventar dudas a un residente de menor año.

La actuación del tutor no implica siempre el seguimiento físico de todos los actos del MIR. A veces se limitará a atender a sus consultas, ya que, conforme el MIR es evaluado y se comprueba su capacidad para ir realizando de forma progresiva las tareas propias de su especialidad, la intervención del tutor va disminuyendo hasta hacerse excepcional. El tutor no debe controlar todas y cada una de las actuaciones del residente para las que él mismo ya tiene abordaje autónomo.

• **Las actuaciones del MIR en urgencias.** Aunque la intervención del MIR en un caso de urgencias es absolutamente legítima (tal como se establece en el artículo 196 del Código Penal), no se le exime de responsabilidad en dos supuestos:

- Cuando la urgencia no es tal.
- Cuando, a pesar de la urgencia, el comportamiento del MIR es imprudente o negligente.

Un tema muy debatido dentro de los servicios de urgencias médicas es el problema del alta del paciente por parte del residente. Esto ha sido regulado por el RD 183/2008, que dice que “los especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año”. Esta nueva sistemática introducida por la ley solventa parcialmente el problema, estableciendo la obligatoriedad para los MIR de primer año y supervisión decreciente a partir del segundo año de residencia. Pero sigue sin resolver la situación real de muchos servicios de urgencias, donde la supervisión tradicionalmente se lleva a cabo por residentes veteranos. Para graduar dicha supervisión en áreas asistenciales

especialmente críticas o significativas, como ocurre con el área de urgencias, deberán crearse protocolos de actuación.

Otro problema asociado a la atención de urgencias es el caso en el que el MIR esté de servicios mínimos por la existencia de huelga médica. Una sentencia de Tribunal Supremo del 27 de junio de 1994 dice: “Durante el transcurso de una huelga se podrán imponer servicios mínimos que obliguen al MIR a realizar funciones de mera colaboración, no pudiendo en el desarrollo ordinario de su trabajo realizar funciones propias de la especialidad para la que se preparan sin la supervisión del jefe de servicio. Tampoco podrá imponerse durante una huelga la obligación de colaboración sin esa supervisión”. Por tanto, ni siquiera en huelga podrán desarrollar funciones propias de la especialidad para la que se preparan sin la supervisión de un jefe adjunto superior.

Métodos de enseñanza autorizada para el MIR

La faceta asistencial o práctica durante este tiempo de formación conlleva, como es lógico, el contacto con el enfermo. Es importante, por ello, valorar los distintos métodos de enseñanza de los que disponemos, ver su eficacia real y aplicarlos durante la formación. Es posible que un buen método de enseñanza disminuya el número de reclamaciones y demandas judiciales hacia el médico residente. Los distintos métodos que a continuación se describen pueden combinarse entre sí e incrementar el cumplimiento de los objetivos de la residencia:

- **Aprendizaje de campo.** Es el que se realiza durante el ejercicio profesional, mediante la práctica supervisada bajo la responsabilidad de un tutor, con quien se comparte trabajo y pacientes. Aquí el grado de implicación del residente será desde la mera observación directa de lo que hace el tutor hasta la intervención autorizada con presencia del tutor, o bien la intervención directa sin presencia física del mismo. El desempeño de las actividades asistenciales de una manera progresiva es la forma adecuada de adquirir las competencias necesarias.

- **Autoaprendizaje.** Se basa en el estudio, para la adquisición de nuevos conocimientos y para el mantenimiento de la competencia.

- **Clases, simulaciones y/o talleres.** Se trata, además de clases teóricas, de simulaciones que aproximen al residente a situaciones reales, buscando un contexto práctico lo más similar posible donde aplicar el conocimiento adquirido.

- **Trabajo en equipo con otros residentes,** con los que poder intercambiar conocimientos.

- **Mayor conocimiento de la legislación existente** en materia de derechos y deberes de los pacientes en temas tales como el derecho a la intimidad y el deber de secreto profesional, el derecho a la información y el consentimiento informado y el uso correcto de los documentos médico-legales.

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MIR

La culpa del MIR

La responsabilidad genera “la obligación de reparar, satisfacer por sí mismo o por otro la pérdida, daño o perjuicio que se ha ocasionado”. El médico debe responder

cuando existe un daño derivado de su relación asistencial por una mala praxis o falta de cumplimiento de los deberes que le son propios. La responsabilidad puede derivarse de una acción dolosa (con deliberada intención de hacer daño) o culposa. En el caso de la que se genera por la asistencia médica, suele ser culposa, caracterizada por la inexistencia de intención en hacer daño, pero sin la prudencia o diligencia adecuada que lo hubieran evitado.

En el caso de la llamada culpa médica, coinciden las doctrinas de las salas Civil y Penal del Tribunal Supremo en señalar que la culpa médica no queda constituida por un mero error científico o de diagnóstico (excepto cuando tales desaciertos constituyen una falta cuantitativa o cualitativa de extrema gravedad), ni tampoco cuando no se poseen unos conocimientos de extraordinaria y muy calificada especialización.

Como hemos señalado, el acto médico debe realizarse de acuerdo a la *lex artis ad hoc*, siendo éste el criterio clave para determinar si existe o no responsabilidad médica. Se debe diferenciar la negligencia punible, que genera responsabilidad; respecto de situaciones no punibles, como son el caso fortuito (consecuencia que no resulta previsible, o siendo previsible no era evitable) o efecto indeseable inherente al procedimiento.

La situación jurídica del MIR de cardiología no es comparable a la de un médico especialista, por lo que no son equiparables las funciones y la responsabilidad de cada uno de ellos. Es por esto que no puede realizar funciones de especialista ni le está permitida una intervención desacorde con su preparación. Así se contempla en el Código de Ética y Deontología Médica de 1999: “El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia”.

Por ello, en el aprendizaje del MIR es imprescindible la supervisión, pudiendo descargar la culpa, total o parcialmente, en el tutor o en la propia institución donde éste presta sus servicios por las llamadas *culpa in vigilando* y *culpa in eligendo*, ambas descritas en el artículo 1903 del Código Civil: “La obligación que impone el artículo anterior [artículo 1902: “el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, estará obligado a reparar el daño causado”] es exigible no sólo por los actos u omisiones propios, sino por los de aquellas personas de quien se debe responder”.

El MIR, al que a medida que adquiere mayor formación se le exige un mayor nivel de responsabilidad, puede tener culpa por extralimitación en sus funciones y por mala praxis. La mala praxis se produce por no adaptarse a la llamada *lex artis ad hoc* por alguna de las siguientes causas:

- Por impericia, que es la falta de conocimientos, técnicas y/o habilidades para llevar a cabo un acto determinado, en cuyo caso el MIR estaría extralimitándose.
- Por negligencia o actuación con descuido, sin guardar las precauciones mínimas debidas.
- Por imprudencia, que son actuaciones en las que se asume un riesgo superior al considerado razonable.
- Por no seguir la reglamentación vigente.

¿Y por equivocarse? ¿Es el error una fuente de responsabilidad para el MIR? El médico, residente o no, está condicionado por cierto margen de incertidumbre y por la inexactitud inherente a la ciencia médica, especialmente en el proceso diagnóstico. Un

error puede ser compatible con una conducta absolutamente diligente. Sólo será punible cuando el médico no hubiese actuado con la diligencia necesaria, propia de cualquier profesional en las mismas circunstancias y con los mismos medios a su alcance con el que se le comparase. Para el derecho lo importante en sí no es el error; sino la conducta humana que da lugar al mismo. Se exige al profesional el empleo de todos los medios adecuados a su alcance; de ello se deduce su responsabilidad. Es decir, el médico se compromete a poner los medios adecuados para lograr la curación del paciente, y su responsabilidad se ceñirá al uso de esos medios, pero no a conseguir un resultado. Esto es lo que en derecho civil se denomina “relación de medios o extracontractual” o “culpa aquiliana”, que está contemplada en el artículo 1902 del Código Civil.

Vías de reclamación al médico

Del resultado lesivo se deriva la obligación de responder por dichas consecuencias. Existen varias vías por las que el perjudicado o su familia puede exigir al médico el resarcimiento por los daños ocasionados por sus actos: la vía penal, la vía civil, la vía contencioso administrativa (patrimonial de la Administración), la vía disciplinaria (estatutaria) y la vía deontológica.

Responsabilidad civil

En virtud de la Ley 4/1999, de 13 de enero, que reforma la Ley 30/92, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, la responsabilidad por la vía civil ha desaparecido para todo empleado público, a excepción de la obligación civil de indemnizar en una vía penal. La responsabilidad civil es asumida subsidiariamente por la institución, a través de la responsabilidad patrimonial de la Administración. El médico residente de cardiología que se forma en un hospital público es considerado como empleado público a dichos efectos, por lo que la responsabilidad civil sólo tendría lugar si la formación la recibiera en un centro privado. Cabe la posibilidad, recogida en la ley pero nunca invocada por la Administración, de que, cuando ésta sea condenada por los actos de un residente, ejercite la *acción de regreso*. A través de una acción civil, la Administración reclama al residente que generó el daño la indemnización que ha tenido que afrontar la institución, lo que supondría “repetir” la reclamación frente al residente. No se ha dado ningún caso que conozcamos en nuestro ámbito, seguramente porque la indemnización termina siendo asumida por el seguro de responsabilidad contratado por la Administración.

Responsabilidad penal

Por lo general, se aplica en casos de imprudencia grave, ya que es muy raro que se cometan delitos dolosos. El núcleo de dicha imprudencia es la infracción del deber de cuidado. El MIR respondería penalmente en caso de imprudencia grave o dolo supervisado por el tutor, o porque decidiera por sí mismo y sin avisar a su superior. En este segundo caso hablaríamos de “imprudencia por asunción”: el MIR asume un cometido para el que no está preparado.

Responsabilidad patrimonial de la Administración

Los particulares podrán exigir directamente a la Administración Pública correspondiente las indemnizaciones por los daños y perjuicios que le ocasionen, a través del procedimiento administrativo (*reclamación previa*), y mediante la vía contencioso-administrativa, si la primera resulta denegada. El MIR actuaría de una manera culposa siempre que aborde intervenciones, toma de decisiones o prescripción de tratamientos inadecuados a su grado de formación. En este tipo de responsabilidad la culpa puede ser compartida tanto por el MIR como por el tutor y la propia institución, pero sólo a esta última es a la que se le exige una reparación económica, en forma de indemnización, que deberá abonar el seguro de responsabilidad profesional contratado.

Puede que en algunas ocasiones no exista responsabilidad por parte de los profesionales, o ésta no llegue a demostrarse. En estos casos estamos ante la llamada **responsabilidad de carácter objetivo** de la Administración. Hoy en día parece que se han atemperado los criterios de responsabilidad objetiva de la Administración, la cual sólo responde en caso de funcionamiento anormal o negligente del servicio. También es posible que la responsabilidad institucional pueda solaparse con la personal de los profesionales.

Responsabilidad disciplinaria

El personal en formación puede también incurrir en una responsabilidad disciplinaria por las faltas que cometa durante su periodo de residencia. Estas faltas pueden ser leves, graves o muy graves. La tipificación de las mismas viene recogida en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. La imposición de dichas sanciones disciplinarias corresponde al órgano competente de la institución sanitaria de la que dependa la unidad docente.

Responsabilidad deontológica

El médico interno residente, como médico que es, está sometido a la colegiación y le son de aplicación las normas deontológicas en vigor. Éstas tienen un significado y contenido jurídico porque constituyen una forma de *lex artis* codificada y, por tanto, un elemento que puede ser usado por los tribunales cuando han de determinar el alcance concreto de la actuación médica.

BIBLIOGRAFÍA

Normativa

Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales.

RD 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.

Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común.

Ley 4/99, de modificación de la ley 30/92, de 26 de noviembre.

- Código de ética y deontología médica de 1999, creación de la Organización Médica Colegial Española.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 15 de noviembre de 2002.
- Ley 16/2003, de 28 de marzo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Orden SLT/396/2005, de 28 de septiembre, por la que se hace pública la convocatoria del proceso de acreditación por parte del departamento de Salud de tutores de especialistas en formación de médicos de la red sanitaria pública catalana. Diario Oficial de la Generalidad de Cataluña, 11/10/2005.
- RD 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- RD 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Jurisprudencia

- Tribunal Supremo, Sala de lo Penal. Sentencia del 28 de diciembre de 1990. RJ 1990/10102.
- Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 7ª, de 27 de junio de 1994. RJ 1994/5194.
- Audiencia Provincial de Pontevedra, Sección 4ª. Sentencia de 11 de enero de 1997. AC/ 1997/738.
- Audiencia Provincial de Orense; 8/11/1997. AC 1997/2311.
- Tribunal Supremo, Sala de lo Civil. 30/12/1999; RJ 1999/9496.
- Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, Sala de lo Contencioso Administrativo. Sentencia 194/2000 de 17 de febrero.
- Audiencia Provincial de La Rioja, Sección 1ª. Sentencia 61/2004 de 27 de febrero. ARP 2004/180.
- Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de lo Social, Sección 1ª; Sentencia del 5 de julio nº 717/2006.
- Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 4ª. Sentencia de 24 de septiembre. JUR 2006/274085.
- Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sección 1ª, 5/12/2006. RJ2007/269.
- Juzgado de lo Contencioso Administrativo de Oviedo; Sentencia nº 11/2007 de 9 de enero de 2007.
- Audiencia Provincial de Málaga, Sección 1ª; Sentencia nº 27/2007 de 12 de enero.
- Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 8ª; Sentencia nº 454/2007 de 30 de abril. JUR 2007/270384.
- Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de lo Social, Sección 1ª; Sentencia nº 832/2007 del 5 de diciembre.

Otras obras

- IV Encuentro de Tutores en Mahón. La evaluación de la formación especializada como garantía de calidad del sistema de salud. Educ Méd 2007; 10 (1): 16-25.

- Abreu González R. Responsabilidad Jurídica del Médico Interno Residente (MIR). Arch Soc Esp Oftalmología. Volumen 70. Madrid; 2004.
- Álvarez González et al. Cuadernos de Medicina Forense 2007; 13 (47): 9-19.
- Aparicio Ríos M. Apuntes sobre la naturaleza jurídica de la figura del MIR. Asesoría jurídica del sindicato médico de Granada. 2002.
- Barrios Flores LF. La responsabilidad profesional del Médico Interno Residente. Derecho Sanitario 2003; 11 (1): 1-21.
- Choclán Montalvo JA. Derecho Sanitario 2000; 8 (1): 59-64.
- Gómez Fleitas M. La necesidad de cambios en la formación y la capacitación quirúrgica: un problema pendiente de resolver en la cirugía endoscópica. Cir Española 2005; 77 (1): 3-5.
- González Pernía J, Herranz Catalán V. El acto médico y la responsabilidad profesional. En: Responsabilidad profesional del MIR. Documentos de opinión para atención primaria. Semergen 2005.
- Hidalgo Carballal A, González Pernía J. Particularidades de la formación especializada del médico en relación a la responsabilidad profesional. Actualidad de Derecho Sanitario 2008; 148: 318-23.
- León Martínez C, Martínez León MM. Presupuestos jurídicos del acto médico. Madrid: La Ley; 1998. pp. 1493-8.
- Ortells Ross E. La regulación de la jornada laboral de los residentes es un requisito para una formación de calidad. Atención Primaria 2004; 33 (7): 387-90.
- Piñero Madrona A, Martín Díaz L, Morales García DJ. El tutor en las especialidades quirúrgicas. Los simuladores en la formación del residente. En: Cabero Roura L. Manual para tutores de MIR. Madrid: Editorial Médica Panamericana 2008. pp. 224-9.
- Ricarte Díez JI, Martínez Carretero JM. Métodos de enseñanza y aprendizaje en el residente. En: Cabero Roura L. Manual para tutores de MIR. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. pp. 103-14.
- Sabater Orti L. Hacia un nuevo modelo de tutor de residentes. Cir Esp 2006; 80 (3): 121-2.
- Santo González A. Las particularidades de la formación especializada. En: Responsabilidad profesional del MIR. Documento de opinión de Semergen; 2005. pp. 28-40.
- Santos Guerra MA. El buscador de manantiales. Perfil del tutor de Medicina. En: Cabero Roura L. Manual para tutores de MIR. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. pp. 49-73.
- Soler LA. La culpa en el ámbito de la responsabilidad civil médica. Estado jurisprudencial y modalidades de manifestación. Rev Cal Asistencial 2005; 20 (4): 223-7.
- Tutosaus Gómez JD. El impacto de la formación de especialistas sobre la estructura hospitalaria y de atención primaria. El paciente y el especialista en formación. En: Cabero Roura L. Manual para tutores de MIR. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. pp. 127-44.
- Tutosaus JD, Martínez MA, Bernal C, et al. La calidad de los programas docentes de los Especialistas en Formación. Educ Méd 2003; 6 (3): 39.
- Vila F, Soria V, Seto A. Acompañamiento en la formación. La autorización del MIR. Rev Psiquiatría (Facultad de Medicina Universidad de Barcelona) 2005; 32 (4): 198-203.

