



# **COMPETENCIAS** DEL **TUTOR** DEL **RESIDENTE** DE FAMILIA

---

© SEMERGEN

Diseño, maquetación y coordinación editorial:

**IMC** INTERNATIONAL  
MARKETING &  
COMMUNICATION, S. A.

Alberto Alcocer 13, 1.º D  
28036 Madrid  
Tel.: 91 353 33 70 Fax: 91 353 33 73  
www.imc-sa.es imc@imc-sa.es

ISBN: 978-84-7867-972-0

Ni el propietario del copyright ni el coordinador editorial pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

# COMPETENCIAS DEL TUTOR DEL RESIDENTE DE FAMILIA



## **COORDINADORA GENERAL**

### **María José Gamero Samino**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de San Fernando. Badajoz

## **COORDINADORES MÓDULOS**

### **Zaira María Correcher Salvador**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Médica de EAP en el Centro de Salud de Vall d'Alba. Castellón

### **María José Gamero Samino**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de San Fernando. Badajoz

### **Antonio Martínez Pastor**

Tutor Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de Vistalegre-La Flota.  
Exjefe de Estudios de la Unidad Docente de Medicina Familiar  
y Comunitaria de Murcia

### **Asunción Vélez Escalante**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Altamira. Cantabria

# COMPETENCIAS DEL TUTOR DEL RESIDENTE DE FAMILIA



## ÍNDICE

### MÓDULO 1

LA RELACIÓN TUTOR-RESIDENTE

6

### MÓDULO 2

MÉTODO DOCENTE

54

### MÓDULO 3

LA EVALUACIÓN DEL RESIDENTE

79

### MÓDULO 4

ASPECTOS BÁSICOS Y NORMATIVOS DEL EJERCICIO DEL TUTOR

121



# COMPETENCIAS DEL TUTOR DEL RESIDENTE DE FAMILIA

---

## MÓDULO 1

---

### LA RELACIÓN TUTOR-RESIDENTE

#### COORDINADORA GENERAL

**María José Gamero Samino**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de San Fernando. Badajoz

#### COORDINADORA DEL MÓDULO

**Zaira María Correcher Salvador**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Médica de EAP en el Centro de Salud de Vall d'Alba. Castellón

#### AUTORES DEL MÓDULO

**Javier Bustamante Odriozola**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Médico de Equipo de Salud Vargas.  
Santander. Cantabria

**Zaira María Correcher Salvador**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Médica de EAP en el Centro de Salud de Vall d'Alba. Castellón

**Raúl Piedra Castro**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara

# COMPETENCIAS DEL TUTOR DEL RESIDENTE DE FAMILIA



MÓDULO 1

## LA RELACIÓN TUTOR-RESIDENTE

### COORDINADORA DEL MÓDULO

**Zaira María Correcher Salvador**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Médica de EAP en el Centro de Salud de Vall d'Alba, Castellón

### ÍNDICE

<b>LA ACOGIDA</b>	<b>8</b>
Javier Bustamante Odriozola	
<b>ITINERARIO FORMATIVO DEL RESIDENTE. QUÉ ES Y QUÉ PUEDO PROPONER</b>	<b>10</b>
Javier Bustamante Odriozola	
<b>PLAN INDIVIDUAL DE FORMACIÓN DEL RESIDENTE. CÓMO ELABORAR UNA GUÍA DE FORMACIÓN ÓPTIMA PARA TUTORIZAR AL RESIDENTE EN FUNCIÓN DEL PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD</b>	<b>23</b>
Zaira María Correcher Salvador	
<b>SUPERVISIÓN Y AUTONOMÍA DEL RESIDENTE</b>	<b>34</b>
Zaira María Correcher Salvador	
<b>ENTREVISTAS TUTOR-RESIDENTE COMO HERRAMIENTA PARA PLANIFICAR</b>	<b>39</b>
Raúl Piedra Castro	
<b>RELACIÓN PERSONAL/PROFESIONAL TUTOR-RESIDENTE</b>	<b>49</b>
Raúl Piedra Castro	

## **Javier Bustamante Odriozola**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Médico de Equipo de Salud Vargas.  
Santander. Cantabria

La Atención Primaria de salud es la base del sistema sanitario, por lo que cobra notable importancia la formación de los futuros médicos de familia a fin de que sean capaces de ofrecer al usuario una mejor atención, accesible, integral, humana y más eficiente.

El perfil del médico de familia es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales (modelo biopsicosocial) vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud.

Nuestro país ha experimentado en los últimos años cambios sociales importantes que implican un incremento en la utilización de los servicios de Atención Primaria de salud, como son, el crecimiento de la población anciana y de las patologías crónicas, los cambios en la estructura familiar, los factores ligados a los estilos de vida y al entorno, que han originado en los ciudadanos nuevas necesidades y expectativas de la salud.

Asimismo, la importancia creciente de la Atención Primaria de salud deriva de la mayor calidad y oferta de los servicios, favorecidas por el desarrollo científico y tecnológico y por la mejor formación y capacidad resolutoria de los médicos de familia.

## **GENERALIDADES DE LA RELACIÓN TUTOR-RESIDENTE**

El tutor es aquel profesional de la Medicina en ejercicio activo al que se le reconoce un nivel formativo y un entorno laboral adecuado que permite acreditarlo como capacitado para favorecer el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes propios de una formación médica especializada y que asume colaborar de forma activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los médicos especialistas en formación, dentro de un contexto institucionalizado.

El tutor es una figura esencial en la formación del residente y especialmente en el contexto de este programa que, entre sus características definitorias, tiene la flexibilidad, lo que implica la individualización y personalización del programa formativo, adaptando contenidos, tiempos y métodos a las necesidades propias de cada residente.

El proceso de aprendizaje del residente se basa en un modelo colaborativo centrado en el que aprende. No es la típica relación de maestro y discípulo, ni tampoco de amistad o de compañerismo, sino que se caracteriza por ser una relación interpersonal, individualizada y adaptada a las expectativas de cada residente, por lo que debe desarrollarse en un ambiente que permita la participación del especialista en formación en la definición de objetivos y en el intercambio progresivo de papeles a medida que el residente avanza en el proceso de aprendizaje.

Cada tutor tiene su propio estilo de tutorización, pero todos ellos deben ser capaces de:

- Comunicar (empatía).
- Estimular (incentivar, impulsar e ilusionar).
- Transmitir información oportunamente.
- Explorar las expectativas y actitudes del residente.
- Favorecer el diálogo.

Dentro de las funciones que corresponden al tutor se incluyen:

1. Orientar al residente durante todo el periodo formativo.
2. Supervisar la formación del residente. Para ello, el tutor deberá:
  - Utilizar como herramienta básica las fichas que figuran en este programa, completadas con la información que le facilite el tutor hospitalario y los demás responsables de la supervisión del programa formativo.
  - Establecer con el residente a su cargo un calendario de reuniones periódicas o entrevistas para analizar entre ambos cómo se está realizando la formación e intentar corregir los puntos débiles.
3. Ser el referente-interlocutor del residente y, por tanto, realizar una labor de acogida y de información. El tutor es un elemento esencial en la resolución de conflictos y en la protección de los derechos del residente.
4. Favorecer el autoaprendizaje y la responsabilidad progresiva del residente.
5. Fomentar la actividad docente e investigadora del residente.
6. Ser el principal responsable de la evaluación formativa o continuada del residente, participando activamente en la evaluación anual/calificativa a través de los comités de evaluación.
7. Participar en la elaboración de la memoria anual de las actividades docentes realizadas por los residentes en el Centro de Salud.

### Puntos clave

- El tutor es una figura esencial en la formación y, entre sus características definitorias, tiene la flexibilidad, lo que implica la individualización y la personalización.
- El proceso de aprendizaje del residente se basa en un modelo colaborativo centrado en el que aprende. Se caracteriza por ser una relación interpersonal, individualizada y adaptada a las expectativas de cada residente.

# ITINERARIO FORMATIVO DEL RESIDENTE. QUÉ ES Y QUÉ PUEDO PROPONER

---

## **Javier Bustamante Odriozola**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Médico de Equipo de Salud Vargas.  
Santander. Cantabria

## **GUÍA O ITINERARIO FORMATIVO TIPO**

La guía o itinerario formativo tipo (GIFT) deberá ser propuesto por las Unidades Docentes basándose en sus características y posibilidades, de forma que permita la adquisición de las competencias marcadas por el Programa Oficial de la Especialidad (POE), sin perjuicio de sus adaptaciones al plan individual de formación de cada residente.

El POE recoge la importancia de conseguir el máximo cumplimiento de los objetivos formativos, por encima de los dispositivos en los que se rota. Esto es, una misma competencia se puede adquirir en diferentes rotaciones. Para la adquisición de competencias, se pretende la máxima implicación del residente en la atención a los pacientes, independientemente del nivel de supervisión que requiera.

Para entender el GIFT habrá que tener en cuenta tanto el cronograma del programa como las competencias que se quieran alcanzar y la metodología. Las competencias se detallarán en futuros capítulos, pero vamos a contextualizarlas:

- **Competencias esenciales:**
  - Comunicación asistencial. Entrevista clínica. La relación médico-paciente.
  - Razonamiento clínico. La toma de decisiones. El método clínico centrado en el paciente.
  - La gestión de la atención:
    1. La gestión clínica.
    2. El trabajo en equipo.
    3. La gestión y organización de la actividad.
    4. Los sistemas de la información.
    5. La gestión de la calidad.
    6. La responsabilidad civil y médico-legal.
  - La bioética.
- **Competencias relacionadas con la atención al individuo.**
- **Competencias que tienen relación con la atención a la familia.**
- **Competencias relacionadas con la atención a la comunidad.**
- **Competencias que se relacionan con la formación continuada y la investigación.**

## CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

Los tutores que intervienen en el periodo formativo del residente, fundamentalmente el tutor principal, son los responsables de la supervisión y seguimiento de los planes (cronogramas) individuales de formación, que son elaborados por los tutores para cada residente, en el seno de la Comisión Asesora. Dichos planes individuales se adaptarán a las características, posibilidades y recursos de cada Unidad Docente y de cada residente, debiendo garantizar, no obstante:

- Un contacto amplio inicial del residente con la Atención Primaria de salud: preferentemente seis meses y como mínimo tres meses.
- Que al menos el 50 % de la residencia se realice en el centro de salud.
- Un tiempo de estancia formativa en el centro de salud todos los años.

La inevitable flexibilidad de los planes individuales de formación no es, sin embargo, un obstáculo para incluir en este apartado la siguiente propuesta de “cronograma” que contiene las pautas generales a las que la Comisión Nacional de la Especialidad considera que progresivamente deben adaptarse los planes individuales de formación.

Cronograma del programa
<b>Primer año</b>
Aprendizaje de campo en Atención Primaria: 3-6 meses
Aprendizaje de campo en Medicina Interna y especialidades: 5-8 meses
Vacaciones: 1 mes
Aprendizaje de campo en Urgencias (guardias)
Autoaprendizaje
Clases/trabajo grupal/talleres
<b>Segundo y tercer año</b>
Aprendizaje de campo en Medicina Interna y especialidades médicas y médico-quirúrgicas: 8 meses
Aprendizaje de campo en Atención Primaria: 3 meses (R2) en centro rural
Aprendizaje de campo en Atención al niño: 2 meses
Aprendizaje de campo en Salud mental: 3 meses
Aprendizaje de campo en Atención a la mujer: 3 meses
Estancias electivas complementarias o aprendizaje de campo en el centro de salud: 3 meses (R3)
Vacaciones: 2 meses
Aprendizaje de campo en Urgencias (guardias)
Autoaprendizaje
Clases/trabajo grupal/talleres
<b>Cuarto año</b>
Aprendizaje de campo en Atención Primaria: 11 meses
Vacaciones: 1 mes
Aprendizaje de campo en Urgencias (guardias)
Autoaprendizaje
Clases / trabajo grupal / talleres

Con carácter general, el aprendizaje de campo se hará con tutorización continuada e incremento progresivo de responsabilidad, a medida que el residente vaya adquiriendo competencias profesionales según su proceso de aprendizaje.

Debido al alto número de especialidades hospitalarias y al tiempo limitado existente en la residencia, algunas de las especialidades que se exponen a continuación se verán incluidas en el programa de la rotación de la residencia en determinadas comunidades autónomas y en otras no. Para rotar en dichas especialidades puede llegar a ser necesario el uso de los meses de las estancias electivas complementarias si así lo desea el residente.

## OBJETIVOS SEGÚN ROTATORIO Y AÑOS DE RESIDENCIA

Año de residencia	Objetivos generales
<b>1.º año de residencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer el ámbito de trabajo de un especialista en MFyC</li> <li>• Conocer las características de los pacientes y de la atención que se les presta</li> <li>• Realizar las tareas del médico de familia en los distintos ámbitos de actuación, atención en consulta, domicilio del paciente, planta hospitalaria, en urgencias, en los distintos entornos de atención por los que rote</li> <li>• Adquirir competencias para la atención a personas con problemas de salud</li> <li>• Reconocer y practicar los valores de la profesión y de la especialidad</li> <li>• Conocer y desarrollar las tareas docentes encomendadas para ser evaluado positivamente al finalizar el año formativo</li> </ul>
<b>2.º año de residencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar las tareas del médico de familia en los distintos ámbitos de actuación, atención en consulta, en planta hospitalaria, en urgencias, en los distintos entornos de atención por los que rote</li> <li>• Adquirir competencias para la atención a personas con problemas de salud</li> <li>• Adquirir competencias para la gestión del conocimiento y la investigación</li> <li>• Incorporar en toda actuación los valores de la profesión y de la especialidad</li> <li>• Desarrollar las tareas docentes encomendadas para ser evaluado positivamente al finalizar el año formativo</li> </ul>
<b>3.º año de residencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar las tareas del médico de familia en los distintos ámbitos de actuación, atención en consulta, domicilio del paciente, planta de hospitalización, en urgencias, en los distintos entornos de atención por los que rote</li> <li>• Adquirir competencias para la atención a personas con problemas de salud</li> <li>• Incorporar de forma sistemática la gestión del conocimiento y la investigación en la atención a pacientes</li> <li>• Incorporar de forma progresiva el enfoque familiar y comunitario en la atención a pacientes</li> <li>• Conocer la estructura de la población atendida, sus características económicas, culturales y sociales, los principales condicionantes y problemas de salud y los recursos existentes en la comunidad</li> <li>• Conocer los programas de salud desarrollados en la comunidad</li> <li>• Desarrollar la autonomía en la atención a pacientes en el entorno de Atención Primaria y atención urgente</li> <li>• Incorporar en toda actuación los valores de la profesión y de la especialidad</li> <li>• Desarrollar las tareas docentes encomendadas para ser evaluado positivamente al finalizar el año formativo</li> </ul>

Continúa >

Continuación

Año de residencia	Objetivos generales
<b>4.º año de residencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer las características de los pacientes y de la atención que se les presta</li> <li>• Realizar con plena autonomía las tareas del médico de familia en los distintos ámbitos de actuación, en la atención en consulta del centro de salud, en el domicilio del paciente, en urgencias del centro de salud y servicios de urgencias y emergencias hospitalarios y extrahospitalarios</li> <li>• Adquirir competencias para la atención a personas con problemas de salud</li> <li>• Incorporar de forma sistemática la gestión del conocimiento y la investigación en la atención a pacientes</li> <li>• Incorporar de forma plena el enfoque familiar y comunitario en la atención a pacientes</li> <li>• Coordinar las intervenciones con los recursos existentes en la comunidad</li> <li>• Participar en los programas de salud desarrollados en la comunidad</li> <li>• Reconocer y practicar los valores de la profesión y de la especialidad</li> <li>• Conocer y desarrollar las tareas docentes encomendadas para ser evaluado positivamente al finalizar el año formativo</li> </ul>

### R1: Centro de salud (3-6 meses)

- Conocer el centro de salud (CS): estructura física y funcional.
- Establecer las bases de la relación tutor-residente.
- Conocer las diferentes tareas que desempeña habitualmente el médico de familia (MF).
- Conocer las diferentes funciones de los profesionales del equipo de Atención Primaria (EAP):
  - Conocer las funciones y actividades del pediatra.
  - Conocer las funciones de enfermería.
  - Conocer las funciones de los trabajadores sociales.
  - Conocer las funciones del personal administrativo.
- Conocer las principales características de la Atención Primaria y la medicina de familia y cómo se organiza la actividad: consulta y atención domiciliaria y las claves del trabajo en equipo.
- Conocer y utilizar los elementos iniciales y esenciales de la comunicación asistencial y las claves de la relación médico-paciente y de la entrevista clínica.
- Identificar los problemas de salud que presenta el paciente y realizar un abordaje de la atención médica al individuo en las distintas etapas vitales y realizando un razonamiento clínico centrado en el paciente y en la toma de decisiones.
- Integrar el enfoque biopsicosocial, la atención familiar y la coordinación sociosanitaria a la hora de abordar los problemas de salud, así como las actividades preventivas y de promoción de la salud.
- Saber identificar, priorizar y contextualizar las necesidades y problemas de salud de la comunidad.
- Conocer las bases fundamentales de la gestión clínica en AP: la historia clínica y las principales aplicaciones informáticas. Variabilidad de la práctica clínica, uso de guías clínicas y protocolos, cartera de servicios y uso adecuado de pruebas diagnósticas.
- Adquirir competencias básicas en docencia e investigación.

## R1: Urgencias hospitalarias (2 meses)

- Saber realizar e interpretar las siguientes técnicas diagnósticas: monitorización de constantes, electrocardiograma, glucemia capilar basal, tira reactiva de orina, tinción corneal con fluoresceína, fondo de ojo, analítica básica y pruebas radiológicas.
- Saber realizar las siguientes técnicas terapéuticas: sueroterapia, oxigenoterapia, aerosolterapia, colocación de una sonda vesical, acceso venoso periférico, taponamiento nasal, vendajes básicos, férulas de yeso y metálicas, cura y sutura de heridas, taponamiento arterial, lavado gástrico, soporte vital básico, colocación de sonda nasogástrica, toracocentesis terapéutica, soporte vital avanzado, tratamiento eléctrico en la parada cardiorrespiratoria y trombolisis.
- Manejar el diagnóstico y la terapéutica en un primer nivel de las urgencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas atendidas en un hospital.

## R1: Medicina Interna (3-4 meses)

- Realizar anamnesis, exploración, aproximación diagnóstica y terapéutica de los pacientes del Servicio de Medicina Interna.
- Analizar los pacientes derivados desde Atención Primaria a las consultas externas de Medicina Interna (informes de derivación e informes de respuesta a la demanda que se realiza desde Atención Primaria).
- Reconocer la complejidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna (pluripatológicos) y abordaje de los mismos.
- Participar activamente en actividades docentes que se realicen en el servicio durante el rotatorio con la presentación de una sesión clínica acerca de un tema de la especialidad cuyo manejo pudiera tener interés en el ámbito de la Atención Primaria.
- Manejar el diagnóstico y el control evolutivo de: infección por VIH, meningitis, endocarditis bacteriana, tuberculosis (TBC), infecciones osteoarticulares.
- Saber hacer: recogida de exudado (ótico, faríngeo, nasal, uretral, oftálmico), triple toma vaginal, recogida adecuada de muestras (cutáneas, esputo, orina, heces).
- Saber realizar el apoyo y refuerzo en la adherencia al tratamiento antirretroviral.
- Manejar al paciente en situación de urgencia.
- Saber realizar el abordaje familiar y psicosocial del paciente afecto de enfermedades infecciosas (VIH, tuberculosis, meningitis...).

## R1: Neumología (1-2 meses)

- Conocer los principales síntomas y signos de enfermedades respiratorias y la actitud diagnóstica a seguir ante ellos: disnea, tos crónica, dolor torácico, hemoptisis, cianosis.
- Interpretar correctamente las pruebas funcionales respiratorias (espirometría) y otras pruebas diagnósticas: pulsioximetría, gasometría, pruebas de alergia respiratoria, broncoscopia, radiología torácica, TAC, etc.
- Saber manejar las situaciones de urgencia de pacientes con: disnea aguda, hemoptisis masiva, neumotórax, crisis de asma grave, neumonía, hipercapnia.

- Realizar correctamente el diagnóstico, control evolutivo y terapéutico del paciente con asma.
- Realizar correctamente el diagnóstico, control evolutivo y terapéutico del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Dar educación sobre el uso correcto de inhaladores.
- Realizar actividades preventivas: abordaje del tabaquismo, despistaje de TBC...

### **R1-R2: Digestivo (1-2 meses)**

- Manejar el diagnóstico, terapéutica y los criterios de derivación de: reflujo gastroesofágico, úlcera péptica, gastritis crónica, hepatopatía crónica, diverticulosis, síndrome de intestino irritable, enfermedad celíaca, síndrome de malabsorción intestinal, litiasis biliar, patología anal (hemorroides, fisura).
- Manejar el diagnóstico y control evolutivo del cáncer digestivo y la enfermedad inflamatoria intestinal.
- Saber realizar: colocación de sonda nasogástrica (SNG) y rectal, desimpactación manual de heces, trombectomía de hemorroides externas, drenaje de abscesos en la región anal, paracentesis evacuadora, indicación de dietas específicas (gastroenteritis aguda, celiaquía).
- Conocer las indicaciones y saber interpretar: radiología de abdomen, pruebas de laboratorio.
- Conocer las indicaciones de: radiología con contraste baritado, técnicas de endoscopia, TAC.
- Manejar al paciente en situación de urgencia: abdomen agudo (obstrucción de vías biliares, pancreatitis, apendicitis, oclusión/perforación intestinal, incarceration herniaria), hemorragia digestiva, crisis hemorroidal/absceso en región anal, insuficiencia hepática.

### **R1-R2: Endocrinología (1 mes)**

- Conocer los síntomas y signos de urgencia de los principales procesos clínicos endocrinológicos.
- Realizar correctamente el diagnóstico, control evolutivo y terapéutico del paciente con obesidad o sobrepeso.
- Realizar correctamente el diagnóstico, control evolutivo y terapéutico del paciente con patología tiroidea.
- Realizar correctamente el diagnóstico, control evolutivo y terapéutico del paciente diabético.
- Saber hacer educación individual y grupal sobre diabetes mellitus.
- Saber establecer la sospecha diagnóstica de otras enfermedades endocrinológicas y criterios de derivación: hipo/hiperparatiroidismo, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo, feocromocitoma, hipo/hipercalcemia, tumores suprarrenales, etc.
- Realizar solicitud de pruebas complementarias razonadas adecuadas a cada caso y saber interpretar los resultados.

### **R2-R3: Cardiología (1 mes)**

- Manejar el diagnóstico, terapéutica y los criterios de derivación de: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), fibrilación auricular, insuficiencia venosa crónica, patología arterial periférica.

- Manejar el diagnóstico, terapéutica y los criterios de derivación de: otras arritmias cardíacas, valvulopatía, miocardiopatía, endocarditis bacteriana, patología de grandes arterias (aneurisma de aorta, etc.).
- Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos: ecocardiografía, prueba de esfuerzo, Holter, ecografía y tomografía.
- Conocer las indicaciones de marcapasos.
- Manejar al paciente en situación de urgencia: síndrome coronario agudo, parada cardiorrespiratoria, insuficiencia cardíaca aguda, arritmias cardíacas, pericarditis aguda, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, obstrucción arterial periférica aguda/disección aórtica.

### **R2-R3: Neurología (1 mes)**

- Anamnesis y exploración física neurológica: fondo de ojo y valoración funcional.
- Manejar el diagnóstico, la terapéutica y/o los criterios de derivación de: cefaleas y algias de la cara, síndrome vertiginoso, síncope, enfermedad cerebrovascular, demencia y deterioro cognitivo, cuadro confusional agudo, neuropatías y enfermedades de los pares craneales.
- Manejar el diagnóstico, el control evolutivo y/o los criterios de derivación de: temblor (esencial, enfermedad de Parkinson, secundario a otras enfermedades neurológicas), epilepsia, infecciones del SNC (meningitis, encefalitis), alteraciones del nivel de conciencia: coma.
- Manejar la sospecha diagnóstica y los criterios de derivación de: enfermedad desmielinizante, tumor cerebral, enfermedad neuromuscular.
- Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos: neuroimagen (TAC, RMN, PET), electroencefalograma, electromiograma.

### **R2-R3: Traumatología (1 mes)**

- Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de las patologías más prevalentes referidas al aparato locomotor (dolor en columna, radiculargia, hombro doloroso, dolor en miembros, mialgias, artralgias, artritis, artrosis, osteoporosis, problemas de la estática, trastornos ortopédicos más frecuentes).
- Conocer indicaciones y saber interpretar radiología y exámenes de laboratorio y conocer indicaciones de otras técnicas de imagen.
- Conocer técnicas e indicaciones de infiltraciones articulares y saber hacer las técnicas en las patologías más prevalentes.
- Manejo diagnóstico, terapéutico y seguimiento de patología traumológica urgente: fracturas, luxaciones, esguinces, roturas musculares, y conocer la periodicidad del control evolutivo de fracturas sin indicación quirúrgica.
- Conocer los criterios de actuación en la asistencia inicial al paciente traumatizado grave, criterios de derivación urgente-preferente, en lo referido a lesiones traumológicas.
- Saber realizar: vendajes compresivos y funcionales, inmovilización con férulas de yeso y manejo de ortesis.

- Conocer las principales actividades preventivas en patología del aparato locomotor: prevención de osteoporosis y caídas en ancianos, promoción de ejercicio físico en cada una de las diferentes patologías y profilaxis antitrombótica en el paciente inmovilizado.

### **R2-R3: Reumatología (1 mes)**

- Conocer y aplicar recomendaciones de grupos de expertos sobre promoción de estilos de vida saludables (ejercicio físico) y prevención de problemas musculoesqueléticos.
- Realizar un correcto abordaje diagnóstico y terapéutico de las enfermedades osteoarticulares más comunes (artrosis, artropatía gotosa, psoriasis, espondilitis, etc.).
- Aprender a realizar la exploración articular básica.
- Manejar el diagnóstico, terapéutica y/o los criterios de derivación del paciente con dolor musculoesquelético, poliartralgias y poliartritis.
- Manejar la osteoporosis y su prevención según protocolos basados en la evidencia científica.
- Conocer las indicaciones y saber interpretar la radiología y exámenes de laboratorio de las enfermedades osteoarticulares más frecuentes.
- Conocer la indicación y eventual realización de infiltraciones articulares.

### **R2-R3: Rehabilitación (1 mes)**

- Manejo diagnóstico, terapéutico y criterios de derivación de las patologías más prevalentes referidas al aparato locomotor (dolor en columna, radiculalgia, hombro doloroso, dolor en miembros, mialgias, artralgias, artritis, artrosis, osteoporosis, problemas de la estática, trastornos ortopédicos más frecuentes).
- Conocer indicaciones y saber interpretar radiología y exámenes de laboratorio y conocer indicaciones de otras técnicas de imagen.
- Conocer técnicas e indicaciones de infiltraciones articulares y saber hacer las técnicas en las patologías más prevalentes.
- Manejo diagnóstico, terapéutico y seguimiento de patología traumatológica urgente: fracturas, luxaciones, esguinces, roturas musculares, y conocer la periodicidad del control evolutivo de fracturas sin indicación quirúrgica.

### **R2-R3: Pediatría (2-3 meses)**

#### Objetivos de la rotación en Urgencia pediátrica:

- Manejo diagnóstico y terapéutico de las urgencias pediátricas más frecuentes.
- Identificar situaciones verdaderamente urgentes en el paciente pediátrico.
- Saber hacer el seguimiento y observación del paciente en este dispositivo asistencial.
- Conocer los criterios de alta o ingreso de este tipo de pacientes.

#### Objetivos de la rotación de Pediatría en AP:

- Realizar la entrevista clínica con los padres/niños bajo criterios de buena comunicación médico-paciente.

- Realizar adecuadamente la exploración del niño en sus diferentes etapas evolutivas.
- Saber manejar, tratar y/o derivar los problemas de salud pediátricos más prevalentes.
- Adquirir las bases para la atención al niño sano (actividades preventivas y controles periódicos de salud).
- Saber pautar las medidas terapéuticas más habituales y su dosificación (antitérmicos, antibióticos más utilizados en Pediatría, medicación inhalada, soluciones de rehidratación oral).
- Conocer y abordar las situaciones de riesgo y vulnerabilidad para ser víctimas de maltrato e identificar indicios y síntomas de violencia contra los niños. Ser capaz de establecer, en estos casos, un plan de actuación integral y coordinado con otros profesionales y/o instituciones (de carácter social, policial o judicial...).
- Adquirir habilidades en el manejo de pacientes adolescentes.

### **R2-R3: Psiquiatría (2 meses)**

- Conocimiento y aplicación de las principales habilidades de entrevista. Conocer las características y peculiaridades de la entrevista psicopatológica.
- Adquirir habilidades para la comunicación con el paciente y la familia.
- Aprender y practicar la exploración clínica psicopatológica básica.
- Conocer los problemas más frecuentes de salud mental en AP. Iniciarse en el manejo, orientación y tratamiento de los principales trastornos psiquiátricos.
- Conocimiento de las bases y aplicación de la psicofarmacología básica.
- Detección y derivación de patología psiquiátrica, no abordable desde Atención Primaria, y manejo de situaciones mentales urgentes.
- Conocer el seguimiento de los procesos crónicos revisando adherencia al tratamiento, controles analíticos bioquímicos, hematológicos y de niveles de medicación.

### **R2-R3: Ginecología y Obstetricia (2 meses)**

- Saber realizar el seguimiento del embarazo de bajo riesgo obstétrico y atención al parto eutócico.
- Conocer y manejar la morbilidad del puerperio.
- Saber dar consejo contraceptivo, conocer las indicaciones y efectos secundarios de los diferentes métodos anticonceptivos y saber dar consejo sobre sexualidad responsable, prevención de ETS y embarazo no deseado.
- Conocer el diagnóstico y tratamiento de las patologías ginecológicas más habituales en Atención Primaria, así como las urgencias: vulvovaginales, dismenorrea, amenorrea, hiperpolimenorrea, hemorragia uterina, urgencias obstétricas, amenaza de aborto, embarazo ectópico, preeclampsia, parto prematuro.
- Adquirir habilidad en la realización de exploración ginecológica básica.
- Saber abordar los problemas de salud del climaterio.
- Aplicar los programas de prevención de cáncer de cérvix y de mama: conocer la exploración mamaria, interpretación de resultados de mamografía preventiva e interpretación de los resultados de la citología de cérvix.

### **R2-R3: Urología (1 mes)**

- Manejar el diagnóstico y el control evolutivo de: hematuria y microhematuria, proteinuria, masas escrotales, fimosis y parafimosis y manejo de hiperplasia prostática benigna, sabiendo realizar un correcto diagnóstico diferencial con el cáncer de próstata.
- Saber hacer: tacto rectal, sondaje vesical, transiluminación escrotal, rehabilitación muscular del suelo pelviano y reeducación vesical.
- Conocer las indicaciones de los siguientes métodos diagnósticos: ecografía abdominal y ecografía transrectal, pruebas de laboratorio y estudios urodinámicos.
- Conocer los criterios de derivación de: litotricia o tratamiento quirúrgico de la litiasis renal.

### **R2-R3: Nefrología (1 mes)**

- Reconocer las enfermedades del paciente y aprender el manejo básico de las enfermedades nefrourológicas más prevalentes, como son: insuficiencia renal aguda y crónica, glomerulopatías, nefropatías intersticiales, trastornos hidroelectrolíticos, nefrolitiasis y uropatía obstructiva.
- Aprender el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial y de sus complicaciones.
- Reconocer las situaciones agudas y crónicas que pueden requerir la utilización de tratamiento sustitutivo renal, así como sus diferentes modalidades.
- Aprender los criterios de derivación hospitalarios.

### **R2-R3: Cuidados paliativos (1 mes)**

- Aprender a reconocer las características definitorias y las necesidades del paciente con necesidades paliativas y su familia.
- Desarrollar habilidades de comunicación que faciliten el trato con los pacientes con necesidades paliativas y sus familiares en función de la autonomía del paciente, sus creencias y sus determinantes culturales y socioeconómicos.
- Realizar un diagnóstico correcto del dolor y conocer las pautas del tratamiento con opioides y las distintas vías de administración.
- Realizar el abordaje farmacológico y no farmacológico de los principales síntomas y complicaciones digestivas, respiratorias, cutáneas, etc., estableciendo el balance riesgo/beneficio de cada una y utilizando la vía subcutánea de administración de fármacos cuando la vía oral no es posible.
- Identificar y manejar aspectos psicológicos del paciente con necesidades paliativas y planificar y evaluar su atención integral.
- Reconocer las situaciones de urgencia, acompañar la fase de agonía de estos pacientes y ayudar a los familiares a reconocerla y afrontarla, y atender su duelo.
- Desarrollar habilidades que les permitan enfrentarse a los dilemas éticos habituales en la atención a estos pacientes.

### **R2-R3: Radiología (1 mes)**

- Saber realizar la lectura de radiología de tórax y abdomen simple.
- Conocer las proyecciones más frecuentes y las variantes normales más habituales.

- Aprender a interpretar los resultados de la radiografía simple de tórax y abdomen.
- Aprender a interpretar los resultados de la radiografía simple de cráneo, senos paranasales, huesos y partes blandas.
- Conocer las indicaciones de otras técnicas de imagen utilizadas en Atención Primaria: ecografía, TC, RM, estudios baritados, gammagrafía tiroidea, PAAF...
- Asistir a la sala de ecografía.
- Asistir a la sala de lectura de TC abdominal y craneal.

### **R2-R3: Otorrinolaringología (1 mes)**

- Manejar el diagnóstico y el control evolutivo de los tumores otorrinolaringológicos.
- Saber realizar: anamnesis y exploración física otorrinoscópica, extracción de tapón de cerumen, acumetría (test de Rinne y Weber), taponamiento nasal anterior, rinoscopia anterior, laringoscopia indirecta y rehabilitación vestibular.
- Conocer las indicaciones y saber interpretar la radiología simple de la zona.
- Manejar al paciente en situación de urgencias: epistaxis, traumatismo ótico (otohematoma, perforación timpánica), cuerpo extraño en fosas nasales, oído y laringe.
- Saber realizar el abordaje familiar y psicosocial del paciente traqueotomizado.
- Realizar el abordaje familiar y psicosocial del paciente con hipoacusia.

### **R2-R3: Oftalmología (1 mes)**

- Conocer y aplicar las recomendaciones de los grupos de expertos nacionales e internacionales sobre las actividades preventivas de: pérdida de agudeza visual en niños, pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, pacientes hipertensos y diabéticos, pacientes con miopía grave.
- Manejar el diagnóstico de los siguientes problemas: ojo rojo, ojo seco, disminución de la agudeza visual, miodesopsias, alteración de la estática ocular y dolor ocular.
- Manejar el diagnóstico, terapéutica y los criterios de derivación de: alteraciones del polo anterior (conjuntivitis aguda, hiposfagma, pterigión, pingüecula, erosión corneal), cataratas.
- Manejar el diagnóstico y el control evolutivo de: neuritis óptica, patología vascular retiniana, retinopatía hipertensiva/diabética, tumores oculares.
- Saber hacer: exploración con optotipos, tinción corneal con fluoresceína, test de Schirmer, exploración con oftalmoscopio directo.
- Manejar al paciente en situación de urgencia: pérdida brusca de la agudeza visual (oclusión de la arteria central de la retina, hemorragia vítrea, desprendimiento de retina), alteraciones palpebrales (orzuelo, chalazión, blefaritis, triquiasis, entropión y ectropión), glaucoma crónico, perforación ocular/cuerpo extraño enclavado, traumatismo ocular físico/químico, glaucoma agudo y herpes zóster oftálmico.

### **R2-R3: Dermatología (1 mes)**

- Manejar el diagnóstico, la terapéutica y los criterios de derivación de: lesiones cutáneas por agentes vivos, alteración de los anejos cutáneos, lesiones orales, lesiones de contenido líquido (enfer-

medades vesiculoampollosas, enfermedades pustulosas), acné, lesiones eritematosas, lesiones con descamación (enfermedades papuloscamosas, eccemas), lesiones sin descamación (pápulas y nódulos inflamatorios y reacciones vasculares), úlceras en la piel, trastornos de la queratinización, trastornos de la pigmentación, reacciones de hipersensibilidad cutánea, prurito y tumores de la piel y mucosas.

- Saber hacer e interpretar: exploración con luz de Wood y recogida de muestras.
- Conocer y manejar adecuadamente los tratamientos dermatológicos más habituales: antimicóticos, hidratantes, fotoprotectores, antibióticos tópicos, antiparasitarios, corticoides tópicos, anti-sépticos, antihistamínicos, fórmulas magistrales.
- Saber hacer: incisión y escisión de lesiones superficiales, extirpación de lesiones subcutáneas, drenajes, biopsia por afeitado, suturas y cirugía de la uña.
- Manejar el diagnóstico y el control evolutivo de las lesiones cancerosas de la piel.
- Conocer las indicaciones de las pruebas epicutáneas.
- Conocer las indicaciones de derivación urgente en Dermatología.

### **R2-R3: Centro de salud rural (2-3 meses):**

- Promover y estimular en el residente una visión positiva hacia la práctica de la medicina de familia en el medio rural.
- Fomentar en el residente el interés por adquirir y completar las competencias y conocimientos adecuados para su desarrollo profesional.
- Profundizar en los conceptos básicos que definen la especialidad de Medicina de Familia, teniendo presente que estos se basan en el cuidado continuado e integral al paciente, su familia y la comunidad.
- Potenciar el interés en los jóvenes médicos de familia para trabajar y permanecer en el medio rural.
- Conocer las connotaciones específicas que tienen las actividades que realizan los médicos de familia en el medio rural:
  - Trabajar en las consultas, incluyendo las urgencias, con el tutor: estudio, discusión y presentación de casos.
  - Conocer y valorar los diferentes modelos organizativos de la actividad:
    - En la consulta y en las visitas domiciliarias.
    - La relación entre el personal médico y el personal de enfermería.
  - Valorar las diferentes posibilidades de acción comunitaria según el entorno social.

### **R2-R3: Hospitalización domiciliaria (1 mes)**

- Identificar y diagnosticar los síndromes dolorosos oncológicos.
- Identificar y diagnosticar las complicaciones pulmonares.
- Identificar y diagnosticar las complicaciones digestivas.
- Identificar y diagnosticar las complicaciones neurológicas.
- Identificar y diagnosticar las complicaciones psiquiátricas.

- Identificar y derivar, si procede, las situaciones urgentes.
- Manejar la terapéutica del dolor: uso de opiáceos.
- Manejar la terapéutica de las complicaciones respiratorias, las complicaciones digestivas, las complicaciones neuropsiquiátricas.

### **R3: Rotación estancia electiva**

- La estancia formativa de rotación electiva tiene como finalidad complementar los déficits formativos del residente de acuerdo con su autoevaluación frente a la Guía de Competencias del Libro del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, consensuada con su tutor en las entrevistas tutor-residente.
- A través de esta estancia formativa, que quedará a elección del residente y su tutor, con el visto bueno de la Unidad Docente, se planteará alcanzar aquellos objetivos de aprendizaje no alcanzados que se puedan adquirir en la estancia propuesta.
- Dado que estas rotaciones se producen en el último semestre del tercer año de residencia, lo que se pretende es que, cuando el residente inicie el cuarto año de estancia completa en el centro de salud, se encuentre preparado para consolidarse como especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Las propuestas de estancias formativas para rotaciones electivas incluyen rotaciones externas que se encuentren adecuadamente justificadas.

### **R4: Centro de salud (11 meses)**

- Adquirir de forma completa las competencias necesarias para asumir una consulta de Atención Primaria (Programa Oficial de la Especialidad) e integración plena en el equipo de Atención Primaria cimentando las relaciones con el tutor y el CS.
- Profundizar en los aspectos más difíciles de la comunicación asistencial (comunicación de malas noticias y manejo del paciente difícil).
- Realizar una toma de decisiones con un manejo adecuado de la incertidumbre y del tiempo disponible, haciendo un uso razonado y eficiente de pruebas diagnósticas y del medicamento, incluyendo la cultura de seguridad del paciente, y realizar una atención médica de calidad de los pacientes pluripatológicos y polimedcados y de los pacientes susceptibles de cuidados paliativos.
- Manejar adecuadamente las situaciones que planteen conflictos éticos en la práctica cotidiana, y conocer el contenido y aspectos para tener en cuenta con el documento de voluntades previas.
- Integrar el enfoque biopsicosocial de la atención a los pacientes y las actividades preventivas y de educación para la salud en la consulta diaria.
- Adquirir competencias en la atención comunitaria, participando en actividades comunitarias en colegios, centros del ayuntamiento, y participar en los grupos de educación para la salud en el centro de salud, a ser posible desde la fase de organización hasta el desarrollo de las sesiones educativas.
- Estar capacitado para el abordaje del paciente teniendo en cuenta la atención familiar desde el diagnóstico al planteamiento de la intervención.

# PLAN INDIVIDUAL DE FORMACIÓN DEL RESIDENTE. CÓMO ELABORAR UNA GUÍA DE FORMACIÓN ÓPTIMA PARA TUTORIZAR AL RESIDENTE EN FUNCIÓN DEL PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD

## Zaira María Correcher Salvador

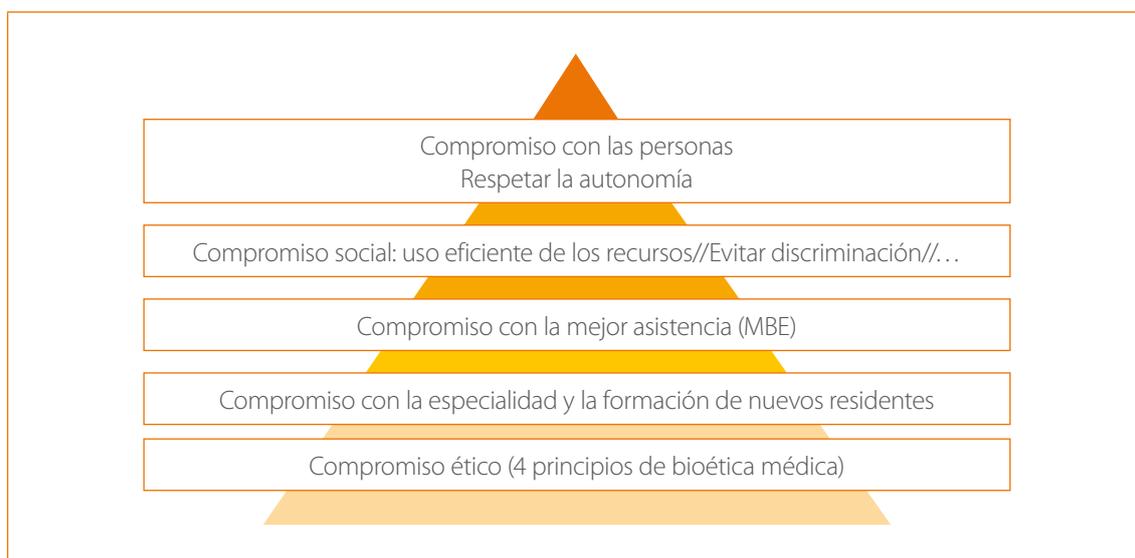
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Médica de EAP en el Centro de Salud de Vall d'Alba.  
Castellón

La formación especializada en España es responsabilidad de las instituciones sanitarias, que cuentan con una estructura docente para regularla, supervisarla y evaluarla. Dentro de esta estructura, el tutor es el responsable directo de garantizar la correcta formación del residente. Sin embargo, a pesar de esta gran responsabilidad legal y ética, en ocasiones este desafío se acepta sin tener experiencia y sin tener la formación necesaria para llevar a cabo las tareas que requiere la mentoría.

Para entender que la tutorización es más que una gestión, destacamos su vertiente educativa para formar profesionales de excelencia en los aspectos científico-técnico y humano y, para elaborar una guía de formación que nos permita tutorizar a los residentes, tendremos que tener en cuenta cuáles son los valores, objetivos y competencias que estos deberán alcanzar.

El perfil del médico de familia es el de un profesional que va a llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende desde Atención Primaria de salud, a través de un enfoque biopsicosocial, en el que adquiere verdadero protagonismo la integración de las actividades de curación de la enfermedad con las actividades de promoción y prevención, rehabilitación y cuidado paliativo, para lo que el médico de familia se forma y adquiere una serie de valores que lo caracterizan (figura 1):

**Figura 1. Valores del médico de familia**



## PLAN INDIVIDUAL DE FORMACIÓN

Según 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, las principales funciones del tutor son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación. Para ello las unidades docentes deberán proponer la “guía o itinerario formativo tipo”(GIFT) que permita la adquisición de las competencias y objetivos marcados por el Programa Oficial de la Especialidad (POE), ya citados y desarrollados en el módulo 2 de este curso. La base del itinerario formativo es adaptar el programa de formación de la especialidad, en este caso de Atención Familiar y Comunitaria, establecido por la Comisión Nacional a los dispositivos docente y a sus características y capacidad.

Particularmente, el **Plan Individual de Formación (PIF)** es la adaptación a cada residente de la GIFT. Es el documento que recoge la planificación de las actividades formativas que debe realizar cada especialista en formación en cada uno de los periodos formativos. Debe incluir, entre otros ítems, de forma planificada, las actividades formativas, como las rotaciones y las guardias. Su objetivo es ajustar la oferta formativa a las posibilidades y necesidades de cada residente, a las competencias a adquirir y las adquiridas, de una forma individualizada y personalizada.

Desde el punto de vista:

- **Del tutor**, el PIF sirve para organizar y adaptar los aprendizajes a las características de cada residente y en su elaboración el tutor considerará las particularidades, expectativas, necesidades e intereses del residente. Su planificación debe ser flexible, modificándola cuando sea necesario.
- **Del residente**, el PIF le permitirá conocer desde el inicio de cada fase formativa cuáles son las actividades en las que participará para así reducir la incertidumbre, establecer y reforzar compromisos docentes, ser consciente del propio proceso de aprendizaje y organizar su tiempo y recursos de forma más eficiente.

El PIF debe estar actualizado anualmente y ser remitido a la Comisión de Docencia para su valoración y aprobación al final de cada periodo formativo anual, preferentemente durante el mes anterior a su finalización, para que pueda ser entregado al residente antes de iniciar el siguiente año de residencia.

En los residentes de primer año, el PIF se elaborará tras la primera entrevista tutor-residente y será entregado al residente y remitido a la Comisión de Docencia para su valoración. Deben considerarse como elementos de apoyo a su elaboración los protocolos de supervisión y de evaluación.

## GUÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN INDIVIDUAL DE FORMACIÓN

Los PIF son elaborados por los tutores partiendo generalmente de una estructura básica determinada por la unidad docente. En su elaboración también pueden intervenir los facultativos especialistas de otros servicios implicados en las rotaciones, coordinados por los tutores de la especialidad.

La planificación formativa debe ser continuada y flexible (en los métodos de aprendizaje, en la pluriptencialidad, en la ampliación de espacios docentes, en las estancias electivas y en la formación

individualizada de cada residente), modificándose cuando sea necesario de forma compartida y negociada con el residente, transfiriéndole un cierto grado de control y responsabilidad sobre su propio proceso de aprendizaje.

## ESTRUCTURA DEL PLAN FORMATIVO

La estructura del PIF debe contemplar:

- Tutor asignado en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y Centro de Salud.
- Competencias del residente, a definir:
  - Objetivos.
  - Actividades o competencias:
    - Esenciales.
    - Asistenciales.
    - Docentes.
    - Científicas y de investigación.
  - Nivel de prioridad/responsabilidad.
- Cronograma de rotaciones.
- Método docente (ver módulo 2).
- Evaluación (ver módulo 3).

### Tutor y Centro de Salud

A todo residente, tras haber elegido unidad docente de MFyC de destino, se le deberá adjudicar un Centro de Salud docente, así como un tutor especialista en MFyC responsable de supervisar y contribuir a su formación durante el periodo de residencia.

### Objetivos y competencias

A efectos didácticos, este perfil profesional se plasma en las **cinco áreas competenciales** del programa formativo de la especialidad de MFyC estatal ya detalladas en el capítulo previo (figura 2): competencias esenciales, atención al individuo, atención a la familia, atención a la comunidad y las competencias en formación e investigación.

En cuanto a los contenidos del programa, se adecuan a las necesidades actuales y futuras de la Atención Primaria de salud, adaptando los periodos de rotación a los niveles de competencia que requiere el perfil profesional del médico de familia de una forma flexible e individualizada, estableciendo estándares mínimos, deseables y máximos en los objetivos de aprendizaje (ver módulo 2) y posibilitando la evaluación de todo el proceso a fin de garantizar su calidad.

Figura 2. Áreas competenciales



Su objetivo principal es garantizar que los residentes adquieran los conocimientos, destrezas, actitudes y valores que conforman las competencias que se habrán comenzado a adquirir en la formación del grado y se irán ampliando, en profundidad y especificidad, en la formación especializada (figura 3), y que viene regulada por la normativa: en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, que regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, que determina y clasifica las especialidades en Ciencias de la Salud y desarrolla determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada y en el *Boletín Oficial del Estado* número 105 de 3 de mayo de 2005.

Figura 3. Objetivos



Nos vamos a detener en las competencias asistenciales básicas y más complejas para desarrollar el **abordaje de necesidades y problemas de salud del individuo**. Porque el médico de familia

es fundamentalmente un buen médico, que debe prestar atención a los individuos desde la globalidad (al conjunto de la persona) y la longitudinalidad (a lo largo de toda la vida), tanto en la consulta como en el domicilio, de forma programada, a demanda o urgente, para los problemas agudos y para los crónicos, realizando su trabajo de forma eficaz y eficiente.

Si detallamos los contenidos formativos del área docente de competencias relacionadas con la atención al individuo, los dividimos en:

**Abordaje de necesidades y problemas de salud:**

- Factores de riesgo y problemas cardiovasculares:
  - Problemas cardiovasculares.
  - Hipertensión arterial.
  - Hiperlipemia.
- Problemas respiratorios.
- Problemas del tracto digestivo y del hígado.
- Problemas infecciosos.
- Problemas metabólicos y endocrinológicos:
  - Diabetes mellitus.
  - Obesidad.
  - Problemas tiroideos.
  - Otros problemas metabólicos y endocrinológicos.
- Problemas de la conducta y de la relación.
- Problemas de salud mental.
- Problemas del sistema nervioso.
- Problemas hematológicos.
- Problemas de la piel.
- Traumatismos, accidentes e intoxicaciones.
- Problemas de la función renal y de las vías urinarias.
- Problemas musculoesqueléticos.
- Problemas de cara-nariz-boca-garganta y oídos.
- Problemas de los ojos.
- Conductas de riesgo adictivo.
- Urgencias y emergencias.

**Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo:**

- Atención al niño.
- Atención al adolescente.

- Atención a la mujer.
- Atención al adulto.
- Atención a los trabajadores.
- Atención al anciano.
- Atención al paciente inmovilizado.
- Atención al paciente terminal, al duelo y a la cuidadora/cuidador.
- Atención a las situaciones de riesgo familiar y social:
  - Exclusión social.
  - Discapacitados.
  - Violencia familiar.

El médico de familia tiene que desarrollar, con absoluto respeto a los derechos de intimidad, confidencialidad y autonomía del paciente, las suficientes habilidades para que, en la entrevista clínica encaminada a determinar los problemas de salud, se establezca un proceso de comunicación consentido por el paciente que desarrolle los aspectos específicos de la relación asistencial, delimitando el motivo de la consulta y evaluando el problema de salud de que se trate.

Aparte de dividir la atención al individuo en estos dos grandes bloques, existen dos situaciones que merecen una mención especial previa, por ser comunes a todos los aparatos o sistemas:

- **El paciente pluripatológico:** es un paciente muy frecuente, que presenta múltiples patologías, que requiere un abordaje integrado de las mismas, pero con un especial conocimiento de cada una para poder abordar potenciales complicaciones e interacciones. Por otro lado, es fundamental el abordaje familiar y psicosocial del paciente (creando redes de soporte social adecuadas), "cuidar a la cuidadora/cuidador principal" y proporcionar una comunicación fluida durante todo el proceso de cuidados.
- **El paciente con una enfermedad de baja incidencia:** si bien es cierto que la labor del médico de familia se fundamenta en la patología más prevalente, no lo es menos que debería tener un profundo conocimiento de las patologías de baja incidencia que afectan a los pacientes de los cuales es el médico de referencia. Sería deseable que pudiera abordar sus principales complicaciones, el manejo terapéutico y conocer los criterios de derivación al segundo o tercer nivel. En estos casos, nuevamente el abordaje debe ser biopsicosocial, debe conocer los grupos de autoayuda, proporcionar consejo genético y conocer las técnicas de abordaje de los dilemas éticos que vayan surgiendo.

## NIVELES DE PRIORIDAD Y RESPONSABILIDAD

Los contenidos formativos no se limitan a ser una mera relación de actividades, conocimientos y aptitudes, sino un instrumento útil para que tanto el tutor como el residente conozcan en todo momento la importancia de cada una de las actividades programadas y el grado de responsabilidad que debe adquirir el residente respecto a cada una de ellas.

A estos efectos, en las fichas que relacionan los contenidos de cada área competencial, todas las actividades se reconducen a los siguientes niveles de prioridad y responsabilidad:

**Niveles de prioridad:**

- **Prioridad I.** Indispensable: las competencias deben ser adquiridas por todos los residentes. Su ausencia cuestiona su aptitud.
- **Prioridad II.** Importante: las competencias deben ser adquiridas por la mayoría de residentes.
- **Prioridad III.** De excelencia: la adquisición de estas competencias, si los anteriores niveles se han alcanzado, puede ser criterio de excelencia.

**Niveles de responsabilidad:**

- **Nivel primario.** El médico de familia debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin apoyo de otro nivel asistencial en el 90 % de los casos.
- **Nivel secundario.** Una consulta a otro nivel es habitualmente requerida en el curso de la evaluación o del tratamiento de este tipo de problemas.
- **Nivel terciario.** El diagnóstico y tratamiento de estos problemas es competencia de otros especialistas, pero el médico de familia debe ser capaz de informar, apoyar al paciente y a la familia y asegurar la coordinación y la continuidad de la atención.

## CRONOGRAMA

Las rotaciones de los residentes son inevitablemente variables por las características de cada servicio, el número de residentes de la unidad docente de MFyC, las rotaciones realizadas y pendientes de sus compañeros... Por ello, los tutores, fundamentalmente el tutor principal, son los responsables de la supervisión y seguimiento de los planes (cronogramas) individuales de formación que para cada residente son elaborados por los tutores en el seno de la comisión asesora.

Dichos planes individuales se adaptarán a las características posibilidades y recursos de cada unidad docente y de cada residente, debiendo garantizar, no obstante:

- Un contacto amplio inicial del residente con la Atención Primaria de salud: preferentemente 6 meses y como mínimo 3 meses.
- Que al menos el 50 % de la residencia se realice en el Centro de Salud.
- Un tiempo de estancia formativa en el Centro de Salud todos los años.

La inevitable flexibilidad de los planes individuales de formación no es, sin embargo, un obstáculo para incluir en este apartado la siguiente propuesta de "cronograma" (tabla 1), que contiene las pautas generales a las que la Comisión Nacional de la Especialidad considera que progresivamente deben adaptarse los planes individuales de formación.

**Tabla 1. Cronograma por años**

**PRIMER AÑO:**

- Aprendizaje de campo en Atención Primaria: 3-6 meses <sup>(1)</sup>
- Aprendizaje de campo en Medicina Interna y especialidades: 5-8 meses
- Vacaciones: 1 mes
- Aprendizaje de campo en Urgencias (guardias) <sup>(2)</sup>
- Autoaprendizaje
- Clases/trabajo grupal/talleres

**SEGUNDO Y TERCER AÑO:**

- Aprendizaje de campo en Medicina Interna y especialidades médicas y médico-quirúrgicas: 8 meses
- Aprendizaje de campo en Atención Primaria: 3 meses (r2) en Centro Rural <sup>(3)</sup>
- Aprendizaje de campo en atención al niño: 2 meses <sup>(4)</sup>
- Aprendizaje de campo en salud mental: 3 meses
- Aprendizaje de campo en atención a la mujer: 3 meses
- Estancias electivas complementarias o aprendizaje de campo en el Centro de Salud: 3 meses (r3) <sup>(5)</sup>
- Vacaciones: 2 meses
- Aprendizaje de campo en Urgencias (guardias) <sup>(2)</sup>
- Autoaprendizaje
- Clases/trabajo grupal/talleres

**CUARTO AÑO <sup>(6)</sup>:**

- Aprendizaje de campo en Atención Primaria: 11 meses
- Vacaciones: 1 mes
- Aprendizaje de campo en Urgencias (guardias) <sup>(2)</sup>
- Autoaprendizaje
- Clases/trabajo grupal/talleres

- (1) El aprendizaje de campo en Atención Primaria de R1 se realizará en el inicio del periodo de residencia, preferentemente 6 meses.
- (2) Con carácter general, el aprendizaje de campo se hará con tutorización continuada e incremento progresivo de responsabilidad, a medida que el residente vaya adquiriendo competencias profesionales según su proceso de aprendizaje.
- (3) Las estancias en Centro Rural se harán, preferentemente, durante el segundo año de formación. Aquellas unidades docentes cuyas áreas o distritos de referencia no tengan ninguna zona rural, pueden asociarse con Centros de Salud rurales de otras unidades docentes con acreditación específica para este cometido.
- (4) El aprendizaje de campo en atención al niño se realizará fundamentalmente en Atención Primaria.
- (5) Las estancias electivas para facilitar ajustes de competencia o realizar formación complementaria se harán al finalizar el tercer año, antes de que el residente inicie su estancia en el Centro de Salud. Si el tutor y el residente no consideran necesaria su realización, el residente se incorporará al Centro de Salud.
- (6) Los residentes de MFyC tienen que ser capaces durante el cuarto año de formación de participar activamente en todas las actividades del Centro de Salud y de hacerse cargo de forma autónoma y completa de una consulta de Medicina de Familia sin la presencia del tutor. La supervisión de las actividades autónomas que realice el residente en la consulta se concretará, sin perjuicio de su seguimiento a través de las actividades de tutorización continuada a las que antes se ha hecho referencia, en la posibilidad de que el residente pueda recurrir, en caso de duda o ante situaciones complejas, a su tutor principal, al de apoyo o a otros médicos de familia del Centro de Salud donde pase consulta. Se recomienda que la actividad asistencial autónoma se realice de forma progresiva, de tal manera que al finalizar el cuarto año abarque un periodo no inferior a 2 meses.

## DESARROLLO DEL PLAN INDIVIDUAL DE FORMACIÓN

La acción tutorial implica numerosas tareas a desarrollar en tres momentos:

- 1. Antes:** planificación.
- 2. Durante:** desarrollo de las actividades planificadas.
- 3. Después:** valoración de todo el proceso formativo.

Trabajar con este esquema sistematiza la labor del tutor, da coherencia al proceso de formación, evidencia los recursos, el tiempo requerido y las necesidades formativas.

### Antes de la formación: planificación

Es el momento previo a la llegada del residente, un momento clave que da coherencia al proceso formativo. Requiere revisar, reflexionar y crear, tomando decisiones sobre el perfil competencial y competencias a alcanzar, el tipo de formación que queremos potenciar (holística vs. técnica), las rotaciones y actividades específicas (metodologías), la evaluación, el control de calidad de la formación, etc.

- Contextualizar el POE en el servicio o Centro de Salud, teniendo en cuenta las necesidades socio-sanitarias del entorno y los recursos propios. Este plan individual del residente, dividido por años, ha de incluir:
  - Misión y la visión docente.
  - Recursos humanos.
  - Competencias a adquirir.
  - Itinerario.
  - Tareas (asistenciales, docentes y de investigación).
  - Supervisión y evaluación.

Sugerimos organizar las competencias a adquirir en cada área por dominios competenciales, trasladando las competencias del programa de la especialidad a cada dominio.

- Planificar la evaluación teniendo en cuenta sus principios y métodos.
- Elaborar y poner al día los documentos para compartir con el residente: el plan de acogida, el guion de la entrevista, etc.
- Implicar a todo el equipo en la formación (sanitarios y no sanitarios). La acreditación docente al centro sanitario y servicios asistenciales compromete a todos con la formación. Para ello, el tutor tiene que compartir y consensuar el proyecto docente con todos profesionales y residentes, con el fin de implicarles en la formación y la evaluación, cada uno en su nivel de responsabilidad. La implicación se potenciará con la presencia formal de la docencia a través de la realización de sesiones específicas (al menos dos al año), así se garantiza ese compromiso y se mantiene vivo el programa.
- Coordinarse con tutores y profesionales de otras unidades con el propósito de revisar y compartir las competencias a desarrollar por sus unidades, llegar a acuerdos y establecer vías de comunicación.

- Coordinarse con los estamentos de la institución sanitaria que gestionan la formación: el jefe de estudios y la comisión de docencia. Presentar el programa a la comisión de docencia para su aprobación.

## **Durante la formación: desarrollo de las actividades planificadas**

Es la etapa de desarrollo del plan, de la interacción del residente con el sistema sanitario y donde la evaluación formativa se convierte en el motor del aprendizaje.

Las tareas más relevantes son:

- Acogida del residente: es el momento para personalizar el PIF en base a:
  - Expectativas respecto a la especialidad, docencia e investigación.
  - Especialidades previas.
  - Intereses y motivaciones.
  - Competencias transversales actuales.
  - Detección de posibles riesgos laborales individuales.
  - Necesidades de formación.
  - Formación académica.
  - Experiencia profesional previa.
  - Interés profesional al finalizar el periodo de residencia.
  - Perfil biográfico: circunstancias relevantes para su formación (personales, sociales, culturales, familiares...).
- Compartir el programa con el residente e implicarle en su formación. No consiste en informar, sino en que comprenda las competencias que ha de desarrollar en los distintos contextos de trabajo, comunicarle el proceso de evaluación, concretar lo que se espera de él, el sistema de supervisión y el plan de entrevistas, explicar el programa individualizado y asegurarse de que tiene un plan de estudio personal.
- Explicar las tareas a realizar. El residente ha de asumir que las competencias se adquieren trabajando y con actividades formativas específicas. Se le presentará a los supervisores directos, quienes han de conocer el plan que les afecta.
- Comunicar el plan de supervisión. La supervisión incumbe a todos los profesionales y ha de garantizar la seguridad del paciente y el desarrollo de competencias.
- Realizar las entrevistas y dar *feedback*. La entrevista, como comunicación formal, necesita estar planificada en contenido y fechas, incorporándose a la Memoria/Libro del Residente y al archivo del tutor. El *feedback* se centra en facilitar la autorreflexión y orientar al residente en acciones de mejora.
- Evaluar: la información recogida con los diferentes métodos de evaluación ha de estar relacionada con las competencias a adquirir y sugerimos agruparla por dominios competenciales acorde a un modelo profesional, con las particularidades de contenido de cada especialidad, enfatizando que ninguna competencia (dominio) tiene más valor que otra, es decir, ponderar no es correcto, ya que todas las competencias son esenciales para un ejercicio profesional de excelencia. Con esa

información analizada, el tutor realizará el informe anual que entregará al residente para su discusión, comprobará la realización del Libro del Residente y participará en el comité de evaluación.

## Después de la formación: la valoración

Este momento cierra el círculo de la formación y se ha de poner atención en su coherencia, puntos débiles y fuertes del proceso formativo, de la evaluación, de la actuación del residente, del tutor y del equipo. Se trata de un control de la calidad del plan general de formación, de la docencia como tal y, de forma indirecta, de la calidad asistencial y de la propia especialidad. Esta información es de gran utilidad para la institución, para las auditorías y para los procesos de acreditación.

Tareas a realizar:

- Evaluar la gestión y el desarrollo de la formación y elaborar la memoria anual de la actividad docente del servicio: analizar los datos de las encuestas de satisfacción de los residentes sobre la calidad docente (el servicio, el tutor y el programa), presentar los resultados al equipo comparándolos con los objetivos planteados y los resultados de los años anteriores, adoptando acuerdos de mejora.
- Valorar el programa oficial de la especialidad y la capacidad formativa sobre la base de las encuestas de satisfacción, el análisis de la organización y la gestión docente, y del contexto asistencial y social de la especialidad.

Finalizado el año de rotación, se recomienda revisar estos tres pasos, contrastando lo que se hace y lo que se debería hacer; es necesario plantear objetivos de mejora a corto y medio plazo para perfeccionar el PIF.

### Puntos clave

- **El plan individual de formación (PIF)** es la adaptación a cada residente de la guía/itinerario formativo tipo (GIFT). Debe incluir, entre otros ítems, de forma planificada, las actividades formativas, como las rotaciones y las guardias.
- La estructura del PIF debe contemplar, al menos, tutor asignado en Medicina Familiar y Comunitaria y Centro de Salud, competencias del residente a adquirir, con prioridades, cronograma de rotaciones, método docente y evaluación y especificaciones de cada uno.
- El desarrollo del PIF está ligado a la acción tutorial, con las tareas a desarrollar en tres momentos: antes (planificación), durante (desarrollo de las actividades planificadas) y después (valoración de todo el proceso formativo).

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Programa formativo de la especialidad de MFyC. 2015.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía del residente en formación sanitaria especializada. 2019.
- Ruiz de Gauna P, Morán-Barrios J. Guía del tutor para planificar y gestionar la formación de los residentes. Educ Med. 2022;23(1):100713.

# SUPERVISIÓN Y AUTONOMÍA DEL RESIDENTE

---

## Zaira María Correcher Salvador

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Médica de EAP en el Centro de Salud de Vall d'Alba.  
Castellón

Durante su formación, el residente deberá adquirir una serie de conocimientos y habilidades que le permitan desarrollar adecuadamente su profesión y prestar los servicios sanitarios propios de la especialidad, siempre bajo supervisión y dirección por parte del tutor, como se especifica en el Real Decreto 183/2008, capítulo IV.

Con carácter general, el aprendizaje de campo será centrado en el que aprende, y la función de quien tutoriza será tutelar y orientar en su aprendizaje, facilitando su formación continuada y el incremento progresivo de responsabilidad, de forma que, a medida que el residente vaya adquiriendo competencias profesionales, irá adquiriendo mayor grado de autonomía en su actividad profesional.

Así pues, el residente ha de realizar un trabajo asistencial con responsabilidad creciente y supervisión decreciente hasta alcanzar el ejercicio autónomo de la profesión, con responsabilidad de su propio aprendizaje, respeto a la institución y defensa de lo público.

De sus deberes destacamos:

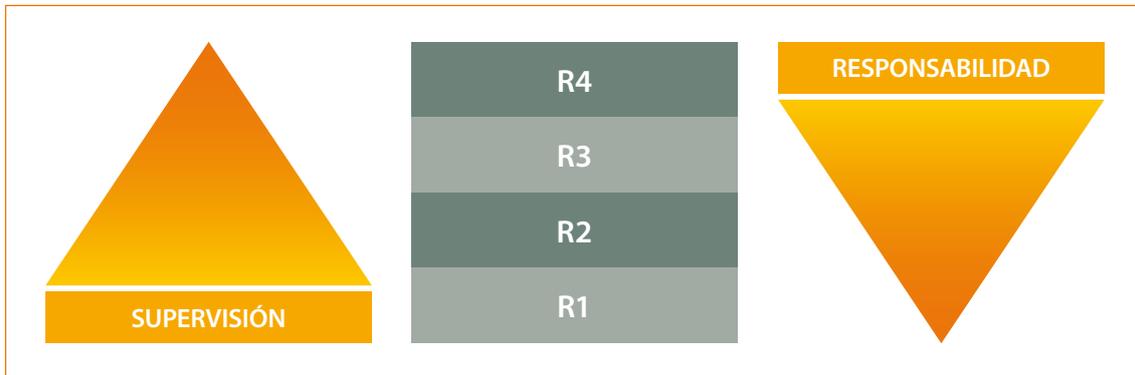
- El respeto a los derechos del paciente (intimidad...).
- El uso racional de los recursos.
- Acogerse a las indicaciones del tutor y de otros facultativos.
- Consultarles cuando lo crea necesario.
- Contribuir a los fines propios de la institución sanitaria.

La supervisión de los residentes de primer año será de presencia física y llevada a cabo por profesionales que presten servicios en los servicios por los que esté rotando. Estos especialistas deben visar por escrito las altas, bajas y resto de documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

El grado de supervisión de los residentes es decreciente a partir del segundo año de residencia, garantizando que esta disminución de la supervisión se realiza de forma progresiva (figura 1). El tutor, además de ejercer directamente la supervisión, dará instrucciones al residente y a los especialistas sobre la responsabilidad de los residentes a su cargo, de acuerdo al proceso individual de aprendizaje del residente y al programa de la especialidad.

El objetivo del protocolo de supervisión y sus tablas es garantizar una progresiva asunción de responsabilidades por parte del residente, graduando un nivel decreciente de supervisión. Por lo tanto, la formación debe presentar un nivel progresivo respecto a la adquisición de conocimientos, capacidad intervencionista y grado de responsabilidad, compatibilizando la actividad docente y asistencial en estas áreas, mientras se garantiza la mayor seguridad de los usuarios a quienes se atiende.

Figura 1. Graduación de los niveles de supervisión y responsabilidad



## NIVELES DE SUPERVISIÓN

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes guarda relación con su nivel de conocimientos y con su experiencia, en buena medida determinada por el año de residencia en el que se encuentren. Además, la naturaleza y dificultad de la actividad a realizar es un determinante importante.

Estos factores condicionan la responsabilidad progresiva que pueden adquirir y, por tanto, el grado de supervisión que precisan. Los niveles de supervisión están asociados a los niveles de responsabilidad basados en el Programa Oficial de la Especialidad (POE) de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), y se ha utilizado la siguiente escala:

- **Supervisión alta (3):** actividades realizadas por el tutor/colaborador docente. Están observadas y/o asistidas durante su ejecución por el residente, que tiene responsabilidad baja y actúa como observador o asistente. Habitualmente se corresponde a un nivel de responsabilidad baja.
- **Supervisión media (2):** las actividades son realizadas directamente por el residente, pero bajo la supervisión directa del tutor/colaborador docente. Habitualmente se corresponde a un nivel de responsabilidad media.
- **Supervisión baja (1):** actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutorización directa, pero garantizando la supervisión a demanda del residente. El tutor siempre obtiene información por otras vías diferentes a la observación directa y el residente informará en todo momento de su adecuada progresión. Habitualmente se corresponde a un nivel de responsabilidad alta.

## NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Si el aprendizaje se realiza correctamente, debe existir un descenso progresivo de la supervisión realizada por los tutores y los colaboradores docentes, produciéndose a la vez un incremento gradual y lineal de los niveles de responsabilidad de los residentes, para alcanzar al final de la residencia la autonomía completa y así iniciar su etapa laboral como especialista de manera segura y con elevado nivel de calificación.

Sin perjuicio de los protocolos que apruebe la Comisión de Docencia para áreas significativas y de las instrucciones que imparta el tutor según las características individuales de cada residente, se establecen tres niveles orientativos de responsabilidad (NR) en la ejecución y desarrollo de actividades a realizar por los residentes en cada uno de los programas de formación:

- **Nivel 4. Responsabilidad máxima/supervisión a demanda:** las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de autorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera necesario.
- **Nivel 3.** Actividades propias del residente que ejecuta y asume con autonomía pero que debe poner en conocimiento de los responsables docentes. Ejecuta y después informa.
- **Nivel 2. Responsabilidad media:** el residente tiene suficiente conocimiento, pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal sanitario de plantilla.
- **Nivel 1. Responsabilidad mínima/supervisión directa:** el residente solamente tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.

A continuación (tablas 1 y 2), se muestran unos ejemplos de actividades más relevantes que han de realizar los residentes de MFyC en función de su año de residencia en distintas competencias de la especialidad, con su nivel de responsabilidad y supervisión.

**Tabla 1.**

Competencias/tareas	R1				R2/R3						R4					
	Etapa inicial		Etapa final		Etapa inicial		Etapa intermedia		Etapa final		Etapa inicial		Etapa intermedia		Etapa final	
	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp
Conocer la organización del Centro de Salud	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Conocer la cartera de servicios de Atención Primaria	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Ser capaz de afrontar la consulta a demanda y la programada	3	1	3	1	3	1	2	2	2	2	2	2	1	3	1	3
Ser capaz de manejar la aplicación informática Abucasis (Historia Clínica informatizada)	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Identificar la patología más prevalente en Atención Primaria	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Participar en la labor de otros profesionales de centro	3	1	2	2	1	3	1	1	1	3	1	3	1	3	1	3
Conocer circuitos de relación Primaria/hospitalaria	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Conocer un vademécum básico	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Conocer los documentos médicos legales básicos	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Identificar necesidades de formación para perfeccionar en los distintos rotatorios	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3

Continúa >

Tabla 1. (continuación)

Competencias/tareas	R1				R2/R3						R4						
	Etapa inicial		Etapa final		Etapa inicial		Etapa intermedia		Etapa final		Etapa inicial		Etapa intermedia		Etapa final		
	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	
Asumir niveles de responsabilidad ya como profesional no como estudiante	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1	3	1	3
Asumir que lo básico, su referencia, es la Atención Primaria	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	
Trabajar con su tutor competencias esenciales de comunicación y gestión de la actividad de la Guía de Competencias del Libro del Residente de MFyC	3	1	2	2	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	
Establecer, mantener y concluir una relación asistencial y terapéutica adecuada	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	
Identificar y perfilar los problemas de salud que presenta el paciente	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	
Acordar con el paciente la acción más apropiada para cada problema	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	
Informar y educar según las necesidades de cada paciente	3	1	2	2	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	

UDMFYC de Castellón.

Tabla 2.

Competencias/tareas	R1				R2/R3						R4					
	Etapa inicial		Etapa final		Etapa inicial		Etapa intermedia		Etapa final		Etapa inicial		Etapa intermedia		Etapa final	
	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp
Orientar y manejar las necesidades y los problemas más frecuentes del lactante: tipo de alimentación más adecuada, ictericia fisiológica, hipo, cura del cordón umbilical, dermatitis del pañal, hernia inguinal o umbilical, ritmo deposicional, espasmos, el lactante febril, regurgitación/vómitos, diarrea, convulsiones	3	1	3	1	2	2	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3
Valorar y enfocar adecuadamente: - Problemas de crecimiento físico y psicomotor - Modificaciones hormonales de la edad pediátrica - Alteraciones ortopédicas - Alteraciones visuales - Alteraciones auditivas - Alteraciones del lenguaje - El soplo cardíaco	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Manejar e interpretar los métodos diagnósticos en Pediatría: anamnesis, exploración física, tallímetro, radiología básica, interpretación y ajuste de datos de laboratorio a la edad, optotipos, cover test, audiometría, podómetro, gráficas de percentiles de talla y peso	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3

Continúa >

Tabla 2. (continuación)

Competencias/tareas	R1				R2/R3						R4					
	Etapa inicial		Etapa final		Etapa inicial		Etapa intermedia		Etapa final		Etapa inicial		Etapa intermedia		Etapa final	
	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp	Sup	Resp
Manejar las medidas terapéuticas más habituales y su dosificación	3	1	3	1	2	2	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3
Conocer los calendarios vacunales	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Seguir y valorar periódicamente al niño	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Realizar prevención de las drogodependencias (alcohol, tabaco, otras/os)	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Saber realizar abordaje familiar y psicosocial en las familias en fase de "nido vacío" y con niños pequeños	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Realizar apoyo familiar y psicosocial del niño con patología crónica y retraso psicomotor	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Orientar, prevenir y realizar apoyo familiar del paciente	3	1	3	1	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3

UDMFYC de Castellón.

### Puntos clave

- El residente ha de realizar un trabajo asistencial con responsabilidad creciente y supervisión decreciente hasta alcanzar el ejercicio autónomo de la profesión, con responsabilidad de su propio aprendizaje, respeto a la institución y defensa de lo público.
- Los niveles de supervisión están asociados a los niveles de responsabilidad basados en el POE de MFyC y utilizándose la siguiente escala: supervisión alta, media y baja.
- Los niveles de responsabilidad se establecen como responsabilidad máxima, con supervisión a demanda, responsabilidad media y responsabilidad mínima, con una supervisión directa.

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Borrell Carrió F. Previsión de esfuerzo. Aten Primaria. 2007;39(10):569-71.
- Fernández Pardo J, Esteban Ruiz ME. Protocolos de Supervisión de Residentes. Comisión de Docencia del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Murcia: Área de Salud VII Murcia Este; 2016.
- Molina-Durán F, Pérez-Varona AT, Carrillo García C. Protocolos de Supervisión de Residentes. Modelos de plantilla. Región de Murcia. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2017.

# ENTREVISTAS TUTOR-RESIDENTE COMO HERRAMIENTA PARA PLANIFICAR

---

## **Raúl Piedra Castro**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud de Azuqueca de Henares.

Guadalajara

La residencia de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) es una aventura formativa de 4 años de duración. En el recorrido docente del residente, el tutor es la referencia y guía del alumno para conseguir formar un profesional competente de la MFyC.

Este proceso no solo consta de dotar de conocimientos médicos y técnicos acordes con la Medicina del momento. También debemos, como tutores, conseguir inculcar valores y aptitudes humanas, herramientas de valoración del entorno del paciente y su influir en el enfermar, además de dotar de sentido crítico al residente que le permita aprender y adaptar su aprendizaje a lo largo de su carrera profesional. Y todo esto incluso si su destino no es la pura asistencia en una consulta de Atención Primaria. Dada la versatilidad de nuestra profesión, nuestros residentes terminan trabajando en entornos a veces alejados de ese destino. Allí donde estén, la residencia debe haberles proporcionado los mimbres para elaborar una carrera asistente, docente e investigadora de calidad.

Así como nuestra práctica médica está cada vez más basada en la evidencia científica, la tutorización no dispone de esa base de evidencia en la mayoría de los casos. La investigación en educación médica es un campo poco desarrollado. El tutor docente usa su experiencia previa con otros residentes y la propia de su periodo de residencia, muy lejana en la mayoría de los casos. Ni los tutores ni los residentes han recibido apenas formación para poder llevar a cabo el proceso de aprendizaje eficazmente. Apenas una charla de escasa duración en el curso de introducción a la MFyC en la mayor parte de las unidades docentes es la formación en esta metodología que reciben los residentes. Los tutores, aún menos.

La residencia tiene dos puntos categóricos, el inicial y el final. El inicial, con la elección de tutor y el inicio del periodo de residencia. El final, con la evaluación y la obtención del título que te acredita como médico de familia. Las entrevistas tutor-residente son las herramientas que tenemos a nuestro alcance para dirigir el aprendizaje y conseguir corregir cualquier error o desviación de la trayectoria formativa.

Aparte de algo muy conveniente, existe una normativa que sustenta la necesidad de realizar entrevistas tutor-residente. Ya el Real Decreto 183/2008, de clasificación de las especialidades en Ciencias de la Salud, en su capítulo 17, dedicado a la evaluación formativa, reza así:

“La evaluación formativa es consustancial al carácter progresivo del sistema de residencia, ya que efectúa el seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación, permitiendo evaluar el progreso en el aprendizaje del residente, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación de la correspondiente especialidad, identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas.”

En el propio programa de la especialidad, en su apartado 14.2, “Evaluación de los médicos residentes”, hace referencia a las entrevistas tutor-residente:

“Entrevistas periódicas tutor y residente. Tienen la finalidad de monitorizar el cumplimiento de los objetivos docentes. Los elementos conceptuales de estas entrevistas son:

- Enseñanza centrada en el residente: autovaloración de las necesidades detectadas con relación a los objetivos docentes.
- Identificación de objetivos educativos específicos y planificación de su aprendizaje.
- El tutor guía y motiva al residente hacia el autoaprendizaje.
- El tutor debe ser ‘el ejemplo a seguir’.

Estas entrevistas se llevarán a cabo mediante el modelo del *feedback*: reuniones sistemáticas, pactadas previamente para la revisión de temas concretos igualmente pactados; se realizarán, preferentemente, hacia la mitad de cada área formativa específica, para poder valorar las ganancias y los déficits formativos, favoreciendo así la posibilidad de establecer planes de recuperación de las deficiencias observadas. Como mínimo se llevarán a cabo cuatro entrevistas de este tipo por cada año lectivo.”

## FEEDBACK DOCENTE

El *feedback* docente es el conjunto de indicaciones que surgen de la interacción del tutor con el residente y que valoran situaciones y actuaciones del mismo en su proceso de aprendizaje. Es el fundamento de la valoración continuada de la acción del residente y debe practicarse de forma intensiva durante todo el periodo docente. Son los comentarios verbales, más o menos estructurados, que hacen que el residente tenga una verificación de sus resultados con indicaciones para mejorarlos. Es la retroalimentación no estructurada que, por ejemplo, se hace entre paciente y paciente en la consulta, o tras la realización por el residente de una sesión clínica o una presentación en un congreso. También es el fundamento de las entrevistas tutor-residente para que sean eficaces para el futuro formativo del residente.

Cualquier oportunidad es buena para dar un *feedback* constructivo. Puede convertirse en una dinámica de formación muy enriquecedora entre el tutor y el residente. Consta de cuatro pasos que deben realizarse siempre, aunque el *feedback* sea breve:

- 1. Autoevaluación de la situación.** Mejor si es inmediato tras la actuación clínica que lo motiva.
- 2. Refuerzo de lo positivo.** Empezar siempre por lo positivo.
- 3. Valorar aspectos mejorables.** Hasta en las buenas actuaciones en las que damos *feedback* positivo se puede mejorar, pero este punto está más orientado a las acciones negativas.
- 4. Elaboración de un plan de mejora.** Al ser a veces breve, un plan de mejora puede ser que el residente anote en su libreta una tarea o una referencia bibliográfica para repasar.

Es importante distinguirlo de la evaluación (tabla 1). En el *feedback* docente se identifican problemas y se canaliza la manera de corregirlos. Es un instrumento formativo, no evaluativo. El residente recibe información sobre sus puntos fuertes y débiles e intenta facilitar un estímulo continuo al aprendizaje. En la evaluación se emite un juicio final sobre las capacidades del residente sin capacidad de reacción, salvo la reclamación de la nota final.

**Tabla 1. Diferencias entre *feedback* y evaluación**

<i>Feedback</i>	Evaluación
Da información concreta, de calidad respecto al aprendizaje	Emite una nota, una evaluación concreta
Intenta identificar déficits de la actuación del residente	No identifica los déficits, los juzga
Potencia el papel del tutor como guía de la formación	El tutor es el juez final
Es bidireccional, el residente debe aportar y contrastar sus vivencias respecto de su actuación	Es unidireccional, del evaluador al evaluado.
Está basado en objetivos de aprendizaje, contrasta los logros conseguidos, sin comparaciones	Sirve para comparar y establecer comparaciones entre residentes, muchas veces poco constructivas
Ofrece alternativas de mejora	No hay posibilidad de corrección

Habitualmente, los tutores perciben que dan suficiente *feedback* a sus residentes, mientras que estos suelen tener la percepción opuesta. Se cometen errores por parte de los tutores, como el *feedback* rápido e inespecífico, como el “muy bien” o “le has tratado correctamente”. O caer repetidamente en el *feedback* negativo, como “no deberías haber dado de alta a este paciente”, sin comentar de forma completa los aspectos de la actuación, los errores percibidos y las acciones para mejorar, todo ello con la participación activa del residente.

Un *feedback* docente eficaz debe constar de varias características. Destacando las siguientes:

- **Temprano.** La intervención es mucho más eficaz si se produce cuando la situación es reciente. Las vivencias recientes se diluyen con el tiempo. Es cierto que la masificación de las consultas hace difícil conseguir esos 5 minutos formativos entre un paciente donde se ha producido una situación a evaluar y el siguiente, pero debe intentarse. El *feedback* al final de la rotación no es eficaz.
- **Compartido.** No debe tratarse de un monólogo del tutor. El residente debe percibir que es parte del equipo y que su opinión es valorada. Debe tener tiempo para expresar el porqué de su actuación y llegar a un consenso al finalizar el *feedback*.
- **Positivo.** Las acciones clínicas bien hechas también requieren de un *feedback* que las refuercen. Es frecuente poner el foco en todo lo que, a juicio del tutor, requiere corrección y olvidar dar los refuerzos positivos. Y aun cuando se pretenda corregir una actuación clínica incorrecta, debe hacerse con espíritu positivo, de cambio de enfoque y corrección para el futuro. Cuando se tengan varias cosas que comentar, es mejor comenzar por las acciones positivas porque predispone a asumir mejor las críticas negativas posteriores.
- **Específico.** Tratamos un problema o situación concreta y no un general “vas bien” o “debes mejorar”.
- **Personalizado y respetuoso con la autoestima del residente.** Cada residente es diferente y las acciones formativas, como el *feedback*, deben adaptarse a las circunstancias personales de cada uno. Evitar juicios de valor.

- **Concreto.** No hacemos juicios de valor de la persona completa ni generalizaciones. Detectamos una actuación a comentar, se comentan de forma compartida y se sacan conclusiones.
- **Constructivo.** La finalidad es mejorar la actuación futura del residente. Críticas categóricas bloquean e impiden el avance. Incluso en situaciones o pacientes difíciles se debe exponer la situación, dejar tiempo a la reflexión y la intervención del residente, y conseguir un consenso para mejorar las actuaciones futuras.
- **Centrado en las necesidades del residente.** Este es el protagonista. Siempre es mejor el *feedback* solicitado que el impuesto, pero no siempre es posible. La figura de autoridad que los residentes perciben en el tutor a veces impide que estos sean interpelados para recibir comentarios. De ahí la importancia del clima de relación entre ambos. La relación de respeto y confianza mutua hacen que el diálogo bidireccional sea más eficaz.

Es importante diferenciar entre crítica y *feedback* (tabla 2). Una crítica sería “tratando así a los pacientes no llegarás a ninguna parte” y un *feedback* sería “creo que te he visto tenso con este paciente, puedes no haber entendido sus circunstancias. Me gustaría que me contaras cómo te has sentido para mejorar”.

**Tabla 2. Diferencias entre *feedback* y crítica**

<i>Feedback</i>	Crítica
Centrado en actuaciones concretas o problemas	Generalmente se personaliza
Orientado al futuro	Orientada al pasado
Busca solucionar problemas conjuntamente	Culpabiliza
Se centra en situaciones particulares con comentarios específicos	Normalmente generaliza
Carácter positivo	Carácter negativo

## ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Podría definirse la entrevista estructurada como un *feedback* docente formal. Es un proceso de comunicación entre el tutor y el residente en un entorno de tiempo/espacio preestablecido, con unos objetivos docentes para valorar el proceso de aprendizaje. Es estructurada porque tiene unos tiempos e intervalos predeterminados y está planificada con un guion previo que debe garantizar que no queda sin tratar ningún punto importante. Deben ser al menos cuatro por año de residencia, pero idealmente se tendría que realizar una por estancia formativa o rotación, con el fin de evaluar el aprendizaje realizado en la rotación que acaba de terminar y planificar el aprendizaje a realizar en la rotación próxima.

El papel principal de la entrevista tutor-residente es incrementar el aprendizaje experiencial que tiene el residente, asegurándonos que está cumpliendo el programa de la especialidad adecuadamente. El aprendizaje es una actividad compleja y en continua evolución. El aprendizaje continuo en la consulta es oportunista y puede no cubrir, aunque la rotación dure largos meses, todos los aspectos necesarios. Las entrevistas permiten estructurar el aprendizaje, identificando áreas no cubiertas por el trabajo diario y las dificultades van surgiendo en el proceso de la residencia.

Es una actividad estructurada y formal. Debe tener un orden en su desarrollo, con formularios de buen diseño. Las preguntas y el tiempo a dedicar deben estar previamente fijados, aunque deben dar opción a cierta personalización del proceso. Deberán registrarse en la memoria del residente y del tutor. Las entrevistas no son evaluativas en sí mismas, aunque sirven, en su conjunto anual, para la evaluación formativa del residente.

El tiempo y la falta de experiencia pueden ser los dos factores limitantes principales de una buena entrevista docente. Como habilidad que es, aunque se hagan cursos que nos capaciten, la práctica de la misma es la que nos hará más eficaces al realizarla. Respecto al tiempo, no lo vamos a encontrar fácilmente, pero es importante conseguirlo. Una buena entrevista puede durar solo 15 minutos, pero se deben encontrar. Un problema o dificultad no resueltos hoy con el residente puede ser una laguna de conocimiento que quede sin rellenar al finalizar el periodo de residencia.

Las entrevistas tienen el poder de establecer un clima emocional que favorezca la expresión del residente. Este se siente implicado en su formación y facilita que realice la reflexión sobre sí mismo. En conjunto, puede hacer crecer la relación tutor-residente.

## Objetivos

- Monitorizar la progresión del residente.
- Crear un ámbito de trabajo entre el tutor y el residente.
- Entrenar en la metodología del aprendizaje.
- Crear hábito de trabajo en equipo.
- Formar en comunicación.
- Revisar la adquisición de competencias profesionales y adquisición de objetivos de cada rotación.
- Detectar problemas y corregir déficits.
- Orientar y motivar.
- Programar futuros objetivos.

## Guion

**Antes de la entrevista:** los temas a tratar deben ser concretos. El día y hora pactados.

- **Tutor.** Ha fijado y comunicado previamente al residente los objetivos de cada rotación y ha solicitado, si es preciso, información a los compañeros adjuntos con los que rota el residente.
- **Residente.** Debe revisar y reflexionar acerca del cumplimiento de los objetivos docentes. Debe reflexionar sobre las competencias adquiridas, así como sobre las carencias autopercebidas y el *feedback* docente recibido durante la rotación.

**Durante la entrevista:** el espacio debe tener privacidad y el tiempo dedicado a la entrevista estar libre de interrupciones. La entrevista debe tener un tono positivo, fomentando la confianza. El residente comenta primero y después el tutor participa. Un turno opuesto puede parecer opinión impuesta y no facilitar la comunicación.

- **Puntos fuertes.** El residente valorará los aspectos positivos y negativos del periodo evaluado en la entrevista. El tutor en este punto intentará motivar al residente con refuerzo positivo.

- **Puntos débiles.** El residente debe valorar los motivos propios o ajenos por los que no se han cumplido los objetivos. Entre los motivos propios cabe comentar problemas personales, familiares o de salud que puedan haber impedido el aprovechamiento de la rotación. La relación tutor-residente no deja de ser una interacción personal. Sentimientos y dificultades de la vida diaria influyen en el desempeño de nuestra labor profesional día a día y también en la formación del residente.
- **Propuesta de actuación.** En la medida de lo posible, será el residente quién proponga las acciones de mejora. Si estas son inconsistentes o no están bien orientadas a juicio del tutor, este intervendrá. Finalmente, sería conveniente llegar a un consenso sin imposiciones de acciones. Ese consenso debe ser realista y realizable. No sirven propuestas que por recursos o tiempo no puedan llevarse a cabo.

#### Tras la entrevista:

- **Revisión de pactos previos.** Este punto puede realizarse al principio o al final, como se pacte previamente. Se revisan las acciones acordadas en la entrevista previa y si se han conseguido los objetivos acordados previamente.
- **Acta.** En el documento oportuno se deja reflejado todo lo tratado en la entrevista. Esta acta puede incorporarse a la documentación para la evaluación final del residente.

El contenido de la revisión por competencias debe contener no solo comentarios, sino que debe tener una sistematización que evite dejar aspectos fuera de la entrevista sin tratar. Deben revisarse en cada competencia:

- Conocimientos.
- Habilidades clínicas.
- Habilidades de comunicación.
- Técnicas de autoaprendizaje y manejo de la información.
- Aspectos de calidad y seguridad del paciente.
- Aspectos de salud pública, economía y gestión de recursos.
- Habilidades de trabajo en equipo.
- Valores profesionales y bioética.

Deben evitarse errores como:

- Jerarquía excesiva con el tutor como figura de autoridad que impone su opinión.
- Dar por supuesto juicios u opiniones propias o de tutores externos.
- Imponer soluciones.
- Improvisación.
- Dejar la cumplimentación del acta solo al tutor.
- Caer en la crítica y focalizar en lo negativo.
- No concretar las acciones del plan de mejora y dejarlo como una mera declaración de intenciones.

En el anexo 1 se incluye el modelo de entrevista tutor-residente de la Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria de Guadalajara.

## OTROS MODELOS DE ENTREVISTA

### Microlección

La interacción de tutor-residente tiene lugar miles de veces, pero en tiempos muy cortos, por ejemplo, entre paciente y paciente. Se puede tender a trivializar estas interacciones y no darles importancia, pero son una fuente de conocimiento muy importante. El aprendizaje contextual y experiencial, como tras atender a un paciente concreto, tiene gran poder para fijar conocimientos. Ponemos algunos ejemplos.

- De todos los motivos de consulta del paciente, ¿cuál crees que es el más importante para él? ¿Y para ti?
- ¿Qué tres patologías te planteas en el diagnóstico diferencial del problema de este paciente?
- ¿Por qué crees que no hemos pedido una radiografía a este paciente?
- ¿Habrías orientado el tratamiento de este paciente diabético tipo 2 de otra manera?
- Lo has hecho bien, pero ¿estás seguro de que el paciente lo ha entendido?

### Actividades profesionales confiables y aprendizaje basado en problemas

Más desarrollado en programas formativos quirúrgicos y competencias de Urgencias, puede tener un papel en MFyC. Se trata de conectar las competencias con la práctica en el mundo real y en tiempo real. Se pone el foco en las tareas que el residente realiza en el día a día en el trabajo clínico. Una formación con evaluación.

Toma forma de muy diversas maneras, desde el *check list* en un procedimiento de cirugía menor o una infiltración hasta una simulación de consulta clínica o Urgencias con evaluación posterior.

Evalúa competencias, detecta déficits formativos y puede ayudar a mejorar la práctica del residente y del propio tutor.

#### Puntos clave

- Los tutores deben conseguir inculcar valores y aptitudes humanas, herramientas de valoración del entorno del paciente y su influir en el enfermar, además de dotar de sentido crítico al residente que le permita aprender y adaptar su aprendizaje a lo largo de su carrera profesional, contribuyendo a esto la entrevista tutor-residente.
- Existen distintos modelos para llevar a cabo estas entrevistas en distintos momentos del itinerario del residente, siendo muy utilizado el *feedback*, íntimamente ligado a los métodos docentes y la evaluación del residente.

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- García del Barrio L, Pina L, Pueyo Villoslada JC. La relación entre el tutor y el residente: la entrevista estructurada y algo más. Radiología. 2011;53(2):102-7.

- Millán Núñez-Cortes J, Pales Argullos JL, Morán-Barrios J. Principios de educación médica: desde el grado hasta el desarrollo profesional. 1.ª ed. Ed. Médica Panamericana. 2015.
- Ministerio de Sanidad. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>.
- Morán-Barrios J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 1.ª parte: principios y métodos, ventajas y desventajas. Educ Med. 2016;17(4):130-9.
- Morán-Barrios J, Ruiz de Gauna P, Ruiz-Lázaro PM, Calvo R. Metodologías complementarias de aprendizaje para la adquisición de competencias en la formación de especialistas y actividades profesionales confiables. Educ Med. 2020;21(5):328-37.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y se clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>.
- Rodríguez Salvador JJ, Arboniés Ortiz JC. El feedback como herramienta docente en la formación clínica. 1.ª parte. Educ Med. 2018;19(2):120-4.
- Rodríguez Salvador JJ, Arboniés Ortiz JC. El feedback como herramienta docente en la formación clínica: parte 2. Educ Med. 2018;19(3):166-71.
- Ruiz-Moral R. Educación Médica. Manual práctico para clínicos. 1.ª ed. Ed. Médica Panamericana. 2009.

## ANEXO 1. MODELO DE ENTREVISTA TUTOR-RESIDENTE

### Anexo 1a

#### HOJA DE ENTREVISTA TUTOR-RESIDENTE

Fecha de la entrevista:	<input type="checkbox"/> 1.ª <input type="checkbox"/> 2.ª <input type="checkbox"/> 3.ª <input type="checkbox"/> 4.ª
Residente:	
Año de residencia:	
ROTACIONES REALIZADAS	
	→
	→
	→
Cumplimiento de objetivos docentes y competencias del residente en las rotaciones efectuadas o en otros momentos de su formación.	
Puntos fuertes	
Puntos débiles	
Pacto para mejorar el progreso competencial	

## Anexo 1b

### PRÓXIMAS ROTACIONES, PRINCIPALES OBJETIVOS DOCENTES Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

ROTACIONES REALIZADAS	
→	
→	
→	
REVISIÓN DE TEMAS NO ASISTENCIALES	
1. ¿Se ha revisado un tema no asistencial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuál:	
Tema no asistencial a revisar en la próxima entrevista:	
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
1. ¿Se ha revisado el trabajo de investigación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Se han cumplido las tareas pactadas en la sesión anterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente
3. Tareas que se pactan para la próxima entrevista:	
PREPARACIÓN DE SESIONES	
INCIDENTE CRÍTICO	
Firma tutor	
Firma residente	

Hoja para archivar en la carpeta del tutor.

## ANEXO 2

### INFORME PARA LA UNIDAD DOCENTE DE MFyC DE LA ENTREVISTA TUTOR-RESIDENTE

Tutor:	Fecha de la entrevista:
Médico residente:	
Año de residencia:	<input type="checkbox"/> R-1 <input type="checkbox"/> R-2 <input type="checkbox"/> R-3 <input type="checkbox"/> R-4
Centro de Salud:	
Entrevista:	<input type="checkbox"/> 1.ª <input type="checkbox"/> 2.ª <input type="checkbox"/> 3.ª <input type="checkbox"/> 4.ª
1. ¿Se han repasado los objetivos docentes de las rotaciones anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Se han detectado problemas para el cumplimiento de los objetivos docentes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Cuáles:	
3. ¿Se han puesto en práctica las propuestas de mejora pactadas en la anterior entrevista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Se han repasado los objetivos docentes de las próximas rotaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Se ha tratado algún tema no asistencial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuál:	
6. ¿Se ha revisado el trabajo de investigación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Se ha realizado un incidente crítico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Se ha revisado la preparación de la próxima sesión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede
Comentarios:	
Firma del tutor	Firma del residente
Fecha de la próxima entrevista:	

# RELACIÓN PERSONAL/PROFESIONAL TUTOR-RESIDENTE

---

## Raúl Piedra Castro

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de Azuqueca de Henares.  
Guadalajara

La residencia es una aventura formativa que marca la vida del profesional sanitario. La figura del tutor y su relación con el residente a lo largo de los 4 años de rotatorio es clave para conseguir los objetivos docentes y formar buenos profesionales. En un entorno cada vez más tecnológico, con información de primera calidad al alcance de la mano, la figura del tutor, el maestro, sigue siendo imprescindible, como lo era en la Grecia clásica. La capacitación del residente para el trabajo en Atención Primaria es el objetivo fundamental y la relación que se establece entre ambos es de vital importancia. Es una relación interpersonal tan compleja como todas, son dos vidas paralelas unidas por un periodo de 4 años.

El comienzo de la relación es la elección de tutor. Esta elección es, en muchas ocasiones, sin contacto previo. El residente elige en función de su número de orden en el examen MIR en base a referencias, muchas veces sin conocer al guía de su aventura formativa personalmente ni su proyecto docente. Del lado del tutor no es mucho mejor. Recibe al residente sin participación y aportando poco menos que de lo que de él se comenta entre residentes de otros años. Es muy posible que una elección con mayor conocimiento mutuo e incluso la posibilidad de un breve rotativo o un sistema de entrevistas previas a la elección mejorara los resultados.

La realidad es que se forma una pareja de hecho docente que tiene que caminar junta a lo largo de 4 años. En realidad, más de 2.000 parejas de hecho docente en todo el territorio español cada año.

A esto se suma que la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) no es la primera opción de gran parte de sus residentes adjudicatarios. Muchos de ellos estarán conformes y contentos al final de su elección y terminan amando esta especialidad, con sus bondades y problemas. Al principio, muchos de los residentes acaban eligiendo MFyC por descarte o tras varios años de intento de la plaza soñada. Esto hace que ese primer contacto con el tutor, con la consulta y la MFyC, esa primera impresión, sea especialmente importante.

Si la práctica de la Medicina es eminentemente vocacional, el ejercicio de la tutoría principal de un residente es el *summum*. Es una actividad fundamental para el sostenimiento del sistema sanitario, apenas considerada ni reconocida como mérito en muchas ocasiones y, por supuesto, no remunerada en la mayoría de las comunidades autónomas.

## ¿QUÉ ES EL TUTOR PARA EL RESIDENTE?

Pongámonos en el papel del residente por un momento. ¿Cómo nos perciben? ¿Qué desean y qué obtienen de nosotros? Esperando no ser muy conceptual, van unas pinceladas.

### Modelo profesional

El tutor es el profesional de la MFyC que realiza la práctica a la que el residente aspira. Puede ser visto como modelo por lo que sabe, pero también por su práctica clínica y la forma de realizarla.

Además, muchas veces sin pretenderlo, puede transmitir valores, patrones de comportamiento y razonamientos. En muchas ocasiones, el tutor, al final del periodo formativo, percibe conductas y comportamientos propios en el residente que no tienen que ver directamente con la práctica técnica de la Medicina, sino más con aptitudes y valores frente a la profesión y el trato con los pacientes.

La seriedad, el profesionalismo y el compromiso no están en los libros, es una enfermedad silenciosa y contagiosa que el residente, aparte de valores personales intrínsecos, adquiere copiando sus modelos profesionales referentes.

## Fuente de información

Estamos en una época en la que toda la información está al alcance de la mano. Las tecnologías de la información y la comunicación nos acercan la mejor evidencia de forma inmediata. Sin embargo, el tutor continúa siendo un transmisor de conocimiento y experiencia. Comentarios, a veces informales, con resúmenes rápidos de pautas de actuación entre paciente y paciente pueden fijarse en la mente del residente con más poder que el curso más elaborado. El contenido del mensaje transmitido, el hallazgo exploratorio o la técnica empleada, junto con la experiencia emocional de la atención a un paciente concreto, puede ser útil y, por tanto, debe ser cuidado.

## Guía del proceso formativo

Existe un plan formativo general que pocas veces se individualiza para cada residente concreto. Para el médico residente, el tutor es alguien que ha recorrido, igual hace muchos años, ese camino de la residencia y puede ayudarlo a adaptar los contenidos. Puede ayudarlo a saber qué cursos hacer, qué sesiones presentar, qué aprender en cada rotación. Todas estas acciones enlazan un ente muchas veces abstracto, como la guía de competencias, a la realidad.

## Evaluator

No se puede obviar que el tutor es pieza fundamental de la evaluación del residente. En el momento de la evaluación, la relación se vuelve más vertical. La evaluación final de un proceso formativo, de una rotación o la evaluación anual es finalista. No hay capacidad de reacción, puesto que se hace al final del periodo. Aquí queremos destacar el papel del *feedback* docente, que debe ser continuado, respetuoso y orientado a mejorar aspectos formativos con deficiencias en el residente. Un buen *feedback* docente facilita arreglar problemas y rellenar lagunas de conocimiento que evitan evaluaciones negativas finales. Cuando esta llega, no hay forma de repararla.

## ¿QUÉ ES EL RESIDENTE PARA EL TUTOR?

Yo soy tutor y no puedo evitar plasmar aquí mi experiencia personal, aunque intentaré ser lo más objetivo posible. Existen muchos modelos de tutores. Mis tutores durante la residencia realizaban su labor de una manera muy distinta de como yo y mis compañeros la hacemos ahora. Resumo la visión del residente con la perspectiva de mi experiencia docente y la de los compañeros tutores de mi entorno.

## Estímulo de mejora

Tener un residente tiene inconvenientes. Es un trabajo que requiere un tiempo adicional que muchas veces no tenemos, es una relación personal con un comienzo siempre incierto. Y puede suponer tener que entrar en terrenos que no transitamos con seguridad, como la investigación. Sin embargo, el valor de la tutorización activa como estímulo es indudable. Tener un residente al lado motiva a mejorar la práctica, a tener otra visión del acto clínico y repasar conocimientos que, de lejanos, están medio olvidados. Es una puesta al día continua que puede mejorarte como clínico al dinamizar tu práctica diaria.

## Sentido de equipo

La MFyC es un trabajo en equipo, pero de puertas adentro, en la consulta, es una labor solitaria. Tener residente puede suponer un esfuerzo extra al principio, pero, cuando adquiere competencia suficiente para tener algún grado de autonomía, es una ayuda indudable. El residente es ese compañero cercano que te puede ayudar en momentos de apuro de trabajo, de duda o de pura ansiedad relacionada con nuestra labor diaria. Ese sentido de equipo que se crea es muy enriquecedor.

Puede darse el caso de tener más de un residente por año. Incluso tener uno por año formativo, hasta cuatro. El programa formativo de la especialidad recomienda un máximo de dos simultáneamente. La falta de tutores en muchas unidades docentes hace necesario agruparlos más.

Si se da este caso, se establecen relaciones interpersonales y docentes entre residentes de distintos años y entre ellos y el tutor. Se forma una especie de equipo docente que enriquece aún más a todos sus miembros. Las dinámicas de colaboración, trabajo, formación e investigación pueden conseguir un ambiente en el que todos ganan.

## Foco de formación

Clásicamente se entendía la formación médica como vertical, del tutor al pupilo. Esto ha cambiado. El residente, en su rotativo, aprende habilidades que puede transmitir al tutor. Una técnica de infiltración olvidada, la última guía en tratamiento de la dislipemia, miles de ejemplos en los que la formación se invierte y es el tutor el discente, con el residente en el papel de docente.

Además, el tutor con muchos años de experiencia puede no tener interés en formarse en determinadas áreas que da por amortizadas. En muchas ocasiones puede acompañar al residente en sus cursos y eventos formativos, redescubriendo el placer de aprender para luego aplicar en la consulta.

## MODELOS DE RELACIÓN TUTOR-RESIDENTE

Existen tantos modelos de relación como parejas tutor-residente. De hecho, la relación del tutor no es la misma con cada uno de sus residentes a cargo. Es una relación interpersonal, compleja, aunque con un fin común. Habitualmente existe una barrera de edad, el tutor suele tener al menos 10 años más de edad que su residente. Además, según pasa el tiempo, las diferencias generacionales son más acusadas, aunque la experiencia también aumenta.

Existen múltiples factores que influyen positiva o negativamente en la relación tutor-residente. Desde la propia elección, edad, sexo, carácter personal, año de residencia, situación personal, familiar de ambos o profesional del tutor, enfermedades padecidas. Un sinfín de circunstancias que modulan la relación.

Es difícil modelizar esta relación por la gran diversidad que puede presentar. Se presenta un resumen con tres modelos de relación que intentan describir la realidad.

### **Modelo tradicional**

En la relación tutor-residente tradicional, los roles son fijos, el tutor es el que sabe, el que transmite la información y el residente el que la recibe. Es un modelo vertical en el que la reflexión y la interacción bidireccional es opcional. El tutor es el profesor, el evaluador, el jefe. Es el análogo del método memorístico del pregrado. Está instaurado bajo el precepto de que la teoría debe preceder a la práctica y dominado bajo el principio de la autoridad en la transmisión del conocimiento. Todo el foco está centrado en el tutor. El residente es más espectador y menos protagonista en su formación.

De modo tradicional, se asocia a un modelo de residente subordinado que realiza tareas que liberan de tiempo a su tutor.

Se trata de un modelo antiguo, demasiado formal, que muchos tutores actuales hemos experimentado en nuestra etapa formativa. Quizá debamos ahora cambiar a modelos más actualizados.

### **Modelo bidireccional**

Los adultos no aprenden igual que los niños. Un residente ha pasado un grado de Medicina y su forma de aprender está condicionada por su experiencia discente previa. Su motivación principal para el aprendizaje no es acumular conocimiento, sino aprender para poder aplicar ese bagaje en su práctica clínica a lo largo de su carrera profesional. Las experiencias vividas modulan su aprendizaje y este se modula por la presencia de necesidades y beneficios concretos. Los residentes son agentes activos de su aprendizaje y desean participar más en la planificación de su formación. Las imposiciones son mal asimiladas y quieren expresar su opinión. En definitiva, buscan una utilización práctica del conocimiento. Si no se puede aplicar, no es tan importante.

Ese dinamismo es importante fomentarlo. El tutor, en el modelo que llamamos bidireccional, debe escuchar las necesidades del residente y buscar un consenso para avanzar juntos en la formación. En este modelo, los roles no son tan fijos. El tutor aprende mientras enseña y el residente enseña mientras aprende. El tutor mantiene el papel de evaluador y la relación formativa entre ambos se rige por la práctica intensa del *feedback* docente.

Se trata de un modelo más adaptado a la realidad actual, centrado en el residente y mucho más enriquecedor de practicar.

### **Modelo horizontal**

Este modelo se puede describir como una evolución del bidireccional. Tutor y residentes a su cargo forman un equipo formativo conjunto con dinámicas de grupo cooperativas. Todos enseñan a todos y todos aprenden de todos. El residente propone cambios formativos y crea gran parte de su

itinerario adaptándolo a sus preocupaciones y necesidades. Las actividades grupales, como eventos docentes, investigación o participación en cursos y congresos, se deciden conjuntamente.

El entorno formativo no es siempre en el centro de trabajo. Pueden acordarse actividades y reuniones docentes fuera del Centro de Salud para fortalecer lazos y el trabajo en equipo.

Ante problemas formativos de algún miembro del equipo, el resto se implica en su resolución, creando planes conjuntos hasta que la dificultad sea resuelta. Se trata de fortalecer la relación no solo tutor-residente, sino las relaciones entre generaciones de los propios residentes.

El tutor sigue siendo el evaluador, pero su papel autoritario del modelo tradicional no es ejercido si no es imprescindible.

Es un modelo que implica trabajo continuo y una implicación personal en ocasiones más allá de la jornada laboral, cuando surgen problemas y dificultades. Es probablemente el más enriquecedor pero el más difícil de ejercer.

## EN CASO DE PROBLEMAS...

Es necesario mencionar que una mala relación residente-tutor puede darse. Es una elección muchas veces a ciegas, otras veces es una especialidad o un destino no elegidos como primera opción. Incompatibilidad de caracteres, objetivos o formas de enfoque del trabajo no compartidas o conductas disfuncionales por cualquiera de las partes pueden poner en dificultad el logro de los objetivos docentes. Pueden surgir enfrentamientos entre miembros del equipo del Centro de Salud o entre residentes del mismo o distinto año que enturbien el clima de la relación. Los problemas son múltiples y no es posible detallarlos aquí. En esos momentos de dificultad es necesario actuar con serenidad, profesionalidad, intentando establecer consensos que mantengan la relación en la medida de lo posible. Es un momento para practicar todas las habilidades de comunicación y de relación. En la mayoría de los casos se puede reconducir, aunque siempre es un desgaste emocional enorme para todas las partes implicadas.

Y puede darse el caso de que la relación se convierta en tóxica y no deba continuar. En ese caso, la unidad docente deberá articular los mecanismos para que todas las partes sigan su camino de la mejor manera.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- García del Barrio L, Pina L, Pueyo Villoslada JC. La relación entre el tutor y el residente: la entrevista estructurada y algo más. *Radiología*. 2011;53(2):102-7
- Ruiz-Moral R. Educación Médica. Manual práctico para clínicos. 1.ª ed. Ed. Médica Panamericana. 2009.
- Saura-Llamas J, Saturno PJ, Romero E. Modelos formativos que pueden utilizar los tutores para formar residentes. *FMC*. 2006;13(8):435-46.
- Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte I): Regulación y reconocimiento de su labor. *Educ Med*. 2021;22(4):241-7
- Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte II): funciones y medidas para facilitar el desempeño de la tutoría. *Educ Med*. 2021;22(4):287-93.

# COMPETENCIAS DEL TUTOR DEL RESIDENTE DE FAMILIA

---

## MÓDULO 2

---

### MÉTODO DOCENTE

#### COORDINADORA GENERAL

**María José Gamero Samino**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de San Fernando. Badajoz

#### COORDINADORA DEL MÓDULO 2

**María José Gamero Samino**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de San Fernando. Badajoz

#### AUTORAS DEL MÓDULO 2

**Ana Isabel Bas Angulo**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Santo Domingo de la Calzada. Consultorio de Ezcaray. La Rioja.  
Grupo de Trabajo de Tutores SEMERGEN; Grupo de Trabajo Digestivo SEMERGEN

**María José Gamero Samino**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de San Fernando. Badajoz

**Paula Guerrero Alonso**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de Nájera. La Rioja

# COMPETENCIAS DEL TUTOR DEL RESIDENTE DE FAMILIA



## MÓDULO 2 MÉTODO DOCENTE

### COORDINADORA DEL MÓDULO

#### María José Gamero Samino

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de San Fernando. Badajoz

## ÍNDICE

<b>FORMACIÓN EN COMPETENCIAS DEL RESIDENTE</b>	<b>56</b>
María José Gamero Samino	
<b>LAS HERRAMIENTAS DOCENTES</b>	<b>62</b>
María José Gamero Samino	
<b>CÓMO TRABAJAR LA COMUNICACIÓN</b>	<b>71</b>
Ana Isabel Bas Angulo	
<b>EL TUTOR Y LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>76</b>
Paula Guerrero Alonso	

# FORMACIÓN EN COMPETENCIAS DEL RESIDENTE

---

## María José Gamero Samino

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de San Fernando. Badajoz

La Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las cualificaciones y la formación profesional, define la competencia profesional como el conjunto de conocimientos y capacidades que permitan el ejercicio de la actividad profesional conforme a las exigencias de la producción y el empleo. En la formación médica especializada, estas competencias se establecen por la Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, donde se establecen los periodos de rotación para obtener los niveles de competencia que requiere conseguir el profesional de Medicina de Familia, estableciendo unos mínimos y máximos, además de desarrollar otros puntos base de la especialidad<sup>1</sup>.

Pero, además, ¿qué es una competencia en el campo de la Medicina? Epstein<sup>2</sup> define las competencias como: “El juicioso y habitual uso de la comunicación, conocimientos, habilidades técnicas, razonamiento clínico, valores y la reflexión en la práctica diaria en beneficio de los individuos y las comunidades que se atienden”.

La Asociación Americana de Colegios de Medicina (AAMC) conceptualiza las competencias como aquellas habilidades observables del profesional de la salud y que integran múltiples elementos: conocimientos, destrezas, valores y actitudes. Al ser desempeños observables, las competencias son susceptibles de enseñarse, medirse y evaluarse para asegurar su correcto desarrollo y ejecución. Esta acepción completa la anterior y esclarece las características que debe tener un médico.

En el programa de Medicina Familiar y Comunitaria de 2005 se delimitan cinco áreas competenciales:

1. Las esenciales: comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y bioética.
2. Las relacionadas con la atención al individuo.
3. Las que tienen relación con la atención a la familia.
4. Las relacionadas con la atención a la comunidad.
5. La formación continuada y la investigación.

El perfil profesional del futuro médico de familia debe ser el resultado de la interacción y conjunción de estas cinco áreas y deben ser la base de la formación en este periodo de 4 años que lo capaciten para prestar una asistencia al individuo como un todo.

El objetivo final es siempre la adquisición de competencias por parte del residente y, aunque el método docente por el cual se adquieran difiere de unas a otras, la finalidad deber ser la misma, la atención y el manejo del paciente, su familia y su entorno de forma integral. La flexibilidad del programa debe permitir que en cada área docente se prevean distintos métodos de aprendizaje, de los que hablaremos luego, para poder aplicar el que más se adecue al perfil del residente y del tutor y a las circunstancias del entorno clínico y laboral.

Pero, además, el Real Decreto 183/2008, sobre las funciones del tutor dice: “El tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente...”<sup>3</sup>, con lo cual, la adquisición de estas competencias por parte del residente recae principalmente en el tutor, que en la situación actual no se ve apoyado por los medios necesarios, ni organizativos ni en tiempo, pero que de alguna manera consigue que el residente las adquiera, y es el objetivo último.

## PRIORIDAD Y RESPONSABILIDAD DE COMPETENCIAS

Previamente a plantear los distintos objetivos y métodos docentes adecuados e indicados para adquirir estas competencias, debemos conocer las prioridades de las mismas, reflejadas en el programa de la especialidad de Medicina Familiar, es decir, la obligatoriedad de adquirirlas y consolidarlas y el nivel de responsabilidad.

### Niveles de prioridad

- **Prioridad I:** indispensable, las competencias deben ser adquiridas por todos los residentes. Su ausencia cuestiona su aptitud.
- **Prioridad II:** importante, las competencias deben ser adquiridas por la mayoría de residentes.
- **Prioridad III:** de excelencia, la adquisición de estas competencias, si los anteriores niveles se han alcanzado, puede ser criterio de excelencia.

Las distintas competencias adquiridas conllevan unas capacitaciones y un **nivel de responsabilidad** del médico residente:

- **Nivel primario:** el médico de familia debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin apoyo de otro nivel asistencial en el 90 % de los casos.
- **Nivel secundario:** el médico de familia puede hacer una consulta a otro nivel, que es habitualmente requerida en el curso de la evaluación o del tratamiento de algunos problemas.
- **Nivel terciario:** el diagnóstico y tratamiento de estos problemas es competencia de otros especialistas, pero el médico de familia debe ser capaz de informar, apoyar al paciente y a la familia y asegurar la coordinación y la continuidad de la atención.

Para que el residente alcance los niveles de prioridad y de responsabilidad preestablecidos en el programa, se impone definir y alcanzar unos objetivos dentro de cada uno de los grupos de competencias, que serán adquiridos por los métodos docentes indicados de forma concreta y que desarrollaremos en este trabajo.

## OBJETIVOS POR COMPETENCIAS

Aunque iremos desglosando los objetivos y los métodos docentes aplicables a cada competencia a adquirir, de forma global se establece que los residentes deben alcanzar unos objetivos mínimos al finalizar la residencia.

## Área docente de competencias esenciales

### La comunicación asistencial. La entrevista clínica. La relación médico-paciente

Las técnicas de comunicación se deben enseñar y deben ser aprendidas, ya que no son una característica personal inherente a los médicos; por el contrario, se han de enseñar con el mismo rigor que se enseñan las técnicas de exploración física, que no deja de ser otra forma de comunicación.

Los objetivos básicos a adquirir en relación con la comunicación en la consulta de Atención Primaria son:

- Iniciar, desarrollar y concluir una relación asistencial y facilitar una acción terapéutica.
- Detectar e identificar en lo posible los problemas de salud del paciente.
- Pactar con el paciente las distintas soluciones a cada problema.
- Facilitar la información al paciente según su nivel.
- Adecuar esta comunicación al tiempo.

### El razonamiento clínico. La toma de decisiones. El método clínico centrado en el paciente

Las técnicas de razonamiento clínico, la toma de decisiones y el método clínico centrado en el paciente deben ser aprendidas, no es un proceso intuitivo, y deben ser enseñadas o autoaprendidas. Los objetivos al finalizar deben ser:

- Conocer los fundamentos y características de la toma de decisiones en Atención Primaria.
- Aplicar los principios del razonamiento clínico y la toma de decisiones a los problemas presentados en la consulta del médico de familia.
- Saber manejar en la práctica las características definitorias de las pruebas diagnósticas.
- Elaborar un pronóstico de la enfermedad.
- Decidir un plan de actuación adecuado al problema presentado y las características del paciente.
- Conseguir una adecuada adherencia al plan de actuación acordado.

### La gestión de la atención

Los médicos de familia son gestores de una gran parte de recursos del Sistema Nacional de Salud, tanto humanos como de pruebas y económicos, por lo que es básico que el residente aprenda y sepa llevar a cabo la gestión en:

- La gestión clínica.
- El trabajo en equipo.
- La gestión y organización de la actividad.
- Los sistemas de información.
- La gestión de la calidad.
- La responsabilidad civil y médico-legal.

## La bioética

El médico de familia y, por ende, el residente deberán ser capaces de abordar los conflictos de cualquier tipo que surjan en relación con su actividad y deberán hacerlo bien desde el punto de vista científico-técnico, para que su quehacer esté guiado por los principios éticos y de prudencia.

## Área docente de competencias relacionadas con la atención al individuo

El paciente es un individuo, pero sin dejar de estar dentro de un grupo poblacional y un entorno, que en muchas ocasiones condicionan la presentación de sus problemas. Se podrían establecer los objetivos docentes por patologías o por grupos poblacionales, pero, de forma genérica, en relación con la atención al individuo, el residente debe alcanzar unos ítems básicos:

1. Realizar una anamnesis detallada y dirigida al cuadro clínico que presente el paciente.
2. Realizar la exploración física completa y competente en función del cuadro clínico.
3. Valorar y escoger la mejor estrategia diagnóstica.
4. Interpretar los exámenes de laboratorio básicos.
5. Interpretar el estudio radiológico y electrocardiográfico básico, si precisa.
6. Indicar las medidas higiénico-dietéticas oportunas.
7. Indicar las medidas farmacológicas oportunas.
8. Valorar efectos secundarios e interacciones farmacológicas.
9. Indicar la pauta de los controles evolutivos.
10. Indicar la derivación al especialista del segundo/tercer nivel.
11. Valorar la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción de la salud atendiendo a las recomendaciones de los grupos de expertos nacionales e internacionales y valorar la necesidad de cuidado paliativo si es preciso.
12. Mantener el enfoque biopsicosocial y considerar y abordar el contexto familiar y social.

## Área docente de competencias en relación con la familia

La familia puede ser el soporte del paciente, pero también la causa de su problema de salud, puede originar patrones de comportamiento tanto en relación con la patología existente, por la que acude, como en la forma de relación con el Sistema de Salud.

El residente, al finalizar su periodo de formación MIR, demostrará/será capaz de:

1. Considerar la atención al paciente en su contexto familiar.
2. Conocer la estructura familiar e identificar las crisis de desarrollo por las que atraviesa la familia a lo largo de su ciclo vital.

3. Detectar los problemas psicosociales y brindar asesoramiento familiar anticipatorio.
4. Realizar una evaluación sistemática e intervenir de forma planificada con ocasión de la aparición de problemas familiares.
5. Modificar el sistema familiar: terapia familiar.

### Área docente de competencias en relación con la comunidad

El residente habrá de valorar, además del contexto individual y el familiar, el contexto comunitario de los pacientes, tanto en el origen de los problemas como coadyuvantes en posibles soluciones. Debe adquirir unos conocimientos y habilidades con relación a la comunidad:

- Identificar los recursos comunitarios disponibles, hacer un mapeo del tejido comunitario para poder determinar origen y apoyo de solución de problemas.
- Realizar intervenciones y elaborar programas comunitarios con participación de la comunidad, bien guiados por su tutor o por otros profesionales del equipo.
- Realizar intervenciones de educación para la salud con enfoque en actividades preventivas.

### Área docente de competencias en relación con la formación, la docencia y la investigación

La necesidad de que se actualicen las competencias del médico de familia es obvia, facilitada en este momento por los sistemas de información y dificultada por el gran volumen de datos. Debe ser considerada como un derecho y un deber y ser demandada por el residente y ofertada por el entorno.

Los objetivos básicos en este apartado son:

- Conocer las principales fuentes de documentación científica y manejarlas.
- Conocer los principios básicos de diseño de proyectos de trabajos científicos y sus fundamentos éticos.

Las bases fundamentales de objetivos y rotaciones se orientarán según las competencias conocidas como transversales, que engloban las anteriores:

1. Conocimientos.
2. Habilidades clínicas.
3. Manejo de la información, autoaprendizaje.
4. Investigación, análisis crítico de la información.
5. Gestión de recursos y salud pública.
6. Valores profesionales y bioética.
7. Trabajo en equipo.

### Puntos clave

- En el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se establecen los periodos de rotación para obtener los niveles de competencia que requiere conseguir el profesional de Medicina de Familia, estableciendo unos mínimos.
- El perfil profesional del futuro médico de familia debe ser el resultado de la interacción y conjunción de estas cinco áreas: las esenciales, las relacionadas con la atención al individuo, las que tienen relación con la atención a la familia, las relacionadas con la atención a la comunidad, la formación continuada y la investigación.
- Hay una obligatoriedad de adquirirlas y consolidarlas y un nivel de responsabilidad. Para ello se determinan unos niveles de prioridad (I, II y III), que conllevan unas capacitaciones.
- Para la competencia se establecen unos objetivos que se alcanzarán mediante las herramientas docentes y posteriormente se evaluarán en la relación tutor-residente de familia.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. Programa N. Programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. 2005. [Citado: 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>.
2. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287(2):226-35.
3. 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. BOE-A-2008-3176. [Citado: 22 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176>.

# LAS HERRAMIENTAS DOCENTES

---

## María José Gamero Samino

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de San Fernando. Badajoz

En la actualidad, la formación de posgrado en España está planificada por el Ministerio de Sanidad y Consumo desde la Subdirección de Ordenación Profesional, en connivencia con el Ministerio de Educación, y llevada a cabo por las unidades docentes acreditadas.

Ante la cuestión de qué conocimientos debe adquirir y de qué forma el alumno de posgrado en Medicina, tenemos como referentes a Gilbert<sup>1</sup>, que plantea como paso obligado inicial la identificación de los problemas de salud a “aprender” y que sitúa al docente-tutor como un facilitador de la discusión y promotor de la interacción entre los miembros del grupo, para facilitar los cambios en el residente y fomentar su papel activo, o sea, su aprendizaje. Esta, de forma resumida, sería la base de la docencia posgrado, estableciendo inicialmente unos objetivos que eviten que se pierda la finalidad en sí misma.

Una de las cualidades que debe tener un tutor es la de ser un buen docente, es decir, desempeñar funciones de supervisión, orientación y ayuda al residente durante su formación, para que adquiera los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ser un buen especialista<sup>2</sup>, pero estas cualidades necesitan de un aprendizaje por parte del propio tutor.

Debemos considerar el hecho de que el residente tiene una experiencia previa tanto teórica como, en ocasiones, práctica. El residente debe ser el centro del método docente que empleemos y en todo caso las enseñanzas deben ser flexibles y adaptadas en todo momento a las necesidades. El tutor se convierte en docente a la vez que compañero de trabajo y, en ocasiones, discente. Exige una motivación constante, que es función del tutor<sup>3</sup>.

## FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

Previamente a concretar métodos docentes y herramientas es preciso establecer los objetivos que queremos alcanzar con cada residente y cada competencia, para lo cual contamos con el proyecto docente, establecido previamente y tratado en otro apartado de este curso, así como un cronograma sobre cuándo estimamos que se pueden llevar a cabo las actividades docentes. Establecidos estos puntos, tenemos varios mecanismos docentes cuyo objetivo último y específico es enseñar las distintas competencias del programa de la especialidad, explicadas en el capítulo anterior.

Los objetivos dentro del proyecto docente pueden ser más globales, pero a la hora de aplicarse deben ser específicos y concretos y con la misión de alcanzar las competencias a evaluar, tanto de conocimiento como de habilidades y de actitudes, y deben ser susceptibles de revisión y evolución posterior. Deben ser formulados en infinitivo y abarcar todas y cada una de las actividades necesarias incluidas en el programa de la especialidad.

Esos objetivos los podemos clasificar en generales, intermedios y otros objetivos específicos, siendo estos últimos observables en actividades concretas de la actividad del tutor y, por ende, evaluables del residente, debiendo individualizarse para cada residente.

## METODOLOGÍA DOCENTE

La metodología docente disponible en Medicina es amplia y debe tener en cuenta los recursos existentes, el tiempo, el espacio, los objetivos y, en esta situación que nos ocupa, debe ser consensuada. No podemos olvidar que tiene un componente de voluntariedad importante.

Como métodos docentes, a veces interpretados o utilizados como herramientas y a su vez como métodos evaluadores, tenemos<sup>4</sup>:

- *Feedback* reglado.
- Autoaprendizaje.
- Aprendizaje de campo.
- Trabajo grupal.
- *Audit* estandarizado.
- Método de dar instrucciones concretas.
- Método de la enseñanza en presencia del paciente.
- Clases:
  - Transmisión de información compleja.
  - Creación de un marco referencial.
  - Clase unidireccional clásica. La clase, la conferencia.
  - La formación en grupo: talleres, seminarios, cursos.
  - La clase o lección participativa en grupo.
- Aprendizaje reflexivo.

### **Feedback**

En la línea entre herramienta formativa y herramienta evaluadora, consistiría en aquellas aseveraciones o indicaciones que el tutor da al residente tras una experiencia de aprendizaje para que tenga conocimiento de cómo ha sido su actuación. Es una retroalimentación de información.

Si atendemos a clasificarlo dependiendo de quién puede dar esta retroalimentación, tendríamos:

- **Feedback 360°:** se contempla la valoración del residente, además de por parte del adjunto responsable, por un compañero de residencia, enfermería, auxiliar de enfermería y el propio paciente, en una situación determinada, que posteriormente devolverá una información formativa.
- **Feedback por un único observador:** más habitual en Atención Primaria, el tutor.

Un *feedback* eficaz va precedido de un planteamiento adecuado:

- Hay que decidir de forma conjunta entre el tutor y el residente cuándo, si de forma continua tras la atención a los pacientes, al final de la mañana o tras cada paciente susceptible de ello o en las reuniones de tutorización. La eficacia es mayor inmediatamente después a que se desarrolle el evento.
- Hay que decidir dónde. Sin duda, la consulta y, si es posible, sin la presencia de otros profesionales.

- Debe ser consensuado y centrado en el aprendizaje y en el que aprende.
- Debe comenzarse por los aspectos positivos, reforzando las conductas adecuadas, describiendo algunas de ellas y por qué se han considerado acorde en la entrevista. Esto hará al residente más receptivo de los aspectos negativos, de una situación específica. A continuación, referir y, si es posible, analizar las conductas consideradas inadecuadas o la ausencia de conductas. Prudencia, pero no temor a dañar la autoestima del residente.
- Debe procurarse describir y no evaluar las situaciones y sus posibles consecuencias. Escuchar al residente y preguntar.
- Una vez expuestos los hechos y valorados, ofrecer alternativas o sugerencias y pedírselas al residente.
- Si es posible, plasmarlo por escrito.

El *feedback* como herramienta es aplicable a situaciones clínicas, situaciones de comunicación, de relación, a exposición de comunicaciones...

Es una herramienta completa que permite al residente, y también al tutor, conocer sus debilidades y sus fortalezas, mejorar las primeras y reforzar las segundas, con lo cual incentiva su motivación. Por lo tanto, debe ser un *feedback* constructivo, debe modificar conductas, si es necesario, y mantener otras<sup>5</sup>.

Una variante sería el *feedback* grupal, donde el tutor conduce una sesión en la que la situación a valorar se desarrolla como un *role-playing*.

### ¿Qué tengo que observar en el acto clínico, en el vídeo o en la situación que voy a utilizar para enseñar al residente?

Las observaciones pueden ser diversas y numerosas, pero basándonos en el mini-CEX (*Mini Clinical Evaluation Exercise*) o con el nombre de Observación Estructurada de la Práctica Clínica (OEPC), aplicado en Cataluña<sup>6</sup>. Tenemos una tabla estructurada (tabla 1) de aquellos aspectos a observar y valorar como tutor, que luego servirán en modo de retroalimentación para enseñar al residente (tabla 2), quedan recogidos de forma escrita.

El mini-CEX está indicado para evaluar los componentes competenciales siguientes:

- Habilidades de entrevista clínica.
- Habilidades de exploración física.
- Profesionalismo.
- Juicio clínico.
- Habilidades comunicativas.
- Organización/eficiencia.

**Tabla 1. Observación estructurada de la práctica clínica**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Evaluador</b> _____</li> <li>• <b>Fecha</b> _____</li> <li>• <b>Residente</b> _____ R1 ( ) R2 ( ) R3 ( ) R4 ( ) R5 ( )</li> <li>• <b>Entorno clínico:</b> consultas externas ( ) urgencias ( ) planta ( ) otros _____</li> <li>• <b>Paciente:</b> nuevo ( ) conocido ( ) <b>Edad:</b> _____ <b>Género:</b> _____</li> <li>• <b>Asunto principal de la consulta:</b> anamnesis ( ) diagnóstico ( ) tratamiento ( ) consejo sanitario ( ) control ( )</li> <li>• <b>Complejidad del caso:</b> baja ( ) media ( ) alta ( )</li> <li>• <b>N.º de observaciones de casos clínicos previas del observador:</b> _____</li> <li>• <b>Categoría del observador:</b> tutor del residente ( ) tutor de otros residentes de la misma especialidad ( ) tutor de diferente especialidad ( ) adjunto no tutor ( ) otros...</li> </ul>											
	Insatisfactorio			Satisfactorio			Superior			No valorable	Notas Observaciones
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<b>Anamnesis</b>											
<b>Exploración física</b>											
<b>Profesionalismo</b>											
<b>Juicio clínico</b>											
<b>Habilidades comunicativas</b>											
<b>Organización/eficiencia</b>											
<b>Valoración global</b>											

Adaptada de la referencia 6.

**Tabla 2. Observación estructurada de la práctica clínica: *feedback***

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos especialmente positivos:</li> <li>• Aspectos que hay que mejorar:</li> <li>• Satisfacción del residente con la OEPC 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</li> <li>• Satisfacción del observador con la OEPC 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo (en minutos) utilizado para la observación:</li> <li>• Tiempo (en minutos) utilizado para el <i>feedback</i>:</li> <li>• Tiempo (en minutos) del <i>feedback</i>:</li> <li>• Comentarios:</li> <li>• Fecha: _____</li> <li>• Firma del residente: _____</li> <li>• Firma del observador: _____</li> </ul>
---	---

OEPC: observación estructurada de la práctica clínica.  
Adaptada de la referencia 6.

Otro método para valorar la videograbación o la entrevista clínica en forma de *feedback* es la escala CICAA (Conectar, Interpretar, Comprender, Acordar y Ayudar a actuar), que se diseñó para los residentes de Medicina de Familia de España y es aplicable a médicos generales, especialistas y otros profesionales de la salud<sup>7</sup>. La escala CICAA considera cuatro categorías: contenidos, actos de habla o instrumentales, comunicación no verbal y valoración afectiva, y consta de 29 ítems que valoran lo anterior.

Una forma de *feedback* especial es el conocido *debriefing*, definido como la conversación entre varias personas para revisar un evento real o simulado, en este caso, clínico, donde el tutor, en presencia de otros compañeros residentes o tutores, analiza sus acciones y reflexiona sobre el papel de los procesos de pensamiento, las habilidades psicomotrices y los estados emocionales para mejorar o mantener su rendimiento en el futuro; una reflexión rigurosa que permita examinar los valores, las presunciones y el conocimiento base que guían la actuación de los profesionales<sup>8</sup>.

## Autoaprendizaje y aprendizaje dirigido

La formación posgrado debería basarse en un asentamiento de conocimientos adquiridos previamente y en la adquisición de habilidades basadas en estos y otros conocimientos. Para contribuir a ello contamos con la herramienta denominada autoaprendizaje.

El estudio sigue siendo necesario en este periodo para la adquisición de nuevos conocimientos. El denominado *self directed learning* o aprendizaje autodirigido consiste en el estudio y uso de herramientas de aprendizaje individuales. Está indicado para el mantenimiento de la competencia, la adquisición de habilidades en el uso de herramientas básicas y la consolidación de conocimientos, el estudio a iniciativa del que aprende, como base, el estudio cotidiano, leer libros, hacer cursos y diversas herramientas ofimáticas que pueden ser también dirigidas por el tutor.

El autoaprendizaje, aunque es responsabilidad del residente, puede ser guiado por el tutor mediante el encargo de tareas concretas, autoaprendizaje dirigido, con distintas finalidades<sup>9</sup>:

- Dar solución a problemas encontrados en la práctica diaria a través de búsquedas bibliográficas (*problem based learning*).
- Discusión de casos vistos en consulta con el tutor o entre residentes.
- Preparación de sesiones.
- Revisión de temas y problemas habituales en la consulta de Atención Primaria.
- Puede ayudarse de visualizaciones recomendadas (CD, vídeos, webs con problemas prácticos o cursos *online*).

## Aprendizaje de campo

El denominado *learning in context* o aprendizaje de campo consiste en situar al residente en una situación real, como puede ser la consulta o el Servicio de Urgencias, en la que su aprendizaje pueda tener lugar. Indicado para la adquisición de competencias y de la toma de decisiones como profesional.

Puede aprender mediante:

- Observación directa, observando lo que hace el tutor, la UBA (Unidad Básica Asistencial) o parte del equipo.
- Intervenciones tutorizadas: el residente aborda la situación o al paciente con el tutor en la consulta, pero sin intervención del tutor.

- Intervención directa con información procedente del tutor o no (auditoría de historias, opinión de pacientes, opinión de compañeros o del segundo nivel).
- Videgrabaciones en la propia consulta de su intervención o del trio tutor-residente-paciente y posterior análisis.

Básicamente es cualquier forma de trabajo con los problemas en el contexto práctico, observando al tutor o con la supervisión del tutor, y el objetivo es asentar los conocimientos teóricos previos aplicados a situaciones reales, donde se convierten en habilidades: de saber a saber hacer.

## Trabajo grupal

El *small group learning* consiste en aprovechar la interacción entre los diferentes miembros de su grupo o con otros grupos de profesionales con metodologías capacitadoras y participativas<sup>10</sup>. Indicado, sobre todo, para trabajar las actitudes. Se puede desarrollar en:

- Sesiones clínicas y bibliográficas sobre temas vistos en consulta o sobre temas básicos en las que se realice un abordaje integral del problema, estudiándolo con un enfoque centrado en el paciente y presentando las distintas etapas del proceso diagnóstico y terapéutico, de acuerdo al esquema de Riegelman. Basadas en incidentes críticos, en casos, en múltiples escenarios clínicos, etc.
- Juegos de roles, simulaciones.
- Visionado de vídeos y comentarlos.
- Discusión de casos reales. La revisión por pares. Se recomienda incorporar los principios del aprendizaje de adultos, aunque alguno de ellos no ha sido adecuadamente probado.
- Proyectos de investigación.
- Seminarios y talleres. Los talleres están pensados para el aprendizaje de habilidades o procedimientos en pequeños grupos, con pacientes reales o simulados, con maniqués, con programas informatizados (simuladores), con proyectos educativos.
- Formación de grupos de varios niveles para intentar propuestas de mejora.

Los componentes del grupo aportan experiencias propias, se discuten problemas comunes y se sugieren alternativas reales y útiles para cada profesional. Mediante técnicas de *role-playing* y de trabajo con videgrabaciones de pacientes reales, el residente debe tener la oportunidad de “experimentar” (probar, ejercitarse) diversas habilidades de comunicación de forma supervisada y en condiciones de “bajo riesgo”. Sería conveniente un dinamizador del grupo.

## Audit estandarizado

El análisis de incidentes críticos por el propio residente, guiado por el tutor, es una herramienta docente que mejora la calidad y previene errores, denominado *audit* estandarizado o *self audit*.

El residente que ha vivido o presenciado un suceso imprevisto, tanto en el abordaje como en el proceso o el resultado, hace un análisis de este. Debe seguir unos pasos estandarizados, lo debe describir por escrito, relatando hechos concretos objetivos y también sensaciones: cómo se abordó la situación y los resultados. Manifiesta los dilemas originados y el tutor o el grupo ofrecen su visión y opciones de abordaje diferentes o semejantes.

Son, por tanto, aquellos sucesos de la práctica cotidiana (extraídos de la propia experiencia) que nos impactan o sorprenden (por su buen o mal curso) y que motivan o provocan pensamiento (reflexión) y que requieren una respuesta inmediata.

La utilización del *self audit* contribuye a que los profesionales sean más conscientes de que su práctica no es perfecta y necesita mejoras continuas, y facilita que la práctica clínica sea más reflexiva<sup>11</sup>.

## Instrucciones concretas

Gran parte de la docencia entre tutor y residente tiene lugar durante la práctica asistencial, en breves encuentros entre paciente y paciente. Y estas breves intervenciones docentes pueden ser una experiencia formativa para el residente.

Incluso en pocos minutos, el tutor puede transmitirle conocimientos, enfoques y habilidades que el residente no adquiriría si atendiera él solo a los pacientes.

Se puede hacer antes de la consulta mediante el método de dar instrucciones concretas, que consiste en que antes de la entrevista con los pacientes, de forma previa a la consulta, se comentan los pacientes citados entre el tutor y el residente. Se visualiza su historia clínica y las posibles opciones de manejo. Con esta técnica se mejora la satisfacción y la competencia de los residentes. La atención al paciente también acaba reforzada.

Tras la consulta, el modelo "Preceptor de un minuto" (OMP) es un modelo centrado en el estudiante y se ayuda de cinco "microhabilidades" para ayudar al mentor a guiar la interacción docente<sup>12</sup>. El modelo consta de cinco microhabilidades o cinco pasos:

1. Obtener un compromiso del residente, que el residente refiera su actuación y su conclusión diagnóstica o terapéutica sobre lo que él cree que está pasando con el paciente.
2. El residente explica las evidencias que apoyaron esas decisiones, su razonamiento.
3. El tutor enseña unas reglas generales sobre el tema de consulta con su evidencia.
4. Reforzar lo que se hizo bien.
5. Corregir errores del residente.

Son instrucciones concretas y centra el aprendizaje en el residente y su razonamiento. El tutor entiende por qué el residente ha actuado así y detecta sus carencias y sus fortalezas. Suele requerir poco tiempo.

## Enseñanza en presencia del paciente

Se realiza a través de las denominadas observaciones clínicas estructuradas (SCO).

## Clases

Las clases se utilizan para la transmisión de información compleja en un marco referencial:

- Clase unidireccional clásica. La clase, la conferencia.
- La formación en grupo: talleres, seminarios, cursos.
- La clase o lección participativa en grupo.

Se debe, en la medida de lo posible, favorecer la clase participativa.

## Aprendizaje reflexivo

El residente elabora un informe sobre el aprendizaje en estancias formativas/rotaciones al final de estas. El método narrativo facilita la comprensión de las experiencias que han influido en las actitudes y aptitudes que ha adquirido en ese periodo. Tras describir la experiencia, se reflexiona en solitario o con el tutor.

Algunas palabras que pueden facilitar poner por escrito las reflexiones son: "soy capaz de...", "he aprendido...", "esta rotación me ha aportado...", "me he familiarizado con...", "he realizado, he participado...", "me ha llamado la atención... porque...", "tengo que mejorar...", "no he alcanzado la suficiente habilidad...", "todavía me crea inseguridad...", etc.

### Ficha orientadora para el informe de reflexión sobre el aprendizaje en estancias formativas/rotaciones:

Nombre del residente _____
Especialidad y año de residencia _____
Centro/Servicio donde se realiza la rotación _____
Fecha de inicio y conclusión: de _____ a _____
Descripción breve de las actividades durante la estancia formativa _____ _____
Aspectos positivos en cuanto a contenidos de aprendizaje adquiridos _____ _____
Aspectos que me han faltado por aprender _____ _____
Cómo lo voy a aprender (planificación del aprendizaje) _____ _____
Comentario del residente sobre la estancia formativa en general y sugerencias para mejorar esta rotación para otros residentes _____ _____ _____

### Puntos clave

- El tutor de residentes debe considerar el hecho de que el residente tiene una experiencia previa tanto teórica como, en ocasiones, práctica. Las enseñanzas deben ser flexibles y adaptadas en todo momento a las necesidades.
- Los objetivos a alcanzar en cuanto a la formación del residente, con los métodos docentes con los que contamos, deben plantearse previamente a las herramientas docentes a utilizar, deben ser específicos y concretos a la hora de aplicarse y la misión de estos objetivos debe ser alcanzar las competencias a evaluar tanto de conocimiento como de habilidades y de actitudes, y deben ser susceptibles de evolución posterior.
- Entre las herramientas a utilizar contamos con el *feedback* reglado, el autoaprendizaje, el aprendizaje de campo, el trabajo grupal, el *audit* estandarizado, el método de dar instrucciones concretas, el método de la enseñanza en presencia del paciente, las clases y el aprendizaje reflexivo.
- Las herramientas con las que contamos deben adaptarse a la situación del residente y al marco en el que nos movemos, pero, de cualquier forma, deben ser flexibles.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Guillbert JJ. Guía Pedagógica para el personal de salud. 5.ª ed. Valladolid: Organización Mundial de la Salud. Instituto de Ciencias de la Educación-Universidad de Valladolid; 1989.
2. Gómez Gascón T, Fuentes Goñi C, Casado Vicente V, Luque Hernández MJ, Marco García T, Martínez Pérez JA, et al. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
3. Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Sánchez E. Modelos formativos que pueden utilizar los tutores para formar residentes. FMC - Form Méd Contin Aten Prim. 2006;13(8):435-46. [Citado: 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.fmc.es/es-modelos-formativos-que-pueden-utilizar-articulo-13092818>.
4. Saura Llamas J. Cómo puede convertirse un tutor en un docente efectivo. Aten Primaria. 2007;39(3):151-5.
5. González MI. Guía del tutor de residentes. Hospital Fundación Alcorcón. 2018. [Citado: 20 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/comu/guia\\_del\\_tutor\\_de\\_residentes\\_hospitalfundacionalcorcon.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/comu/guia_del_tutor_de_residentes_hospitalfundacionalcorcon.pdf).
6. Fornells-Vallès JM. El ABC del Mini-CEX. Educ Méd. 2009;12(2):83. [Citado: 1 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132009000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000300004).
7. Ruiz Moral R. Modelos de comunicación clínica. Boletín docTutor de Educación Médica. 2010. Disponible en: <http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Modelos-de-Comunicación-Clinica.pdf>.
8. Maestre JM, Rudolph JW. Teorías y estilos de debriefing: el método con buen juicio como herramienta de evaluación formativa en salud. Rev Esp Cardiol. 2015;68(4):282-5. [Citado: 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-teorias-estilos-debriefing-el-metodo-articulo-S0300893214003868>.
9. Fernández-Cuesta Valcarce MA, Gutiérrez Sigler MD. Aprendiendo a ser tutor de residentes de pediatría en Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006:283-91. [Citado: 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/tutor.pdf>.
10. Fernández Casalderrey C. Herramientas de tutorización de residentes: el proyecto docente del tutor de pediatría. Form Act Pediatr Aten Prim. 2009;2(2):117-20.
11. Loperena OA. El selfaudit como modelo de evaluación de los residentes de Medicina Interna de Cataluña. Scmi.org. 2016. [Citado: 5 de marzo de 2022]. Disponible en: [http://www.scmi.org/docs/tutors/reunio/reunio\\_tutors\\_122016-4-selfaudit2.pdf](http://www.scmi.org/docs/tutors/reunio/reunio_tutors_122016-4-selfaudit2.pdf).
12. Carr ANM, Kirkwood RN, Petrovski KR. Using the Five-Microskills Method in Veterinary Medicine Clinical Teaching. Vet Sci. 2021;8(6):89.

# CÓMO TRABAJAR LA COMUNICACIÓN

---

## Ana Isabel Bas Angulo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud Santo Domingo de la Calzada. Consultorio de Ezcaray. La Rioja.

Grupo de Trabajo de Tutores SEMERGEN; Grupo de Trabajo Digestivo SEMERGEN

La comunicación es una herramienta imprescindible en cualquier relación en la que no se puede “no comunicar”.

La comunicación humana hace que no solo transmitamos información, hace que se produzcan efectos y hechos. Es un mecanismo mediante el cual mantenemos el vínculo con los demás.

En Medicina, en su vertiente clínica, tiene un papel muy importante, ya que en esta profesión la relación interpersonal es un aspecto primordial:

- Comunicación con los pacientes.
- Comunicación con el resto de profesionales sanitarios.
- Comunicación con la sociedad.

La realidad se construye y/o interpreta por medio del lenguaje, y hemos de tener en cuenta los distintos enfoques ante la misma realidad. De ahí la importancia de la técnica comunicativa, que se concreta en lo que hoy conocemos como **entrevista clínica**, con múltiples herramientas que tratan de hacer más fácil de conocer lo que el paciente quiere transmitir. Deducimos de esta manera la importancia de la comunicación en la clínica para la relación médico-paciente.

En la formación especializada, el tutor es el responsable directo de garantizar la correcta formación del residente. Es, por lo tanto, el responsable de “enseñar” esta competencia.

La formación hoy en día está basada en competencias, basadas a su vez en las necesidades sociales y de los sistemas de salud.

Tomando como ejemplo el modelo de perfil profesional del Hospital Universitario Cruces (Competencias-Cruces 2008), que consta de siete dominios competenciales con 32 competencias generales, vemos que el II dominio se refiere a la comunicación.

Entendemos como competencia los comportamientos observables o que podemos comprobar. Conocimientos “en acción” que los profesionales muestran cuando resuelven con éxito determinadas situaciones en su desempeño profesional.

## COMPETENCIAS GENERALES DE LA COMUNICACIÓN

Son seis y pasamos a enumerarlas:

1. Establecer una relación terapéutica con los pacientes y familiares basada en la empatía, la confianza, la comprensión y la confidencialidad.
2. Obtener y sintetizar la información clínica relevante del paciente, sus familiares y la comunidad acerca de los problemas de este.
3. Tratar adecuadamente la información con el paciente, su familia y otros proveedores de cuidados de salud para facilitar los cuidados óptimos del paciente.
4. Comunicarse adecuadamente con el equipo de trabajo y con su institución.

5. Comunicarse adecuadamente con la judicatura y las fuerzas de seguridad en lo relativo a la protección de la salud individual y colectiva dentro de los límites de su responsabilidad.
6. Gestionar la información médica/profesional ante los medios de comunicación en lo relativo a la información científica y colaboración en la promoción de la salud, dentro de los límites de su responsabilidad.

## ENTREVISTA CLÍNICA

Frecuentemente se piensa que en la entrevista clínica solo hay que conseguir unos datos que nos lleven a un diagnóstico para prescribir un tratamiento. Pero eso es un error, porque hay algo más que esa comunicación puramente técnica y tiene que ver con la relación humana.

La habilidad relacional se da por supuesta en los profesionales sanitarios, y no siempre es así. También la tecnología sanitaria, tan potente hoy en día, ha relegado aún más la importancia de la comunicación en nuestras consultas.

En Atención Primaria, la tecnología más importante de la que disponemos es la entrevista clínica. Se dice que por sí sola puede resolver el diagnóstico del 75 % de los problemas de salud que atendemos a diario en nuestras consultas.

**Las habilidades de la comunicación se pueden aprender, se pueden practicar y, por ende, se pueden mejorar.**

Una buena entrevista clínica nos ayuda a:

- Mejorar la recogida de datos, hacer buenos diagnósticos.
- Conocer al paciente, sus necesidades y demandas, y para hacernos entender.
- Reconocer nuestra implicación emocional y aprender a controlarla.
- Aumentar la eficacia del tratamiento (efecto placebo, el médico es el mejor medicamento).
- Aumentar la adherencia al tratamiento (a mayor satisfacción del paciente, mayor cumplimiento).
- Mejorar la gestión del tiempo de consulta.
- Mejorar la gestión de recursos.

### Cualidades de la entrevista clínica

- **Calidez:** el clima de la entrevista. Tiene gran importancia “la primera impresión” que se lleva el paciente al entrar a la consulta. El recibimiento del paciente debe ser cordial: saludo personalizado, contacto visual-facial, sonrisa... Transmitirle al paciente “que es bien recibido”. Hemos de tener en cuenta que el grado de calidez varía según las características del paciente. No debemos perder, de todas formas, la **distancia terapéutica**, algo imprescindible para analizar los problemas del paciente con objetividad.
- **Empatía:** capacidad de una persona para ponerse en el lugar de otra y entender mejor sus acciones, comportamientos y emociones. Capacidad de escucha solidaria; el buen entrevistador tiene auténtico interés por su paciente.

La empatía exige:

- Escuchar de manera atenta e interesada.
- Comprender las emociones del paciente y lo que para él significan.
- Y lo más importante: **transmitir** al paciente que le hemos comprendido y nuestra solidaridad.
- **Comunicación eficaz:** delimitar y compartir los objetivos mutuos. Médico y paciente deben tener la sensación de hablar de lo mismo. El profesional utiliza un lenguaje comprensible, trata los asuntos que preocupan al paciente y permite la bidireccionalidad de la comunicación.
- **Respeto:** preservar los puntos de vista del paciente. Hacerle ver que nos preocupan e importan sus problemas. Exige altas dosis de tolerancia, tanto en cuanto a las creencias e ideas del paciente como a sus actitudes. No es transigir, sino escucharle. Podemos intentar modificar sus creencias: persuadir no es manipular.
- **Asertividad:** la persona asertiva transmite seguridad. No es lo mismo que acertar o tener dudas. En Atención Primaria, la incertidumbre es enorme y en pocas ocasiones podemos tener seguridad en nuestros diagnósticos y tratamientos. Ser asertivo no depende tanto de lo “**que**” decimos, sino de “**cómo**” lo decimos. El ritmo, el tono y los mensajes no verbales hacen que una entrevista sea asertiva o no.
- **Reactividad:** debemos evitar que nuestras entrevistas sean de alta reactividad (ritmo rápido, los dos interlocutores se interrumpen sin escucharse el uno al otro). La reactividad ha de ser suficientemente baja para permitir los silencios funcionales: pausas sin comunicación verbal, que facilitan la narración del paciente.

## Entrevista clínica semiestructurada

Es el tipo de entrevista que está basada en el método “centrado en el paciente”. Es un plan estratégico de trabajo que permite al profesional adquirir un hábito de trabajo basado en una secuencia de intervenciones, verbales y/o no verbales, con un orden lógico, para poder abordar las demandas más frecuentes en Atención Primaria.

### Fase exploratoria

En esta fase se trata de averiguar el/los motivos de la consulta. Para ello disponemos de una serie de técnicas:

- Habilidades básicas para la escucha:
  - Repasamos la lista de problemas o resumen abierto del paciente de los problemas más relevantes del paciente (de manera muy breve).
  - Saludo cordial y empático, importancia del primer minuto (una buena primera impresión mejorará la relación futura).
  - Delimitar el motivo de la consulta: facilitar que el paciente nos cuente sus problemas y adelantarnos a sus demandas adicionales (sin infravalorarlas), delimitando el o los motivos de consulta. Podemos utilizar técnicas como la escucha activa y técnicas de apoyo narrativo, ayudando al paciente a que exprese de manera espontánea sus problemas y emociones.

## Fase resolutive

En esta fase, tras la anamnesis y la exploración física, pasamos a intentar dar respuesta a los problemas que han motivado la consulta.

- Habilidades básicas en la resolución de la entrevista:
  - Informar de la naturaleza del problema, usando frases cortas y concisas, de fácil comprensión.
  - Proponer la manera de actuación ante el problema. Procurar un clima dialogante. Utilización por parte del profesional de estrategias para confrontar las ideas erróneas del paciente. Averiguar si existe algo que impida el acuerdo, tanto en diagnóstico como en tratamiento.
  - Explicar el tratamiento, la probable evolución. Llegar a un consenso con el paciente facilitará el cumplimiento del tratamiento. Debemos manejar la incertidumbre, dejando accesibilidad al paciente para contactarnos en consulta.

## Técnicas para mejorar la información y la asimilación

- **Paralenguaje:** dicción clara, voz entonada (evitar la monotonía en la voz) y frases cortas.
- **Lenguaje:** debe ser **comprensible** para cada paciente. Evitar la jerga médica.
- **Mensaje:** debe ser ameno. Evitar informaciones abrumadoras. Se recuerda mejor lo que mencionamos en primer lugar, lo que se relaciona con conocimientos previos y lo que tiene mayor importancia subjetiva para el paciente.
- Usar **vocabulario neutro**, evitar palabras de alto contenido emocional (por ejemplo: tumor mejor que cáncer, no se cura mejor que maligno..).
- **Bidireccionalidad:** el paciente debe sentir que puede interrumpirnos cuando quiera si no entiende algo. Debemos animarle a que lo haga cuando lo crea necesario.
- Continuamente debemos hacer **preguntas evaluativas** para averiguar conocimientos o creencias del paciente sobre la enfermedad o el tratamiento, y tenerlo en cuenta a la hora de informar y para detectar resistencias o emociones desencadenadas por nuestra información.
- **Ejemplificar:** explicar el concepto mediante un ejemplo de fácil comprensión, acercando al paciente a los mecanismos por los que actúa la enfermedad. Debe ser breve, clara y simple.
- **Racionalizar:** explicar de manera lógica la medida que proponemos. Si el paciente entiende el mecanismo de acción del tratamiento, es más fácil la adherencia al mismo.
- **Detallar las conductas:** relacionar las medidas terapéuticas con las actividades habituales del enfermo.
- **Entregar las instrucciones por escrito:** especialmente si se trata de un tratamiento complejo o complicado de recordar, y pensando también en las derivaciones de interconsultas y pruebas (cómo, dónde...).

### Puntos clave

Una buena entrevista donde se lleven a cabo las adecuadas técnicas de comunicación conduce a una mejora de aspectos esenciales de la **relación médico-paciente**, como son:

- El grado de acuerdo con su diagnóstico.
- La información que retienen tras la consulta acerca de su enfermedad y del tratamiento prescrito, el grado de cumplimiento de este y, en fin, la satisfacción del paciente (también la del médico).
- Si mejora la satisfacción del paciente y del médico con la consulta, disminuyen las quejas, los conflictos y las demandas, consiguiendo que nos encontremos mejor en nuestras consultas cotidianas.

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Ayllón Domínguez JA, Benito Astorga S. Entrevista Clínica. Unidad Docente. Burgos. 2004.
- Borrell i Carrió F, Hernández Clemente JC. Manual de la relación Médico-Paciente. V Marco Comunicacional. Foro de la Profesión Médica de España. 2019.
- Borrell i Carrió F. Entrevista Clínica. Manual de Estrategias Prácticas. 2004.
- Cid Sueiro M, Carvajal de la Torre A, Freiria Tato MJ. Entrevista Clínica: modelos teóricos y un poco de práctica. Cuadernos de AP. 2008;15:167-71.
- Morán-Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2013;33(118):385-405.
- Ruiz de Gauna P, Morán-Barrios JM. Guía del tutor para planificar y gestionar la formación de los residentes. Educ Méd. 2022;23(1).

# EL TUTOR Y LA INVESTIGACIÓN

---

## Paula Guerrero Alonso

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de Nájera. La Rioja

La investigación es uno de los tres ámbitos del desarrollo profesional de un/a médico/a de familia y comunitaria, junto con la docencia y la asistencia. Es necesario dotar al residente de las herramientas necesarias para que pueda profundizar en el campo de la investigación sin olvidar el ámbito asistencial, ya que es el principal soporte a la investigación realizada desde Atención Primaria. No hay que olvidar que la finalidad de la investigación en Medicina es el análisis del proceso de enfermar y cómo enfrentarse a él. Por lo tanto, es primordial integrar el trabajo investigador en la tarea asistencial cotidiana.

La labor de investigar es innovadora y se deben conseguir aplicaciones prácticas para mejorar la atención clínica. Su desarrollo va unido al hecho de fomentar la curiosidad, la capacidad de plantearse preguntas y cuestionar lo establecido.

Tradicionalmente, los residentes perciben la investigación como una asignatura pendiente de su formación tanto por falta de herramientas básicas como por falta de estímulos para incluir al residente en proyectos/grupos de investigación, más aún en el ámbito de la Atención Primaria, donde, como somos conocedores, existen tantas dificultades. Los residentes precisan una estructura importante, con objetivos claros y definidos de la formación y actividad para poder adquirir las competencias necesarias en investigación, además de aprovechar los conocimientos, experiencias y motivaciones de cada residente para conseguir integrarlos en una investigación de calidad<sup>1</sup>.

En los últimos años existe un incremento progresivo de la producción científica desde Atención Primaria, pero aún estamos muy lejos del nivel de otros ámbitos asistenciales<sup>2</sup>. En el caso de los residentes de Medicina de Familia, solo un quinto está realizando la tesis doctoral<sup>3</sup>, un tercio ha publicado artículos sobre Atención Primaria<sup>4</sup> y algo más de la mitad participa en alguna investigación y en la elaboración de comunicaciones científicas<sup>3</sup>.

Según los residentes, las mayores dificultades para investigar en Atención Primaria son la falta de tiempo dentro de su jornada laboral, la falta de financiación<sup>5</sup> y la falta de liderazgo por parte de las unidades docentes/tutores. Las unidades docentes deberían facilitar al residente esa dedicación a la investigación a lo largo de su formación. La falta de financiación en proyectos de Atención Primaria donde los residentes puedan involucrarse es un problema en el que se debe trabajar para dotar a la Atención Primaria de la posibilidad de acceder a proyectos competitivos o becas de investigación.

El liderazgo del tutor en temas de investigación debe ser atajado desde varios aspectos, comunes en muchos casos a la dificultad de la investigación en Atención Primaria<sup>6</sup>. Entre ellos destacan:

- La importancia de la presión asistencial del tutor provoca que dicho tutor no tenga tiempo para dedicarse a otros ámbitos.
- Falta de conocimiento metodológico de la investigación y falta de estructuras de apoyo a la investigación.
- Falta de motivación y reconocimiento.
- Escasa tradición investigadora.

Las unidades docentes deben contar con técnicos de salud como unidades de apoyo a la investigación, deben estimular, supervisar, proporcionar herramientas y ayuda en lo que precise el residente y el tutor (modelo de tutorización unidad docente-tutor-residente)<sup>7</sup>. El tutor principal debería tener unas nociones básicas de investigación para poder asesorar, acompañar y supervisar la labor investigadora que va a realizar el residente. Estas nociones básicas deberían incluir, al menos:

- Aprender a realizar una buena pregunta de investigación, es decir, tener una buena idea y saber formularla. Para ello es necesario, como hemos dicho antes, conocer bien la práctica clínica, así como las preguntas que ya tienen respuesta. Como orientación se puede utilizar el sistema PICO, proveniente del ámbito de la Medicina Basada en la Evidencia. Es una pregunta específica con cuatro componentes: Paciente, Intervención, Comparación y Resultado. Realizar buenas preguntas de investigación es el primer paso en dicha investigación y sirve para plantear claramente los objetivos del proyecto que se pretende acometer.
- Conocimientos de las fuentes de documentación y lectura crítica de artículos. Es importante la búsqueda de evidencia en la literatura científica y el grado de evidencia que existe para resolver la pregunta formulada. Por citar algunos ejemplos:
  - PubMed (Medline). Base de datos bibliográfica de la US Nacional Library. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>.
  - The Cochrane Library. Base de datos de revisiones sistemáticas en red. <https://www.cochrane-library.com/>.
  - UpToDate. Portal de actualizaciones médicas. <https://www.uptodate.com/contents/search>.

Tras la búsqueda, se debe realizar una lectura crítica de los artículos para evaluar la calidad científica de los mismos utilizando la metodología de Medicina Basada en la Evidencia (<https://ebm.bmj.com>, <https://www.cebm.net>, <http://www.ebm.med.ualberta.ca>).

- Conocimientos básicos de diseño de estudios y análisis estadístico. Aquí se incluye el manejo de bases de datos, la introducción de la información de las mismas y el análisis estadístico.
- Conocimientos en ética y buenas prácticas clínicas.
- Habilidades en la presentación de resultados.

Si esto no es posible, podría ser interesante localizar a otros profesionales del ámbito cercano que se dediquen claramente a la investigación y que puedan servir como orientadores o tutores de investigación, especialmente en las etapas más avanzadas de la formación del residente. En estos casos, la tarea del tutor principal sería:

- Identificar tutores de investigación de su entorno, si no los tiene identificados la unidad docente.
- Servir de enlace y apoyo al residente en aspectos concretos, incluida la ética de la investigación.
- Velar por la correcta dirección de la orientación científico-investigadora. Este tema es muy importante, dado que se debe evitar que el residente sea tratado como un mero recolector de datos sin participar en otras tareas.

### Puntos clave

- La investigación es uno de los tres ámbitos del desarrollo profesional de un/a médico/a de familia y comunitaria, junto con la docencia y la asistencia.
- En los últimos años existe un incremento progresivo de la producción científica desde Atención Primaria, pero aún estamos muy lejos del nivel de otros ámbitos asistenciales.
- La base de un médico de Atención Primaria para iniciarse en la investigación debería alcanzar unas nociones básicas que deberían incluir, al menos: aprender a realizar una buena pregunta de investigación, obtener conocimientos de las fuentes de documentación y lectura crítica de artículos, poseer conocimientos básicos de diseño de estudios y análisis estadístico, tener conocimientos en ética y buenas prácticas clínicas y habilidades en la presentación de resultados, entre otras.
- En el caso de que lo anterior no sea posible, es función del tutor identificar tutores de investigación de su entorno, servir de enlace y apoyo al residente en aspectos concretos y velar por la correcta dirección de la orientación científico-investigadora.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Bartolomé C, Melús E, Royán P, García I. Competencia en investigación y unidades docentes de Atención Primaria: el viaje a Ítaca. *Rev Clin Med Fam.* 2021;14(2). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2021000200017](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200017).
2. López-Torres J, Párraga I, Martín R, Tranche S. Mapa bibliométrico de la investigación realizada en atención primaria en España durante el periodo 2013-2017. *Aten Primaria.* 2019;52(7):469-76. [Consultado: 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2019/11/1-s2.0-S0212656719303932-main.pdf>.
3. Labay M, Buñuel JC, Rubio ML, Martín J, Guerrero ML, Olmedillas MJ. Estado de opinión de los médicos de medicina familiar y comunitaria en hospitales españoles. *Aten Primaria.* 1992;10(7):880-2.
4. Soler JM, Solanas JV, Ros A. Investigación en Atención Primaria en la Comunidad Autónoma Valenciana. Artículos originales publicados durante 4 años (1990-1993). *Aten Primaria.* 1995;16(6):338-42.
5. Saura J. Modelo de tutoría en investigación en APS y Medicina Familiar en Murcia, España. Conferencia del 6.º Coloquio Nacional y 4.º Internacional de Profesores Investigadores. Coyoacán, México. 15-17 de mayo de 2006.
6. Pita S, Pértega S. Dificultades de la investigación en Atención Primaria. *Fisterra;* 2005. [Consultado: 3 mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/difinvestap/difinvesap.asp>.
7. Saura J. La investigación, un método docente pluripotencial para la formación del médico familiar. *Arch Med Fam.* 2021;23(1):23-44.

# COMPETENCIAS DEL TUTOR DEL RESIDENTE DE FAMILIA

---

## MÓDULO 3

---

### LA EVALUACIÓN DEL RESIDENTE

#### COORDINADORA GENERAL

##### **María José Gamero Samino**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de San Fernando. Badajoz

#### COORDINADORA DEL MÓDULO 3

##### **Asunción Vélez Escalante**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Altamira. Cantabria

#### AUTORAS DEL MÓDULO 3

##### **Asunción Vélez Escalante**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Altamira. Cantabria

##### **Esperanza Rueda Alonso**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Alisal. Santander

# COMPETENCIAS DEL TUTOR DEL RESIDENTE DE FAMILIA



MÓDULO 3

## LA EVALUACIÓN DEL RESIDENTE

### COORDINADORA DEL MÓDULO

#### Asunción Vélez Escalante

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Altamira. Cantabria

## ÍNDICE

<b>EVALUACIÓN DEL RESIDENTE. CONSIDERACIONES GENERALES</b>	<b>81</b>
Asunción Vélez Escalante	
<b>TIPOS DE EVALUACIÓN</b>	<b>89</b>
Esperanza Rueda Alonso	
<b>HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN</b>	<b>102</b>
Asunción Vélez Escalante	
<b>MÁS ALLÁ DE LA EVALUACIÓN</b>	<b>113</b>
Esperanza Rueda Alonso	

# EVALUACIÓN DEL RESIDENTE. CONSIDERACIONES GENERALES

---

## Asunción Vélez Escalante

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Altamira. Cantabria

La evaluación es la etapa fundamental y quizás la más importante del proceso de enseñanza-aprendizaje; no solo supone la mera calificación o juicio cuantitativo de las materias evaluadas (evaluación sumativa), sino que representa la herramienta más potente para el aprendizaje, sirviendo para poner de manifiesto las deficiencias o áreas de mejora, de manera que el residente pueda poner en marcha, junto con su tutor, los planes necesarios para su adquisición (evaluación formativa).

Aunque la evaluación sea considerada la última etapa del proceso formativo, no por ello debe relegarse hasta el momento final; es conveniente que esté integrada en todas las etapas y haya sido diseñada desde el momento inicial de la planificación del aprendizaje<sup>1</sup>.

El Programa Oficial de la Especialidad (POE) de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>2</sup> se refiere al tutor como responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente a lo largo de los 4 años de su periodo formativo, señalando como una de sus funciones principales la responsabilidad sobre la evaluación.

Funciones del tutor según el POE:

- Orientar al residente durante todo el periodo formativo.
- Supervisar la formación del residente.
- Ser el referente-interlocutor del residente.
- Favorecer el autoaprendizaje y la responsabilidad progresiva.
- Fomentar la actividad docente e investigadora.
- **Ser el principal responsable de la evaluación formativa o continuada del residente, participando activamente en la evaluación anual/calificativa a través de los comités de evaluación.**
- Participar en la memoria anual de las actividades docentes.

Ya la Orden de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas, se refiere a la figura del tutor como el principal responsable de la ejecución y seguimiento de la evaluación continuada de los especialistas en formación.

No obstante, a lo largo del periodo formativo del residente, existen otras figuras docentes que interviene tanto en el proceso de aprendizaje como en el de evaluación, como son los colaboradores docentes, los tutores hospitalarios y otros profesionales de los equipos donde el residente se está formando, que trasladan su valoración del desempeño en los diferentes ámbitos y contextos al evaluador principal.

## LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL EVALUADOR

La tutorización es una misión exigente que implica el seguimiento estrecho de la adquisición de competencias del residente e incluye de manera ineludible una evaluación exhaustiva del aprendizaje. La evaluación perfecta no existe y los sesgos del evaluador son inevitables en muchas ocasiones, por eso son necesarios instrumentos y fórmulas que minimicen los efectos de la subjetividad en el resultado de la evaluación.

El proceso evaluativo lleva implícito un juicio que se elabora de manera consciente e inconsciente en la mente del evaluador. En este proceso cognitivo pueden influir aspectos de la relación tutor-residente, autoexigencia o frustración como docente, paternalismo hacia el residente, complacencia, temor a enfrentamientos o reclamaciones, comodidad; es decir, todo un elenco de emociones negativas o positivas, conscientes o inconscientes, que influyen sin duda en el resultado final de la evaluación<sup>3</sup>. Hay distintas fórmulas que contribuyen a minimizar los efectos de la subjetividad, diseñando formularios estructurados y estandarizados con escalas predefinidas para que sean utilizadas por distintos evaluadores. Así mismo, la intervención evaluativa por distintos observadores aporta otras perspectivas que pueden contribuir a aumentar la validez de la calificación.

Características de una evaluación:

- **Objetiva:** evita las interferencias de interpretaciones subjetivas del evaluador.
- **Justa:** aplica el mismo baremo de calificación a los diferentes residentes evaluados (no todos merecerán la misma calificación).
- **Válida:** cumple criterios de validez para evaluar una acción concreta.
- **Coherente:** íntegra y no arbitraria, siguiendo un criterio uniforme.
- **Abierta y transparente:** informada al residente y tutor con el objetivo de introducir mejoras en el aprendizaje.

El patrón de la formación durante la residencia se ha transformado de un modelo previo centrado en el que enseña, donde el aprendiz era un sujeto pasivo, a un modelo actual centrado en el que aprende, pasando a ser el aprendiz un sujeto activo en el que el autoaprendizaje es la fórmula adecuada y conveniente y el principal responsable de su formación es el propio residente. El residente decide qué tiene que aprender, el tutor es el que guía, facilita y supervisa el camino para la adquisición de los conocimientos, las habilidades y las actitudes que necesita para alcanzar los objetivos marcados en su programa formativo.

Pero el residente no es el único responsable de su aprendizaje; tutores, colaboradores docentes, jefes de estudios, comisiones de docencia, incluso las instituciones contratantes, es decir, todos aquellos implicados directa o indirectamente en la adquisición y desarrollo de la competencia profesional son corresponsables de poner a disposición de los usuarios del sistema sanitario, el profesional más competente posible<sup>4</sup>. La evaluación del residente tiene como fin confirmar y acreditar la titulación de un especialista competente; para el evaluador esta es una obligación de doble sentido, con un deber legal y uno moral. El deber legal tiene relación con el cumplimiento de la legalidad y la normativa vigente en cuestiones de formación sanitaria especializada. El deber moral corresponde a la responsabilidad de acreditar las competencias finales acorde con un sistema de garantías<sup>5</sup>.

Y en este sentido, la evaluación es el hito que marca y acredita la competencia. La evaluación, como dijimos al principio, es una de las funciones más importantes del tutor, no solo por la importancia de su resultado, sino por las connotaciones emocionales que pueden aflorar entre tutor y residente.

Ser un evaluador competente requiere de un alto nivel de compromiso, no solo en los aspectos docentes, sino también como una acción con responsabilidad social. El tutor del residente es el que va a certificar y acreditar que el residente ha alcanzado las competencias que marca su programa formativo con el nivel de autonomía que corresponde a su periodo formativo y que al final de su residencia el nuevo profesional es capaz de ejercer su especialidad con plenas competencias.

“La responsabilidad social es la responsabilidad de una organización o institución ante los impactos que sus decisiones y actividades ocasionan en su entorno, la sociedad y el medio ambiente, mediante un compromiso ético y transparente” (norma ISO 26000). En el caso que nos ocupa, la responsabilidad social implica la calidad en la atención sanitaria, el compromiso con los pacientes, sus familias y la comunidad, con la profesión, con el equipo de trabajo y con la institución.

## EL MARCO NORMATIVO

La evaluación anual y final de los residentes es una actividad ineludible para el tutor y las comisiones de docencia, ya que está regulada por leyes, decretos y otras normativas. Citaremos aquí las que están más directamente implicadas en la formación mediante el modelo de residencia de los especialistas en ciencias de la salud.

### **Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista**

Aunque existen normativas previas, podríamos considerar este Real Decreto como el origen en la legislación de la formación especializada, que, de momento, solamente era aplicable a la titulación de licenciados en Medicina y Cirugía. Con su entrada en vigor, fue derogado el Real Decreto 2015/1978.

Esta norma clasifica las especialidades médicas según requieran o no formación hospitalaria, apareciendo la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria entre las que no necesitan básicamente formación hospitalaria, aunque es conocido que, hoy en día, la formación de los residentes de esta especialidad transcurre en un porcentaje muy importante (aproximadamente el 50 %) de su periodo formativo en estancias hospitalarias.

“Se confirma la necesidad de seguir un programa perfectamente establecido como médico residente en centros y unidades docentes que cumplan los requisitos adecuados.

Se confirma también la necesidad de establecer el correspondiente contrato laboral, según la normativa específicamente aplicable.

Para las especialidades cuya formación se realiza como médico residente, se suprime el examen final al término del periodo global de formación, sustituyéndose por evaluaciones anuales consideradas como método más adecuado a las características del ejercicio profesional que el médico residente efectúa”.

## Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas

Esta Orden regula la constitución, composición, régimen de funcionamiento y funciones de las **comisiones de docencia** como órgano colegiado cuya competencia, entre otras, es la organización y supervisión de los periodos formativos. Señala la realización de las evaluaciones periódicas, que pueden asimilarse a lo que hoy denominamos informe de evaluación de la rotación. Determina las consecuencias si la evaluación es negativa y recuerda la consideración del **Libro del Residente** como elemento primordial en la evaluación.

Instruye cómo realizar el nombramiento de los tutores y define sus funciones, entre las que destaca la evaluación continuada de los especialistas en formación.

Se hace alusión también en esta Orden a la constitución de los **comités de evaluación**, definiendo su composición y funciones, como los órganos que emiten la calificación definitiva del correspondiente periodo formativo del residente.

Se definen específicamente los criterios para la creación de las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria con sus peculiaridades, ya que su estructura de centros docentes en Centros de Salud separados geográficamente difiere de las unidades docentes hospitalarias. También es diferente la nomenclatura del coordinador de la unidad docente y de la comisión asesora.

## Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias

Las profesiones sanitarias tienen connotaciones peculiares que las diferencian de otras profesiones, por estar íntimamente ligadas al derecho a la protección de la salud, al derecho a la vida, a la integridad física, a la intimidad y a la dignidad humana. Esta condición especial genera la necesidad de un tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias, tal y como se expresa en la exposición de motivos al inicio de esta Ley.

En su contenido se regulan las condiciones del ejercicio profesional y también las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales sanitarios, para garantizar que todos cumplan con el nivel de competencia necesario para amparar el derecho a la protección de la salud.

En concreto, el título II establece el marco normativo para la formación de los profesionales sanitarios, contemplando tanto la formación pregraduada como la posgraduada y la formación continuada.

Algunos párrafos de esta Ley que hacen referencia a la formación, supervisión y evaluación de las especialidades en Ciencias de la Salud:

**“Artículo 4.** Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias”.

**“Artículo 11.** Toda la estructura asistencial del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada para la investigación sanitaria y para la docencia de los profesionales”.

**“Artículo 20.** Las actividades de los residentes, que deberá figurar en el Libro del Residente, serán objeto de las evaluaciones que reglamentariamente se determinen. En todo caso, existirán evaluaciones anuales y una evaluación final al término del periodo de formación”.

### **Real Decreto 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**

El objeto de este Real Decreto es regular la relación laboral de carácter especial de residencia y expresar los derechos y obligaciones correspondientes a este tipo de relación contractual, que tiene una consideración mixta, al contemplar el carácter formativo de la actividad laboral del empleado.

**“Artículo 3.** La duración del contrato será de un año, renovable por periodos iguales durante el tiempo que dure su programa de formación, siempre que, al final de cada año, el residente haya sido evaluado positivamente por el Comité de evaluación de la especialidad correspondiente”.

Es imprescindible que cada residente sea evaluado en tiempo y forma, respetando los plazos que marca el Ministerio de Sanidad, y mediante la cumplimentación de los modelos oficiales. Si no fuera así, el residente no puede progresar de año y, por tanto, no podría renovar su contrato ni recibir la retribución económica correspondiente a su año de promoción. Esta situación afectaría, además, al nivel de autonomía y supervisión, que varía a medida que el residente promociona. Por tanto, su contrato laboral está indisolublemente unido a la certificación positiva de alcance de competencias y superación del periodo formativo correspondiente.

### **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**

Esta norma se dedica íntegra y exclusivamente a regular todos los aspectos que conciernen al sistema de formación sanitaria especializada, como los referidos a la figura del tutor, a las unidades docentes, a las comisiones de docencia, incluso, de forma detallada, a los procedimientos de evaluación. Desarrolla un procedimiento común para la evaluación del residente mediante instrumentos que permitan acreditar, mediante métodos cualitativos y cuantitativos, el alcance de las competencias profesionales que estén previstas en el correspondiente programa formativo.

La figura del tutor como máximo responsable del proceso evaluativo del residente vuelve a aparecer en este Real Decreto.

**“Artículo 11.** Asimismo, el tutor, con la finalidad de seguir dicho proceso de aprendizaje, mantendrá entrevistas periódicas con otros tutores y profesionales que intervengan en la formación del residente, con los que analizará el proceso continuado de aprendizaje y los correspondientes informes de evaluación formativa, que incluirán los de las rotaciones realizadas”.

El capítulo VI de esta norma está íntegramente dedicado a la evaluación, detallando todas las fases y elementos del proceso evaluativo.

**“Artículo 16.** El seguimiento y la calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales durante el periodo de residencia se llevará a cabo mediante las evaluaciones formativas, anual y final”.

En apartados anteriores se ha comentado la dificultad para el tutor de realizar una evaluación lo más objetiva posible separándose de prejuicios, emociones u otras interferencias que pueden afectar al resultado de la evaluación. Pues bien, el tutor no está solo en este proceso, para ello se definen los **comités de evaluación**, que tienen la función de realizar la evaluación con un nivel de responsabilidad superior y más objetivo, por la variedad de actores implicados en esta función. La composición, función y misión de estos comités están bien definidas en este Real Decreto.

**“Artículo 19.** Comités de evaluación. Composición.

1. Se constituirá un comité de evaluación por cada una de las especialidades cuyos programas formativos se desarrollen en el centro o unidad docente. Los comités tendrán el carácter de órgano colegiado y su función será realizar la evaluación anual y final de los especialistas en formación.
2. Los comités de evaluación estarán integrados, al menos:
  - a) Por el jefe de estudios de formación especializada, que presidirá el comité y dirimirá con su voto los empates que pudieran producirse.
  - b) Por el presidente de la subcomisión que en su caso corresponda.
  - c) Por el tutor del residente.
  - d) Por un profesional que preste servicios en el centro o unidad de que se trate, con el título de especialista que en cada caso corresponda, designado por la comisión de docencia.
  - e) Por uno de los vocales de la comisión de docencia designado por la comunidad autónoma.
  - f) Las evaluaciones anuales y finales se harán constar en las correspondientes actas del comité de evaluación”.

La convocatoria de los comités de evaluación puede ser una tarea compleja en las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria por la dispersión de los tutores en diferentes centros docentes acreditados y el elevado número de residentes que se asignan a una única unidad, que puede superar los 100 residentes. Todo ello teniendo en cuenta que los comités deben celebrarse con suficiente antelación a la fecha de evaluación, de forma que las calificaciones sean publicadas 2 semanas antes de la fecha de evaluación prevista según los plazos que marca la normativa.

**“Artículo 20.** El informe anual del tutor es el instrumento básico y fundamental para la valoración del progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias, tanto asistenciales como de investigación y docencia”.

**“Artículo 25.** La evaluación final tiene como objeto verificar que el nivel de competencias adquirido por el especialista en formación durante todo el periodo de residencia le permite acceder al título de especialista”.

## **Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación**

Esta norma transforma por completo las fórmulas evaluativas utilizadas hasta el momento. El modelo anterior estaba basado en la calificación mediante rúbricas, evaluando los aspectos formativos de un modo más cuantitativo, transformando esta calificación en puntuaciones en un rango de 0 a 3.

Los nuevos modelos, basados más en alcance de competencias, evalúan el alcance de los objetivos predefinidos por cada rotación, y califican conocimientos, habilidades y actitudes en un rango de 1 a 10.

La norma instruye sobre las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones, aplicables a todas las unidades docentes acreditadas para impartir formación especializada. Incluye los distintos anexos que servirán de formularios para todo el proceso evaluativo, pero el contenido de la norma es escaso en cuanto a los detalles, criterios e instrucciones para la cumplimentación de los mismos.

“Anexos:

- I. Informe de evaluación de la rotación.
- II. Informe de evaluación anual del tutor.
- III. Evaluación anual por el comité de evaluación.
- IV. Informe de evaluación del tutor sobre el periodo de recuperación.
- V. Evaluación del periodo de recuperación y evaluación global anual por el comité de evaluación.
- VI. Evaluación final del periodo de residencia por el comité de evaluación”.

### **Puntos clave**

- El tutor es el principal responsable de la evaluación formativa o continuada del residente, participando activamente en la evaluación anual/calificativa a través de los comités de evaluación.
- Una evaluación correcta debe ser objetiva, válida, justa, coherente, abierta y transparente.
- La evaluación del residente tiene como fin confirmar y acreditar la titulación de un especialista competente; para el evaluador esta es una obligación de doble sentido, un deber legal y moral.
- El Real Decreto 183/2008 es la norma que se dedica íntegra y exclusivamente a regular todos los aspectos que conciernen al sistema de formación sanitaria especializada, como los referidos a la figura del tutor, a las unidades docentes, a las comisiones de docencia y a los procedimientos de evaluación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nolla Domenjó M. La evaluación en educación médica. Principios básicos. Educ Med. 2009;12(4):223-9.
2. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
3. Diez conceptos clave sobre evaluación en educación médica basada en la competencia para clínicos docentes no familiarizados. DocTutor. 2018.
4. Gual Sala A. Aprender a ser médico: responsabilidad social compartida. Fundación Educación Médica. 2012.
5. Morán Barrios JM, Ruiz de Gauna P. ¿Cómo evaluar al residente? Una visión posibilista para entornos complejos. Jornada de Formación de Tutores. Zaragoza. 22 de junio de 2011.

## Esperanza Rueda Alonso

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Alisal. Santander

## EVALUACIÓN POR COMPETENCIAS

Un paso hacia el futuro en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en el año 2005 fue el desarrollo del programa de la especialidad, y uno de sus ejes principales fue profundizar en las competencias del médico de familia, con el objetivo de mejora de la metodología docente, centrada en la formación individualizada del residente, y un incremento progresivo en su responsabilidad profesional<sup>1</sup>.

La guía de competencias recogida en el Libro del Residente de MFyC es un documento dinámico y facilitador del aprendizaje durante la formación, y de apoyo en la labor de evaluación continuada del tutor. Incluye todas las competencias propuestas por el programa de la especialidad, y puede ser la “hoja de ruta” en el aprendizaje del profesional en formación.

Los periodos de rotación se adaptan a los niveles de competencia que requiere el perfil profesional del médico de familia, con flexibilidad e individualizados, estableciendo estándares mínimos, deseables y máximos en los objetivos de aprendizaje, facilitando la evaluación de todo el proceso para garantizar su calidad<sup>1</sup>.

Las competencias de MFyC se recogen en cinco áreas docentes:

- **Área docente de competencias esenciales:**
  - Área de comunicación asistencial. Entrevista clínica. Relación médico-paciente.
  - Área de razonamiento clínico. Toma de decisiones. El método clínico centrado en el paciente.
  - Área de gestión de la atención.
  - Área de bioética.
- **Área docente de competencias relacionadas con la atención al individuo:**
  - Abordaje de necesidades y problemas de salud.
  - Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo.
- **Área docente de competencias relacionadas con la atención a la familia:**
  - Atención a la familia.
- **Área docente de competencias relacionadas con la atención a la comunidad:**
  - Atención a la comunidad.
- **Área docente de competencias relacionadas con la formación, docencia e investigación:**
  - Competencias relacionadas con la formación y docencia.
  - Competencias relacionadas con la investigación.

La formación basada en competencias es una estrategia dirigida a formar profesionales acorde a las necesidades actuales de los sistemas sociosanitarios, dirigiendo la formación con una visión global, humanística y con responsabilidad social, además de un compromiso y una responsabilidad profesional.

La evaluación por competencias implica definir esas competencias, desarrollarlas y evaluarlas, dar el salto en lo profesional de “tener competencias” a “ser competente”. Definir el perfil del profesional a formar es el paso previo necesario en la estrategia formativa y evaluativa<sup>2</sup>.

La importancia de la evaluación por competencias se sustenta en:

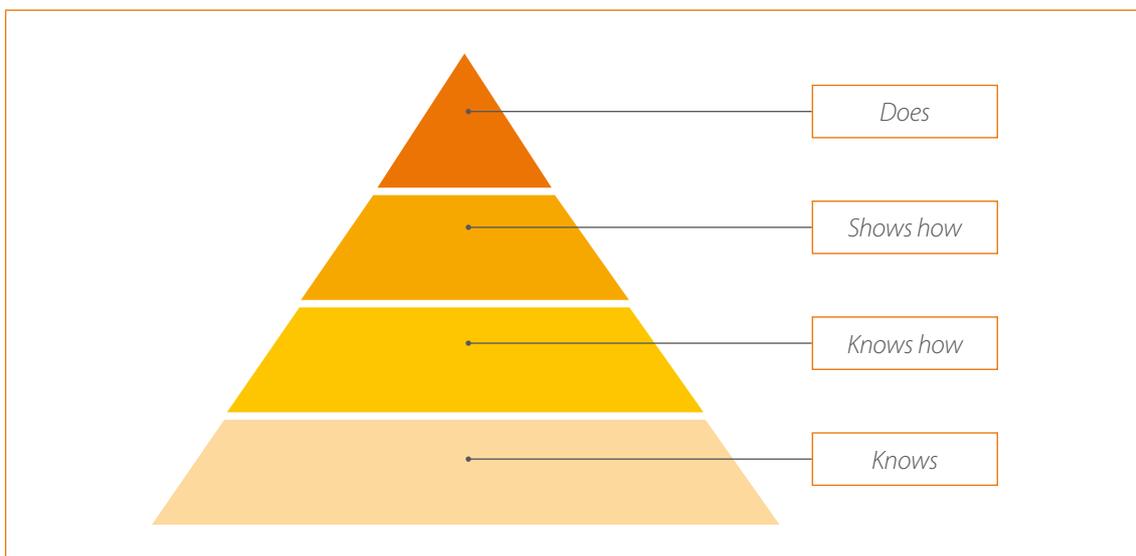
- Ser necesaria para la formación y capacitación del profesional en formación.
- Permite definir los objetivos alcanzados y aquellos por alcanzar.
- Se obtiene información objetiva sobre las áreas de mejora que permiten planificar acciones formativas para alcanzarlas y objetivar la progresión de la formación.
- Facilita el *feedback* tutor-residente y la adaptación progresiva en el programa de formación del residente.
- Nos hace reflexionar sobre que la formación no está protocolizada, sino que es dinámica, adaptada a “cada uno de los profesionales en formación”.
- Se utiliza como fin formativo, y a la vez nos orienta en la evaluación sumativa.

Al final del proceso de formación del profesional, certificamos que han superado una serie de pruebas de evaluación que garantizan su competencia en la especialidad.

## Niveles en la evaluación por competencias: Pirámide de Miller

El análisis por competencias se puede desarrollar en cuatro niveles de evaluación siguiendo la Pirámide de Miller (figura 1).

**Figura 1. Pirámide de Miller modificada**



Modificada de la referencia 3.

Las herramientas de evaluación que se utilizan en cada nivel de la pirámide dependen de qué es lo que queremos evaluar<sup>3</sup>:

- En la base de la pirámide del aprendizaje (“*Knows*” o “*Saber*”) descansan los conocimientos teóricos (pruebas escritas, orales), aquellos que se van adquiriendo durante la licenciatura o grado y que se someten a una evaluación más académica.
- A medida que la pirámide asciende y el profesional avanza en su aprendizaje, nivel 2 (“*Knows how*”), los sistemas de evaluación deben basarse en pruebas en contextos clínicos (pruebas escritas basadas en casos clínicos).
- Un nuevo avance en la evaluación, nivel 3 (“*Shows How*”) se basa en pruebas que simulan situaciones clínicas reales en contextos los más parecidos posibles a la realidad. Denominadas por Van der Vleuten como “evaluación de la práctica *in vitro*”, la simulación clínica o la ECOE (evaluaciones objetivas clínicas estructuradas) están en este nivel, y se ha observado una buena correlación en la mayoría de las competencias con el siguiente nivel.
- En la cúspide de la pirámide (nivel 4) están las pruebas observacionales, que nos permiten mostrar los recursos internos del profesional en situaciones reales; el residente tiene que “aprender haciendo” (*learning by doing*) y debe ser evaluado en situación real. En este nivel, la observación directa o videograbada, el portafolio, el registro clínico o los análisis de resultados clínicos son algunas de las metodologías de la evaluación.

## Herramientas en la evaluación por competencias

Los métodos de evaluación del desempeño o práctica profesional se pueden enfocar desde dos aspectos a valorar: momento en el que evaluamos la práctica y a través del profesional evaluado<sup>2</sup>.

1. Durante el trabajo (*workplace-based assessment*): basados en observación directa y *feedback* “en la acción” (inmediato a la acción).
  - Evaluación por un único evaluador en una situación real y concreta: MiniCEX (miniejercicios de evaluación clínica), ACAT (evaluación de cuidados agudos), CbD (*case-based discussion*), DOPS (destrezas observadas directamente).
  - Evaluación por múltiples observadores: evaluación de 360° (*multi-source feedback* o *feedback* multifuente: del equipo de trabajo, de pacientes y familiares).

Los métodos basados en la evaluación por observación directa tienen un impacto de aprendizaje positivo (evaluación formativa) y mejoran la práctica clínica, con buena acogida por discentes y docentes; como desventaja, podemos reflejar escasa calidad del *feedback* y dudosa utilización como evaluación sumativa.

La evaluación de diferentes situaciones clínicas, no una aislada, es una ventaja en la evaluación y precisa de formularios diseñados.

2. Después del trabajo (*work-based assessment*): evaluación retrospectiva, basada en resultados del trabajo.
  - Reflexiones del profesional: autoevaluación, incidentes críticos, información bibliográfica, balance de competencias.

- Supervisión por tutor principal o colaboradores: valoraciones globales, entrevistas e informes.
- Registros en la actividad clínica. Registros de práctica clínica, datos de gestión sanitaria, auditorías.
- Portafolios.

Los métodos basados en la reflexión personal son esenciales en la evaluación formativa y desarrollo profesional, son sencillos, pero requieren de planificación, seguimiento y *feedback* docente. Su desarrollo permite autoconocimiento por parte del profesional en formación e identificar objetivos alcanzados y áreas de mejora, adoptando acciones de mejora que favorezcan su aprendizaje. En su contra puede estar la capacidad de autorreflexión y el manejo de las emociones que conlleva la propia reflexión.

Los métodos basados en la supervisión son esenciales en la evaluación formativa y también contribuyen a la evaluación sumativa.

El portafolio o Libro del Residente es una guía en el proceso de aprendizaje que le permite un registro individual de actividades esenciales en su proceso formativo y favorece la reflexión individual con juicio crítico sobre el desarrollo de las competencias a lo largo de los años de la formación. No tiene en sí un fin evaluativo, y sí es facilitador del *feedback* y seguimiento del tutor, siendo también un documento de referencia para que el tutor realice los informes de la evaluación continuada y de la evaluación anual y final.

## EVALUACIÓN SUMATIVA

### Consideraciones de la evaluación sumativa

El Real Decreto 183/2008 aprueba las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación, incorporando en ellos elementos que permiten cambios importantes, basados en evaluar la competencia del residente<sup>4</sup>.

La evaluación sumativa nos permite calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada año de formación. Es el final del proceso de evaluación formativa, en base a la información recogida en cada rotación y durante todo año de formación, y puede completarse con un breve informe de las competencias alcanzadas.

La calificación global anual del residente incluirá la ponderación de los informes de rotaciones anuales, las actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en las entrevistas con el residente, el Libro del Residente y otros aspectos recogidos en la evaluación formativa.

La evaluación es una tarea indispensable del tutor principal, es un compromiso con la formación del residente, que requiere documentar resultados del aprendizaje, favorece el *feedback* con el residente, fomenta el compromiso y a la vez una participación de todos los profesionales del equipo en el proceso formativo.

## Documentos de la evaluación sumativa<sup>4,5</sup>

### INFORME DE EVALUACIÓN DE ROTACIÓN

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>		<b>DNI/PASAPORTE:</b>	
CENTRO DOCENTE:			
TITULACIÓN:		ESPECIALIDAD:	AÑO RESIDENCIA:
<b>TUTOR:</b>			

#### ROTACIÓN

UNIDAD:	CENTRO:
COLA COLABORADOR DOCENTE/TUTOR:	DURACIÓN:
Fecha inicio rotación:	Fecha fin rotación:
<b>OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN</b>	<b>GRADO DE CUMPLIMIENTO</b> Total/Parcial/No conseguido

A. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACIÓN
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS	
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA	
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	
HABILIDADES	
USO RACIONAL DE RECURSOS	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	
<b>MEDIA (A)</b>	

B. ACTITUDES	CALIFICACIÓN
MOTIVACIÓN	
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA	
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA	
TRABAJO EN EQUIPO	
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES	
<b>MEDIA (B)</b>	

<b>CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN (70 % A + 30 % B)</b>	
---	--

Observaciones/Áreas de mejora:

En \_\_\_\_\_, fecha:

**EL COLABORADOR DOCENTE  
DE LA ROTACIÓN/TUTOR**

Fdo.: \_\_\_\_\_

**Vº Bº EL RESPONSABLE  
DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN**

Fdo.: \_\_\_\_\_

El actual documento de evaluación de la rotación destaca la evaluación de los objetivos.

Estos objetivos son las competencias a desarrollar por el residente en cada rotación, y, aunque no se les asigne una evaluación numérica, sí se evalúa si el grado de cumplimiento es total/parcial/no conseguido.

## ROTACIÓN

UNIDAD:	CENTRO:
COLA COLABORADOR DOCENTE/TUTOR:	DURACIÓN:
Fecha inicio rotación:	Fecha fin rotación:
<b>OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN</b>	<b>GRADO DE CUMPLIMIENTO</b> Total/Parcial/No conseguido

En los ítems a evaluar se añade la seguridad del paciente en el apartado A (conocimientos y habilidades) y los valores éticos y profesionales en el apartado B (actitudes), eliminando la dedicación, iniciativa y nivel de responsabilidad del documento de evaluación que teníamos previamente al Real Decreto 183/2008<sup>6</sup>.

A. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACIÓN
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS	
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA	
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	
HABILIDADES	
USO RACIONAL DE RECURSOS	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	
<b>MEDIA (A)</b>	

B. ACTITUDES	CALIFICACIÓN
MOTIVACIÓN	
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA	
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA	
TRABAJO EN EQUIPO	
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES	
<b>MEDIA (B)</b>	

Un punto que nos sorprende es que el Real Decreto hace una distinción entre el apartado A y B. Una evaluación insuficiente en el apartado A (conocimientos y habilidades) debe llevar una propuesta de evaluación insuficiente, recuperable o no; sin embargo, esto no es así en una evaluación insuficiente del apartado B (actitudes)<sup>7</sup>. En nuestra especialidad, los ítems del apartado B nos parecen fundamentales a considerar en la evaluación formativa, y, por ende, en la evaluación sumativa.

La calificación global pondera un 70 % el apartado A y un 30 % el apartado B. Por tanto, puede existir como decimos, una evaluación insuficiente en este segundo apartado de la evaluación, pero el resultado de la evaluación ser positivo.

**CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN  
(70%A + 30% B)**

Otro cambio a destacar es la firma del documento de la rotación. Previamente firmaba el tutor principal y actualmente la rotación la firma el colaborador docente, lo que le da un papel más activo, ya que una evaluación negativa en una rotación puede ser determinante en la evaluación anual, y, si no se recupera, obliga a proponer una evaluación anual negativa.

No hay cambios en las observaciones/áreas de mejora, que se rellena por el colaborador docente o en las rotaciones del Centro de Salud por el tutor principal. Las notas que se hacen en este punto ayudarán al aprendizaje del residente en futuras rotaciones.

Observaciones/Áreas de mejora:

En \_\_\_\_\_, fecha:

**EL COLABORADOR DOCENTE  
DE LA ROTACIÓN/TUTOR**

Fdo.: \_\_\_\_\_

**Vº Bº EL RESPONSABLE  
DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN**

Fdo.: \_\_\_\_\_

cve: BOE-A-2018-5385  
Verificable en <http://www.boe.es>

**INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN<sup>A,B</sup>**

En la evaluación de estas competencias se tendrán en cuenta los resultados de las pruebas objetivas aplicadas, que se adjuntarán a este informe (exámenes escritos, audit, observación estructurada, 360º, portafolio)º.

**Una evaluación negativa de los ítems del apartado A del Informe de evaluación de rotación conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa por insuficiente aprendizaje (recuperable o no). La evaluación negativa de los ítems del apartado B del Informe de evaluación de rotación puede recuperarse en las rotaciones consecutivas del año de formación que corresponda o pueden dar lugar a una propuesta de evaluación negativa (recuperable o no).**

**CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS**

Demuestra que ha integrado los conceptos teóricos necesarios para el cumplimiento de los objetivos en virtud de un estudio y comprensión previo. Ejemplo, para las especialidades médicas: conocimientos de la anatomía, fisiología, historia natural de una enfermedad/proceso o de los principios y los mecanismos de acción de un tratamiento.

**RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA**

Integra la información disponible para alcanzar una valoración del problema de salud o de la situación asistencial. Ejemplo, para las especialidades médicas: información de la situación clínica, obtenida a través de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias, para un correcto diagnóstico diferencial o para la resolución de un problema o situación clínica.

**CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES**

Selecciona un plan de actuación, plan de cuidados o tratamiento adecuado, en base a su conocimiento y comprensión del problema, el análisis del contexto en el que se produce y la valoración de las diferentes alternativas disponibles y sus consecuencias.

Maneja con prudencia la incertidumbre inherente a la práctica clínica, conoce sus limitaciones y pide ayuda cuando la situación lo requiere.

Continúa >

Continuación

<p><b>HABILIDADES ADQUIRIDAS</b> Demuestra destreza en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para su año de formación.</p>
<p><b>USO RACIONAL DE RECURSOS</b> Realiza un uso adecuado de los medicamentos y productos sanitarios, así como de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.</p>
<p><b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> Contribuye a garantizar la seguridad del paciente y aplica las guías de práctica clínica.</p>
<p><b>MOTIVACIÓN</b> Demuestra interés por su trabajo y por alcanzar los objetivos formativos. Se implica en la actividad del Servicio/Unidad. Es proactivo en la búsqueda de información y estudio de un problema y reflexiona sobre su práctica profesional modificando su comportamiento en consecuencia (autoaprendizaje).</p>
<p><b>PUNTUALIDAD/ASISTENCIA</b> Es puntual y cumple con la jornada laboral. No hay faltas de asistencia sin justificar.</p>
<p><b>COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA</b> Demuestra habilidades de relación interpersonales y de comunicación necesarias para un eficaz intercambio de información, oral o escrita, para la toma de decisiones compartidas con los pacientes, sus familiares o representantes legales, relativa a cualquier aspecto del proceso asistencial.</p>
<p><b>TRABAJO EN EQUIPO</b> Se integra en las actividades del Servicio/Unidad y participa con el resto de profesionales en la resolución de problemas y toma de decisiones.</p>
<p><b>VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES</b> Tiene como principal objetivo el cuidado y bienestar del paciente. Respeto los valores y derechos de los pacientes, así como su autonomía en la toma de decisiones. Respeto la confidencialidad y el secreto profesional. Identifica los problemas/conflictos éticos y propone soluciones razonadas. Pide ayuda en situaciones complejas o relevantes. Cumple el Reglamento de la Institución Sanitaria</p>

## ESCALA DE CALIFICACIÓN

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
1-2	<b>Muy insuficiente.</b> Lejos de alcanzar los objetivos de la rotación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
3-4	<b>Insuficiente.</b> No alcanza todos los objetivos de la rotación, pero se acerca. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
5	<b>Suficiente.</b> Alcanza los objetivos de la rotación.
6-7	<b>Bueno.</b> Alcanza los objetivos de la rotación, demostrando un nivel superior en algunos de ellos.
8-9	<b>Muy bueno.</b> Domina todos los objetivos de la rotación.
10	<b>Excelente.</b> Muy alto nivel de desempeño respecto a los objetivos de la rotación. Solo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del colaborador docente con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.
NA	No se aplica de acuerdo con los objetivos planteados.

- a. Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias, en el Informe de Evaluación Anual del tutor.
- b. La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.
- c. Los resultados de las pruebas objetivas de evaluación se incluirán en el expediente del residente y serán custodiadas por la Comisión de Docencia del Centro.

El documento de instrucciones para la evaluación de la rotación detalla que “se tendrán en cuenta los resultados de las pruebas objetivas aplicadas que se adjuntarán a este informe (exámenes escritos, audit, evaluación 360º, observación estructurada, portafolio)”, y que, en la escala cuantitativa, 5 (suficiente) corresponde a “se han alcanzado los objetivos de la rotación”.

### INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>		<b>DNI/PASAPORTE:</b>	
CENTRO DOCENTE:			
TITULACIÓN:		ESPECIALIDAD:	AÑO RESIDENCIA:
<b>TUTOR:</b>			

VACACIONES REGLAMENTARIAS:

PERIODOS DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO:

**Cuando la suma de los periodos de suspensión de contrato sea mayor del 25% de la jornada anual, implicará la propuesta de una “Evaluación anual negativa recuperable”.**

#### A. ROTACIONES (incluidas rotaciones externas autorizadas por la Comunidad Autónoma)

CONTENIDO	UNIDAD	CENTRO	DURACIÓN	CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN	PONDERACIÓN
<b>CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ROTACIONES</b>					

#### B. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

TIPO	NIVEL	DENOMINACIÓN/ REFERENCIA	DURACIÓN	CALIFICACIÓN (0,01 a 0,3)
<b>CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS</b>				

## C. CALIFICACIÓN ANUAL DEL TUTOR

**COMENTARIOS:**

**CALIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL TUTOR**

**CALIFICACIÓN GLOBAL ANUAL DEL RESIDENTE (65 % A + 10 % B + 25 % C):**

Fecha y firma del TUTOR

cve: BOE-A-2018-5385  
Verificable en <http://www.boe.es>

### Puntos claves en la evaluación anual

1. La evaluación anual tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo.
2. La calificación global anual del residente incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo anual (entrevistas trimestrales y Libro del Residente) y, excepcionalmente, de informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.
  - a. Un 65 % de la calificación corresponde a la evaluación de las rotaciones (incluidas rotaciones externas autorizadas por la comunidad autónoma) y se calcula:

#### A. ROTACIONES<sup>4,5</sup> (65 %):

La calificación obtenida en cada rotación se ponderará de acuerdo a su duración mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{DURACIÓN (en meses)} \times \text{CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN}}{11 \text{ MESES}}$$

- b. Un 10 % de la calificación anual corresponde a las actividades complementarias: puntuación máxima 1 punto.

SUMATORIO DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS (10 %), con los siguientes criterios de puntuación

Nivel	Publicaciones	Comunicación oral	Póster
<b>Internacional</b>	0,3	0,2	0,1
<b>Nacional</b>	0,2	0,1	0,05
<b>Autonómica</b>	0,1	0,05	0,02

Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)	Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)	Ponente en sesiones	Participación en proyectos de investigación
0,02- 0,1 (valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)	*En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias: hasta 0,02	0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto)

- c. Calificación anual del tutor corresponde al 25 % de la nota final de la evaluación (nota 1-10):

### C. CALIFICACIÓN DEL TUTOR (25 %)

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
1-2	<b>Muy insuficiente.</b> Lejos de alcanzar los objetivos anuales. Deben indicarse áreas de mejora en el apartado correspondiente
3-4	<b>Insuficiente.</b> No alcanza todos los objetivos anuales, pero podrían alcanzarse con un periodo complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente y sugerir la duración del periodo complementario
5	<b>Suficiente.</b> Alcanza los objetivos anuales
6-7	<b>Bueno.</b> Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos
8-9	<b>Muy bueno.</b> Domina todos los objetivos anuales
10	<b>Excelente.</b> Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Solo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del tutor con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy buenos

- a. Positiva: cuando el residente ha alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate.
- b. Negativa: cuando el residente no ha alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate.
3. El Real Decreto 183/2008 recoge: “El informe anual del tutor es el instrumento básico y fundamental para la valoración del progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias profesionales, tanto asistenciales como de investigación y docencia”. Este informe debe contener:
- a. Informes de evaluación formativa, incluyendo los informes de las rotaciones, los resultados de otras valoraciones objetivas que se hayan podido realizar durante el año de que se trate y la participación en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionados con el correspondiente programa.
- b. Informes de evaluación de rotaciones externas no previstas en el programa formativo, siempre que reúnan los requisitos previstos al efecto.
- c. Informes que se soliciten de los jefes de las distintas unidades asistenciales integradas en la unidad docente de la especialidad en la que se esté formando el residente.
4. El informe de la evaluación anual del tutor está firmado por el tutor principal y es de obligado cumplimiento.
5. La evaluación anual se llevará a cabo por el correspondiente comité de evaluación en los 15 días anteriores a aquel en que concluya el correspondiente año formativo, y sus resultados se trasladarán a la comisión de docencia para que proceda a su publicación en los términos previstos en el Real Decreto 183/2008.

## EVALUACIÓN FORMATIVA

El tutor es el principal responsable de la evaluación formativa del residente, con una supervisión continuada y estructurada en su proceso de aprendizaje durante los años en formación<sup>4</sup>.

El proceso de aprendizaje del residente se basa en un modelo colaborativo centrado en el que aprende. Cambiar la visión como tutor de relación de “maestro y discípulo”, que nos puede llevar a una relación paternalista en la que el objetivo principal era transmitir conocimientos, a una relación interpersonal, individualizada y adaptada a las expectativas de cada residente, facilitando un contexto que permita la participación activa del especialista en formación desde el inicio de ese proyecto, para definir objetivos en su aprendizaje y en el intercambio progresivo de papeles a medida que se avanza en los años de formación.

La función de la evaluación formativa es medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación de la especialidad, identificando áreas y competencias susceptibles de mejora y aportando sugerencias específicas para corregirlas, objetivando los progresos que permitirán avanzar en el aprendizaje de competencias.

Por otro lado, es una oportunidad constante en el *feedback* tutor-residente, de un aprendizaje centrado en este. Nos permite una tutorización proactiva, facilitadora del desarrollo del residente, permitiendo la adquisición de competencias fundamentales, y también nos ayuda a minimizar la subjetividad de la evaluación y la influencia de factores externos que pueden condicionar la evaluación final.

La calidad global de las evaluaciones depende más de un programa integral de evaluación que de áreas individuales.

### Instrumentos de la evaluación formativa<sup>4</sup>

- **Entrevistas periódicas de tutor y residente:** de carácter estructurado y pactado, favorecerá la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación. Estas entrevistas, en número no inferior a cuatro por año formativo, se realizarán normalmente al empezar un área o bloque formativo, analizando los objetivos alcanzados en la rotación precedente y los objetivos a conseguir en la nueva rotación, pudiendo introducir medidas de mejora que se estimen oportunas. Las entrevistas se registrarán en el Libro del Residente.
- **Instrumentos de la evaluación por competencias:** que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente, según los objetivos del programa formativo y según el año de formación que se esté cursando.
- **Libro del especialista en formación:** instrumento en el que se reflejan y registran las actividades que realiza cada residente durante los años de su residencia. Es de carácter individual y el registro es obligatorio. Es un instrumento de autoaprendizaje que necesita de la supervisión del tutor.
- **Evaluación de las rotaciones:** se reflejará, tras cada una de las rotaciones, la evaluación de los conocimientos, habilidades y actitudes alcanzados por el residente. El responsable de la evaluación de la rotación es el colaborador docente/tutor que asume la formación y supervisión del residente en cada rotación y será el encargado de firmar el documento.

- **Informe de evaluación formativa:** el tutor, como responsable de la evaluación formativa, cumplimentará los informes normalizados basados en los instrumentos anteriormente mencionados que se ajustarán a las directrices a las que se refiere el artículo 28 del Real Decreto 183/2008. Se incorporarán al expediente personal de cada especialista en formación.

### Puntos clave

- La evaluación es una tarea indispensable del tutor principal, un compromiso con la formación del residente y favorece el desarrollo profesional.
- El proceso de aprendizaje del residente se basa en un modelo colaborativo centrado en el que aprende.
- La formación basada en competencias es una estrategia dirigida a formar profesionales acorde a las necesidades actuales de los sistemas sociosanitarios, dirigiendo la formación con una visión global, humanística y con responsabilidad social, con compromiso y responsabilidad profesional.
- Objetivo de la evaluación por competencias: dar el salto en lo profesional de “tener competencias” a “ser competente”.
- La evaluación sumativa nos permite calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada año de formación. Es el final del proceso de evaluación formativa, en base a la información recogida durante todo el año de formación.
- La evaluación formativa mide las competencias adquiridas, permite identificar áreas de mejora y es una oportunidad constante en el *feedback* tutor-residente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2005/03/03/sco1198>.
2. Morán-Barrios J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 1.ª parte: principios y métodos, ventajas y desventajas. *Educ Med.* 2016;17(4):130-9.
3. Nolla-Domenjó M. La evaluación en educación médica: Principios básicos. *Educ Med.* 2009;12(4):223-9. [Citado: 27 de marzo de 2022]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132009000500004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000500004&lng=es).
4. Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación. *BOE.* 2018;95:40610-23.
5. Resolución de 3 de julio de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se corrigen errores en la de 21 de marzo de 2018, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación. *BOE.* 2018;181:75456-68.
6. 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. *BOE.* 2008;45:10020-35.
7. Del Cura Rodríguez JL. El nuevo formato de los documentos de evaluación de la formación sanitaria especializada: una revolución inadaptada. *Radiología.* 2019;61(5):351-6.

# HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN

---

## Asunción Vélez Escalante

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Altamira. Cantabria

La evaluación no debe ser realizada en un acto único, sino que su valor formativo se encuentra en la evaluación longitudinal y continuada a lo largo del periodo formativo del residente. Esta evaluación se enriquece cuando se tienen en cuenta diferentes observadores, se realiza en distintos momentos y situaciones y se utilizan diferentes herramientas según la materia o el contenido que se quiera evaluar en cada momento. Se recomienda combinar distintos instrumentos para la evaluación global de las competencias alcanzadas por un especialista en formación. Se muestran en este capítulo algunas de las más conocidas, aunque no siempre muy utilizadas, sus características y su utilidad.

## EL PORTAFOLIO. LIBRO DEL RESIDENTE

El portafolio es una herramienta diseñada para el aprendizaje centrado en el que aprende, que incluye la práctica reflexiva sobre lo aprendido y lo que falta por aprender, y que permite ser evaluado desde una visión global y no concreta de los detalles, formando parte del proceso de evaluación formativa que incluye el programa del residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Para la elaboración del documento será necesario un diseño minucioso que tenga en cuenta el amplio número de competencias que aparecen en el programa de la especialidad, los objetivos bien definidos acordes con el mapa de competencias y los indicadores que ayuden a medir el grado de alcance de estas.

El portafolio debe incluir una serie de documentos que puedan avalar las actividades realizadas por el residente para registrar cómo se ha adquirido determinada competencia y cuál ha sido el nivel alcanzado. Algunos de ellos podrían ser:

- Datos curriculares.
- Plan de aprendizaje.
- Evaluaciones de rotaciones por estancias formativas.
- Incidentes críticos.
- Prácticas reflexivas.
- Publicaciones.
- Proyectos de investigación.

La misión y función del tutor es la supervisión y evaluación con carácter formativo de los contenidos del portafolio que el residente cumplimenta periódicamente. El momento ideal para poder realizar esta evaluación, con la aportación del *feedback* correspondiente por parte del tutor, es el momento de la entrevista periódica o sesión de tutorización.

## Tipos de portafolio según su diseño<sup>1</sup>

- **Estructurado o estandarizado:** contiene todas las tareas y pruebas previamente predefinidas en un marco rígido, incluso la documentación que debe ser recogida y registrada en el documento.
- **Libre:** completamente abierto, sin estructuras definidas; el residente podrá registrar libremente las actividades y tareas que desee registrar y cómo hacerlo.
- **Semiestructurado:** es la combinación de las dos opciones anteriores. Existe un marco con tareas predefinidas con flexibilidad para desarrollar otros contenidos de interés; es la fórmula más aceptada, el mejor ejemplo de ello es el Libro del Residente (tabla 1).
  - Ventajas:
    - Se basa en las competencias para el ejercicio de la práctica clínica habitual.
    - Invita al análisis crítico y a la reflexión.
    - Estimula el autoaprendizaje, según las necesidades formativas individuales.
    - Potencia la adquisición de nuevas competencias.
    - Ofrece una visión global y longitudinal del aprendizaje.
    - Fortalece el vínculo tutor-residente.
  - Inconvenientes:
    - Requiere una formación en la aplicación del método tanto para tutores como para residentes.
    - No ofrece la posibilidad de realizar una evaluación sumativa.
    - Requiere tiempo de dedicación por ambos actores para su correcta cumplimentación.

**Tabla 1. Ventajas e inconvenientes del portafolio semiestructurado**

Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"><li>• Basado en competencias</li><li>• Análisis crítico y reflexión</li><li>• Autoaprendizaje</li><li>• Visión global y longitudinal</li><li>• Vínculo tutor-residente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Formación en la aplicación del método</li><li>• Evaluación sumativa</li><li>• Tiempo de dedicación</li></ul>

Tomada de la referencia 1.

El **e-portfolio** no es más que el documento digitalizado con todo el contenido al que nos hemos referido anteriormente registrado o incluido en una plataforma de gestión docente, que son cada vez más conocidas y utilizadas en la mayoría de las unidades docentes. Estas herramientas digitales facilitan la gestión de toda la documentación e información pertinente para el seguimiento y la evaluación del aprendizaje del residente.

## El Libro del Residente

Es el documento por excelencia donde se plasma el aprendizaje basado en las competencias definidas en el programa de la especialidad a lo largo de los 4 años de formación del residente de

Medicina Familiar y Comunitaria. Sigue la estructura de un portafolio semiestructurado, teniendo en cuenta las definiciones anteriores sobre el tipo de portafolios.

El Libro del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria fue creado por la Orden ministerial de 22 de junio de 1995. Pertenece al residente, quien lo custodia y lo cumplimenta, de modo que quedarán registradas en él las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que serán supervisadas por el tutor. Es una herramienta formativa y evaluativa con carácter obligatorio que favorece el aprendizaje reflexivo. Son objetivos del Libro del Residente:

- Guiar la formación del residente hacia la competencia profesional.
- Reforzar la experiencia formativa.
- Iniciarse en el aprendizaje basado en la reflexión.
- Orientar la tutorización.
- Complimentación por el residente.
- Promover hábitos de planificación.
- Identificar, reconocer y mejorar los procesos de aprendizaje.
- Estimular la creatividad.

La estructura del libro se divide en dos grandes bloques:

- **Cronograma individual del proceso formativo:** a lo largo de cada uno de los años de residencia, el residente debe cumplimentar:
  - El aprendizaje en las diferentes estancias formativas.
  - La realización de las jornadas de atención continuada.
  - La asistencia a cursos, talleres o seminarios.
  - La asistencia o realización de actividades docentes e investigadoras.
- **Guía de competencias:**
  - Área de competencias esenciales.
  - Competencias relacionadas con la atención al individuo.
  - Competencias en relación con la familia.
  - Competencias en relación con la comunidad.
  - Competencias en relación con la formación, docencia e investigación.

La memoria reflexiva del Libro del Residente es un instrumento esencial para conectar la evaluación formativa con el aprendizaje. Las actividades registradas en él son analizadas desde una reflexión estructurada que será compartida con el tutor, quien podrá realizar una evaluación y *feedback* de lo aprendido al residente. Este documento representa la guía de referencia para la evaluación cuantitativa en el progreso del residente respecto a la consecución de las competencias previstas en su programa formativo en relación con su año de formación<sup>2</sup>.

## EXAMEN CLÍNICO OBJETIVO ESTRUCTURADO

El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) es una prueba de competencia clínica que viene utilizándose en las facultades de Medicina y otras de Ciencias de la Salud como examen práctico en los últimos años del grado. Con el tiempo, también se ha ido introduciendo en las unidades docentes e incluso se ha visto su utilidad en la formación continuada de profesionales sanitarios y tutores.

La prueba se desarrolla en entornos clínicos simulados basados en casos reales, interpretados por actores entrenados en simulación, con ayuda de maniqués, monitores o cualquier otro instrumento que ayude a la puesta en escena.

La selección de los casos debe estar basada principalmente en dos criterios: la mayor semejanza posible con la realidad y que permitan evaluar diferentes elementos competenciales. Deberían reunir las siguientes características<sup>3</sup>:

- **Prevalencia:** que sean situaciones frecuentes.
- **Importancia:** que la actuación tenga repercusión en los resultados en salud.
- **Globalidad:** que permitan evaluar la mayor parte de los elementos definidos.
- **Amplitud:** que abarquen diferentes componentes competenciales.
- **Factibilidad:** disponibilidad de recursos, entorno, tiempo.
- **Facilidad de evaluación.**

El número de estaciones que pueden componer una ECOE es variable; un número grande de estaciones facilita la valoración de más componentes competenciales y disminuye la influencia del azar, pero se recomienda que no sea superior a 10, con una duración de 8 a 10 minutos cada una, de modo que puedan ser evaluadas diferentes competencias que se ponen en marcha en el acto asistencial:

- Anamnesis e historia clínica.
- Exploración física.
- Habilidades comunicativas.
- Manejo clínico, diagnóstico-terapéutico.
- Habilidades técnicas.

La introducción de este tipo de pruebas en la evaluación de los residentes genera bastante inquietud y resistencias, que aparecen también entre sus tutores, al sentirse evaluados y juzgados a través de los resultados de sus residentes. A medida que se normaliza esta actividad a lo largo de varias promociones y se interpreta no solo como una actividad evaluativa, sino formativa, el grado de aceptación aumenta y se valora de forma positiva como actividad formativa<sup>4</sup>.

## OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA (MINI-CEX)

Derivado del *Clinical Evaluation Exercise* (CEX), que consistía en un examen oral a la cabecera del paciente, fue modificado por el American Board of Internal Medicine (ABIM) para mejorar su validez. Este sistema evaluativo también ha sido denominado en nuestro país, Observación Estructurada de la Práctica Clínica (OEPC).

Podríamos decir que su estructura tiene similitudes con el ECOE, pero se desarrolla en un entorno clínico real. Está diseñado para evaluar seis dominios o competencias: anamnesis, exploración física, profesionalismo, juicio clínico, habilidades comunicativas, organización y eficiencia. El evaluador recoge toda la información en un registro estructurado a través de unos descriptores predefinidos, de modo que favorece la objetividad y la homogeneidad de los distintos evaluadores (tabla 2). El formulario debe recoger información sobre el entorno clínico donde se desarrolla la acción, así como el asunto principal donde se centra la consulta (tabla 3). La posición del evaluador en la sala donde se desarrolla la acción es importante, ya que debe situarse en un ángulo desde donde sea capaz de visualizar toda la acción, pero a distancia suficiente para no interferir en el desarrollo de los hechos<sup>5</sup>.

**Tabla 2. Descriptores de los elementos competenciales en el mini-CEX**

Descriptores de las competencias	
<b>Anamnesis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilita las explicaciones del paciente</li> <li>• Estructurada y exhaustiva</li> <li>• Hace preguntas adecuadas para obtener información del paciente</li> <li>• Responde adecuadamente a expresiones claves verbales y no verbales del paciente</li> </ul>
<b>Exploración física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración apropiada a la clínica</li> <li>• Sigue una secuencia lógica y es sistemática</li> <li>• Explicación al paciente del proceso de exploración</li> <li>• Sensible a la comodidad y privacidad del paciente</li> </ul>
<b>Profesionalismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación del médico y recibimiento</li> <li>• Muestra respeto y crea un clima de confianza. Empático</li> <li>• Se comporta de forma ética y considera los aspectos legales relevantes del caso</li> <li>• Atento a las necesidades del paciente en términos de confort, confidencialidad y respeto</li> </ul>
<b>Juicio clínico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza una orientación diagnóstica adecuada con un diagnóstico diferencial</li> <li>• Formula un plan de manejo coherente con el diagnóstico</li> <li>• Hace/indica los estudios diagnósticos considerando riesgos, beneficios y costes</li> </ul>
<b>Habilidades comunicativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza un lenguaje comprensible y empático para el paciente</li> <li>• Franco y honesto</li> <li>• Explora las perspectivas del paciente y la familia</li> <li>• Informa y consensúa el plan de manejo/tratamiento con el paciente</li> </ul>
<b>Organización/ Eficiencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioriza los problemas</li> <li>• Buena gestión del tiempo y los recursos</li> <li>• Derivaciones adecuadas</li> <li>• Es concreto</li> <li>• Recapitula y hace un resumen final</li> <li>• Capacidad de trabajo en equipo</li> </ul>
<b>Valoración global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demuestra satisfactoriamente juicio clínico, capacidad de síntesis y de resolución, y tiene en cuenta los aspectos de eficiencia, valorando riesgos y beneficios en el plan de manejo</li> </ul>

Tomada de la referencia 5.

**Tabla 3. Modelo registro de mini-CEX u Observación Estructurada de la Práctica Clínica**

Datos generales		Elementos competenciales evaluados					Observaciones			
Residente		Insatisfactorio			Satisfactorio			Superior	No aplicable	
Año de residencia		1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Entorno clínico:</b>	Anamnesis									
• Consulta	Exploración física									
• Urgencias	Profesionalismo									
• Domicilio	Juicio clínico									
<b>Asunto principal:</b>	Habilidades comunicativas									
• Anamnesis	Organización/ eficiencia									
• Diagnóstico	Valoración global									
• Tratamiento										
• Seguimiento										
<b>Complejidad:</b>										
Baja/media/alta										
<b>Evaluador</b>										
Fecha / /										
<b>Aspectos positivos</b>		<b>Aspectos mejorables</b>								
<b>Plan de aprendizaje</b>										
<b>Satisfacción del residente</b>					<b>Satisfacción del evaluador</b>					
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					

Tomada de la referencia 5.

Esta prueba ha demostrado su validez al ser fácilmente reproducible, tiene un impacto educativo positivo y ha sido aceptada con satisfacción por parte de evaluadores y evaluados. Tanto el residente como el evaluador pueden solicitar la realización de la prueba cuando consideren oportuno y ambos deben conocer los objetivos del aprendizaje en el momento de la evaluación. Aunque no queda constancia en la bibliografía revisada, sería aconsejable informar también al paciente de la acción evaluativa que va a tener lugar y solicitar su consentimiento.

Un desempeño satisfactorio en un dominio no significa que lo sea en todos los demás, por eso se recomienda una evaluación múltiple, realizada por diferentes observadores y en diferentes contextos a la largo del periodo formativo. Es recomendable realizar entre ocho y diez encuentros en cada periodo formativo, con una duración de 20 o 30 minutos, aplicados por diferentes observadores, de tal modo que permita el seguimiento longitudinal del aprendizaje del residente<sup>6</sup>.

Los pilares conceptuales en los que se sustenta el mini-CEX son: el desempeño profesional, la observación directa y el *feedback*. Este último se considera pieza imprescindible en este modelo de evaluación, que debe ser ofrecido de manera inmediata a la finalización de la intervención, siempre con intención constructiva y tiene que quedar registrado en el informe.

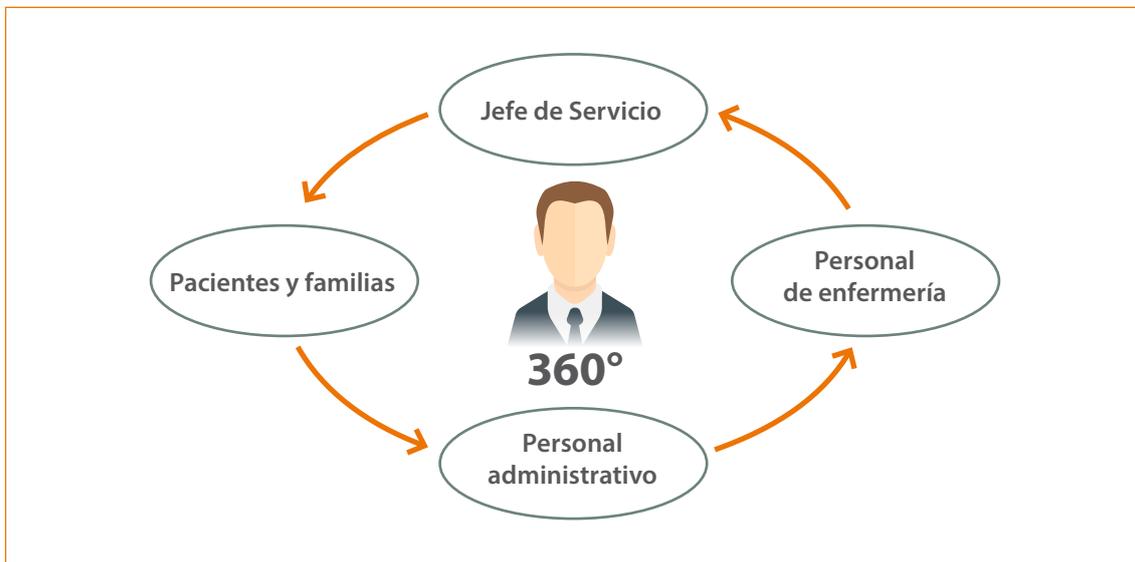
En un estudio liderado por Olascoaga en Perú se demostró que los resultados mejoran a medida que aumenta el nivel de entrenamiento y el residente recibe un *feedback* constructivo de manera inmediata. Los evaluadores encuestados en este estudio pusieron de manifiesto algunas dificultades en la ejecución de este modelo evaluativo; señalaron el alto nivel de compromiso, la falta de preparación adecuada y la necesidad de un tiempo de dedicación adicional. Entre las conclusiones de este estudio se muestra la necesidad de entrenar y capacitar a los observadores en el uso de la herramienta antes de su puesta en marcha para que la evaluación sea satisfactoria<sup>7</sup>.

## EVALUACIÓN 360 GRADOS

Este sistema de evaluación llega del mundo empresarial; evalúa el desempeño integral basándose en las relaciones del empleado con su entorno, compañeros, jefes, clientes internos y externos, mediante un análisis con retroalimentación o *feedback* múltiple.

Trasladando estas características al ámbito de la formación sanitaria especializada, la figura del residente se sitúa en el eje central y a su alrededor pueden estar el personal de Enfermería, administrativos, compañeros, jefes de servicio, pacientes y familiares, que de forma anónima evalúan el desempeño del especialista en formación en su entorno laboral (figura 1).

**Figura 1. Evaluación 360 grados**



Las competencias susceptibles de ser evaluadas con este método son aquellas relacionadas con actitudes y valores del profesionalismo<sup>8</sup>:

- Trabajo en equipo.
- Comunicación y relación interpersonal.
- Gestión de los recursos.
- Profesionalismo.
- Información y asesoramiento a pacientes y familiares.

Por el propio diseño del método, sus debilidades y fortalezas radican en los mismos puntos. El número elevado de observadores contribuye a aumentar la objetividad, pero también amplía la variabilidad de las respuestas, que se minimiza por la recogida de las mismas en un formulario estructurado. Al desarrollarse en el mismo entorno laboral compartido por observadores y evaluados, puede transgredir el respeto a la confidencialidad de los datos o, por el contrario, que los evaluadores eviten manifestar información con connotaciones negativas. Una ventaja excepcional, cuando el método es conocido y se ha normalizado su uso en el ámbito laboral, es que favorece la cohesión y el trabajo en equipo<sup>9</sup>.

## ENTREVISTA ESTRUCTURADA. APRENDIZAJE REFLEXIVO

Uno de los instrumentos más importantes de la evaluación formativa es la entrevista periódica tutor-residente, también denominada entrevista estructurada o sesión de tutorización. Está establecido un número recomendado mínimo de cuatro entrevistas por periodo formativo. Su finalidad es realizar seguimiento de la progresión del residente monitorizando el cumplimiento de los objetivos docentes; por este motivo, sería ideal realizar la entrevista a la mitad de la rotación, con objeto de detectar déficits formativos si los hubiera y planificar la adquisición de las competencias aún no alcanzadas.

En el caso de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, el itinerario formativo es tan amplio y variado que algunas estancias formativas son de periodos muy cortos, con lo que establecer una entrevista por rotación supondría prácticamente una tutoría al mes; aunque fuera una situación ideal, no parece muy factible por distintos motivos: el número de guardias que realizan los residentes (casi siempre excesivo) limita la capacidad de concertar citas frecuentes, la sobrecarga asistencial de los tutores que dedican tiempo a la tutorización por encima de su jornada y, en ocasiones, distancias considerables desde el Centro de Salud donde está adscrito el residente hasta el hospital de referencia donde el residente realiza gran parte de su itinerario formativo. Dada la normalización de las reuniones telemáticas y su gran desarrollo en los 2 últimos años, podría ser una solución a estas barreras para realizar las entrevistas de tutorización con la periodicidad recomendada.

La metodología más conveniente para mantener este tipo de entrevistas es siguiendo el modelo *feedback*, del que ya se ha hablado en otro módulo de este curso. Tiene gran importancia acordar el asunto o asuntos a tratar previamente, resaltar los puntos fuertes de las acciones del residente, favorecer la autorreflexión, evitando juicios y consideraciones negativas, y acordar un plan de aprendizaje. Es recomendable, además, realizar registro de la entrevista, bien en papel o bien en soporte digital, ya que se trata de un documento evaluativo formal.

A modo de marco o esquema, podría tomarse como referencia el modelo que aparece en la figura 2:

**Figura 2. Modelo simplificado para la entrevista tutor-residente**

ENTREVISTA ESTRUCTURADA			
Nombre del residente Tutor	Fecha	/	/
		Año de formación	Lugar
<b>Asunto principal o Competencia:</b> (conocimientos; habilidades; actitudes)			
<b>Puntos fuertes</b> (siempre en primer lugar; reforzando lo positivo)		<b>Oportunidades de mejora</b> (apreciar y analizar los déficits evitando juicios de valor y expresiones con connotaciones negativas y fomentando la autorreflexión)	
<b>Plan de aprendizaje</b> (objetivos concretos, acciones bien definidas, plazo limitado, constructivo y consensuado)			
<b>Observaciones</b>			

## SCRIPT CONCORDANCE TEST

El razonamiento clínico y la toma de decisiones son consideradas competencias esenciales en el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, junto con la comunicación asistencial, la gestión de la atención y la bioética. Y son esenciales porque son características que definen el perfil profesional del médico de familia y el desempeño de una correcta práctica clínica, identificándose como los valores del profesionalismo. El aprendizaje de estas competencias no es un proceso intuitivo, deben ser aprendidas con el mismo rigor que otras competencias científico-técnicas y, del mismo modo, deben ser evaluadas.

El razonamiento clínico no es una competencia visible a los ojos del evaluador, por eso no es fácil de evaluar. El *Script Concordance Test* (SCT) es la herramienta diseñada específicamente para la evaluación del razonamiento clínico. Está basada en la teoría de las redes de organización del conocimiento o *scripts*. Estos *scripts* comienzan a desarrollarse cuando el estudiante comienza a enfrentarse a sus primeras incertidumbres en el manejo de casos de la práctica clínica habitual y van perfeccionándose progresivamente a medida que avanza en el desarrollo de su ejercicio y experiencia profesional. Estamos acostumbrados a los test que evalúan la cantidad de conocimientos; sin embargo, en este tipo de test de concordancia lo que se evalúa es el proceso del razonamiento, la estructura del conocimiento y las redes que lo conectan, dirigiéndolo hacia la toma de decisiones, que pueden ser de diagnóstico de tratamiento, de indicación de pruebas complementarias o de investigación<sup>10</sup>.

El SCT sitúa al residente en una situación clínica real escrita o en soporte digital (como un escenario de simulación, pero escrito) en la que realizará una interpretación de los datos que se le aportan, lo que le llevará a una toma de decisiones concreta. El sistema de puntuación de la prueba está diseñado de forma que lo que mide es la concordancia entre las respuestas del residente y las de un grupo de expertos en la materia<sup>11</sup>.

La prueba consta de tres elementos principales:

1. Un supuesto clínico que describe una situación real.
2. Una serie de hipótesis (diagnósticas, terapéuticas o de otra índole).
3. Información adicional que debe ser valorada según el impacto que tenga sobre la decisión.
4. Una escala Likert de puntuación que establece el impacto de la información sobre la elección de la hipótesis.

Su esquema sería similar al reflejado en la tabla 4:

**Tabla 4. Modelo de Script Concordance Test**

Situación clínica real		Escala Likert				
Hipótesis	Información adicional	-2	-1	0	+1	+2

-2: excluye la hipótesis; -1: hipótesis poco probable; 0: impacto neutro sobre la hipótesis; +1: hipótesis probable; +2: hipótesis confirmada. Elaborada a partir de la referencia 11.

Pueden existir más de una respuesta aceptable, pero deben tener distinta puntuación. Este sistema de puntuación mide, finalmente, la distancia o concordancia entre las respuestas de los residentes o estudiantes con las respuestas del grupo de expertos.

Para el diseño de esta prueba SCT (tabla 5) es necesario contar con un panel de expertos de la materia a evaluar; no menos de 10 ni más de 20 es lo recomendable. Esta puede ser una de las limitaciones para realizar la prueba, y es la captación de expertos para el diseño de los ítems. Así queda reflejado en un estudio realizado a residentes de cirugía<sup>12</sup>.

**Tabla 5. Ejemplo del test de concordancia de scripts**

SUPUESTO CLÍNICO						
Mariana es una mujer de 58 años que acude a consulta porque presenta bajo estado de ánimo y olvidos frecuentes						
Hipótesis	Información adicional	Escala Likert				
		-2	-1	0	+1	+2
<b>Menopausia fisiológica</b>	Había consultado en otras ocasiones por insomnio y ganancia ponderal					
<b>Tumor cerebral</b>	Refiere parestesias distales y debilidad generalizada					
<b>Demencia</b>	Resultado del Mini-Mental Test 29/30					
<b>Trastorno adaptativo</b>	Reconoce estar viviendo un acontecimiento vital estresante					

Adaptada de la referencia 13.

Aunque la prueba ha sido validada para la evaluación médica en cualquiera de sus etapas, no es fácil diseñar un test en el que se puedan valorar todas las competencias de un médico de familia (> 100 según el programa). Un estudio realizado en España con residentes de Pediatría en su rotación de 3 meses en Atención Primaria así lo refleja: la imposibilidad de identificar en el test todos los contenidos de la especialidad manteniendo los criterios de validez, fiabilidad y aceptabilidad<sup>14</sup>.

### Puntos clave

- El Libro del Residente está diseñado a modo de portafolio semiestructurado basado en la guía de competencias definidas en el programa de la especialidad. Es una herramienta de evaluación formativa con carácter obligatorio.
- El mini-CEX u Observación Estructurada de la Práctica Clínica (OEPC) es un método de evaluación del desempeño mediante un formato estructurado que se desarrolla en un entorno clínico real.
- La entrevista estructurada o sesión de tutorización es un encuentro tutor-residente basado en el autoaprendizaje reflexivo, de obligado cumplimiento al menos en cuatro ocasiones cada periodo formativo.
- El *feedback* es la pieza imprescindible en cualquier método de evaluación, que aumenta su impacto educativo cuando se aplica de forma inmediata a la actuación del residente, en tono constructivo y dejando registro del plan de aprendizaje acordado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Moral R, Aguado C, Amian F, Baena F, Bueno JM, Fernández MJ, et al. Estudio piloto para la incorporación del portafolio del libro del especialista en medicina de familia en formación. *Aten Primaria*. 2007;39(9):479-83.
2. Morán Barrios J, Ruiz de Gauna P, Ruiz Lázaro PM, Calvo R. Metodologías complementarias de aprendizaje para la adquisición de competencias en la formación de especialistas y actividades profesionales confiables. *Educ Med*. 2020;21(5):328-37.
3. De Serdio Romero E. ECOE: evaluación clínica objetiva estructurada. *Med Fam (And)*. 2002;3(2).
4. Salas Hospital JC, Martínez Ibáñez MT, Rodríguez Espinosa A, Díaz Barreiros MA. El impacto de una prueba ECOE en una unidad docente de medicina de familia. *DocTutor*. 2012. Disponible en: <http://www.doctutor.es>.
5. Fornells Vallés JM. El ABC del mini-CEX. *Educ Med*. 2009;12(2):83-9.
6. Alves de Lima A, Van derVleuten C. Mini-CEX: una herramienta que integra la observación directa y la devolución constructiva para la evaluación del desempeño profesional. *Rev Argent Cardiol*. 2011;79(6):531-5.
7. Olascoaga AC, Riquelme A. Aplicación longitudinal del Mini Clinical Examination (Mini-CEX) en médicos residentes. *Educ Med*. 2019;20(S1):25-8.
8. Alberca F, Alonso S, Betés M, Mendoza JL. Competencias de los tutores de aparato digestivo. *Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)*. 2017.
9. Morán Barrios J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 1.ª parte: principios y métodos, ventajas y desventajas. *Educ Med*. 2016;17(4):130-9.
10. De Santiago Nocito A, García Lledó A. El script concordance test como herramienta evaluativa. *RIECS*. 2020;5(2):122-5.
11. Escobar Rabadán F, López-Torres Hidalgo J. ¿Necesitamos nuevos instrumentos para la evaluación de los residentes de Medicina de Familia? *Rev Clin Med Fam*. 2009;2(6):280-5.
12. Nouh T, Boutros M, Gagnon R, Reid S, Leslie K, Pace D, et al. The script concordance test as a measure of clinical reasoning: a national validation study. *Am J Surg*. 2012;203(4):530-4.
13. Ruiz Moral R. *Educación Médica. Manual práctico para clínicos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2009.
14. Iglesias Gómez C, González Sequeros O, Salmerón Martínez D. Evaluación mediante script concordance test del razonamiento clínico de residentes en Atención Primaria. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2022;97(2):87-94.

## Esperanza Rueda Alonso

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Alisal. Santander

## INFORMAR DEL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN

Evaluar no es dar una puntuación al final del año de formación, es una herramienta que facilita el desarrollo y crecimiento profesional del residente.

Como hemos reflejado previamente, el tutor es el principal responsable de la evaluación formativa o continuada del residente y, además, participa activamente en la evaluación anual/calificativa a través de los comités de evaluación.

Cada evaluación tras una rotación es una oportunidad de comunicación tutor-residente para intercambiar impresiones, afianzar los puntos positivos de las competencias desarrolladas y reflexionar sobre aspectos de mejora en el aprendizaje.

Las evaluaciones no tienen como objetivo una comparación cuantitativa con otro residente, sino que es un momento para afianzar la formación individual de “ese residente”.

Tanto tutores como residentes frecuentemente nos paramos en el resultado final de la evaluación, en la calificación; es un reto cambiar esta visión en la docencia y transmitir al residente que lo importante es el camino que andamos en el aprendizaje para formarnos como profesionales y personas.

Al compartir con el residente las evaluaciones es importante poner en valor la adquisición de competencias, más que el valor de la evaluación sumativa.

El tutor principal recibirá de la unidad de formación las evaluaciones periódicas de los diferentes servicios por donde rotará el profesional en formación. Es necesario este seguimiento, compartir con el residente cada una de las evaluaciones y, como hemos expuesto previamente, concretar entrevistas con él para una puesta en común de los diferentes aspectos de esas evaluaciones.

Los pasos a seguir tras recibir como tutores las evaluaciones de cada rotación pueden ser:

1. Remitir al residente las evaluaciones que nos van llegando o acceder este a través de las plataformas docentes existentes en las unidades de formación que dispongan de estas.
2. Concretar con el residente una entrevista: apoyarnos en las entrevistas estructuradas que detallamos en el apartado de evaluación formativa nos permitirá mantener ese seguimiento tras cada rotación.
3. Al inicio de la entrevista, revisar los dos juntos, tutor y residente, los apartados de la evaluación y las observaciones de la misma.
4. Fomentar la autorreflexión del residente, reforzando los puntos positivos del aprendizaje y sugerir opciones a los ítems en los que se pueden realizar acciones de mejora.
5. Reflexionar, tras el *feedback* de la actual evaluación, en avanzar en el proceso de aprendizaje en las próximas rotaciones y facilitar el compromiso del propio residente al poner objetivos en ese aprendizaje.

6. Revisar el plan de formación del residente y, si es necesario, reajustarlo a los nuevos objetivos de aprendizaje si los hubiera.
7. Detallar al final de la entrevista los puntos fuertes del aprendizaje en esa rotación y los aspectos a mejorar en la próxima rotación.
8. La entrevista para informar al residente de la evaluación forma parte del *feedback* docente.

## EL FEEDBACK DOCENTE

En los últimos años se avanza en la importancia de la formación en metodología docente para tutores de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Unas de las líneas de formación que más se están desarrollando son los talleres o cursos en “*feedback* docente”, por la importancia de dar un salto desde “aconsejar” a “fomentar la reflexión para el aprendizaje, centrado en el residente”<sup>1</sup>.

Es importante detenernos en nuestro rol de tutores, en cómo damos *feedback* al residente en la evaluación, porque es fundamental que este sea efectivo; lo contrario puede conllevar un problema en el aprendizaje del profesional en formación, incluso en ocasiones en la relación tutor-residente.

El *feedback* docente relacionado con la evaluación es una conversación tutor-residente en la que revisamos el informe de evaluación (por ejemplo, informar sobre la evaluación de la rotación de Cardiología), en el que reflexionamos sobre las competencias alcanzadas, el proceso del pensamiento y estados emocionales, para mejorar o mantener el rendimiento en el futuro o el aprendizaje de competencias<sup>2</sup>.

El *feedback* puede depender de dos aspectos:

### Momento del *feedback*

- **“Feedback en acción”:** tutorización activa continuada en situaciones de consulta. Por ejemplo, entrevista del residente con un paciente en consulta y el tutor está presente en la entrevista; al salir el paciente, detenemos la consulta y damos *feedback*. Se enmarca dentro de la evaluación formativa.
- **“Feedback sobre la acción”:** en las entrevistas programadas como evaluación formativa o tras una evaluación sumativa. Por ejemplo, tras la evaluación de Cardiología, el residente nos pide una entrevista a *posteriori* y desea conversar sobre “las observaciones/áreas de mejora” que ha reflejado el colaborador docente.

En nuestra especialidad, tenemos la oportunidad de trabajar en los dos “momentos” y emplear el *feedback* como herramienta docente, también el *feedback* en la evaluación, y es muy interesante implementarlo en nuestra práctica diaria como docentes.

El mejor momento para dar *feedback* es lo más próximo en el tiempo a la acción<sup>2</sup>.

### Feedback como herramienta evaluativa

- **“Feedback formativo”:** facilitador del proceso de aprendizaje del residente.
- **“Feedback sumativo”:** una herramienta de ayuda en la evaluación cuantitativa (1-10).

Un *feedback* docente eficaz conlleva:

- Crear un ambiente de aprendizaje seguro, estimulante y participativo.
- Transformar la conversación tutor-residente durante la entrevista en oportunidades de aprendizaje.
- Si *feedback* “durante la acción”: pedir permiso al residente para detener la consulta y dar *feedback* de un aspecto de la entrevista previa (por ejemplo, *feedback* de evaluación formativa).
- Si *feedback* “sobre la acción”: preparar la agenda y concertar previamente el tema a tratar (por ejemplo, *feedback* en una evaluación negativa).
- Durante la entrevista, desarrollar habilidades de comunicación, como la escucha activa, la empatía, que facilitarán la autorreflexión del residente.

Elementos del *feedback* docente evaluativo eficaz<sup>1,2</sup>:

- **Oportuno:** es más eficaz si está próximo a la acción o al informe de evaluación.
- **Concreto:** el residente tiene que tener claro sobre los aspectos en los que recibe el *feedback*.
- **Veraz:** en el *feedback* formativo (por ejemplo, recibimiento al paciente en la consulta; habilidades de comunicación) que hemos observado al inicio de la rotación del 4.º año de formación en el Centro de Salud. Tiene que ser sobre situaciones reales concretas observadas o informadas.
- **Respeto con el residente:** es más efectivo si nos centramos en el comportamiento, evitando juicios de valor.
- **Suficiente:** trabajar sobre uno o dos objetivos para dar *feedback*.
- **Constructivo:** iniciando por reforzar los logros del residente y facilitando su reflexión sobre los aspectos a mejorar. Motiva, estimula y pone en valor la toma de decisiones del propio residente en su “ruta de aprendizaje”.
- **Centrado en el que aprende:** estimular al residente en que tome él la iniciativa a proponer entrevistas para trabajar sobre algún aspecto formativo (*feedback* en la evaluación formativa).

Es interesante en este momento recordar lo que manifiesta el programa de la especialidad y que coincide con alguno de los aspectos reflejados anteriormente:

“Cada tutor tiene su propio estilo de tutorización, pero todos ellos deben ser capaces de comunicar (mostrar empatía), estimular, transmitir información oportuna, explorar las expectativas y actitudes del residente y favorecer el diálogo”.

Las cuatro etapas de una conversación de *feedback* efectiva son<sup>3,4</sup>:

- **Etapas 1. Preparar la conversación:**
  - Reconocer las emociones (por ejemplo: “¿Cómo me siento al recibir una evaluación negativa del residente?”).
  - Establecer mis objetivos: “¿Por qué quiero conversar con el residente?”.
  - Principio fundamental para el tutor: “El/la residente quiere realizar bien su trabajo y mejorar”.

- **Etapas 2. Crear un contexto de aprendizaje participativo:**

- Entorno estimulante y seguro: elegir lugar y momento de la entrevista, donde podamos hablar sin interrupciones.
- Generar confianza: saludarnos, acomodarnos e iniciar la entrevista mostrando disposición a la escucha.
- Establecer roles y expectativas: del tutor (“Estoy aquí para ayudarte en tu crecimiento como profesional y personal”) y del residente.
- Confidencialidad de la entrevista.
- Mostrar interés por entender al residente (“Me gustaría conocer tu reflexión de las observaciones de la rotación de Medicina Interna”).

- **Etapas 3. Estructurar objetivos:**

- Acordar objetivos: por ejemplo, evaluación formativa en una situación de la consulta (“Me gustaría parar y hablar de cómo has abordado el problema de relación con el adjunto tras tu ausencia de la rotación”).
- Reacciones: “¿Cómo te sientes para hablar ahora de esa situación?”.
- Explorar la perspectiva del residente: por ejemplo, entender por qué el residente ha realizado unas conductas en una situación concreta.
- Reflejar la diferencia entre rendimiento deseado y real.
- Proporcionar *feedback* sobre la diferencia de rendimiento:
  - “Te oigo decir que...”.
  - “Yo pienso...”.
- Indagar sobre las bases de la diferencia de rendimiento:
  - “Me pregunto... ¿qué has pensado sobre tu actitud en la rotación?”.
- Reflexión compartida: el tutor plantea alternativas/sugerencias y busca la reflexión del residente.
- Generalizar: hacerle reflexionar sobre vivencias en situaciones similares a las que refleja el residente y que le pueden ayudar.

- **Etapas 4. Planificar para práctica futura:**

- Recoger al final de la conversación qué reflexiones pueden ayudar y poner en práctica el residente en su práctica futura.
- Ofrecerle una entrevista de seguimiento a corto plazo (3-4 semanas) en la próxima rotación, para compartir reflexiones de las modificaciones que ha llevado a cabo.

## CÓMO ACTUAR ANTE UNA EVALUACIÓN NEGATIVA

Durante nuestra experiencia como tutores, alguno de nosotros se ha podido enfrentar a una situación compleja, como puede ser la evaluación negativa de un residente.

Como tutor nos puede llevar a emociones encontradas, a ser sobreprotector, o, por el contrario, no aceptar la actitud del residente, incluso hasta replantearnos nuestro papel docente. Sin embargo, no podemos eludir nuestra responsabilidad social y legal.

“Transmitir al residente que una evaluación negativa también puede ser una oportunidad de mejora” y desplegar habilidades en comunicación con un *feedback* efectivo para facilitarle la autorreflexión y la mejora en “su aprendizaje” es fundamental.

Os proponemos un caso real de evaluación negativa de un residente:

Ana es residente de primer año de MFyC. Me ha llegado una evaluación negativa de su rotación en Cardiología (la tercera rotación del año, previamente en Centro de Salud durante 5 meses y en Digestivo 1 mes) y le propongo una entrevista para hablar de esta evaluación. Ella elige el día y la hora de la entrevista (jueves a las 14 horas).

Desde que finalizó la rotación en el Centro de Salud hemos tenido una entrevista semiestructurada previa tras la rotación de Digestivo; comentamos una experiencia en comunicación con una paciente en una guardia de urgencias de hospital.

Me sorprende la evaluación, ya que en el Centro de Salud estaba motivada, “le gustaba ser médica de familia”, y su aprendizaje fue progresivo durante los 5 meses. Su evaluación sumativa fue de 7,23.

La evaluación de Neumología fue de 5,75 y en observaciones reflejaban “buena relación con los pacientes, refuerzo del estudio”.

La evaluación de Medicina Interna es de 4,75 y en observaciones “ha faltado 4 días sin justificar, poco atenta en el pase de visita a planta, no completa las tareas diarias”.

Ana acude puntual a la entrevista, nos saludamos cordialmente, pero la noto nerviosa y desvía la mirada, me comenta de inicio “que ya se esperaba algo así”. Le ofrezco revisar la evaluación las dos juntas y acepta.

De nuevo, el *feedback* docente, desplegando las tareas que hemos comentado previamente, nos puede ayudar en la tarea de la evaluación.

Factores que pueden facilitarnos la entrevista con el residente ante la evaluación negativa:

1. Establecer una relación previa, continuada con el residente, nos puede facilitar el abordaje de una evaluación negativa.
2. Escuchar desde el respeto y la curiosidad la exposición del residente.
3. Detectar los factores personales o profesionales del residente que han influido en la evaluación (por ejemplo: Ana nos verbaliza un problema con su pareja, conviven juntos y se ha deteriorado la relación).
4. Facilitar la autorreflexión del residente (por ejemplo: “He tenido un problema personal en casa y esto me ha influido en mi trabajo; ahora me doy cuenta de que no puedo seguir así”).

5. Reforzar lo positivo en la rotación (por ejemplo, en el caso de Ana, el tutor verbaliza: “Me comentas que al inicio llegabas puntual, con asistencia diaria, realizabas las historias clínicas y tenías buena relación con otros residentes en la rotación, y eso me parece muy positivo”).
6. Mostrar empatía (por ejemplo: “Es difícil la situación que estás viviendo de convivencia, y entiendo que eso te ha afectado en tu trabajo”).
7. Pedirle propuestas de mejora: “¿Qué puedes hacer tú para mejorar esta evaluación?”.
8. Sugerir alternativas para la recuperación de la rotación, apoyándonos en las observaciones del colaborador docente y en las reflexiones del residente.
9. Realizar una planificación conjunta de acciones a mejorar en la recuperación de la evaluación.

Fases del *feedback* efectivo en el caso de Ana:

- **Etapa 1. Prepararse:**

- Emociones: “¿Cómo me siento como tutor al recibir la evaluación?”. “Desconcertado”, “sorprendido”, “enfadado” (“¿Cómo ha podido suspender la evaluación y no me ha dicho nada?”).
- Establecer mis objetivos: “¿Por qué quiero conversar con la residente?”. “Quiero escuchar qué le ha pasado”, “quiero entender qué ha hecho en esa rotación”.
- Principio fundamental como tutora: “Ella quiere realizar bien su trabajo y mejorar”. Me ayudará a entender a la residente.

- **Etapa 2. Crear un contexto de aprendizaje participativo:**

- Entorno estimulante y seguro: elegir lugar y momento de la entrevista, donde podamos hablar sin interrupciones.
- Generar confianza: saludarnos, acomodarnos e iniciar la entrevista mostrando disposición a la escucha.
- Confidencialidad de la entrevista: “Lo que hablemos aquí no tiene por qué salir de nuestra conversación, salvo lo que consideremos oportuno, ¿qué te parece?”.
- Establecer roles y expectativas: del tutor (“Estoy aquí para ayudarte a crecer como profesional y me parecía importante hablar de la rotación de Medicina Interna y su evaluación”) y del residente (“¿Cómo lo ves?”).
- “Mostrar interés por entender al residente”.

- **Etapa 3. Estructurar objetivos:**

- Acordar objetivos: por ejemplo, conversar sobre la evaluación negativa de una rotación (“Me gustaría parar y hablar de cómo has abordado el problema de relación con el adjunto tras tu ausencia de la rotación”).
- Reacciones: “¿Cómo te sientes para hablar ahora de esa situación?”.
- Explorar la perspectiva del residente: por ejemplo, entender por qué el residente ha realizado unas conductas en una situación concreta.

- Reflejar la diferencia entre rendimiento deseado y real:
  - Tutora: “Nuestra responsabilidad como profesionales es cumplir con los horarios y las tareas asignadas para el aprendizaje en la rotación y veo que en las observaciones reflejan que no se han cumplido”.
  - Residente: reconoce que tras su situación personal (problema de pareja) no cumplió con sus responsabilidades de asistencia, puntualidad y trabajo en la planta, lo que se reflejó en su relación con el equipo y el adjunto, y que ha reflexionado sobre esto en su casa.
- Proporcionar *feedback* sobre la diferencia de rendimiento:
  - Tutora: “Te oigo decir que, tras un problema personal, cambiaste tu actitud en la rotación y que has reflexionado sobre ello. Yo pienso que es valiente reflexionar sobre los objetivos y la responsabilidad que tenías en la rotación y qué es lo que no hiciste tras tu situación personal. ¿Cómo lo ves?”.
  - Compartimos nuestra reflexión y con esta pregunta permitimos que ella siga reflexionando sobre la situación vivida.
- Indagar sobre las bases de la diferencia de rendimiento:
  - Tutora: “Me pregunto qué has pensado que puedes hacer diferente en la recuperación de esta rotación”.
  - Residente: reconoce que tras su situación personal (problema de pareja) no cumplió con sus responsabilidades de asistencia, puntualidad y trabajo en la planta, lo que se reflejó en su relación con el equipo y el adjunto, que ha reflexionado sobre esto en su casa y quiere saber qué puede hacer.
- Reflexión compartida: el tutor plantea la posibilidad de que hable con el adjunto de Medicina Interna y le explique los factores que condicionaron su cambio de actitud en la rotación. Ella lo recoge y considera que es una buena opción.
- Generalizar: “¿Has tenido alguna posibilidad de compartir con algún compañero esta situación y te ha podido aportar alguna situación similar y lo que le ha podido ayudar?”.
- **Etapas 4. Planificar para práctica futura:**
  - Recoger al final de la conversación qué reflexiones pueden ayudar y poner en práctica el residente en su práctica futura.
  - Ofrecerle una entrevista de seguimiento a corto plazo (3-4 semanas) en la próxima rotación, para compartir reflexiones de las modificaciones que ha llevado a cabo.

Por último, reflexionemos sobre nuestra tarea como tutores, acompañando al residente en “su ruta de aprendizaje” y en situaciones complejas, como puede ser “una evaluación negativa”.

Transmitir al residente que una evaluación negativa también puede ser una oportunidad de mejora y saber desplegar habilidades en comunicación como tutores, con un *feedback* efectivo que le facilite la autorreflexión y una planificación en su aprendizaje futuro.

### Puntos clave

- Informar del resultado de una evaluación es una oportunidad de comunicación tutor-residente para intercambiar impresiones, afianzar los puntos positivos de las competencias desarrolladas y reflexionar sobre aspectos de mejora en el aprendizaje.
- El *feedback* puede depender de dos aspectos: momento del *feedback* y como herramienta evaluativa. El mejor momento para realizarlo es lo más próximo en el tiempo a la acción.
- Un *feedback* docente evaluativo eficaz tiene que ser oportuno, concreto, veraz, respetuoso con el residente, suficiente, constructivo y centrado en el que aprende.
- Las cuatro etapas de una conversación de *feedback* efectiva son: preparar la conversación, crear un contexto de aprendizaje participativo, estructurar objetivos y planificar para práctica futura.
- Una evaluación negativa puede ser una situación compleja para el tutor, nos puede provocar emociones encontradas; sin embargo, no podemos eludir nuestra responsabilidad social y legal.
- Transmitir al residente que una evaluación negativa también puede ser una oportunidad de mejora.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Salvador JJ, Arboniés Ortiz JC. El feedback como herramienta docente en la formación clínica. 1.ª parte. Educ Med. 2018;19(2):120-4.
2. Fernández Casalderrey C, Segovia Monteagudo C. Herramientas de tutorización de residentes: el feedback docente. Form Act Pediatr Aten Prim. 2009;2(1):60-3.
3. Rodríguez Salvador JJ, Arboniés Ortiz JC. El feedback como herramienta docente en la formación clínica. 1.ª parte. Educ Med. 2018;19(3):166-71.
4. Maestre JM, Rudolph JW. Teorías y estilos de debriefing: el método con buen juicio como herramienta de evaluación formativa en salud. Rev Esp Cardiol. 2015;68(4):282-5.

# COMPETENCIAS DEL TUTOR DEL RESIDENTE DE FAMILIA

---

## MÓDULO 4

---

### ASPECTOS BÁSICOS Y NORMATIVOS DEL EJERCICIO DEL TUTOR

#### COORDINADORA GENERAL

##### **María José Gamero Samino**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Fernando.  
Badajoz

#### COORDINADOR DEL MÓDULO 4

##### **Antonio Martínez Pastor**

Tutor Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vistalegre-La Flota.  
Exjefe de Estudios de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia

#### AUTORES DEL MÓDULO 4

##### **María Reyes Castaños Ortega**

Técnica de Salud Docente de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y  
Comunitaria de las Áreas 6, 9 y 5. Vega Media y Alta del Segura y Altiplano. Murcia

##### **Jacinto Fernández Pardo**

Exjefe de Estudios de la Unidad Docente. Hospital General Reina Sofía de Murcia. Jefe de  
Sección de Medicina Interna

##### **María José Lázaro Gómez**

Técnica de Salud Docente de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y  
Comunitaria de las Áreas Murcia Este y Murcia Oeste. Madrid

##### **Manuel Sánchez Pinilla**

Jefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y  
Comunitaria de las Áreas 6, 9 y 5. Vega Media y Alta del Segura y Altiplano. Murcia

##### **María Elena Sebastián Delgado**

Jefa de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y  
Comunitaria de las Áreas Murcia Este y Murcia Oeste. Murcia

# COMPETENCIAS DEL TUTOR DEL RESIDENTE DE FAMILIA



MÓDULO 4

## ASPECTOS BÁSICOS Y NORMATIVOS DEL EJERCICIO DEL TUTOR

### COORDINADOR DEL MÓDULO

#### **Antonio Martínez Pastor**

Tutor Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vistalegre-La Flota. Exjefe de Estudios de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia

### ÍNDICE

<b>¿QUÉ REPRESENTA SER TUTOR EN MEDICINA DE FAMILIA?</b>	<b>123</b>
María Reyes Castaños Ortega	
<b>¿CÓMO PUEDO ACREDITARME COMO TUTOR?</b>	<b>127</b>
María Elena Sebastián Delgado	
<b>MARCO LEGAL Y LABORAL DEL TUTOR</b>	<b>133</b>
Jacinto Fernández Pardo	
<b>REACREDITACIÓN DEL TUTOR</b>	<b>145</b>
María José Lázaro Gómez	
<b>FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL TUTOR. LIDERAZGO</b>	<b>151</b>
Manuel Sánchez Pinilla	

# ¿QUÉ REPRESENTA SER TUTOR EN MEDICINA DE FAMILIA?

---

## María Reyes Castaños Ortega

Técnica de Salud Docente de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas 6, 9 y 5. Vega Media y Alta del Segura y Altiplano. Murcia

Contestar a la pregunta ¿qué representa ser tutor? es algo muy difícil, ya que entramos en el terreno de la subjetividad, según la visión, actitudes y aptitudes que cada uno de nosotros pueda tener con respecto al mundo de la docencia. Posiblemente, si definimos el concepto, las características, sus funciones, el trabajo a realizar, etc. a lo largo de este módulo, al final del camino cada uno de vosotros podrá responder a esa pregunta, ya que es más fácil decir lo que hay que hacer en comparación al hecho de transmitir el cómo se hace.

A modo de respuesta de la pregunta que nos hemos hecho, ser tutor representa ejercer en la práctica los valores de la profesión, para que los residentes, que nos tienen como sus modelos más próximos, los puedan visualizar, al tiempo de facilitarles las herramientas y los espacios adecuados para conseguir que también ellos los puedan experimentar durante su formación, de manera que los hagan suyos y los incorporen en su práctica como médicos de familia<sup>1</sup>.

Los significados de la palabra “tutor” son múltiples, según nos marca la Real Academia Española, y, entre ellos, podemos destacar: “Persona que ejerce la tutela”, “Persona encargada de orientar a los alumnos en una asignatura, un curso, una práctica o un trabajo de investigación” o “Defensor, protector o director en cualquier línea”. En el contexto en el que nos movemos, es decir, en la formación sanitaria especializada (FSE), la definición de tutor viene expresada en el Real Decreto 183/2008 y se define 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”<sup>2</sup>.

Poner en práctica los contenidos de la definición es un reto profesional y personal que para llevarlo a cabo necesita el apoyo del Sistema Nacional de Salud, ya que la formación de buenos especialistas repercute en la mejora de la calidad de la atención al ciudadano, al tiempo que supone una satisfacción en el ámbito laboral y profesional de quien ejerce la labor de tutorización.

Para ejercer la función tutorial se precisan una serie de requisitos para que se nos otorgue la acreditación y nombramiento para ejercer como tal. Estas cuestiones se tratarán más adelante dentro de este módulo, aunque ya adelantamos que la acreditación y el nombramiento se efectúan siguiendo el procedimiento determinado por cada comunidad autónoma, sujeto a criterios generales aprobados por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

En el proceso de enseñanza-aprendizaje del residente es necesario mantener un contacto continuo con él, independientemente del lugar donde se esté desarrollando el proceso formativo (consulta, hospital, Servicio de Urgencias de Atención Primaria –SUAP–, Unidad Móvil de Emergencias –UME–...), de forma que cada paciente, cada guardia, cada curso, se convierta en una oportunidad formativa y en una opción de mejora<sup>3</sup>.

## ¿QUÉ ESPERA EL RESIDENTE DEL TUTOR?

1. Ser el primer contacto a su llegada al centro, con lo que facilitará la presentación del resto de compañeros (tutores, corresidentes...) y facilitará la integración en el mismo.
2. Ser el guía para el cumplimiento y organización de las rotaciones asignadas en su programa formativo individual.
3. Analizar las fortalezas y debilidades de las rotaciones asignadas, estableciendo planes de mejora si se precisasen.
4. Ser el consultor y/o intercesor en el caso de que se presenten conflictos o problemas con otros estamentos, así como saber corregir al residente en el caso de que este sea la causa.
5. Supervisar el desarrollo y la evolución de las tareas asistenciales.
6. Evaluar todo el proceso formativo.
7. Impulsar y motivar en tareas de investigación.
8. Favorecer la realización de actividades formativas complementarias.
9. Promover la actividad como docente y discente.
10. Ser una figura referente y de apoyo, a la vez que consultor, mediador y organizador durante toda la residencia.

## CARACTERÍSTICAS DESEABLES DEL TUTOR

Los escenarios donde se fragua el proceso de formación del residente son múltiples, siendo la consulta, posiblemente, el más emblemático. Es aquí donde se aprecia la generosidad del tutor con respecto al residente al compartir no solo el espacio físico, sino también a los auténticos protagonistas de nuestra profesión: los pacientes o usuarios del sistema. Es el momento en el que el binomio tutor-residente utiliza términos como “nuestra consulta o nuestros pacientes”, por lo que la primera característica del tutor es su generosidad y el carácter altruista del hecho de ser tutor.

En otro orden de cosas, un tutor debe ser competente tanto en las áreas clínicas como en la faceta docente, facilitando el aprendizaje del residente; ha de tener disposición y voluntad para trabajar con la capacidad de saber crear un buen ambiente educativo.

Los calificativos que podríamos poner a un buen tutor son múltiples y diversos: motivador, curioso, entusiasta, comprometido, autocrítico, respetuoso, paciente, flexible, responsable, honesto, tolerante, íntegro, coherente, asertivo, empático, etc., pero, de una manera esquemática, las podríamos categorizar en:

1. Mantener una buena relación con el residente.
2. Ser un buen clínico.
3. Ser un buen docente.
4. Tener una buena actitud personal.

Del tutor se espera, en la relación tutor-residente, que: “el tutor defienda al residente ante el equipo”, “tenga una actitud crítica, tanto negativa como positiva, del trabajo del residente”, “sea comprensivo con sus dificultades”, “respete el criterio del residente”, “tenga contención”, “adaptable y flexible”, “capacidad de comunicación y diálogo”, “ejerza una supervisión sobre el residente”, “tenga un trato sencillo y directo”, “dé confianza al residente”, y otras.

En relación a la competencia clínica, se espera que el tutor: “sea un profesional cualificado”, “con experiencia clínica”, “con prestigio profesional”, “con elevada calidad científico-técnica”, “preocupado por su actualización”, “con dedicación a la consulta”, “acostumbrado a trabajar en condiciones difíciles”, “que sea y se sienta un auténtico médico de familia”, y otras.

En relación a la competencia docente, que: “sepa enseñar”, “explique para los residentes”, “tenga una actitud docente positiva”, “conozca los objetivos docentes del programa”, “tenga capacidad y motivación para la docencia”, “sea un guía”, “marque el camino a seguir” y “mantenga con el residente la distancia docente”.

Y, finalmente, se espera que el tutor tenga una actitud personal concreta: que sea ordenado, esté ilusionado con su profesión, sincero, simpático, creativo y con buen carácter<sup>4.5</sup>.

## RECONOCIMIENTO DE LA FIGURA DEL TUTOR

En el artículo 10.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, se dice que las funciones de tutoría tienen la consideración de funciones de gestión clínica y como tales deben ser evaluadas y reconocidas<sup>6</sup>, y las comunidades autónomas adoptarán medidas para asegurar la adecuada dedicación de los tutores a su actividad docente, incluido en el plan de trabajo del profesional, ya sea dentro o fuera de la jornada ordinaria. En este sentido, a los tutores se les tiene que propiciar la realización de actividades de formación continuada sobre el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de la investigación, gestión de calidad, motivación, aspectos éticos de la profesión y aspectos relacionados con los contenidos del programa formativo. Hasta la fecha, de las diecisiete comunidades autónomas (sin incluir las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla), diez han realizado algún desarrollo normativo sobre FSE, que incluye aspectos sobre la figura del tutor<sup>7</sup>.

A pesar del marco legislativo existente, la mayoría de los tutores consideran que su labor no está suficientemente reconocida. En este sentido, dicho reconocimiento debería contemplar medidas tales como:

- Documental.
- Carrera profesional.
- Valoración en los baremos para la selección/provisión de plazas y concursos de traslado.
- Preferencia en actividades de formación continuada.
- Días adicionales de formación continuada.
- Tiempo de dedicación a la tutoría.
- Incentivo económico.

El reconocimiento documental se suele realizar en todas las comunidades autónomas, aunque no tengan normativa publicada, y se basa principalmente en el nombramiento oficial y la certificación de funciones y tiempo de desempeño de la tutoría. El resto de medidas difiere entre las comunidades autónomas, ya que a día de hoy no se han desarrollado en buena parte de ellas<sup>7,8</sup>.

### Puntos clave

- Ser tutor representa ejercer en la práctica los valores de la profesión para que los residentes los puedan visualizar, al tiempo de facilitarles las herramientas y los espacios adecuados.
- El residente espera del tutor que sea una figura referente y de apoyo a la vez que consultor, mediador y organizador durante toda la residencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Valencia JJ. Experiencias Docentes: ¿Qué significa ser tutor en mi unidad docente? DocTutor de Educación Médica. 2012. Disponible en: <http://www.doctutor.es/2012/04/01/experiencias-docentes-que-significa-ser-tutor-en-mi-unidad-docente/>.
2. 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. BOE núm. 45, de 21 de febrero de 2008. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183>.
3. Saura Llamas J. El tutor con una buena actitud docente ¿nace o se hace? ¿Qué diferencia a los tutores que triunfan de los que fracasan? Reflexiones desde la experiencia personal y profesional de trabajar con tutores. Folia Humanística. 2018;10:56-78.
4. Saura-Llamas J, Martínez Carmona I, Leal Martínez M, Sesma Arnáiz R, Bernal Lajusticia M. Cualidades más valoradas en un tutor por los residentes de una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Medifam. 1999;9:359-66.
5. Pérez Franco B, Turabián JL, Loayssa Lara JR, Molina Duran F, Prados Torres D, Rodríguez Salvador JJ, et al. Curso Online "Aprender a ser tutor". Curso práctico para mejorar tus habilidades. Barcelona: semFYC; 2008. Disponible en: <http://www.semfy.com/cursos/tutor>.
6. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>.
7. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte I): Regulación y reconocimiento de su labor. Educación Médica. 2021;22:241-7.
8. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte II): funciones y medidas para facilitar el desempeño de la tutoría. Educación Médica. 2021;22:287-93.

# ¿CÓMO PUEDO ACREDITARME COMO TUTOR?

---

## **María Elena Sebastián Delgado**

Jefa de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas Murcia Este y Murcia Oeste. Murcia

## **¿QUÉ ES LA ACREDITACIÓN DE UN TUTOR?**

La acreditación como tutor es el proceso por el que se reconoce a un profesional especialista la facultad para desempeñar las funciones tutoriales. La acreditación es un requisito necesario para ser nombrado tutor.

El periodo de acreditación no puede superar la del programa formativo de la especialidad, es decir, será de 4 años. Antes de finalizar el cuarto año, el tutor podrá solicitar la reacreditación, siempre que siga cumpliendo los requisitos. El procedimiento de reacreditación se tratará en otro tema.

Hay una acreditación provisional que es la que se aprueba por necesidades docentes y que se realiza para un periodo máximo de 1 año.

Otra consideración a tener en cuenta es la suspensión de la acreditación. La Comisión de Docencia puede tomar la decisión de suspender la acreditación de un tutor antes de finalizar el plazo de validez. La acreditación puede ser suspendida en el caso de que, por motivos propios o ajenos, el tutor deje de cumplir con sus obligaciones o ya no reúna las condiciones por las que se acreditó, de forma que se dificulte la formación de los residentes a su cargo o no solicite la reacreditación en los periodos establecidos. La suspensión de la acreditación comportará de forma automática la revocación del nombramiento del tutor.

## **¿CUÁL ES LA NORMATIVA ESTATAL?**

Tras la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en 1978 y el Programa Oficial en 1993, fue en la Orden Ministerial de junio de 1995<sup>1</sup>, por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de especialistas, donde aparece regulada la figura del tutor, pero sin llegar a establecer unos criterios claros para la acreditación.

La normativa vigente que define el marco legal, y que será desarrollado en un tema posterior de este módulo, son la Ley 44/2003<sup>2</sup>, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), el Real Decreto (RD) 183/2008<sup>3</sup>, 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 (FSE), y la Orden SCO 581/2008<sup>4</sup>, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el 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. Estas normas definen las competencias de las comunidades autónomas, entre las que se encuentra el desarrollo del procedimiento de acreditación y el nombramiento de tutores, entre otras.

En el RD 183/2008 hay dos artículos clave en relación con el proceso de acreditación. Por un lado, en su artículo 11.5 establece que: "El nombramiento del tutor se efectuará por el procedimiento que deter-

mine cada comunidad autónoma, con sujeción a los criterios generales que en su caso apruebe la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, entre profesionales previamente acreditados que presten servicios en los distintos dispositivos integrados en el centro o unidad docente y que ostenten el título de especialista que proceda". Por otro lado, en el artículo 12.2 dispone que: "Las comunidades autónomas, con la finalidad de garantizar la idoneidad y el mantenimiento de las competencias de los tutores, regularán procedimientos de evaluación para su acreditación y reacreditación periódica con sujeción a lo previsto en el artículo 10.1 y 3 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre. A estos efectos, se tendrán en cuenta, entre otros factores, la experiencia profesional continuada como especialista, la experiencia docente, las actividades de formación continuada, la actividad investigadora y de mejora de calidad, la formación específica en metodologías docentes, así como el resultado de las evaluaciones de calidad y encuestas sobre el grado de satisfacción alcanzado".

## ¿QUÉ INDICA EL PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD Y LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD SOBRE LA ACREDITACIÓN DE TUTORES?

En septiembre de 2005, se publica el Programa Oficial de la Especialidad (POE), Orden SCO/1198/2005<sup>5</sup>, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de MFyC y en el que en el apartado 13.1.3 se emplaza a la Comisión de Docencia (entonces Comisión Asesora) a prever los procedimientos de acreditación y reacreditación de tutores, teniendo en cuenta, entre otros, unos criterios definidos incluidos unos meses después en el Documento de Recomendaciones que la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) publicó en septiembre de 2005<sup>6</sup> sobre la acreditación y reacreditación de los tutores de MFyC y que se pueden ver en la tabla 1.

El POE señala dos características que debe tener un tutor:

- Ser un buen médico de familia, adecuando el perfil al que se describe en el apartado 2.2 del POE.
- Ser un buen docente, ya que, según sea su actitud hacia la enseñanza, su preparación específica, su capacidad para transmitir conocimientos y su manejo de las relaciones interpersonales, el residente obtendrá una mejor o peor preparación.

Además, refleja los criterios a tener en cuenta por la Comisión de Docencia y que se exponen en la tabla 1.

**Tabla 1. Criterios a tener en cuenta por la Comisión de Docencia para la acreditación y reacreditación de tutores (apartado 13.1.3 de la Orden SCO/1198/20055, de 3 de marzo de 2005)**

Realización de un proyecto docente (metodología de la evaluación, tutorización...) que será evaluado por la Comisión de Docencia
--

Experiencia profesional mínima de 1 año como médico de familia en el correspondiente Centro de Salud
--

Realización de actividades de formación continuada, especialmente las relacionadas con la capacitación docente y con los contenidos del programa formativo
--

Realización de actividades de investigación y de participación en actividades de mejora de la calidad.
--

BOE de 3 de mayo de 2005. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

La CNE define la acreditación como el proceso de aplicación de las normas y criterios de acreditación de una unidad docente a un médico de familia que solicita ser tutor por primera vez. Según la CNE, los objetivos de los procesos de acreditación serían:

- Mantener y mejorar la calidad de la MFyC y la de la atención sanitaria que se presta a la población en el ámbito que le es propio.
- Garantizar la correcta formación de los médicos de familia que finalizan su formación en las unidades docentes.
- Estimular la competencia y el progreso profesional y curricular de los médicos de familia.

Destaca en dicho documento, como misión central de la acreditación, la de ser una guía y un estímulo para todos los que deseen jugar un papel más activo en contribuir a la formación en la especialidad.

Para la solicitud de una acreditación inicial, como quedaba reflejado en el POE, la CNE señala a la Comisión de Docencia, que será quien establezca las normas y los procedimientos adecuados para constatar que los tutores que se acrediten reúnen los requisitos y méritos acordados, siendo los mínimos:

- Presentar a la Comisión Asesora la solicitud expresa y la documentación que en cada caso se le requiera.
- Ser especialista en MFyC.
- Conocer el programa de la especialidad de MFyC.
- Presentar un proyecto docente para 4 años.
- Tener una experiencia profesional mínima de 1 año como médico de familia en el Centro de Salud acreditado para el que solicita ser tutor, contando con población adscrita.
- Estar capacitado para favorecer el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes de la especialidad de MFyC.
- Contar con el perfil profesional descrito en el apartado 2.2 del POE.
- Participar en actividades de formación continuada: se valorarán especialmente las relacionadas con la capacitación docente.
- Realizar actividades de investigación: se valorará especialmente la participación en líneas y redes de investigación.
- Participar en actividades de mejora de calidad.
- Ejercer en un Equipo de Atención Primaria (EAP) acreditado y con unas condiciones de trabajo adecuadas: acceso amplio a pruebas complementarias, presión asistencial de 30 pacientes/día, colaboración del resto de miembros del EAP.

## ¿CÓMO APLICAN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS LA NORMATIVA ESTATAL?

A día de hoy, de las diecisiete comunidades autónomas, siete de ellas tienen desarrollado su decreto de FSE o alguna norma específica de procedimiento de acreditación y reacreditación de tutores.

Tal y como expone Vicent García<sup>7</sup>, las normativas de ámbito autonómico que han desarrollado el RD 183/2008 están recogidas en la tabla 2.

**Tabla 2. Normativa de ámbito autonómico relacionada con el tutor de formación sanitaria especializada (FSE) y su acreditación**

Comunidad autónoma	Desarrollo normativo
Castilla y León	Decreto 75/2009, de 15 de octubre <sup>8</sup> Orden SAN/496/2011, de 8 de abril <sup>9</sup> Orden SAN/1438/2011, de 17 de noviembre <sup>10</sup>
Aragón	Orden de 15 de abril de 2010 <sup>11</sup> Orden de 13 de enero de 2011 <sup>12</sup>
La Rioja	Decreto 49/2010, de 8 de octubre <sup>13</sup>
Extremadura	Decreto 14/2011, de 4 de febrero <sup>14</sup>
País Vasco	Decreto 34/2012, de 6 de marzo <sup>15</sup>
Canarias	Decreto 103/2014, de 30 de octubre <sup>16</sup>
Cataluña	Decreto 165/2015, de 21 de julio <sup>17</sup>
Asturias	Boletín Oficial del Principado de Asturias de 29 de abril de 2016. Resolución de nombramiento de tutores <sup>18</sup>
Andalucía	Decreto 62/2018, de 6 de marzo <sup>19</sup>
Islas Baleares	Decreto 37/2019, de 17 de mayo <sup>20</sup>
Castilla-La Mancha	Decreto 46/2019, de 21 de mayo
Comunidad Foral de Navarra	Ley Foral 5/2020, de 4 de marzo

\* La Comunidad Foral de Navarra, aunque no tiene desarrollada la normativa sobre el tutor y la FSE, ha regulado algunas medidas extraordinarias de apoyo y reconocimiento del tutor, incorporando una disposición adicional en la Ley Foral 5/2020, de Presupuestos Generales de Navarra.

Adaptada de la referencia 7.

De forma general, en todas las comunidades autónomas se incluyen en sus procedimientos de acreditación los requisitos comunes para la acreditación que vienen determinados por el RD 183/2008 y que se han descrito arriba. Algunas, además, incluyen otros requisitos, como continuidad en el puesto de trabajo, compromiso explícito para colaborar en la docencia o no tener cargo de responsabilidad asistencial, entre otros<sup>7</sup>.

El procedimiento que siguen las comunidades autónomas para la acreditación suele ser con una convocatoria pública por parte de la correspondiente Dirección General competente en FSE. Los periodos de convocatoria son variables. Una vez recogida la solicitud y el expediente, el comité encargado de analizarlo propondrá la acreditación, elevando dicha propuesta a la Dirección Gene-

ral. Una vez acreditado el tutor, y a propuesta de la Comisión de Docencia, se procederá al nombramiento, si así se considera. Este nombramiento lo realiza la entidad titular de la unidad docente. La fecha de acreditación no necesariamente debe coincidir con la fecha del nombramiento, que es cuando realmente el tutor inicia el desempeño de la labor tutorial.

### Puntos clave

- La acreditación es un requisito necesario para ser nombrado tutor. El periodo de acreditación será de 4 años.
- La misión central de la acreditación es ser una guía y un estímulo para todos los que deseen jugar un papel más activo en contribuir a la formación en la especialidad.
- De las diecisiete comunidades autónomas, cinco de ellas no tienen desarrollado su decreto de FSE o alguna norma específica de procedimiento de acreditación y reacreditación de tutores.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/o/1995/06/22/\(3\)/dof/spa](https://www.boe.es/eli/es/o/1995/06/22/(3)/dof/spa).
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>.
3. 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. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A->.
4. Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el 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. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2008/02/22/sco581>.
5. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2005/03/03/sco1198>.
6. Acreditación y Reacreditación de tutores de Medicina Familiar y Comunitaria. Documento de recomendaciones. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. 2005. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://udocente.sespa.princast.es/documentos/Acreditacion/Recomendaciones%20CNE%20Acreditacion%20Tutores.pdf>.
7. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte I): Regulación y reconocimiento de su labor. Educación Médica. 2021;22:241-7. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-el-tutor-formacion->.
8. Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/resumen-bocyl-legislacion->.
9. Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/resumen-bocyl-legislacion-sanitaria/orden-san-496->.

10. Orden SAN/1438/2011, de 17 de noviembre, por la que se modifica la Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/resumen-bocyl-legislacion->.
11. Orden de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y se regula el reconocimiento de la función de tutoría en los centros del Sistema de Salud de Aragón. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=519090011818&type=pdf>.
12. Orden de 13 de enero de 2011, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se modifica el artículo 4, la disposición adicional única y la disposición transitoria primera de la Orden de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y se regula el reconocimiento de la función de tutoría en los centros del Sistema de Salud de Aragón. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Orden\\_13\\_01\\_2011\\_Rectificacion\\_tutores.pdf/d84773](https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Orden_13_01_2011_Rectificacion_tutores.pdf/d84773).
13. Decreto 49/2010, de 8 de octubre, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en la Comunidad Autónoma de La Rioja. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://web.larioja.org/normativa?n=1372>.
14. Decreto 14/2011, de 4 de febrero, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2011/280o/11040018.pdf>.
15. Decreto 34/2012, de 6 de marzo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma del País Vasco. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2012/03/1201224a.pdf>.
16. Decreto 103/2014, de 30 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud de Canarias. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2014/218/002.html>.
17. Decreto 165/2015, de 21 de julio, de formación sanitaria especializada en Cataluña. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/6919/1436035.pdf>.
18. Boletín Oficial del Principado de Asturias de 29 de abril de 2016. Resolución de nombramiento de tutores. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://sede.asturias.es/bopa/2016/05/09/2016-04617.pdf>.
19. Decreto 62/2018, de 6 de marzo, por el que se ordena el sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2018/48/3>.
20. Decreto 37/2019, de 17 de mayo, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.caib.es/eboibfront/ca/2019/10988>.
21. Decreto 46/2019, de 21 de mayo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en Castilla-La Mancha. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/content/decreto-de-ordenaci%C3%B3n-del-sistema-de->.
22. Ley Foral 5/2020, de 4 de marzo, de Presupuestos Generales de Navarra para el año 2020. BOE de 17 de marzo de 2020, p. 25751. Disposición adicional decimoquinta. Compensación por la formación de médicos internos residentes realizada por profesionales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. [Consultado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-nc/lf/2020/03/04/5>.

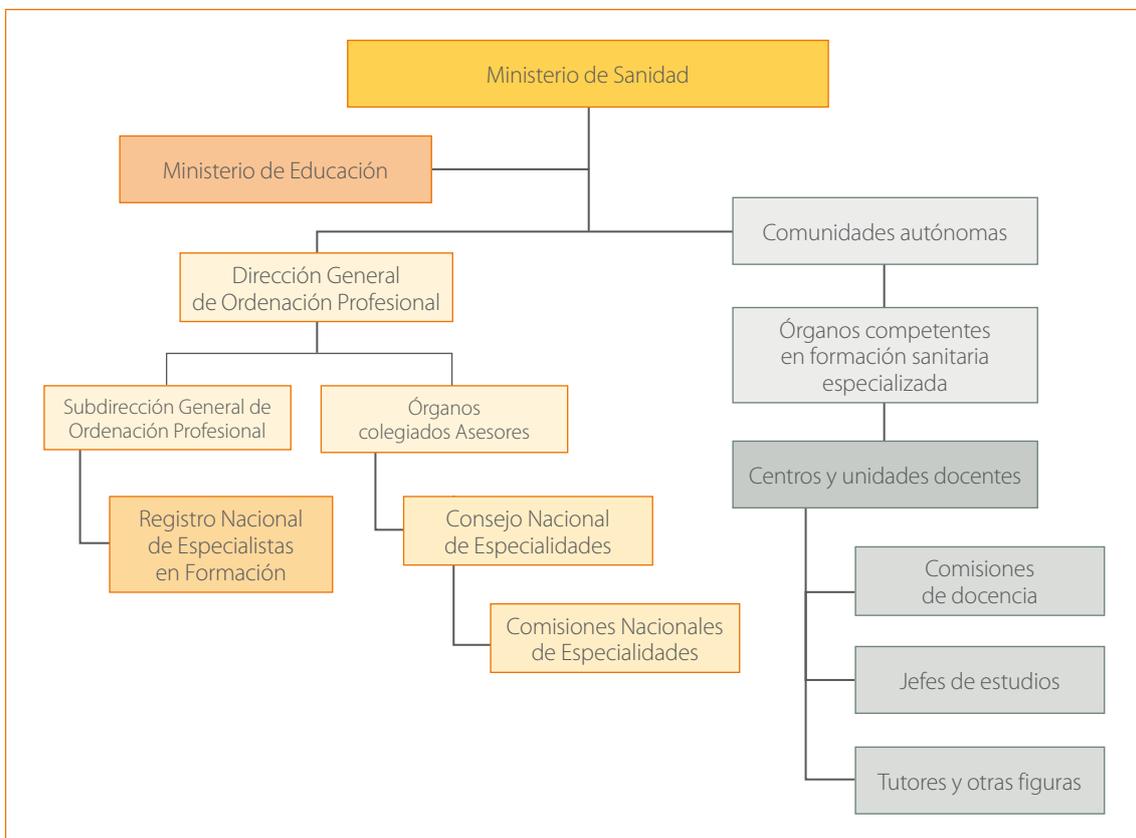
**Jacinto Fernández Pardo**

Exjefe de Estudios de la Unidad Docente. Hospital General Reina Sofía de Murcia.  
Jefe de Sección de Medicina Interna

## INTRODUCCIÓN

La implantación y reconocimiento oficial en España del sistema de residencia como vía de acceso al título de especialista en 1978 supuso un avance muy importante en el ámbito de la formación sanitaria especializada (FSE) en nuestro país y ha sido una de las claves del prestigio y alto nivel científico que actualmente tienen los profesionales de nuestro Sistema Nacional de Salud<sup>1</sup>. Desde su implantación, el modelo fue expandiéndose y en la actualidad existen en España 57 especialidades en Ciencias de la Salud mediante residencia (42 de especialidades médicas, siete de Enfermería, una de farmacia, una de Psicología y seis multidisciplinares), que actualmente cursan unos 40.000 especialistas en formación. Con el paso de los años, este sistema de formación de especialistas (figura 1) ha ido también dotándose de un marco regulador cada vez más reglamentado y garantista, que pretende conseguir la excelencia, pero que adolece de una falta de adecuación a la realidad asistencial y de la ausencia de una estructura educativa mínimamente profesionalizada en el sistema de salud en que se sustenta<sup>2</sup>.

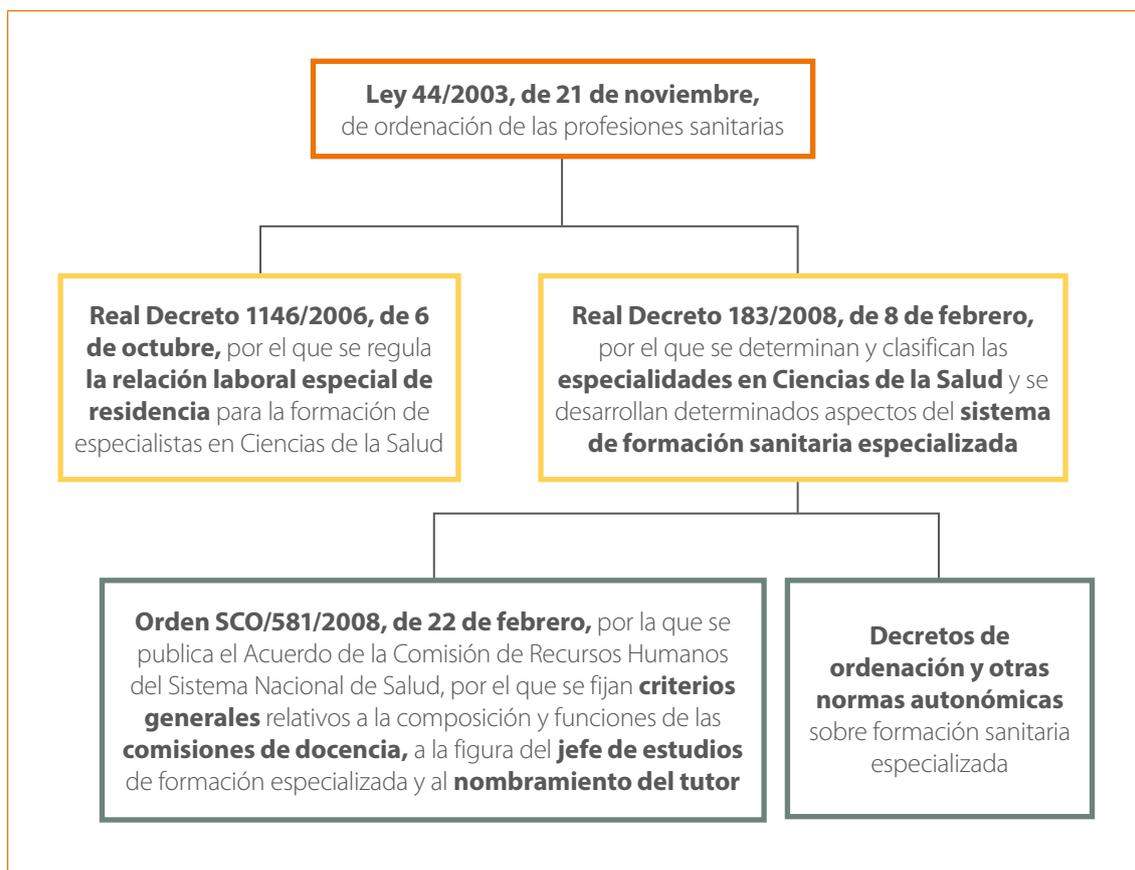
**Figura 1. Estructura del sistema de formación sanitaria especializada en España**



Modificada de la referencia 1.

La FSE en España es una formación reglada y de carácter oficial, regulada por un extenso marco normativo (figura 2), encabezado por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS)<sup>3</sup>, que, a través del capítulo III de su título II, incorporó importantes modificaciones en el panorama de la formación especializada en Ciencias de la Salud, que posteriormente condujeron a un replanteamiento global y progresivo de otras disposiciones normativas que, hasta su aprobación, habían venido regulando la materia. El primer paso en este proceso de reforma lo constituyó la aprobación del Real Decreto 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<sup>4</sup>, que, por primera vez, reguló los aspectos laborales de la necesaria relación que vincula a los especialistas en formación con los centros en los que se están formando durante el tiempo que dura la impartición del correspondiente programa formativo. Un paso más en el proceso de avance en la implantación del nuevo modelo general de FSE diseñado por la mencionada ley lo constituyó la publicación del 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<sup>5</sup> (RD 183/2008), que, respetando las competencias de las comunidades autónomas y adecuándose a la normativa comunitaria sobre FSE, regula los aspectos básicos de los distintos órganos colegiados y unipersonales que intervienen en el proceso formativo, entre otros los referidos a la figura del tutor.

**Figura 2. Marco normativo de la formación sanitaria especializada en España**



Modificada de la referencia 1.

Finalmente, serán las comunidades autónomas las que, a través de las correspondientes disposiciones de desarrollo, generalmente bajo la forma de decretos de ordenación, regularán (no todas lo han hecho hasta ahora) la adaptación de los aspectos de su competencia relativos a lo dispuesto en el RD 183/2008, con sujeción a los criterios comunes contenidos en la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el 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<sup>6</sup>.

## ASPECTOS NORMATIVOS BÁSICOS DE ÁMBITO ESTATAL SOBRE LA FIGURA DEL TUTOR

### El tutor como elemento imprescindible para la FSE

Aunque actualmente derogada en la forma indicada por el RD 183/2008<sup>5</sup>, la primera norma en nuestro país que introdujo la figura y funciones del tutor de formación, y reconoció su papel imprescindible para el correcto desarrollo de los periodos de formación de los residentes, fue la Orden de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y de farmacéuticos especialistas<sup>7</sup>. Posteriormente, la propia LOPS<sup>3</sup> recalca que los centros sanitarios acreditados para la formación especializada deberán contar con los tutores de la formación que resulten adecuados en función de su capacidad docente (art. 11.3 de la LOPS).

### Concepto, misión y deberes generales del tutor de residentes

El RD 183/2008<sup>5</sup> encuadra al tutor dentro de los órganos docentes de carácter unipersonal (capítulo IV) y en su artículo 11.1 lo define 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”, debiendo adecuarse su perfil profesional al diseñado por el programa formativo de la correspondiente especialidad. Ese mismo apartado establece que el tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, cualquiera que sea el dispositivo de la unidad docente en el que se desarrolle el proceso formativo, por lo que tiene la obligación de mantener con este un contacto continuo y estructurado, así como también el deber de mantener entrevistas periódicas con otros profesionales que intervengan en la formación del residente para analizar el proceso continuado de aprendizaje y poder realizar los correspondientes informes de evaluación formativa. En general, el tutor deberá ser el mismo durante todo el periodo formativo del residente a su cargo y tendrá asignados hasta cinco residentes como máximo (art. 11.3 del RD 183/2008).

### Principales funciones del tutor

El artículo 11.2 del RD 183/2008 señala como principales funciones del tutor las de “planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación del residente, 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”.

### Funciones de planificación

Como primer exponente de sus funciones de planificación, los tutores son los responsables de elaborar y proponer, para su aprobación por la Comisión de Docencia, la guía o itinerario formativo tipo de su unidad docente, adaptando el programa formativo oficial de la especialidad a la realidad concreta de los dispositivos asistenciales y los recursos formativos que integran la unidad docente. Esta guía será el marco formativo común de aplicación a todos los residentes de la especialidad adscritos a esa unidad docente, sin perjuicio de su adaptación concreta a cada residente a través de su propio plan individual de formación, elaborado también por el tutor; proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa (art. 11.2 del RD183/2008). Dentro de las funciones de planificación del tutor, también se incluyen las de proponer a la Comisión de Docencia las rotaciones externas que eventualmente vayan a realizar sus residentes, con especificación de los objetivos que se pretenden [21.2.a) del RD 183/2008].

### Funciones de gestión clínica

La LOPS<sup>3</sup>, en su artículo 10 dedicado a la gestión clínica en las organizaciones sanitarias, confiere la consideración de funciones de gestión clínica, entre otras, a las relativas a la tutoría, cuyo desempeño deberá ser objeto del oportuno reconocimiento (en la forma en que en cada comunidad autónoma se determine) tanto por parte del centro como del Servicio de Salud correspondiente y del conjunto del sistema sanitario. Todo ello, sin perjuicio de que el ejercicio de esas funciones de gestión clínica debe estar sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados. Tal evaluación deberá tener un carácter periódico y podrá determinar, en su caso, la confirmación o remoción del tutor en dichas funciones, y tendrá efectos en la valoración del desarrollo profesional alcanzado.

### Funciones de supervisión

Sin perjuicio del deber general de supervisión, los profesionales de las distintas unidades asistenciales donde se formen residentes estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes (art. 14 del RD 183/2008). El tutor, como primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente cualquiera que sea el dispositivo en el que se desarrolle su proceso formativo, podrá impartir, tanto a este como a los especialistas correspondientes, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo (art. 15.4 del RD 183/2008).

### Funciones de evaluación

- **Evaluación formativa del residente:** el tutor es también responsable de la evaluación formativa del residente (art. 17 del RD 183/2008), que reflejará en los correspondientes informes de evaluación formativa basados en:
  - Los resultados de las entrevistas periódicas de tutor y residente.

- La supervisión del Libro del Residente.
- La utilización de otros instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente.
- **Evaluación anual del residente:** el tutor forma parte del comité de evaluación del residente (art. 19.2 del RD 183/2008) y el informe anual del tutor es el instrumento básico y fundamental para la valoración del progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias profesionales (art. 20.2 del RD 183/2008). Por otro lado, en los procedimientos de revisión de las evaluaciones anuales negativas no recuperables, el residente podrá acudir al acto de revisión ante la Comisión de Docencia acompañado por su tutor (art. 24 del RD 183/2008).
- **Evaluación final del residente:** el tutor también participa al formar parte integrante del correspondiente comité de evaluación.

## Dedicación del tutor

En este tema, el mandato de la norma es claro: “Las comunidades autónomas adoptarán las medidas necesarias para asegurar una adecuada dedicación de los tutores a su actividad docente, ya sea dentro o fuera de la jornada ordinaria” (art. 11.4 del RD 183/2008).

## Nombramiento del tutor

El artículo 11.5 del RD 183/2008<sup>5</sup> dice que el nombramiento del tutor se efectuará por el procedimiento que determine cada comunidad autónoma con sujeción a los criterios generales que apruebe la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, el apartado quinto del anexo de la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, señala como criterio común que: “El nombramiento del tutor se efectuará por el órgano directivo de la entidad titular de la unidad docente, a propuesta de la Comisión de Docencia y previo informe del jefe de la unidad asistencial de la especialidad correspondiente, o, en su caso, de Enfermería, entre profesionales previamente acreditados, que presten servicios en los distintos dispositivos integrados en el centro o unidad docente y que ostenten el título de especialista que proceda”.

En las especialidades de nueva creación, los requisitos exigidos para el nombramiento de tutores se sustituirán por una experiencia acreditada que se corresponda con el ámbito profesional de la especialidad de que se trate, en los términos que se determinen al aprobar los requisitos generales de acreditación de cada una de ellas (disposición adicional primera, apartado 1, del RD 183/2008).

## Acreditación y re acreditación periódica del tutor

Con la finalidad de garantizar la idoneidad del tutor (hemos visto que el nombramiento del tutor debe recaer sobre profesionales previamente acreditados) y el mantenimiento de sus competencias, las comunidades autónomas deben regular procedimientos de evaluación para su acreditación y re acreditación periódica con sujeción a lo previsto en el artículo 10.1 y 3 de la LOPS<sup>3</sup> (que implica la participación de los propios profesionales y la evaluación periódica).

Estos procedimientos deben tener en cuenta, entre otros factores, la experiencia profesional continuada como especialista, la experiencia docente, las actividades de formación continuada, la actividad investigadora y de mejora de calidad, la formación específica en metodologías docentes, así como el resultado de las evaluaciones de calidad y encuestas sobre el grado de satisfacción alcanzado (art. 12.2 del RD 183/2008).

## **Evaluación y reconocimiento de las funciones de tutoría**

Las funciones de tutoría tienen la consideración de funciones de gestión clínica y como tales deben ser evaluadas y reconocidas (art. 12.1 del RD 183/2008 y art. 10.2 de la LOPS), y, para ello, de conformidad con lo previsto en el artículo 10.4 de la LOPS<sup>3</sup>, las comunidades autónomas deben establecer sistemas de reconocimiento específico de la acción tutorial en sus respectivos Servicios de Salud, que reconozcan las funciones de tutoría llevadas a cabo por los profesionales en el ámbito de todo el sistema sanitario (art. 12.3 del RD 183/2008).

## **Incentivación y mejora de competencias del tutor**

Aparte de lo que de incentivo puedan suponer las medidas para garantizar el reconocimiento de la acción tutorial y la disponibilidad de un tiempo de dedicación a sus tareas docentes para los tutores (sin o con compensación económica), las Administraciones Sanitarias deben facilitar la mejora de sus competencias en la práctica clínica y en las metodologías docentes, “favoreciendo que los tutores realicen actividades de formación continuada sobre aspectos tales como los relacionados con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de la investigación, gestión de calidad, motivación, aspectos éticos de la profesión o aspectos relacionados con los contenidos del programa formativo” (art. 12.5 del RD 183/2008).

## **DESARROLLO NORMATIVO AUTONÓMICO SOBRE LA FIGURA DEL TUTOR**

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RD 183/2008<sup>5</sup>, y una vez fijados por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, a través de la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero<sup>6</sup>, los criterios generales mencionados en la introducción de este capítulo, son las comunidades autónomas las encargadas de regular el sistema de FSE en el ámbito de sus competencias, así como de dictar, entre otras, las disposiciones de desarrollo sobre el tutor y otras figuras docentes previstas en los artículos 11, 12 y 13 del capítulo IV del RD 183/2008, que tienen la consideración de normas básicas según su disposición final segunda.

En pos de ese encargo competencial, en la actualidad, nueve comunidades autónomas han publicado sus correspondientes decretos autonómicos de ordenación de la FSE en sus respectivos ámbitos y otras tres han dictado algún tipo de norma en relación con el tutor (tabla 1).

**Tabla 1. Normas autonómicas que desarrollan algún aspecto en relación con la figura del tutor de residentes**

Comunidad autónoma	Desarrollo normativo
<b>Castilla y León</b>	Decreto 75/2009, de 15 de octubre, de ordenación de la FSE <sup>8</sup> Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de tutores <sup>9</sup> Orden SAN/1438/2011, de 17 de noviembre, por la que se modifica la anterior <sup>10</sup>
<b>Aragón</b>	Orden de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores <sup>11</sup> Orden de 13 de enero de 2011 por la que se modifica la anterior <sup>12</sup>
<b>La Rioja</b>	Decreto 49/2010, de 8 de octubre, de ordenación de la FSE <sup>13</sup> Orden 2/2014, de 7 de febrero, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de tutores <sup>14</sup>
<b>Extremadura</b>	Decreto 14/2011, de 4 de febrero, de ordenación de la FSE <sup>15</sup>
<b>País Vasco</b>	Decreto 34/2012, de 6 de marzo, de ordenación de la FSE <sup>16</sup>
<b>Canarias</b>	Decreto 103/2014, de 30 de octubre, de ordenación de la FSE <sup>17</sup>
<b>Cataluña</b>	Decreto 165/2015, de 21 de julio, de ordenación de la FSE <sup>18</sup>
<b>Asturias</b>	Resolución de 29 de abril de 2016, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueban las instrucciones relativas al procedimiento de nombramiento de tutores <sup>19</sup>
<b>Andalucía</b>	Decreto 62/2018, de 6 de marzo, de ordenación de la FSE <sup>20</sup>
<b>Baleares</b>	Decreto 37/2019, de 17 de mayo, de ordenación de la FSE <sup>21</sup>
<b>Castilla-La Mancha</b>	Decreto 46/2019, de 21 de mayo, de ordenación de la FSE <sup>22</sup>
<b>Comunidad Foral de Navarra*</b>	Ley Foral 5/2020, de 4 de marzo (disposición adicional decimoquinta, sobre compensación por la formación de residentes) <sup>23</sup>

FSE: formación sanitaria especializada.  
Modificada de la referencia 24.

En dos recientes artículos, María Dolores Vicent ha realizado una revisión exhaustiva y un excelente análisis comparativo de estos desarrollos normativos autonómicos en relación con la regulación y reconocimiento de la figura del tutor<sup>24</sup>, así como de sus funciones y del desempeño de la tutoría<sup>25</sup>. A continuación se expone de forma sintética cómo se han regulado por parte de las comunidades autónomas los principales aspectos relativos a la figura del tutor de residentes.

## Acreditación y nombramiento del tutor

En general, en las diferentes normas autonómicas, el nombramiento del tutor se ha regulado con sujeción al criterio común fijado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud<sup>6</sup>, si bien el requisito de acreditación previa constituye un elemento problemático en algunas comunidades autónomas en las que aún no se ha procedimentado. Entre las que sí lo han hecho, están el País Vasco<sup>16</sup>, Cataluña<sup>18</sup>, Andalucía<sup>20</sup> y Castilla-La Mancha<sup>22</sup>, que lo han regulado dentro de

sus decretos de ordenación de la FSE, mientras que otras tres, Castilla y León<sup>9,10</sup>, Aragón<sup>11,12</sup> y La Rioja<sup>14</sup>, lo han hecho a través de órdenes específicas. En general, todos estos sistemas de acreditación y nombramiento incluyen en sus procedimientos los elementos y requisitos a tener en cuenta enunciados en los artículos 11 y 12 del RD 183/2008<sup>5</sup>, como normativa básica de aplicación general, si bien, en algunos casos, se amplían o concretan.

## Reconocimiento específico de la acción tutorial

El reconocimiento documental (nombramiento oficial y certificación de funciones y tiempo de desempeño de la tutoría), en general, se realiza en todas las comunidades autónomas, aunque no hayan desarrollado su normativa sobre FSE. A esto se suma la correspondiente resolución de acreditación para ser tutor en las que cuentan actualmente con sistemas de acreditación y reacreditación de tutores. Además, en la normativa de nueve comunidades autónomas se especifica que las labores de tutoría serán objeto de reconocimiento en la carrera profesional y en los baremos de selección y provisión de plazas (tabla 2).

**Tabla 2. Regulación en el ámbito autonómico de distintos aspectos relacionados con la figura del tutor**

Comunidad autónoma	Reconocimiento de la acción tutorial	Facilitación de la formación del tutor	Tiempo de dedicación a las labores de tutoría	Compensación económica por tutoría
<b>Castilla y León</b>	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada	5 % del tiempo de trabajo (más si asume otra figura docente). 90 h/año	
<b>Aragón</b>	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada	El tiempo suficiente	Vinculado a evaluación del desempeño, incluyendo indicadores de cumplimiento de objetivos tutoriales y con efectos en contratos programa y de gestión
<b>La Rioja</b>	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada	El tiempo suficiente	
<b>Extremadura</b>	Se podrá valorar		El tiempo necesario	
<b>País Vasco</b>	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada	3 h/residente/mes. 36 h/año	Mensual, según el número de residentes/año

Continúa >

**Tabla 2. Regulación en el ámbito autonómico de distintos aspectos relacionados con la figura del tutor** (continuación)

Comunidad autónoma	Reconocimiento de la acción tutorial	Facilitación de la formación del tutor	Tiempo de dedicación a las labores de tutoría	Compensación económica por tutoría
<b>Canarias</b>	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas		5 h/mes (máximo 2 días/mes). 60 h/año	
<b>Cataluña</b>	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada	3 h/residente/mes. 36 h/año	Anual, según el número de residentes. Sujeto a disponibilidad presupuestaria
<b>Andalucía</b>	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas		60 h/año	Complemento al rendimiento profesional
<b>Islas Baleares</b>	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada, más 3 días adicionales para formación	120 h/año	1.200 €/año, vinculado al informe favorable del jefe de estudios
<b>Castilla-La Mancha</b>	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada	50 h/año + 10 h por residente (máximo 100 h)	
<b>Comunidad Foral de Navarra</b>			Según el plan docente del centro	Módulo productividad extraordinaria: 1.000 €/año, con 2 residentes 1.200 €/año; con 3 o más, 1.400 €/año

Modificada de la referencia 25.

## Facilitación y mejora de las competencias del tutor

Prácticamente, la mayoría de las comunidades autónomas que han desarrollado normativa sobre FSE contemplan en ella la prioridad o preferencia de los tutores para el acceso a actividades de formación continuada como medio de favorecer o facilitar la mejora de sus competencias (tabla 2). Los tutores de las Islas Baleares cuentan, además, con 3 días adicionales para formación.

## Dedicación e incentivación del tutor

Aunque el reconocimiento y asignación de un tiempo específico dentro de la jornada laboral de dedicación a las labores de tutoría constituye la reivindicación más demandada por los tutores, en la revisión realizada por Vicent<sup>25</sup> se aprecia que únicamente en la normativa de siete comunidades autónomas se concretan los tiempos mínimos de los que debe disponer el tutor para su dedicación a la docencia, observándose diferencias importantes entre algunas de ellas (tabla 2).

En cuanto a la incentivación del tutor con un complemento económico, únicamente seis comunidades autónomas lo contemplan en sus regulaciones (tabla 2), aunque algunas no lo concretan, otras lo condicionan a disponibilidades presupuestarias y solamente dos de ellas, Islas Baleares<sup>21</sup> y Comunidad Foral de Navarra<sup>23</sup>, han establecido en su normativa una cantidad mínima como complemento para compensar o incentivar a los tutores.

## Régimen transitorio

Trece años después de la publicación del RD 183/2008<sup>5</sup>, todavía hay siete comunidades autónomas que no han llevado a cabo un desarrollo del mismo en el ámbito de sus competencias. Hasta tanto esas comunidades autónomas dicten las disposiciones de desarrollo previstas en sus artículos 10, 11.4, 11.5, 12, 13 y 15.5, seguirán en vigor en ellas, como normativa subsidiaria, los apartados primero, segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo (tutores de programas de formación) y disposición adicional sexta de la Orden de 22 de junio de 1995<sup>6</sup> (disposición transitoria primera, apartado 1, del RD 183/2008).

### Puntos clave

- El marco legal del tutor está fijado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y son las comunidades autónomas las encargadas de regularlo a nivel autonómico.
- Este marco regula de forma general la misión y deberes generales, el nombramiento, la acreditación y reacreditación, la evaluación y la incentivación, entre otros aspectos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Pardo J. Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad. *Educ Med.* 2015;16(1):57-67.
2. Fernández Pardo J. Formación sanitaria especializada: un cambio es inevitable. *Educ Med.* 2021;22(S2):47-8.
3. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Publicada en BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003. Vigencia desde el 23 de noviembre de 2003. Revisión vigente desde el 1 de octubre de 2020. [Citado: 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>.
4. Real Decreto 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. Publicado en BOE núm. 240, de 7 de octubre de 2006. Entrada en vigor el 8 de octubre de 2006. [Citado: 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/10/06/1146/con>.
5. 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. Publicado en BOE núm. 45, de 21 de febrero de 2008. Vigencia

- desde el 22 de febrero de 2008. Revisión vigente desde el 5 de agosto de 2021. [Citado: 22 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183/con>.
6. Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el 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. Publicada en BOE núm. 56, de 5 de marzo de 2008. Vigencia desde el 6 de marzo de 2008. [Citado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2008/02/22/sco581>.
  7. Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas. Publicada en BOE núm. 155, de 30 de junio de 1995. [Citado: 1 de febrero de 2015]. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/o/1995/06/22/\(3\)](https://www.boe.es/eli/es/o/1995/06/22/(3)).
  8. Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Publicado en BOCYL núm. 202, de 21 de octubre de 2009. Vigente desde el 22 de octubre de 2009. [Citado: 14 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://bocyl.jcyl.es/html/2009/10/21/html/BOCYL-D-21102009-1.do>.
  9. Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Publicada en BOCL núm. 80, de 27 de abril de 2011. Vigencia desde el 28 de abril de 2011. Revisión vigente desde el 18 de septiembre de 2018. [Citado: 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://bocyl.jcyl.es/html/2011/04/27/html/BOCYL-D-27042011-5.do>.
  10. Orden SAN/1438/2011, de 17 de noviembre, por la que se modifica la Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. [Citado: 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://bocyl.jcyl.es/html/2011/11/23/html/BOCYL-D-23112011-1.do>.
  11. Orden de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y se regula el reconocimiento de la función de tutoría en los centros del Sistema de Salud de Aragón. Publicada en BOA núm. 82, de 29 de abril de 2010. [Citado: 15 de marzo de 2022]. Disponible en: [http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VERDOC&BASE=BZHT&PIECE=BOLE&DOCR=2&SEC=BUSQUEDA\\_AVANZADA&RNG=10&SORT=-PUBL&SEPARADOR=&&TITU=PROCEDIMIENTO++++ACREDITACI%F3N+Y+NOMBRAMIENTO++++TUTORES+&SECC=C=BOA+O+DISPOSICIONES+O+PERSONAL+O+ACUERDOS+O+JUSTICIA+O+ANUNCIOS](http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VERDOC&BASE=BZHT&PIECE=BOLE&DOCR=2&SEC=BUSQUEDA_AVANZADA&RNG=10&SORT=-PUBL&SEPARADOR=&&TITU=PROCEDIMIENTO++++ACREDITACI%F3N+Y+NOMBRAMIENTO++++TUTORES+&SECC=C=BOA+O+DISPOSICIONES+O+PERSONAL+O+ACUERDOS+O+JUSTICIA+O+ANUNCIOS).
  12. Orden de 13 de enero de 2011 de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se modifica el artículo 4, la disposición adicional única y la disposición transitoria primera de la Orden de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y se regula el reconocimiento de la función de tutoría en los centros del Sistema de Salud de Aragón. Publicada en BOA núm. 23, de 3 de febrero de 2011. [Citado: 15 de marzo de 2022]. Disponible en: [http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VERDOC&BASE=BZHT&PIECE=BOLE&DOCR=1&SEC=BUSQUEDA\\_AVANZADA&RNG=10&SORT=-PUBL&SEPARADOR=&&TITU=ORDEN++++15++++ABRIL++++2010&SECC=C=BOA+O+DISPOSICIONES+O+PERSONAL+O+ACUERDOS+O+JUSTICIA+O+ANUNCIOS](http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VERDOC&BASE=BZHT&PIECE=BOLE&DOCR=1&SEC=BUSQUEDA_AVANZADA&RNG=10&SORT=-PUBL&SEPARADOR=&&TITU=ORDEN++++15++++ABRIL++++2010&SECC=C=BOA+O+DISPOSICIONES+O+PERSONAL+O+ACUERDOS+O+JUSTICIA+O+ANUNCIOS).
  13. Decreto 49/2010, de 8 de octubre, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en la Comunidad Autónoma de La Rioja. BOR núm. 127, de 15 de octubre de 2010. Entrada en vigor el 16 de octubre de 2010. [Citado: 12 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=724659&tipo=2&fecha=2010/10/15&referencia=739865-1-HTML-420437-X>.
  14. Orden 2/2014, de 7 de febrero, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Publicada en el BOR núm. 19, de 14 de febrero de 2014. [Citado: 29 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://web.larioja.org/bor-portada/boranuncio?n=1435467-2-HTML-475565-X>.
  15. Decreto 14/2011, de 4 de febrero, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE núm. 28, de 10 de febrero de 2011. Vigente desde el 11 de febrero de 2011. [Citado: 14 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/ex-d14-2011.html](https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ex-d14-2011.html).
  16. Decreto 34/2012, de 6 de marzo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV núm. 53, de 14 de marzo de 2012. Entrada en vigor el 15 de marzo de 2012. [Citado: 14 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2012/03/1201224a.shtml?BOPV\\_HIDE\\_CALENDAR](https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2012/03/1201224a.shtml?BOPV_HIDE_CALENDAR).
  17. Decreto 103/2014, de 30 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud de Canarias. BOC núm. 218, de 10 de noviembre de 2014. Vigente desde el 11 de noviembre

- de 2014. [Citado: 14 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/539197-d-103-2014-de-30-oct-ca-canarias-regula-la-ordenacion-del-sistema-de-formacion.html](https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/539197-d-103-2014-de-30-oct-ca-canarias-regula-la-ordenacion-del-sistema-de-formacion.html).
18. Decreto 165/2015, de 21 de julio, de formación sanitaria especializada en Cataluña. Publicado en DOGC núm. 6919, de 23 de julio de 2015. Vigencia desde el 12 de agosto de 2015. [Citado: 23 de julio de 2015]. Disponible en: [http://dogc.gencat.cat/es/pdogc\\_canals\\_interns/pdogc\\_resultats\\_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=698959&language=es\\_ES](http://dogc.gencat.cat/es/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=698959&language=es_ES).
  19. Resolución de 29 de abril de 2016, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueban las instrucciones relativas al procedimiento de nombramiento de tutores en las unidades docentes adscritas a la Dirección General de Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad. Publicado en el BOPA núm. 106, de 9 de mayo de 2016. [Citado: 28 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://sede.asturias.es/bopa-disposiciones?p\\_p\\_id=pa\\_sede\\_bopa\\_web\\_portlet\\_SedeBopaDispositionWeb&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&\\_pa\\_sede\\_bopa\\_web\\_portlet\\_SedeBopaDispositionWeb\\_mvcRenderCommandName=%2Fdisposition%2Fdetail&p\\_r\\_p\\_dispositionText=%22nombramiento+de+tutores%22&p\\_r\\_p\\_dispositionReference=2016-04617&p\\_r\\_p\\_dispositionDate=09%2F05%2F2016&\\_pa\\_sede\\_bopa\\_web\\_portlet\\_SedeBopaDispositionWeb\\_isTextDateSearch=false](https://sede.asturias.es/bopa-disposiciones?p_p_id=pa_sede_bopa_web_portlet_SedeBopaDispositionWeb&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_pa_sede_bopa_web_portlet_SedeBopaDispositionWeb_mvcRenderCommandName=%2Fdisposition%2Fdetail&p_r_p_dispositionText=%22nombramiento+de+tutores%22&p_r_p_dispositionReference=2016-04617&p_r_p_dispositionDate=09%2F05%2F2016&_pa_sede_bopa_web_portlet_SedeBopaDispositionWeb_isTextDateSearch=false).
  20. Decreto 62/2018, de 6 de marzo, por el que se ordena del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Publicado en BOJA núm. 48, de 9 de marzo de 2018. Vigencia desde el 10 de marzo de 2018. [Citado: 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2018/48/3>.
  21. Decreto 37/2019, de 17 de mayo, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la comunidad autónoma de las Illes Balears. BOIB núm. 67, de 18 de mayo de 2019. Vigente desde el 19 de mayo de 2019. [Citado: 14 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/645048-d-37-2019-de-17-may-ca-illes-balears-ordenacion-del-sistema-de-formacion.html](https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/645048-d-37-2019-de-17-may-ca-illes-balears-ordenacion-del-sistema-de-formacion.html).
  22. Decreto 46/2019, de 21 de mayo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en Castilla-La Mancha. DOCM núm. 103, de 29 de mayo de 2019. Vigente desde el 18 de junio de 2019. [Citado: 14 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/645781-d-46-2019-de-21-may-ca-castilla-la-mancha-de-ordenacion-del-sistema-de-formacion.html](https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/645781-d-46-2019-de-21-may-ca-castilla-la-mancha-de-ordenacion-del-sistema-de-formacion.html).
  23. Disposición adicional decimoquinta de la Ley Foral 5/2020, de 4 de marzo, de Presupuestos Generales de Navarra para el año 2020. Publicado en BOE núm. 71, de 17 de marzo de 2020. [Citado: 14 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-nc/lf/2020/03/04/5>.
  24. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte I): Regulación y reconocimiento de su labor. *Educ Med.* 2021;22:241-7.
  25. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte II): funciones y medidas para facilitar el desempeño de la tutoría. *Educ Med.* 2021;22:287-93.

# REACREDITACIÓN DEL TUTOR

---

## María José Lázaro Gómez

Técnica de Salud Docente de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas Murcia Este y Murcia Oeste. Madrid

## INTRODUCCIÓN

El tutor es una figura esencial en el proceso de aprendizaje-enseñanza de la formación sanitaria especializada (FSE) en España.

En la Orden de 22 de junio de 1995<sup>1</sup>, por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y de farmacéuticos especialistas, ya aparece recogida la figura del tutor, atribuyéndosele diversas funciones, como: proponer a la Comisión de Docencia o asesorar un plan individual de formación del residente asignado, supervisar de forma directa y continuada la realización del Programa Oficial de la Especialidad (POE) por parte del residente y controlar su actividad asistencial en cuanto forme parte del programa, fomentar la participación en actividades docentes y de investigación de la unidad acreditada, realizar una evaluación continuada del residente o elaborar una memoria anual de las actividades docentes. El tutor debe, por tanto, planificar, estimular, dirigir, seguir y evaluar el proceso de aprendizaje del residente (realizando las funciones previstas en el apartado séptimo.3 de la Orden de 22 de junio de 1995).

En la Ley 44/2003<sup>2</sup>, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, se recoge que los residentes deberán desarrollar, de forma programada y tutelada, las actividades previstas en el programa, asumiendo progresivamente, según avancen en su formación, las actividades y la responsabilidad propia del ejercicio autónomo de la especialidad. También se menciona la necesidad del registro de las actividades en el Libro del Residente y se ordenan las evaluaciones anuales y finales al acabar el tiempo de formación.

Para la ejecución de todas estas funciones y la supervisión del seguimiento del programa formativo es necesario su conocimiento por parte del tutor. Para enseñar debe estar actualizado en sus competencias, debiendo no solo saber, sino también saber transmitir y motivar al residente. Por último, para evaluar al residente debe saber qué tiene que evaluar y cómo debe evaluarlo.

En el último POE de Medicina Familiar y Comunitaria de 2005, aparece definido el perfil profesional del tutor de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), y confía a las comisiones asesoras el establecimiento de procedimientos de acreditación y reacreditación de tutores, que deberán enmarcarse en el proyecto de desarrollo profesional que determinen los órganos competentes de las comunidades autónomas<sup>3</sup>.

El tutor principal se consolida como el responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente a lo largo de todo el periodo formativo, con el que mantiene un contacto continuo y estructurado. Deberá ser especialista en MFyC<sup>3</sup>.

El tutor debe tener un nivel de formación y unas condiciones de trabajo adecuadas para poder acreditarse su capacitación para transmitir conocimientos, habilidades y actitudes propios. El tutor debe ser un buen médico de familia, con el perfil competencial recogido en el programa, y un buen docente<sup>3</sup>.

Este perfil es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud<sup>3</sup>.

Dada la importante figura del tutor en el proceso formativo del residente, se insta a las Administraciones Sanitarias a favorecer los aspectos siguientes<sup>3</sup>:

- Mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores en la práctica clínica y en metodología docente, facilitándoles el acceso a una formación continuada específica sobre:
  - Aspectos relacionados con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos.
  - Técnicas de comunicación, de control y mejora de la calidad.
  - Técnicas de motivación, supervisión y evaluación.
  - Valores y aspectos éticos de la profesión.
  - Aspectos relacionados con contenidos del programa formativo.
- Condiciones asistenciales y docentes adecuadas:
  - Presión asistencial regulada, siendo recomendable no tener una presión asistencial que supere los 30 pacientes/día, ni una dedicación a la asistencia de más de 5 horas.
  - Tiempo específico para la docencia.
  - Apoyo de la estructura docente.
- Actuaciones dirigidas a mantener la motivación: aquellos tutores que garanticen una enseñanza de calidad, deben ser reconocidos por parte de la Administración, ya sea a través de la carrera profesional o de otros incentivos de carácter económico, laboral, formativo, etc., para compensar el esfuerzo que supone el desempeño de esta tarea.
- Aplicación de criterios que, junto a la titulación exigible en cada supuesto, garanticen la adecuación de los nombramientos de tutores.

## MARCO LEGAL DE LA ACREDITACIÓN/ REACREDITACIÓN DE TUTORES

Aunque los aspectos relativos al nombramiento del tutor están especificados en la Orden SCO 581/2008<sup>4</sup>, los criterios para la acreditación/reacreditación del tutor fueron delegados en las comunidades autónomas (CCAA), que, mediante el desarrollo de los procedimientos adecuados, garantizarían la idoneidad y el mantenimiento de sus competencias<sup>5</sup>.

Hasta la fecha, menos de la mitad de CCAA han desarrollado o bien decretos de FSE, con alusión a la acreditación/reacreditación (Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña y País Vasco), o bien normativa específica sobre la misma (Aragón, Castilla y León y La Rioja)<sup>5</sup>.

Hasta que se desarrollen decretos sobre FSE o, más específicamente, sobre acreditación y reacreditación, las CCAA sin regulación autonómica delegan en las correspondientes comisiones de docencia de las unidades docentes la capacitación tutorial de sus profesionales.

## ACREDITACIÓN DE TUTORES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

En el POE de 2005 aparece recogido que toda unidad docente deberá contar con un número de tutores, especialistas en MFyC con el perfil profesional que garantice el adecuado seguimiento y supervisión del aprendizaje de los residentes durante todo su periodo formativo<sup>3</sup>.

El número de tutores de cada unidad docente dependerá de su capacidad y de las características de la misma. Igualmente, detalla que las comisiones asesoras preverán procedimientos de acreditación y reacreditación de tutores, que deberán enmarcarse en el proyecto de desarrollo profesional que determinen los órganos competentes de las CCAA y teniendo en cuenta los criterios que a estos efectos recoge el programa.

Los criterios recogidos en el POE de 2005 para la acreditación tutorial son:

- Realización de un proyecto docente (metodología de la evaluación, tutorización...) que será evaluado por la Comisión Asesora.
- Experiencia profesional mínima de 1 año como médico de familia en el correspondiente Centro de Salud.
- Realización de actividades de formación continuada, especialmente las relacionadas con la capacitación docente y con los contenidos del programa formativo.
- Realización de actividades de investigación y de participación en actividades de mejora de la calidad.

Tras la aprobación del POE de 2005, la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria elaboró un "Documento de Recomendaciones" para la acreditación y reacreditación de tutores de MFyC<sup>6</sup>, con la finalidad de ayudar a las comisiones asesoras en la tarea de acreditación de sus tutores.

La comisión propone que los criterios sean objetivos, simples, claros, flexibles y adaptados a las necesidades cambiantes. Los objetivos recogidos en este documento fueron:

1. Establecer las características de los perfiles clínico, docente e investigador del candidato a tutor de MFyC en el marco del nuevo programa de la especialidad.
2. Definir el nivel básico o mínimo de méritos curriculares necesarios para acceder al nombramiento de tutor y a su mantenimiento.
3. Definir los elementos de valoración y ponderación de los méritos de los tutores.

## QUÉ ES LA ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN DEL TUTOR DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<sup>6</sup>

La acreditación es el proceso de aplicación de las normas y criterios de una unidad docente a un médico especialista en MFyC que solicita ser tutor por primera vez. Cuando un tutor acreditado previamente desea mantener su condición de tutor, se llevará a cabo el proceso de reacreditación.

En ambos casos, es la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria correspondiente la que inicia, gestiona y resuelve las solicitudes de los profesionales interesados.

Tanto en uno como en otro proceso se establecerá un mínimo de criterios para acceder o mantener la condición de tutor acreditado, respectivamente.

La finalidad de ambos procesos será:

- Mantener y/o mejorar la calidad de la atención prestada a la población y de la especialidad de MFyC.
- Garantizar la correcta formación de los residentes de MFyC.
- Estimular la competencia y el progreso profesional y curricular de los médicos de familia.

El sistema de acreditación pretende servir de ayuda a los médicos de familia que desean iniciar o mantener su competencia docente.

## CÓMO DEBE SER EL PROCEDIMIENTO DE ACREDITACIÓN/REACREDITACIÓN DEL TUTOR

El procedimiento será establecido por la Comisión de Docencia de la unidad docente ante la cual se presentará la solicitud de acreditación/reactuación. Las condiciones generales para poder iniciar el procedimiento de acreditación serán<sup>6</sup>:

- Presentar la solicitud de acreditación a la Comisión Asesora y la documentación requerida.
- Ser médico especialista en MFyC.
- Conocer el POE de MFyC.
- Estar capacitado para favorecer el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes de la especialidad de MFyC.
- Tener el perfil del médico de familia recogido en el apartado 2.2 del POE<sup>3</sup>.
- Tener experiencia profesional como médico de familia de al menos 1 año y una población adscrita en el centro para el que se solicita ser tutor. El equipo en el que se ejerce debe estar acreditado para la docencia y tener unas condiciones de trabajo adecuadas: acceso amplio a pruebas complementarias, presión asistencial de no más de 30 pacientes/día y el trabajo en equipo de los profesionales que forman parte del mismo.
- Participar en actividades de formación continuada, especialmente las relacionadas con la capacitación docente.
- Realizar actividades de investigación. Se valorará la participación en líneas y en redes de investigación.
- Participar en actividades de mejora de la calidad.
- Presentar un proyecto docente para los 4 años.

## CÓMO Y CUÁNDO DEBE SOLICITAR EL TUTOR LA REACREDITACIÓN

- Antes de que hayan transcurrido los 4 años iniciales o desde la última acreditación, el tutor debe presentar su solicitud de reevaluación a la Comisión de Docencia<sup>6</sup>.

- Los criterios clínicos, docentes o de investigación aportados para la reacreditación se referirán a los últimos 4 años<sup>6</sup>.
- Se revisarán los criterios de acreditación inicial, así como su mantenimiento y mejora<sup>6</sup>.
- Se actualizará el proyecto docente presentado previamente por el tutor a reacreditar<sup>6</sup>.
- Se deben tener en consideración las evaluaciones hechas por los residentes de los que el médico de familia solicitante haya sido tutor y por otros residentes del centro en los que haya ejercido el tutor. Cuando el médico de familia que solicita la reacreditación proceda de otra unidad docente, presentará una solicitud de reacreditación, el proyecto docente y la evaluación realizada por los residentes de su anterior unidad docente<sup>6</sup>.

## **POR CUÁNTO TIEMPO ES VÁLIDA LA ACREDITACIÓN/REACREDITACIÓN**

El tiempo máximo de validez de la acreditación no debe ser mayor que la duración de la especialidad. Por tanto, los tutores de residentes de MFyC estarán acreditados un máximo de 4 años, y transcurrido ese tiempo, sucesivamente, tendrán que solicitar una reacreditación si desean seguir teniendo la condición de tutor, tantas veces como sean necesarias, siempre que se cumplan los requisitos y méritos propuestos por la Comisión Asesora<sup>6</sup>.

## **ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN PROVISIONALES**

La acreditación o reacreditación provisional es la otorgada, por necesidades docentes, por la Comisión Asesora o el coordinador de la unidad docente. Su duración no podrá exceder de 6 meses, prorrogables por una única vez hasta otros 6 meses más<sup>6</sup>.

## **SUSPENSIÓN DE LA ACREDITACIÓN**

Suspensión de la acreditación es la decisión de la Comisión de Docencia de la unidad docente por la que se pone fin a la acreditación de un tutor antes de la finalización de su tiempo de validez. Procede suspender la acreditación de un tutor cuando este, por motivos propios o ajenos, haya dejado de cumplir sus obligaciones o de reunir las condiciones necesarias para su función docente, de tal manera que se dificulte gravemente la adecuada formación de los residentes a su cargo o no solicite la reacreditación en los periodos establecidos<sup>6</sup>.

## **NOMBRAMIENTO DEL TUTOR**

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 FSE<sup>7</sup>, estableció, en el artículo 11, el concepto, las funciones y los nombramientos de los tutores. Dichos nombramientos

tos se efectuarán por el procedimiento que establezcan las comunidades autónomas, ajustándose a los criterios generales de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Los criterios se publicaron en la Orden 581/2008<sup>4</sup>, atribuyendo la función del nombramiento del tutor al órgano directivo de la entidad titular de la unidad docente, a propuesta de la Comisión de Docencia, previo informe del jefe de la unidad asistencial, entre profesionales previamente acreditados que presten servicios en distintos dispositivos integrados en el centro o unidad docente.

### Puntos clave

- Las administraciones sanitarias debieran favorecer el mantenimiento y la mejora de la competencia de los tutores, mantener la motivación y exigir la titulación que garantice una tutorización de calidad.
- El tiempo máximo de validez de la acreditación no debe ser mayor que la duración de la especialidad. En este caso, estarán acreditados un máximo de cuatro años y transcurrido ese tiempo, sucesivamente, tendrán que solicitar una reacreditación.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Orden de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/o/1995/06/22/\(3\)](https://www.boe.es/eli/es/o/1995/06/22/(3)).
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>.
3. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/03/pdfs/a15182-15225.pdf>.
4. Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios y al nombramiento del tutor. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/03/05/pdfs/A13586->.
5. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte I): Regulación y reconocimiento de su labor. Educación Médica. 2021;22:241-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-el-tutor-formacion-sanitaria->.
6. Documento de Recomendaciones. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Acreditación y Reacreditación de Tutores de Medicina Familiar y Comunitaria. 2005. Disponible en: <http://udocente.sespa.princast.es/documentos/Acreditacion/Recomendaciones%>.
7. 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. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>

## Manuel Sánchez Pinilla

Jefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas 6, 9 y 5. Vega Media y Alta del Segura y Altiplano. Murcia

## FUNCIONES DEL TUTOR

La definición y el concepto de tutor se han desarrollado ampliamente en el apartado anterior, y de una manera resumida podríamos decir que el tutor de Medicina de Familia es el profesional especialista en esta área que, estando en servicio activo y acreditado como tal, es el referente del residente y el primer responsable de su proceso de enseñanza-aprendizaje.

En general, su función principal es planificar y ayudar activamente en el aprendizaje de las competencias, habilidades y actitudes del residente, garantizando, en la medida de lo posible, el cumplimiento del programa formativo de la especialidad, para lo que precisará estar coordinado con el resto de participantes en este proceso formativo.

La figura del tutor de residentes se ha ido consolidando en España a medida que ha ido evolucionando el sistema de formación sanitaria especializada (FSE), lo que ha supuesto una modificación en cuanto a las competencias a adquirir, junto a un aumento progresivo de funciones y responsabilidad en la formación del residente<sup>1</sup>.

Es una obligación del Sistema Nacional de Salud la profesionalización de la figura del tutor, existiendo un cierto consenso sobre esta necesidad. Sin embargo, a lo largo de todos estos años la actividad del tutor no se ha visto acompañada de los recursos ni de las medidas de apoyo necesarias para facilitar el proceso de tutoría de los residentes ni del reconocimiento de su labor<sup>2</sup>, a pesar de formar parte de las reivindicaciones expresadas por los mismos en múltiples foros y junto a las promesas realizadas por las instituciones responsables. En algunas comunidades autónomas ya se han empezado a regular de una manera reglada su figura y sus funciones<sup>1</sup>.

La función tutorial es complicada, ya que se trabaja con conceptos sensibles (destrezas, valores, sentimientos, actitudes...), donde hay que considerar la diversidad y particularidad de cada uno de los residentes, que, unido a la presión asistencial en las consultas y el escaso o nulo tiempo que hay para la docencia, hace que esta misión sea difícil y que el tutor se sienta a menudo insuficientemente preparado para poder realizarla<sup>3</sup>.

Las funciones del tutor vienen definidas en el artículo 11, apartado 2, del 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 FSE. En dicho apartado se especifica que: "Las principales funciones del tutor 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"<sup>4</sup>, sin olvidar la función de relación entre tutor y residentes y el resto de los profesionales que participan en la formación<sup>5</sup>.

Llevar a la práctica estas funciones supone conocer a fondo el programa formativo de la especialidad y realizar la formación mediante un protocolo que garantice tanto la supervisión como la responsabilidad de todas las actividades que realice el residente. Además, procederá a realizar la evaluación de este proceso de aprendizaje mediante la información que obtenga a través de las entrevistas que rea-

lice con otros tutores y profesionales que intervengan en la formación del residente, los resultados de las evaluaciones que el residente haya obtenido a lo largo de sus rotaciones y el proceso de evaluación formativa continuada que realice a lo largo de los múltiples encuentros formativos con el residente.

En un intento de esquematizar las funciones del tutor, estas las podemos dividir en tres grandes apartados:

- Respecto de los residentes asignados.
- Respecto del contexto de aprendizaje.
- Respecto de su formación y gestión como tutor.

### Respecto de los residentes asignados

1. Contribuir de manera activa en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente, garantizando que cumpla el programa formativo de la especialidad.
2. Establecer un contacto continuo con el residente, independientemente de la rotación que este esté realizando, a través de entrevistas periódicas estructuradas y pactadas donde ambos reflexionen sobre lo aprendido, lo que queda por aprender y cómo conseguirlo.
3. Favorecer el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidad y la capacidad investigadora del residente.
4. Acoger al personal residente a su llegada al centro para propiciar su integración en el mismo.
5. Informar y asesorar a los residentes que tiene asignados respecto a aquellos asuntos de interés y toma de decisiones que contribuyan a su desarrollo profesional, y en especial sobre las pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente<sup>6</sup>.
6. Elaborar, conjuntamente con la unidad docente, el plan individual de formación de cada uno de los residentes asignados, así como su seguimiento y evaluación.
7. Desarrollar la evaluación del residente a través de un proceso de evaluación continua, formativa y anual, en el que se tendrá en cuenta la adquisición de competencias profesionales, tanto asistenciales como de investigación y docencia. Para ello, deberá cumplimentar los informes o documentos normalizados.
8. Ayudar y supervisar la cumplimentación del Libro del Residente.
9. Elaborar las propuestas de rotaciones externas de sus residentes.
10. Intervenir en las incidencias, conflictos y/o problemas que puedan surgir a lo largo del pro- Mantener informada a la jefatura de estudios correspondiente del desarrollo de la formación y evaluación del residente.

### Respecto del contexto de aprendizaje

1. Representar a otros tutores en la Comisión de Docencia y en otros órganos colegiados de formación especializada cuando sean designados para ello.
2. Participar en los comités de evaluación cuando corresponda.

3. Mantener contacto con otros tutores, colaboradores docentes y profesionales que intervengan en la formación del residente, con los que analizará el proceso continuado de aprendizaje del residente. Esta información le ayudará a elaborar el informe de evaluación formativa.
4. Participar en la elaboración de la guía o itinerario formativo tipo de la especialidad y promover su divulgación.
5. Participar en la elaboración y/o revisión del protocolo de supervisión y responsabilidad del residente.
6. Contribuir activamente en el aprendizaje del residente a través del programa formativo de las competencias transversales.
7. Fomentar y participar en las líneas de investigación prioritarias del centro, involucrando en esta tarea a los residentes.

### Respecto de su formación y gestión como tutor

1. Participar en proyectos de investigación y asistir a actividades de formación continua relacionadas con la función tutorial para propiciar su desarrollo profesional.
2. Registrar las actividades tutoriales que haya realizado durante el desempeño de la acción tutorial en los documentos normalizados al efecto.

## COMPETENCIAS DEL TUTOR

Enseñar es uno de los deberes deontológicos más antiguos entre los médicos y así nos lo recuerda el Juramento Hipocrático: "... Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica...", por lo que debemos de ser conscientes del valor docente que tiene la figura del tutor con su ejemplo. Ser un buen tutor implica, antes que nada, esforzarse en ser un buen médico de familia, especialmente en cuanto a las actitudes y los valores. El residente incorporará muchas de las conductas habituales de su tutor y del centro donde se ha formado. Si, por ejemplo, en el centro es "normal" que los tutores no cumplan el horario, comenten a los pacientes en los pasillos, no participen en las sesiones o reciban regalos de la industria, el residente también lo puede incorporar como "normal"<sup>5</sup>.

Según la Real Academia Española, entendemos por competencia la pericia, aptitud o idoneidad que se tiene para hacer algo o intervenir en un asunto determinado. Esto conlleva tener conocimientos (saber), poseer habilidades (saber hacer), tener la motivación para hacerlo (querer hacer), al tiempo que se tiene la aptitud profesional y los medios (poder hacer). La adquisición de competencias es un proceso dinámico y longitudinal en el tiempo.

Las competencias que debe de adquirir un tutor, en cierta manera, vienen determinadas por las características que debe tener un tutor competente, las cuales las podemos esquematizar de la siguiente manera tal y como nos las presentan diferentes autores<sup>7,8</sup>:

1. Debe conocer diferentes métodos docentes y saber cómo y cuándo aplicarlos.
2. Debe tener habilidades docentes, tales como proporcionar el feedback adecuado al residente, mantener una relación fluida con él y hacerle reflexionar sobre el proceso formativo y su práctica asistencial.

3. Debe demostrar una adecuada actitud docente: con capacidad de autocrítica e interés y respeto por el residente.
4. Debe proporcionar al residente un ambiente de libertad para que descubra su propio estilo y pueda desarrollar sus habilidades de práctica profesional, con la supervisión oportuna.
5. Debe ser entusiasta en su trabajo y tener la capacidad de transmitirlo.

Ser tutor no es fácil, ya que no existe una formación específica para serlo y presuponemos que si llevamos a cabo un proceso docente de calidad vamos a obtener buenos resultados formativos, es decir, vamos a formar a unos buenos especialistas.

Bajo esta premisa, las competencias que debe adquirir un tutor para llevar a cabo el proceso formativo del residente de la mejor manera posible son<sup>9</sup>:

### Competencias clínicas

- Mantener una actualización continua en conocimientos y técnicas para considerarse un buen clínico.
- Saber trabajar en equipo e integrarse en él.
- Ser crítico y autocrítico.
- Ser organizado en el trabajo.
- Saber afrontar el estrés.
- Ser resolutivo.
- Mantener la ética profesional.
- Saber observar al residente.

### Competencias docentes

- Mantener la motivación para la docencia a lo largo del tiempo.
- Adquirir la capacidad de enseñar y saber transmitir el conocimiento.
- Tener disponibilidad para enseñar.
- Saber dejar hacer.
- Saber supervisar, evaluar y corregir.
- Potenciar la labor investigadora del residente.

### Competencias de relación

- Saber comunicar.
- Tener habilidades sociales.
- Saber escuchar y respetar.
- Ser paciente y asertivo.
- Tener capacidad de tolerancia y negociación.

En definitiva, el tutor debe ser un facilitador del aprendizaje, dotando al residente de una serie de recursos, utilizando todas las situaciones a las que se enfrente el residente como una oportunidad de mejora y motivándolo de manera que llegue a ser autónomo e independiente. Para ello, utilizará los métodos y técnicas que han demostrado ser eficaces, pero no dejará de utilizar otros métodos que puedan resultar útiles simplemente porque todavía no haya evidencia sobre su efectividad debido a que aún no se han realizado investigaciones al respecto.

## LIDERAZGO

El Diccionario Panhispánico de Dudas define líder como “la persona que dirige u orienta a un grupo, que reconoce su autoridad”. El fin del liderazgo ha de ser el poder influir de manera positiva en el grupo, facilitando la consecución de un objetivo, orientando sobre las tareas a realizar y además ayudando a hacerlas.

¿Es lo mismo un jefe que un líder? Podría darse el caso, pero habitualmente no es así, ya que el jefe posee una autoridad que le viene dada por la institución o empresa, mientras que el líder actúa en base a sus ideas y es reconocido como tal por las personas u organización donde desarrolla su liderazgo.

Dado que el líder dirige, orienta y facilita la consecución del objetivo, el tutor, dada su función de facilitador del aprendizaje del residente, debe ser un buen líder y para ello tiene que proponérselo, ya que el líder no nace, se hace<sup>10</sup>.

Dentro de los modelos de liderazgo, el llamado liderazgo situacional, desarrollado por Paul Hersey y Ken Blanchard, ha sido adaptado y desarrollado en el ámbito de la formación de tutores por Pilar Feijoo<sup>11</sup>. Estos autores consideran que un buen líder es capaz de estimar la motivación y la capacidad del liderado con respecto al objetivo a conseguir, lo que denominan nivel de madurez, así como adaptar el uso de su autoridad a dicho grado de madurez, que es lo que define el estilo de liderazgo.

Sánchez Santa-Bárbara y Rodríguez Fernández establecen cuatro niveles de madurez<sup>12</sup>, ponderando la motivación y la capacidad del individuo:

- M1: no puede, no quiere o es inseguro.
- M2: no puede, pero sí quiere.
- M3: puede, pero no quiere o es inseguro.
- M4: puede y quiere.

Estos niveles de madurez son dinámicos, ya que pueden variar en función de la situación u objetivo a conseguir.

En base a la orientación a la relación que establezca el tutor con el residente (alta o baja) y la orientación con respecto a la tarea a realizar (deber y responsabilidad), Feijoo y Pradana nos detallan los estilos de liderazgo<sup>13</sup>:

### Estilo impositivo

Se da en esos momentos en la relación con un residente en los que hay que confrontar un determinado comportamiento, poner freno a una conducta inaceptable o exigir un cambio.

Es importante marcar una distancia emocional para evitar que un estilo relacional comprensivo o amistoso sea confundido con tolerancia o permisividad. El tutor sabe poner límites a conductas manipulativas y consigue ser tomado en serio.

### Estilo persuasivo

El tutor ofrece guía y buen ánimo. Se trata de que el especialista en formación sienta motivación por la tarea y corrija sus errores gracias al apoyo y las explicaciones que recibe. El tutor se convierte en un atento entrenador y un dinámico enseñante (un *coach*).

### Estilo acercamiento

En esta situación, el tutor sabe detectar la existencia de algo que está bloqueando el buen rendimiento del tutorizado y se interesa por ello (lo explora). Excepcionalmente, no le preocupa que se haga la tarea, sino que el aprendiz se sepa comprendido y, de esa manera, apoyado (empatía, relación de ayuda).

### Estilo delegativo

El tutor entiende que se puede mantener al margen, dando al futuro especialista autoridad para hacer el trabajo como considere y organizándose a su manera. El tutor no está presente para dar instrucciones ni controlar estrictamente, y tampoco para abonar las relaciones amistosas ni para dar apoyo (aunque hará seguimiento de los resultados e intervendrá si surgen problemas)".

Estas mismas autoras<sup>13</sup> realizan una propuesta, de forma que establecen un estilo de liderazgo para cada nivel de madurez:

Nivel de madurez	Estilo de liderazgo
<b>M1: no puede, no quiere o es inseguro</b>	<b>Impositivo:</b> alta orientación a la tarea y baja orientación a la relación
<b>M2: no puede, pero sí quiere</b>	<b>Persuasivo:</b> tanto la orientación a la tarea como a la relación son altas
<b>M3: puede, pero no quiere o es inseguro</b>	<b>Acercamiento:</b> baja orientación a la tarea y alta orientación a la relación
<b>M4: puede y quiere</b>	<b>Delegativo:</b> baja orientación a la tarea y a la relación

Tanto el nivel de madurez como los estilos son dinámicos, ya que pueden variar en función de la situación u objetivo a conseguir.

#### Puntos clave

- Las funciones del tutor las podemos dividir en tres grandes apartados, las relacionadas con los residentes asignados, con el contexto de aprendizaje y con su formación como tutor.
- El tutor debe adquirir y poseer unas competencias clínicas, docentes y de relación para ejercer sus funciones.
- El tutor como líder debe ser capaz de estimar la motivación y adaptar el uso de su autoridad al grado de madurez del residente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte II): funciones y medidas para facilitar el desempeño de la tutoría. *Educación Médica*. 2021;22:287-93.
2. Fernández Pardo J, Saura J, Redondo MV, Vera C, Pérez Iglesias F. La formación de los formadores de residentes. Resultados parciales del estudio sobre la formación sanitaria especializada en España. *AREDA 2015. FEM*. 2015;18(Supl 2):S39-40.
3. González Anglada MI. *Guía del Tutor de Residentes*. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. 2018.
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. *BOE* núm. 45, de 21 de febrero de 2008. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183>.
5. CAMFIC. La tutorización de residentes. La fuerza del ejemplo. Colección "Reflexiones de la práctica cotidiana", núm. 11. Barcelona: Fundación Atención Primaria; 2016. [Consultado el 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: [http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM\\_6858.pdf](http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_6858.pdf).
6. Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. *BOE* núm. 31, de 6 de febrero de 2017.
7. Saura Llamas J. Cómo puede convertirse un tutor en un docente efectivo. *Aten Primaria*. 2007;39(3):151-5.
8. Boendermaker PM, Schuling J, Meyboom-de Jong BM, Zwierstra RP, Metz JC. What are the characteristics of the competent general practitioner trainer? *Fam Pract*. 2000;17(6):547-53.
9. Saura Llamas J, Sebastián Delgado ME, Martínez Garre N, Leal Hernández M. Perfil y competencias del tutor de residentes de las especialidades hospitalarias de Murcia (España). *Rev Med La Paz*. 2014;20(2):30-42.
10. O'Keeffe DF. Leadership. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2012;24(6):436-9.
11. Feijoo Portero P. El liderazgo en el proceso de enseñanza-aprendizaje. En: Millán J, Palés JL, Morán-Barrios J. *Principios de Educación Médica*. 1.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.
12. Sánchez Santa-Bárbara E, Rodríguez Fernández A. 40 años de la teoría del liderazgo situacional: una revisión. *Rev Latinoam Psicol*. 2010;42(1):29-393.
13. Feijoo Portero P, Pradana Carrión ML. Liderazgo en la Relación Tutor Residente. En: *Formación semFYC. Actualización en herramientas y recursos docentes para tutores*. Nivel básico. 3.ª ed. 2022.



**COMPETENCIAS**  
DEL **TUTOR** DEL  
**RESIDENTE** DE FAMILIA