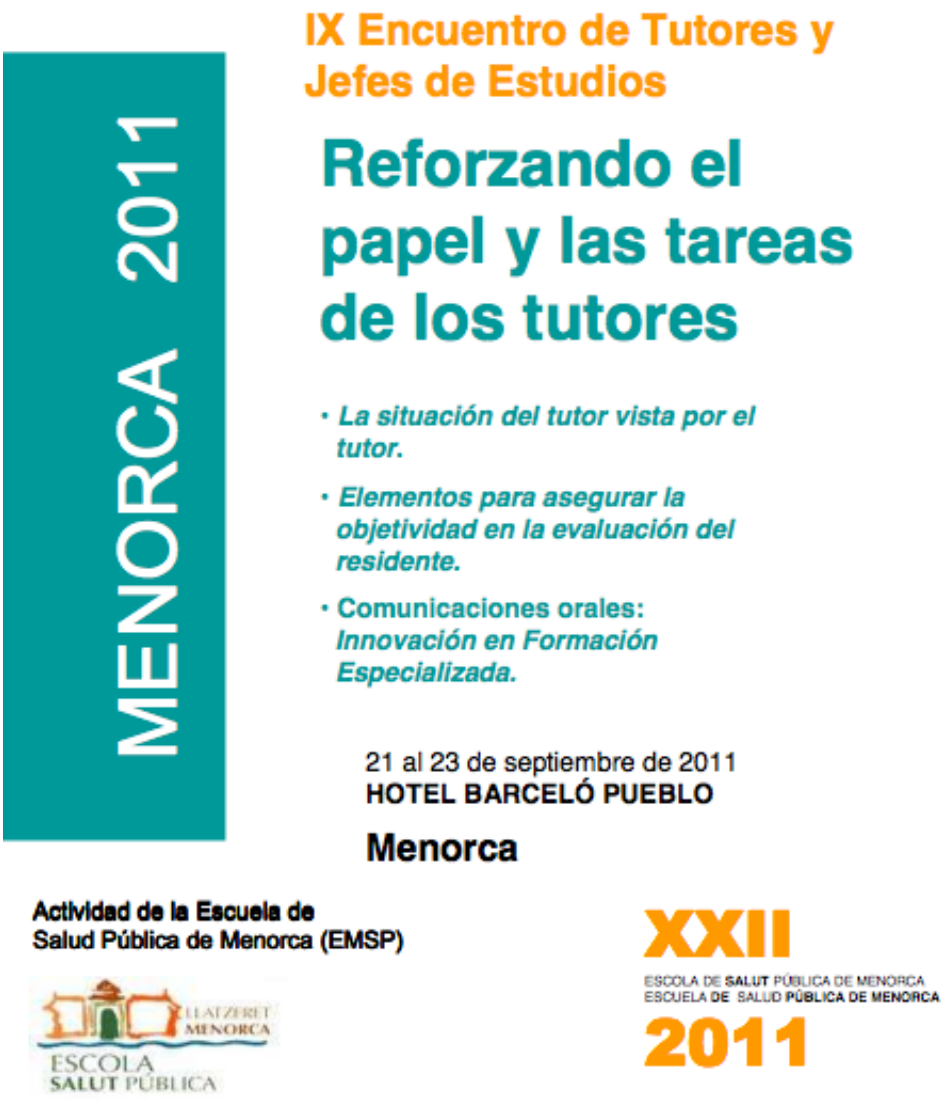

DOCUMENTO BASE I:

La situación del tutor vista por el tutor

Coordinadores del Grupo de trabajo:
Juan Oscar Romanillos Arroyo (Areda-Guadalajara)
Fernando Pérez Iglesias (Areda)
Javier Mateos Hernández (Areda-Guadalajara)

Participantes en el grupo de consenso

- BEDMAR NOGUEROL, MARTA
- BERMUDEZ DE LA VEGA, ISABEL
- BOTELLA MARTINEZ, CARMEN
- CAMPELO BARCIA, ENCARNA
- DE LA HOZ CADALLER, MARIA BELEN
- FORTEZA ALBERTI, JOSE FRANCISCO
- GORDILLO URIZAL, EMILIO SANTIAGO
- JULIAN JIMENEZ, AGUSTIN
- LLITERAS ARAÑO, MIGUEL
- LOPEZ LOPEZ, ANTONIO
- MARTINEZ LADERAS, VICTOR
- MASIA, ANTONIO
- MICO PEREZ, RAFAEL
- MONZO NUÑEZ, ELISABETH
- MUÑOZ DAVILA, Mª JOSE
- MUÑOZ SECO, ELENA
- NAVARRO MATEU, FERNANDO
- OJEDA FEO, JOSE
- OBERGUGGENBERGER RAINER
- PASCUAL AMOROS, Mª ANTONIA
- PEREZ IGLESIAS, FERNANDO
- PEREZ LAORDEN, ANA
- ROMANILLOS ARROYO, JUAN OSCAR
- RULL ORTUÑO, ANTONIO RAMON
- SEGURA MARIN, FEDERICO
- TUTOSAUS GOMEZ, JUAN DAVID
- VAZQUEZ BARRO, JUAN CARLOS

Contenido

I. LA SITUACIÓN DEL TUTOR VISTA POR EL TUTOR 5

A. La noble tarea de formar profesionales sanitarios 5

B. La formación humana de los profesionales sanitarios 6

C. Una breve historia de la tutoría en FSE en España vista por un tutor. 7

D. D El tutor, dinamizador de la formación especializada en un entorno cambiante y en crisis 9

II. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN 11

A. Análisis DAFO 11

B. Fortalezas 14

a) Calidad y voluntad de los profesionales tutores. 14

b) Prestigio y consolidación del SNS y del Sistema MIR. 15

C. Debilidades 17

1. NIVEL PROFESIONAL DEL TUTOR 17

a) Historia previa ignorando a los tutores. 17

b) Imagen de los tutores en el sistema como un subproducto de la asistencia que no precisa dedicación específica. 17

c) Riesgo de agotamiento de la entrega profesional. 17

d) Falta de tiempo explícito para la labor tutorial. 19

e) Falta de formación explícita para la labor tutorial. 21

f) Falta de reconocimiento explícito de la labor tutorial. 22

g) Riesgo de provisionalidad en la labor tutorial. 23

2. NIVEL DE RELACIONES EN EL ENTORNO DEL TUTOR 23

a) Con los Residentes 24

b) Con otros Tutores de residentes 24

c) Con otros Colaboradores en la Docencia 24

d) Con los Jefes de Servicio 25

e) Con los Jefes de Estudios y Comisiones de Docencia (CD) 25

f) Con las Direcciones Gerentes locales y autonómicas 26

D. Amenazas 27

1. CONTEXTO POLÍTICO, SOCIO-SANITARIO Y ECONÓMICO 27

a) Contexto Político. 27

b) La sociedad ha cambiado y el sistema sanitario ha cambiado. 27

c) La recesión económica. 28

2. EL PERFIL MIR ESTÁ CAMBIANDO 28

a) El modelo MIR ha cambiado. 28

E. Oportunidades 30

1. VOLUNTAD SANITARIA DE MEJORAR LA CALIDAD DE LA FSE: LEGISLACIÓN 30

a) Sanitaria 30

b) Formación de Especialistas 30

c) Metodologías de evaluación 31

d) Oportunidades de desarrollos docentes pendientes 31

2. PROFESIONALISMO 32

3. INTERÉS POR LA EDUCACIÓN MÉDICA 32

4. DESARROLLO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN 33
III. ESTRATEGIAS DE MEJORA 34
A. Estrategias defensivas [FA] 34
a) Revitalizar el sistema MIR 34
b) Atención sanitaria coste-efectiva 35
B. Estrategias ofensivas [FO] 36
a) La Formación Sanitaria Especializada: Objetivo estratégico de los Servicios de Salud 36
C. Estrategias de supervivencia (adaptativas) [DA] 37
a) Gestión emocional correcta 37
b) Consolidación de los tutores 37
c) Conseguir financiación y presupuesto para la Docencia 37
D. Estrategias de reorientación [DO] 38
1. NIVEL PROFESIONAL DEL TUTOR 38
a) Reconocimiento de los tutores 38
2. NIVEL DE RELACIONES EN EL ENTORNO DEL TUTOR 39
a) Estrategias de reorientación con los Residentes 39
b) Estrategias de reorientación con otros Tutores de residentes 39
c) Estrategias de reorientación con otros Colaboradores en la Docencia 40
d) Estrategias de reorientación con los Jefes de Servicio 41
e) Estrategias de reorientación con los Jefes de Estudios y CCDD 42
f) Estrategias reorientación con las Direcciones Gerentes locales y autonómicas 43
IV. MATRIZ DAFO FINAL 44
V. BIBLIOGRAFÍA 45
VI. ABREVIATURAS 46
VII. Anexo-1: I Jornada de Docencia Tutores de Guadalajara 47
Anexo-2: Tablas del Trabajo de J. Galcerá (2010) 49

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1. Logotipo Asamblea de Tutores de Residentes de Guadalajara 9
Tabla 1. Matriz DAFO 11
Tabla 2. Resumen del análisis DAFO de la acción tutorial. 13
Tabla 3. Cambios en el modelo MIR 28
Tabla 4. Resumen de epígrafes del análisis DAFO y estrategias de la acción tutorial. 44

I. LA SITUACIÓN DEL TUTOR VISTA POR EL TUTOR

"Si es importante e inaplazable la noble tarea de atención y cuidado de los enfermos, lo es más aún la de formar en excelencia a sus profesionales".
(Un tutor MIR)

A. La noble tarea de formar profesionales sanitarios[1]

La noble tarea de formar profesionales sanitarios en la excelencia con una alta calidad moral y humana recae en la etapa de pregrado en la **Universidad**, la escuela de profesionales por antonomasia, y durante la etapa de postgrado además recae en numerosos, cualificados y altruistas profesionales **tutores** "*que, estando acreditados como tales, tienen la misión de* ***planificar y colaborar activamente en el aprendizaje*** *de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente, con el fin de* ***garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad*** *de que se trate*" (R.D. 138/2008).

Desde antiguo es "*profesor*" aquel educador **que asume públicamente el cometido de formar profesionales.** La sociedad sabe que en las manos de los *profesores* está el futuro de sus ciudadanos, lo más valioso que cree poseer: la vida de las jóvenes generaciones y, por tanto, su propio futuro y destino. Ni que decir tiene que los **tutores de formación especializada** también asumen hoy esta noble tarea.

El "*profesor*" **es el profesional por antonomasia, es el profesional de los profesionales.** Si éstos tienen en sus manos un enorme poder social, cuánto más aquéllos. **Su responsabilidad es máxima**. Ésa es la razón de que en las sociedades tradicionales gozaran de evidentes privilegios por parte del Estado y de la ciudadanía. Eso ha hecho que siempre se les exigiera, en contrapartida con los privilegios, una ***alta calidad moral y humana***. De los profesionales se esperaba que fueran ***intachables y que aspiraran de continuo a la excelencia*****.** Sus **obligaciones morales** en su **actividad profesional** se consideraban mayores que las del común de la población: a) no se consideraba un comercio sino un servicio público, a diferencia de los oficios, y b) con carácter estrictamente altruista, en vez de interesado. Eso concedía a los profesionales una gran dignidad moral.

Sí, eso **ha sido así hasta hace poco tiempo, pero ya no lo es**. Se mantiene, quizá, el **privilegio** mayor y más importante, la gestión del poder, **la normativización de la vida de las personas**, el rol de mando y gobierno de los individuos y las sociedades**.** Eso es inalienable, va unido de un modo necesario al **rol profesional.** Y debe ir unida a él también la **excelencia técnica y humana.** Toda sociedad quiere que los mayores poderes estén en manos de las mejores personas. En esto las cosas no han variado. Un profesional debe verse siempre como lo que es, un **privilegiado**, detentador de enorme poder social y, por ello mismo, investido de una **gran autoridad**, pero también de **abrumadora responsabilidad**: la de decir a los demás lo que tienen que hacer, o cómo tienen que vivir. Y debe ir unida a él también la

[1] Este texto está extractado y con modificaciones de la conferencia: "*Nueva misión de la universidad*" impartida por el Prof. Dr. **Diego Gracia Guillén**, Catedrático de Historia de la Medicina, y Profesor de Bioética como Lección inaugural Curso Académico 2007-08 en la Universidad Complutense de Madrid.

excelencia técnica y humana. Los tutores tenemos en nuestras manos el encargo de transmitir estos valores profesionales para el buen funcionamiento del Sistema Sanitario.

Los tutores de especialistas internos residentes –EIR– (MIR, FIR, BIR, QIR, PIR) no podemos olvidar que desempeñamos una función social, que tenemos un encargo de la sociedad, que nos ha confiado buena parte de lo que para ella es más querido. En este sentido los tutores somos depositarios y transmisores del nuevo profesionalismo, entendido como la respuesta a un reto: hacer más explícito el contrato social de la profesión sanitaria con la sociedad. El profesional sanitario es la humanidad en la que se deposita el aspecto sufriente de nuestros ciudadanos.

B. La formación humana de los profesionales sanitarios

Se demuestra nuestra confusión, cuando no ignorancia supina, en *el* ***tema de los valores***, quizá el fundamental en todo proceso formativo**. *Valor intrínseco* es el que tiene valor en sí o por sí mismo, no por referencia a otro o a otra cosa** (éstos otros son los *valores instrumentales*). El filósofo británico del siglo XX, George Edward **Moore,** encontró un modo muy simple de **identificar** los valores intrínsecos. Se trata de pensar en un mundo en el que una determinada cualidad faltase, y ver si nos parecería que habíamos perdido algo importante. Podemos pensar en un mundo en el que desaparecieran la belleza, o la justicia, o la paz, o el amor, o la salud, o la vida, etc. *Pues bien, si todas esas cosas nos parecen imprescindibles en un mundo de seres humanos bien ordenado, esos son valores en sí, valores intrínsecos*. Por más que no existan completamente realizados, **esos valores intrínsecos son los que dan sentido a nuestras vidas y los que definen nuestras obligaciones éticas**.

Todo ***sistema educativo*** tiene que poner el máximo empeño en la formación rigurosa y precisa en el mundo de las **técnicas** y, por tanto, también en los **conocimientos** científicos que les sirven de base. Un ***profesional*** **es una persona con una correcta formación técnica, que le capacite para manejar adecuadamente, en servicio de la sociedad, algunos de esos valores llamados instrumentales**. No puede ser buen profesional quien no sea buen técnico, **técnico cualificado**. **¿Pero es esto todo?** Ésta es la cuestión. Porque **los valores instrumentales han de estar siempre al servicio de los valores llamados intrínsecos**. Un profesional no puede serlo adecuadamente si además de dominar una o varias técnicas, de servir a uno o varios valores instrumentales, no tiene en cuenta los valores intrínsecos a los que aquéllos sirven o de los que dependen.

La práctica sanitaria es cada vez más compleja pero no deja de ser un privilegiado campo para la realización de valores, valores que frecuentemente entran en conflicto en la relación asistencial. La **deliberación**, desde el tiempo de Aristóteles, es el proceso mental por el que se analizan los hechos del caso, los valores en conflicto, las circunstancias y consecuencias previsibles, en orden a tomar una ***decisión prudente***. Nadie nos puede exigir

que no hagamos cosas mal sin querer, o que no nos equivoquemos. **Lo que puede y debe pedírsenos es que seamos prudentes**.

En eso habría que centrar la formación humana de nuestros residentes, los futuros profesionales. **Quien no sepa deliberar sobre los valores intrínsecos e incluirlos correcta o prudentemente en sus decisiones, no será nunca un buen profesional**, por mucha técnica que sepa, mucho dinero que gane o mucho éxito que tenga en la vida.

Para el logro de una medicina de calidad, no se necesita únicamente que el médico sea un ***buen médico*****,** sino que además sea un ***médico bueno***; un médico que ***persigue la excelencia profesional***, es decir, conseguir que su actividad profesional no sólo sea correcta a nivel científico-técnico sino además éticamente adecuada. Ésta es, también, nuestra misión de tutores en la formación humana de los residentes: somos transmisores de valores y responsables de la formación ética de los especialistas en formación.

C. Una breve historia de la tutoría en FSE en España vista por un tutor.

El **Sistema de Formación Sanitaria Especializada (FSE)**, por el método de **residencia**, se implantó en España como ***sistema formativo único y obligatorio a partir del RD 127 de 1984***, respondiendo a demandas de los propios residentes y de especialistas de una gran parte de los hospitales punteros del país, que hicieron valer la supremacía de este sistema sobre otras alternativas formativas ya existentes, vinculadas a la universidad y a los colegios profesionales.

El nuevo sistema se basó en la formación de especialistas en centros y servicios asistenciales acreditados y de calidad, compartiendo trabajo y aprendiendo de los demás profesionales de la unidad asistencial. El residente se formaba al "permanecer" en las unidades asistenciales acreditadas, como decía el RD. La norma asignaba, además, a las **Comisiones Nacionales de Especialidad** (**CC.NN.EE.**) la tarea de *elaborar los itinerarios formativos* que debían seguir los residentes, itinerarios que se articulaban con estancias temporales en diversas estaciones asistenciales, encomendando además a las comisiones la necesidad de *fijar los objetivos* a alcanzar en cada estación. No establecía ninguna figura formativa concreta con la responsabilidad de tutelar directamente la formación o de procurar la consecución de los citados objetivos y citaba a un impreciso **responsable de la Unidad Docente** como el encargado de gestionar todo el proceso. Los tutores no existieron de forma legal para las autoridades ministeriales hasta 20 años después, con la **Orden de 22 de Junio de 1995**, en que **se perfila por primera vez al tutor y al jefe de estudios**, con sus obligaciones y responsabilidades, pero ejerciendo tutoría y jefatura "sin menoscabo de la actividad profesional del interesado" y dentro de la jornada normal de trabajo, sin ningún tipo de reconocimiento laboral o curricular.

Los **programas de las especialidades**, elaborados por las respectivas CC.NN.EE., fijaron *poco y mal los objetivos para cada fase del itinerario formativo* y sobre todo obviaron

también la tutela formativa, *ignorando totalmente la figura del tutor*, al que ni siquiera nombraban, lo que sucedió en las sucesivas actualizaciones de los programas, apareciendo solamente algunas referencias al tutor en la última edición y solo en algunos programas. Los tutores no existieron por tanto de forma legal para las autoridades ministeriales hasta la Orden de 22 de Junio de 1995 y aún así con escaso reconocimiento y apoyo, y para muchas CC.NN.EE. los tutores aún no existen.

La realidad en los lugares de formación era otra. En los servicios asistenciales, desde los primeros momentos del nuevo sistema, ***el responsable del Servicio*** descarga la tarea de tutelar en todos los profesionales del servicio, y la gestión docente se adjudicó a un profesional interesado en la docencia, al que en general se le denominó "***tutor***". Estos profesionales-tutores, sin formación específica ni pautas de referencia, más que la de los servicios en donde se habían formado, organizaron la adaptación local de los programas formativos, haciendo su seguimiento como mejor podían, sin tiempo específico reconocido, con escasos medios y sin apoyo institucional, y por supuesto sin reconocimiento profesional ó laboral de esta función. Así fue como las primeras generaciones de tutores estuvieron varios lustros sin ningún respaldo ni reconocimiento legal y, aún así, el sistema de formación español alcanzó un gran prestigio, nacional e internacional. El ***voluntarismo desinteresado*** fue la característica común de aquellas generaciones de tutores y, si bien muchos profesionales abandonaron la tutoría totalmente frustrados por la falta de apoyo, la mayoría siguió ejerciendo su compromiso como podían, convencidos de la importancia social de su labor, pero siendo conscientes de que su responsabilidad legal era escasa ó nula, en un sistema que ni siquiera reconocía su existencia.

En el año **2003, con la LOPS**, se quiso dar un salto de calidad en la organización de la FSE. Se diseña un sistema en el que, entre otros objetivos, *se busca que la formación especializada pase de ser un mero cumplimiento de itinerarios, a un cumplimiento de objetivos formativos*. Y con este simple planteamiento la figura del tutor pareció revalorizarse sobremanera. La LOPS, aunque trata poco sobre los tutores, *les cita por primera vez a través de una Ley*, validando su existencia y su importancia al reconocerlos como una figura de gestión clínica, determinando el necesario reconocimiento laboral y profesional de tal papel. Este reconocimiento en una normativa del máximo rango obligó a las normas de desarrollo de la LOPS a pormenorizar las funciones y responsabilidades del tutor, sobre todo en el **RD 183/2008**, y además se pasa a considerar la asignación de tutor, como un derecho del residente en el **RD 1146/2006 ó Estatuto del Residente**. Pero, si bien los campos de ***funciones y de las responsabilidades del tutor*** se desarrollan ampliamente en la nueva *legislación estatal*, ***la normativa supletoria encargada de facilitar tales funciones***, el reconocimiento profesional y laboral de la nueva tarea de gestión, así como los procedimientos de nombramiento y certificación de los tutores se deja para las *administraciones autonómicas*. Y, de nuevo, nos encontramos aquí, ahora en el terreno autonómico, con la misma lentitud y cicatería de siempre, a la hora de reconocer y facilitar el papel que desarrollan tutores y jefes de estudios. En el momento actual, 3 años después de la publicación del RD 183/2008 que fijaba un plazo máximo de un año para que las autonomías publicaran normativas que regularan los temas pendientes sobre la tutoría, no podemos decir más que los tutores hemos sido de nuevo defraudados. La escasa normativa

publicada en algunas autonomías, es ambigua, imprecisa y para nada cumple las expectativas de reconocimiento efectivo que había delimitado la LOPS. Y lo cierto es que, **tras ocho años del inicio del nuevo desarrollo normativo para la FSE, el balance para los tutores es francamente pobre, y en algunos aspectos podría considerarse negativo**, ya que nos encontramos en un nuevo escenario en el que las **responsabilidades** del tutor son nítidas y precisas, tanto ante los residentes como ante la sociedad, imprescindibles para el salto de calidad que diseña la LOPS, pero el **reconocimiento efectivo** del papel del tutor por parte del sistema sanitario, sobre todo a nivel autonómico, imprescindible para el ejercicio de tales funciones, es impreciso y escaso, muy por debajo de las expectativas creadas y del nivel de responsabilidad que se ha hecho recaer sobre los tutores.

Se hace por tanto necesario una revisión en profundidad, de una forma ordenada, de la situación de los tutores en el nuevo escenario formativo y un análisis de sus posibilidades de futuro, teniendo además en cuenta la complejidad de la situación actual.

D. El tutor, dinamizador de la formación especializada en un entorno cambiante y en crisis

Pasadas más de cuatro décadas de formación de residentes o formación sanitaria especializada (FSE), los tutores, como dinamizadores de la formación especializada,hemos visto muy ***incrementadas*** nuestras ***funciones*** y la exigencia de ***competencias***, pero esta ***responsabilidad*** no ha ido acompañada del tiempo necesario para realizarla, ni de la formación exigible y exigida, ni del reconocimiento proporcional a la labor, y nuestra opinión no parece ser tenida muy en cuenta. Estamos tan acostumbrados a que los tutores realicen de forma eficiente y callada su labor de formar profesionales sanitarios, que esta ***función vital para el SNS***, se diría que "sale sola", como el aire para respirar. Nada más lejos de la realidad. El coste humano y profesional de los tutores de sentirse en "***voluntarismo permanente***" está próximo a quebrarse, y con ello, la formación de calidad de profesionales sanitarios.

La fuerza vocacional impulsora del tutor en los inicios, como auténtica "*relación de acompañamiento a sus residentes al pie de la cama del paciente*", corre serio peligro de irse apagando. (Ilustración 1: Logotipo *idealista* elegido por la Asamblea de Tutores de Residentes de Guadalajara-Castilla La Mancha).

Ilustración 1. Logotipo Asamblea de Tutores de Residentes de Guadalajara

Y, sin embargo, con la experiencia acumulada, es más necesario que nunca que los Tutores alcemos nuestra voz, como un día de 2001 lo hicieron en Granada los Jefes de Estudios, como protagonistas activos en los nuevos escenarios y sistemas de FSE de los futuros profesionales. Varios autores han publicado ya estudios de opinión de los tutores acerca de sus funciones y la percepción de su situación (F Pérez, 2004, J Morán 2003, 2007; J Galcerá, 2010).

Con los ojos puestos en el residente, los tutores hemos sido el ***verdadero eje dinamizador*** (a menudo anónimo),que ha velado por convertirlo en un profesional con formación teórica, práctica y ética. Hemos afrontado los desafíos de un entorno cambiante y en crisis, casi siempre, sin los medios necesarios.

Pero la formación de especialistas sanitarios que enmarca la legislación actual, aspira a la excelencia, y eso exige un ***gran esfuerzo y sacrificio personal y del SNS***, un noble compromiso colectivo, un auténtico reto y proyecto en equipo, un ***esfuerzo de gestión, colaboración y de coordinación a todos los niveles*** (estatal, autonómico y local), especialmente en tiempos de crisis de modelo (troncalidad), crisis económica, crisis social y crisis de valores.

Toda crisis supone una oportunidad…, según nos recuerda Albert Einstein:

"No pretendamos que las cosas cambien si seguimos haciendo lo mismo. ***La crisis es la mejor bendición*** *que puede sucederle a personas y países porque* ***la crisis trae progresos****.* ***La creatividad nace de la angustia*** *como el día nace de la noche oscura. Es en la crisis que* ***nace la inventiva****, los descubrimientos y las grandes estrategias.* ***Quien supera la crisis se supera a sí mismo*** *sin quedar "superado".*

Quien atribuye a la crisis sus fracasos y penurias, violenta su propio talento y respeta más a los problemas que a las soluciones. ***La verdadera crisis*** *es la crisis de la* ***incompetencia****. El inconveniente de las personas y los países es la pereza para encontrar las salidas y soluciones.* ***Sin crisis no hay desafíos****, sin desafíos* ***la vida es una rutina****, una lenta agonía. Sin crisis no hay méritos. Es en la crisis donde aflora lo mejor de cada uno, porque sin crisis todo viento es caricia.*

Hablar de crisis es promoverla, y callar en la crisis es exaltar el conformismo. En vez de esto ***trabajemos duro****.* ***Acabemos de una vez con la única crisis amenazadora que es la tragedia de no querer luchar por superarla****".*

II. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

A. Análisis DAFO

Para facilitar la valoración y el debate utilizaremos el análisis DAFO o FODA (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) o SWOT en inglés (*Strengths, Weakness, Opportunities and Tretas*) que nos permite conocer la situación real en que se encuentra una organización (su uso es habitual en el mundo empresarial y de la calidad). Consiste en identificar, medir y sintetizar en una tabla resumen, la evaluación de los ***puntos fuertes y débiles*** internos de una actividad–en nuestro caso la labor Tutorial–que son los modificables, junto a las ***amenazas y oportunidades*** que existen en el entorno y que afectan directamente al funcionamiento y cumplimiento de los objetivos –en nuestro caso la formación sanitaria especializada (FSE)– que no son o son menos modificables.

Es importante **abordar ordenadamente el proceso**, de forma que se discuta a fondo cada una de las dimensiones (DAFO) por separado. ***Evitar duplicar el mismo concepto en diferentes cuadrantes***. Se pueden **puntuar** los diversos ítem para estimar la importancia ponderada que el grupo concede a cada uno y su peso en las conclusiones del documento. La matriz DAFO nos permite una visión global de la situación actual y real de la organización.

Es importante que este análisis que parte de un documento base, se ha completado **de manera participativa** en el encuentro de Mahón incorporando de manera representativa pluralidad de puntos de vista. La **posterior definición de objetivos** se realizará sobre bases de consenso e identificación con ellos.

Las **acciones de mejora** deben lograr un adecuado ajuste entre las capacidades internas y las condiciones externas elaborando estrategias de actuación, (Tabla 1):

- Estrategias OFENSIVAS: potenciar las Fortalezas para aprovechar las Oportunidades
- Estrategias DEFENSIVAS: potenciar las Fortalezas para minimizar las Amenazas
- Estrategias de SUPERVIVENCIA: superar las Debilidades para minimizar las Amenazas
- Estrategias de REORIENTACIÓN: superar las Debilidades aprovechando las Oportunidades

Tabla 1. Matriz DAFO

Análisis externo (CONTEXTO) ➔ Análisis interno (LABOR TUTORIAL)🡻	Amenazas (A)	Oportunidades (O)
Fortalezas (F)	Estrategias DEFENSIVAS (FA)	Estrategias OFENSIVAS (FO)
Debilidades (D)	Estrategias ADAPTATIVAS o de SUPERVIVENCIA (DA)	Estrategias de REORIENTACIÓN (DO)

Se realiza una lista de los factores clave internos (FD) y externos (AO) que influyen en la FSE y la acción tutorial (etapa 1). Se cumplimenta el resto de cuadrantes (etapa 2) para generar todas las ***estrategias alternativas viables*** *específicas* (más que generales), y no sólo para seleccionar ni determinar qué estrategias son las mejores (no todas las estrategias desarrolladas en una matriz DAFO serán seleccionadas para su aplicación). Incluir un tipo de anotaciones como "F1, O2", después de cada estrategia de la matriz, revela la lógica que sustenta cada una de las estrategias alternativas.

De la combinación de fortalezas con oportunidades surgen las *potencialidades* (FO), las cuales señalan las líneas de acción más prometedoras para la organización. Las *limitaciones*, determinadas por una combinación de debilidades y amenazas (DA), colocan una seria advertencia. Los *riesgos* (combinación FA) y los *desafíos* (DO), exigirán una cuidadosa consideración para determinar el rumbo de la organización.

Todos los gerentes querrían que sus organizaciones estuvieran en una posición donde pudieran usar las fortalezas internas para aprovechar las oportunidades externas, FO .Por regla general, las organizaciones siguen a las estrategias de DO, FA o DA para colocarse en una situación donde puedan aplicar estrategias FO. Cuando una organización tiene debilidades importantes, luchará por superarlas y convertirlas en fuerzas. Cuando una organización enfrenta amenazas importantes, tratará de evitarlas para concentrarse en las oportunidades.

Tabla 2. Resumen del análisis DAFO de la acción tutorial.

	Análisis interno (LABOR TUTORIAL)⬇	**Análisis externo (CONTEXTO) ⬇**
+	**FORTALEZAS (F):** • Calidad de los profesionales tutores. • Prestigio y consolidación del SNS y del Sistema MIR. • Voluntad política de mejorar la calidad de la FSE.	**OPORTUNIDADES (O):** • Voluntad sanitaria de mejorar la calidad de la FSE: Legislación (estatal y autonómica; sanitaria y docente). • Profesionalismo. • Interés por la Educación Médica. • Desarrollo de las tecnologías de la información.
–	**DEBILIDADES (D):** • NIVEL PROFESIONAL DEL TUTOR. a. Historia previa ignorando a los tutores. b. Inercia de la organización considerando a la docencia un subproducto de la asistencia que no precisa dedicación especifica. c. Riesgo de agotamiento de la entrega profesional d. Falta de tiempo explícito para la labor tutorial e. Falta de formación explícita para la labor tutorial f. Falta de reconocimiento explícito de la labor tutorial g. Riesgo de provisionalidad en la labor tutorial • NIVEL DE RELACIONES EN EL ENTORNO DEL TUTOR. a. Con los Residentes b. Con otros Tutores de residentes c. Con otros Colaboradores en la Docencia d. Con los Jefes de Servicio e. Con los Jefes de Estudios y CD f. Con Direcciones Gerentes locales y autonómicas	**AMENAZAS (A):** • Contexto Político • La sociedad y el sistema sanitario ha cambiado. • La recesión económica. • El modelo MIR ha cambiado.

B. Fortalezas

a) Calidad y voluntad de los profesionales tutores.

- Profesionales ***en activo con el perfil clínico de la especialidad*** que se adecúa al perfil profesional diseñado por el programa formativo de cada especialidad (RD 183/2008 art.11).
  - acreditados por el Gerente de la institución desde la CD, a propuesta del Jefe de Servicio, normalmente son elegidos entre profesionales con cierto grado de competencia y experiencia.
  - importante interés por la docencia y capacidad de comunicación y motivación a los residentes y resto de miembros del servicio.
  - Perfil del tutor:
    - Edad: 45±7 años; 69% varones (J. Galcerá, 2010)
    - Funciones: 77% adjuntos, 15% Jefes de Sección, 6% Jefes de Servicio (F. Pérez, 2004).

- Profesionales con ***vocación docente*** a pesar de exigencias crecientes.
  - ser Tutor es una labor apasionante y ofrece una satisfacción extraordinaria: la de contribuir decisivamente en la formación especializada de los profesionales sanitarios en su inicio clínico, docente e investigador.
  - un inexplicable entusiasmo, firme disposición y un sólido compromiso, asumido desde la llamada docente y la ética social, permiten al tutor seguir "*remando contra viento y marea*".
  - esta noble tarea suele "enganchar" durante largo tiempo, mientras las fuerzas y la ilusión acompañan, o hasta que se hace sano y necesario el oportuno relevo…

- ***Liderazgo*** de los Tutores:
  - con sus Residentes, ya que sienten el fuerte compromiso con ellos,
  - normalmente el tutor cuenta con la aprobación del Jefe de Servicio, que le ha propuesto para el cargo y existe un adecuado nivel de colaboración,
  - el tutor suele tener buena consideración y relación con los miembros del Servicio, con los que establecerá alianzas para conseguir su implicación en la docencia de los residentes.

- ***Eficiencia de gestión*** para *garantizar el cumplimiento del Programa Formativo* de la Especialidad.
  - Tutores que cumplen la letra de la ley ("obligaciones legales vs burocracia") pero sobre todo cumplen el espíritu de la ley ("al pie del residente").

- ***Buenos tutores, que aspiran a ser mejores tutores, tutores en excelencia***:
  - tutores con elevado espíritu altruista,
  - tutores que no se echan atrás a pesar de las dificultades,
  - tutores que "*sacan las castañas del fuego*",

- tutores que transmiten e inspiran los valores que conducen la nobleza de los residentes,
- tutores que forjan durante años profesionales sanitarios tejiendo conocimientos, habilidades y actitudes, con una gran dedicación, esfuerzo y sacrificio personal,
- tutores que ante las deficiencias organizativas se autoforman, y buscan la relación con otros tutores como necesidad.
- tutores con mucha paciencia (pero no ilimitada),
- (aprovechemos este "lujo de tutores", antes de que sea demasiado tarde).

- La relación tutor-residente es el eje fundamental del proceso formativo del residente. Además la especificidad de la tarea del tutor exige un trabajo exhaustivo y complejo (pormenorizado en las funciones –unas 20– y competencias –unas 12– recogidas en la legislación). Por ello, ***la labor del tutor ha de ser adecuadamente reconocida e incentivada***.

  - ¿Alguien conoce al **tutor ideal**? *"Es aquel reconocido explícitamente, es respetado, tiene tiempo y recursos, está formado (metodología de educación y gestión), no está solo y sus colegas colaboran en la tarea formativa, es el motor de cambio y el garante ante la sociedad de las competencias de los especialistas que se forman en su servicio. En definitiva un verdadero líder. Deberíamos reflexionar en nuestras organizaciones sobre el enorme valor de un Tutor que, venciendo múltiples resistencias, es capaz de diseñar un programa formativo, desarrollarlo y evaluarlo a fin de formar mejores médicos. Esta tarea que puede llevar varios años es poco reconocida en nuestro sistema ya que es difícil explicitarla…"*

    (Morán, 2007).

b) <u>Prestigio y consolidación del SNS y del Sistema MIR</u>.

– Un ***SNS consolidado*** y positivamente valorado por la sociedad y fuera de nuestras fronteras.

– Un ***sistema MIR*** de formación de especialistas sanitarios (FES) consolidado, con reconocimiento internacional y con una ***alta valoración de los profesionales sanitarios***.
  - Profesionales con capacidad para readaptar la docencia en función de los cambios sociales y científicos y el perfil del nuevo profesional sanitario demandado.
  - Identificación de los profesionales con el Sistema MIR.

– Sistema MIR con cada vez más ***clara organización y regulación*** –aunque más compleja, con mayores responsabilidades– permite definir mejor las funciones de

todos los implicados en el proceso de la FSE y los derechos y obligaciones del residente y del tutor.

- Sistema de ***auditorías docentes***, como garante de la calidad del sistema MIR.

- Existen precedentes como en el Sistema Catalán de Salud en el que existe un **sistema de reconocimiento y acreditación del tutor estructurado y regulado por baremos que otorga al profesional acreditado para ser tutor de un reconocimiento no cuestionable**, a diferencia del tradicional sistema de acreditación "a dedo" por el Jefe de Servicio, que pudiera ocasionar dudas sobre la capacidad o competencia del profesional propuesto para ser tutor. Consecuentemente, este sistema de reconocimiento y designación del tutor es **reconocida económicamente** en dicha autonomía (única comunidad que reconoce económicamente a los tutores, aunque no pague a todos los que ejercen como tales).

C. Debilidades

1. NIVEL PROFESIONAL DEL TUTOR

a) Historia previa ignorando a los tutores.

- Los casi 30 años de experiencia de los tutores, en los que se les ha ignorado por parte de las instituciones, los colegios profesionales, las CC.NN.EE., los sindicatos, etc., hacen que cualquier nuevo planteamiento pueda ser recibido con cierto escepticismo.

b) Imagen de los tutores en el sistema como un subproducto de la asistencia que no precisa dedicación específica.

- La mayor parte de los profesionales actuales del sistema proceden de un dispositivo de formación en el que el tutor era una figura con escasas funciones, responsabilidades y dedicación, y nula o poca actividad evaluativa, a pesar de lo cual el resultado formativo lo consideran válido. Consecuentemente, ven poco necesario una dedicación específica a la tutoría.

c) Riesgo de agotamiento de la entrega profesional.

– ***Formar un profesional sanitario requiere muchos años*** de tejer conocimientos, habilidades y actitudes, un ***gran esfuerzo y sacrificio personal y del SNS***. Este profesional se caracteriza por una formación superior, autonomía y capacidad autoorganizativa, código deontológico y espíritu de servicio (LOPS 45/2003 de 21 de noviembre).

– El profesional sanitario no puede ser considerado por el SNS como un ***simple asalariado*** sometido al yugo de la demanda asistencial.

– La "***foto-tipo" de las condiciones en las que el tutor realiza su labor*** es así:

- Sin reconocimiento proporcional a su labor.
- Sin apenas tiempo para formarse según exige la ley en metodologías docentes y evaluativas así como en competencias transversales.
- Sin apenas tiempo específico para realizar las tareas exigidas según la ley.
- Dispuesto a no ser comprendido a veces en su servicio (y a veces, ni por sus residentes).
- Sin incentivos (de formación, gestión, económicos).
- Con actividad asistencial como el que más ("*que dé ejemplo*").
- Mejor si está implicado en el desarrollo de un nuevo dispositivo asistencial.
- Que se esfuerce en consolidar la plaza (OPE).
- Que culmine la tesis (un 37% la tienen (J. Galcerá, 2010)) y si es posible, que sea profesor asociado.

- Que investigue y que publique (33% de los tutores tienen diez o más publicaciones (J. Galcerá, 2010)).
- El Tutor pasa a ser el responsable principal de la FSE en su Servicio, ante el Residente, y tiene que rendir cuentas ante la CD, ante el SNS y ante la sociedad… sin recursos ni reconocimiento…
- Y encima ¡¡motivado!!
- Algunos tutores creen que ¡¡ya no se puede esperar más!!

– El papel protagonista que el RD 183/2008 confiere al **tutor como máximo responsable de la formación en la FSE** abruma sobremanera a los tutores preocupados por la calidad, en la medida en que las funciones y tareas son innumerables en relación a los medios, al tiempo y a la formación específica de que disponen.

– Por otro lado, y en el mismo sentido, la legislación hace responsable al tutor de **numerosas gestiones de planificación, documentación, memorias y redacción de informes** de evaluación formativa y sumativa. En los centros en los que no existe una estrategia específica desde las CCDD para ayudar a los tutores a través de formatos o fichas estandarizadas, esta carga supone un notable estrés adicional y una fuente de incumplimiento de la norma.

– P. Martínez y cols. publicaron un exhaustivo trabajo, multidisciplinar, ahondando en el **análisis de las funciones del tutor sanitario, desde lo ideal y lo real**. Destaca en sus conclusiones que la **categoría más olvidada** es la de Planificación y Diseño de la Formación, así **como la del Fomento del Estudio y la Investigación y la de Motivación. Se pregunta hasta qué punto los tutores no conocen sus funciones o es que no pueden llevarlas todas a cabo** (P Martínez, 2009). Mencionan los trabajos de F. Pérez (2004) y F. Morán (2007), en los que demuestran que la gran mayoría sí las conocen, pero argumentan no poder desarrollarlas por una inadecuada organización en su centro de trabajo.

– Hablábamos del empeño y eficiencia de los tutores en sus labores, en el apartado de fortalezas. Pero, en la realidad, **hay que ser comedidos en la valoración de las funciones de los tutores**. Por diferentes razones, los datos de un reciente trabajo (J. Galcerá, 2010) entre los tutores de Murcia revelan **discrepancias** entre las importantes tareas asignadas por ley y el cumplimiento y percepción de importancia que éstas tienen para los mismos tutores:
  - Sólo el 72% de los tutores consideran que los objetivos docentes del Plan de Formación de los Residentes se consiguen adecuadamente.
  - La supervisión de la atención clínica, función más valorada por los tutores, se consigue satisfactoriamente en sólo un 65%.
  - Sólo el 48% de los tutores supervisan formalmente el Libro de Residentes y la evaluación individualizada se realiza en el 54% de los casos. Se emiten informes anuales de los residentes en un 67%.

- El 75% de los tutores mantienen tutorías regulares y estructuradas con los residentes.
- Por el contrario, el 93% planifican sesiones clínicas formales y el 81% establecen un programa completo de rotaciones.
- Las funciones más valoradas son la supervisión clínica, completar el Programa de Residencia, la supervisión de las actividades diarias o la implementación de un programa de rotaciones. Sin embargo, son estimadas de "alta importancia" (solamente) entre el 64 y el 54%, respectivamente. El resto de funciones son aún menos valoradas…
- El grado de conocimiento de las funciones del tutor es de un 6/10. Es de destacar que el grupo de tutores que manifiesta tener un alto conocimiento de las mismas, tiene mejor formación en general (más cursos de tutores, experiencia de trabajo en Comisiones de Docencia, lectura de tesis doctoral…) y tiende a desempeñar mejor sus funciones.

– No se entiende que ***una tarea como la formación de profesionales sanitarios, tan esencial y vital para el sistema de salud*** tenga que ***sustentarse*** en gran medida ***en el tiempo personal de los tutores y sin ningún tipo de reconocimiento ("voluntarismo docente")***.

– Es deseable la ***vocación docente***, pero también las ***exigencias decentes***.
  - Realizar la labor tutorial sin apoyo complica la vida del tutor, y se diluye con el tiempo la vocación de servicio, el deber ético con nuestra profesión y nuestra sociedad (en ocasiones, ser tutor añade estrés y fatiga al ya conocido "*burnout*" de los profesionales sanitarios). El ***ímpetu vocacional*** del inicio se transforma con el tiempo en ***solicitud vacacional***.
  - Ser tutor deja de vivirse como una noble ***tarea vocacional*** para ser percibida como una ***tarea*** "**equi*vocacional***".
  - ¿Qué profesionales tendremos en nuestro sistema de salud sin tutores vocacionados que formen en excelencia? En las manos de los futuros profesionales de la salud pondremos la vida de nuestros seres queridos.

d) <u>Falta de tiempo explícito para la labor tutorial</u>.

– La necesidad sentida entre los tutores como la prioritaria y de más urgente regulación es la ***facilitación del tiempo de dedicación a las tareas docentes***.
  - Una encuesta realizada en 2004, destacaba que al 79% de los tutores no se les reconoce tiempo específico y un 92% de los mismos reclama un tiempo específico del trabajo, de ellos el 56% dentro del mismo horario laboral (F. Pérez, 2004).
  - No usar la expresión "*liberación para tareas docentes*", que puede conllevar una inadecuada percepción de la importancia de esa tarea en el conjunto del sistema sanitario. Sería más adecuado hablar de "*dedicación docente*", de un modo equiparable a la tarea asistencial u otras inherentes a los profesionales sanitarios (Mahón, 2009).

- La ***norma es que los tutores realicen las mismas funciones asistenciales que el resto de los miembros de su servicio, sin tiempo protegido formalmente para la gestión docente***.
  - *"Las **funciones de tutoría** tienen la consideración de **funciones de gestión clínica*** (Ley 44/2003, de 21 de noviembre art.10.2) ***y como tales deben ser evaluadas y reconocidas**"* (RD 183/2008 art.12.1). No obstante, tras la LOPS, los "*contratos programa*" siguen sin contener objetivos en relación con la tutoría y la docencia, los indicadores de rendimiento de los centros tampoco, con lo cual, al no ser considerados prioridades, se trasmite un mensaje de que el tiempo de los profesionales hay que dedicarlo a aquello que se controla, la asistencia.
  - En consecuencia, las Direcciones Gerentes y Médicas así como los Jefes de Servicio priorizan la función asistencial. *No hay apenas tiempo disponible para la **docencia o la investigación***.
  - Seis años después de la citada encuesta de 2004 y tras la nueva normativa, nada parece haber cambiado, a pesar de la mayor complejidad de funciones: todavía un 95% de los tutores reclaman "tiempo protegido" para sus funciones y un 65% estima que sus compromisos clínicos tienen un impacto negativo en su función como tutor (J. Galcerá, 2010).

- ***Se espera del Tutor que gestione y garantice el cumplimiento de un Plan o Itinerario de Formación***, adaptación del Programa Nacional de la Especialidad en un Servicio Asistencial para cada Residente. Ya no valen las "buenas intenciones…", solamente. Potenciar la evaluación, con evaluaciones formativas periódicas y la puesta en marcha de nuevos sistemas de evaluación, el seguimiento en la elaboración del libro del residente, las estrategias para desarrollar habilidades y actitudes, etc., exigen una dedicación creciente del tutor, sin la cual, la mayor parte de las nuevas actividades formativas en las que se basa la mejora de calidad, parecen impensables.

- ***El tutor invierte ya tanto tiempo a sus tareas de gestión-organización como a las propiamente docentes*** (F. Pérez, 2004).

- ***No se puede seguir sosteniendo que***, en la mayoría de casos, ***el tutor emplee su tiempo personal de forma altruista*** *para cumplir las tareas de gestión clínica docente*, *para estimular la actividad docente* (sesiones clínicas, cursos, etc), *investigadora* y el *desarrollo de las competencias transversales*, para *acompañar al residente* y realizar seguimiento de sus progresos y para *enseñarle el arte clínico al lado del paciente*.
  - Esta entrega altruista de tiempo "extra", sostenida, sin contrapartida, suele llevar al tutor a confrontación con otros intereses y situaciones personales-familiares y, a la larga, a la fatiga, desmotivación, frustración y abandono (a veces demasiado pronto…).
  - Tal vez este factor puede explicar la alta proporción de tutores varones (69%) en el estudio de J. Galcerá (2010): "*como en otras carreras profesionales, las*

mujeres –más que los hombres- tienden a evitar cargos que les roben 'demasiado' tiempo de su familia".

e) <u>Falta de formación explícita para la labor tutorial</u>.

- ***Formar un profesional médico es una tarea compleja*** para la que los ***tutores no son convenientemente preparados*** ni adecuadamente reconocidos:
  - Supone un duro trabajo de tejer con esmero y dedicación ***conocimientos, habilidades y actitudes***. Esto no surge espontáneamente, sólo con buena voluntad, para ello ***hay que saber cómo***:
    - *<u>instruir</u>* (conocer y comprender) conocimientos básicos y clínicos;
    - *<u>practicar las habilidades clínicas</u>* (saber cómo actuar): anamnesis o entrevista clínica, exploración física, comunicación, interpretación de pruebas diagnósticas, identificación de problemas clínicos y solución de problemas... y por último
    - *<u>forjar actitudes</u>*: humana, vocacional, profesional, ética y deontológica.
  - ***Ha cambiado el paradigma de enseñanza***. El rol del profesor/tutor no es enseñar, sino ***ayudar a aprender*** (es fundamental potenciar el autoaprendizaje y la autogestión). Y hacerlo de manera personalizada ("*entrenador personal*").
  - Hay que organizarlo de manera que se reproduzcan las situaciones de trabajo más reales posibles, lo que se logra mucho mejor en el marco de un ***currículo basado en competencias***, y utilizando preferentemente la metodología educativa del ***aprendizaje basado en problemas***.

- *"Las Administraciones Sanitarias, a fin de facilitar la **mejora de su competencia en la práctica clínica y en las metodologías docentes**, favorecerán 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"*(RD 183/2008 art.12.4).

- Como lo anterior es sólo una declaración de buenas intenciones en muchos lugares, con el tiempo se ha generalizado la ***autoformación de los Tutores y un "estilo personal" de ejercer*** sus funciones. ***Falta la asesoría*** y el tiempo para elaborar un *Plan de Calidad Docente del Servicio*. Conclusión: "¡Tutoriza como puedas!".

- Da la impresión que los ***Servicios de Salud conciben la formación como un gasto poco útil***, y no como la inversión más rentable a corto, medio y largo plazo:
  - A pesar del reducido presupuesto (donde existe una partida específica…), es el primero que se recorta si hay crisis.
  - La institución contrata al profesional por su capacitación y tiene la obligación de mantener e incrementar la capacitación en el tiempo. Pero ¿cómo es posible

mantener el nivel profesional o aspirar a una práctica profesional en excelencia con tan pocos días al año de formación?

- El "grueso de la formación" está dejado en manos de la Industria Farmacéutica: "¿pero, quién dejaría que la competencia o alguien externo formase a sus propios empleados?". Es más, dada la situación económica y las recientes medidas de recorte, se está observando una reducción de la inversión del sector farmacéutico en la colaboración con la formación de personal sanitario, que no es compensada por un mayor esfuerzo formativo institucional.
- Un reciente estudio destaca que sólo el 54% de los tutores han realizado cursos de formación específicos docentes, que el 95% de ellos reclaman más programas de formación y que sólo el 16% no encontraron dificultades para acceder a éstos (J. Galcerá, 2010).

f) <u>Falta de reconocimiento explícito de la labor tutorial</u>.

– Independientemente de las numerosas funciones y perfil exigible al tutor, **el reto del cargo es la necesidad de ser capaz de manejar múltiples problemas y conflictos sin tener ningún cargo académico o jerárquico formalmente reconocido**, especialmente tras las recientes normativas que parecen haber dejado muchos aspectos, nuevamente, sin resolver, a expensas de las respectivas regulaciones autonómicas (J. Galcerá, 2010).

– "*De conformidad con lo previsto en el artículo 10.4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, las comunidades autónomas regularán* ***sistemas de reconocimiento específico*** *de la* ***acción tutorial*** *en sus respectivos servicios de salud*"(RD 183/2008 art.12.3).

– La autoridad y reconocimiento del tutor es más "***anecdótica y formal***" que real y efectiva, por parte de sus servicios, hospitales, centros de salud y comunidades autónomas (incluidas las comunidades con normativas al respecto: Cataluña (2005) y Castilla y León (2009)).

– La percepción del grado de reconocimiento del tutor sobre su papel es de 5/10; el 97% de ellos reclama un reconocimiento profesional (J. Galcerá, 2010).

– Algo va mal, rematadamente mal, si ***la formación de especialistas sanitarios, algo tan valioso y vital*** para nuestros pacientes y la supervivencia del sistema de salud, está soportado fundamentalmente por el buen hacer ***altruista*** de un sinfín de tutores y colaboradores docentes.
  - ¿Es el *voluntarismo o altruismo docente* el modelo para soportar una "*acción docente*", vital para el sistema de salud y cimentar el nuevo profesionalismo del siglo XXI?

g) <u>Riesgo de provisionalidad en la labor tutorial</u>.

- Habitualmente, en una unidad docente se nombra al *mejor tutor posible*, dentro de los profesionales *dispuestos y acreditables* para esta labor tutorial. Pero, hasta la última normativa,el tutor eradesignado a voluntad del Jefe de Servicio y, aunque desde la nueva *Orden SCO 581/2008* el órgano que propone el tutor es la Comisión de Docencia, la capacidad de designación está en manos de la Dirección, que tendrá en cuenta la voluntad del Jefe de Servicio, con lo cual, en la práctica, la situación no ha cambiado demasiado. Por otra parte, en la medida en que no se reconoce la labor del tutor y no se le facilitan medios para su ejercicio de tutoría, no es infrecuente que el tutor sea designado"*de modo obligado*" (el último interino que se incorpora al servicio por ejemplo) a veces sin claro interés por la labor tutorial.
  - Además, una significativa proporción de Tutores son "**interinos**" (50%)(F. Pérez, 2004), lo que puede restar aún más su autoridad a la hora de hacer respetar determinados criterios docentes.

- "***Crisis de profesionales vocacionados"*** *y "****rápido recambio de tutores"***: dos síntomas cada vez más preocupantes:
  - "***Crisis de profesionales vocacionados" para ser tutor***: Ya vivimos la paradoja, sobre todo en Atención Primaria, de no encontrar a profesionales con el perfil exigido según los criterios de acreditación para Tutores y que muestren suficiente interés en ser tutor, ante la falta de reconocimiento de la labor tutorial. Ser tutor puede dar la imagen de ser un "pringao"…
  - Existe un cada vez más ***rápido recambio de los tutores***, sin tiempo para asegurar la estabilidad que requieren los residentes. En la encuesta a tutores de hospitales de Madrid en 2004, el 50% de los tutores llevan en su cargo cuatro años o menos (F. Pérez, 2004). Convendría analizar el número de los tutores que en nuestro medio han cambiado en el último o dos últimos años, pues da la impresión de que este relevo se está acelerando, pero, paradójicamente no entre los tutores veteranos, sino en los recién llegados al cargo. La gestión y la organización es abrumadora, sobre todo al principio.
  - Es ***inquietante la falta de preocupación y de ocupación*** de Jefes de Servicio y responsables de docencia locales y autonómicos ***ante la*** "***crisis de tutores***" Esta situación empieza a parecerse a "*la indiferencia ante la quema sistemática de bosques por la tranquilidad de que tenemos más*".

2. <u>NIVEL DE RELACIONES EN EL ENTORNO DEL TUTOR</u>

Es el contexto de relaciones en el que el *<u>Tutor</u>* coordina con los demás el Plan de Formación, normalmente en Unidades Asistenciales por donde va rotando el *<u>Residente</u>*, de Servicios Clínicos donde el máximo responsable es el *<u>Jefe del Servicio</u>*, pero también son protagonistas

indiscutibles *todos los Profesionales Especialistas* del mismo (como ***colaboradores docentes*** que tutorizan personalmente al residente).

a) Con los Residentes

- Aunque existe una positiva relación del Tutor con los Residentes, se constata:
  - Una tendencia del Tutor a una menor dedicación "extra", cumplido el horario formal.
  - Realización de pocas reuniones de evaluación formativa: presentes en sólo el 60%, consideradas de utilidad excelente o buena en sólo el 44% de los casos y realizadas en 4 ó más ocasiones al año en solo el 34% de los encuestados (Encuesta a Residentes hospitalarios de Madrid, F. Pérez, 2009).
  - Reuniones de Tutoría poco estructuradas y de eficacia mejorable (sólo 56% consideradas excelentes o buenas –F. Pérez, 2009).

b) Con otros Tutores de residentes

- Aunque existe una representación de los tutores en las Comisione de Docencia, se constata muy poca relación con otros tutores, bien de diferentes especialidades, bien con los tutores de la misma especialidad de diferentes centros y áreas sanitarias y comunidades autónomas.

c) Con otros Colaboradores en la Docencia

- En el ámbito hospitalario normalmente casi ***todos los miembros de los Servicios*** tienen alguna vez un residente "a su cargo", asignado a él, colaboran y disfrutan en la responsabilidad docente, asistencial y legal directa con los residentes ejerciendo como "*auténticos tutores*". En el ámbito de atención primaria el tutor acoge de forma personal y constante a su residente.

- Pero, debido a diversas causas, fundamentalmente a la falta de tiempo específico, es relativamente frecuente que el Tutor:
  - no haya diseñado, discutido y presentado el Plan Docente con el resto del Servicio, por lo que difícilmente podrán colaborar en el mismo con un adecuado nivel de compromiso. Un 70% de los tutores afirman tener programas formativos por objetivos, pero un 25% de ellos manifiestan que sus compañeros de plantilla no los conocen y un 37% que los conocen sólo algunos (J Morán, 2007).
  - no mantenga adecuado nivel de comunicación y diálogo con los miembros de su servicio
  - tiene especial trascendencia su relación con los "tutores de apoyo", que son aquellos que, además de acompañar al residente, organizan y evalúan la rotación por una Unidad Asistencial específica durante unos meses (dentro o fuera del Servicio Asistencial al que pertenece el residente). Con ellos deberían

establecerse reuniones periódicas para unificar criterios y pactar objetivos (personalizados, por competencias) y realizar la evaluación del residentes.

- sin embargo, hay razones para la esperanza. Mientras que una encuesta de 2004 en Madrid evidenciaba que un 25% de los Tutores destacan nada o poca colaboración por parte del Servicio (F. Pérez, 2004), en 2010, entre tutores de Murcia, se valora más positivamente el compromiso (7/10) y el conocimiento (7/10) del Plan de Formación de Residentes (J. Galcerá, 2010).

d) <u>Con los Jefes de Servicio</u>

– Todavía muchos Jefes de Servicio (y compañeros del ***Servicio) desconocen la complejidad de la regulación docente actual*** y también su ***responsabilidad*** última a nivel docente en las unidades a su cargo. De ahí, la falta de implicación para que el tutor tenga las condiciones (tiempo, formación, reconocimiento) para realizar la gestión clínica tutorial.
  - Se prima la actividad asistencial sobre cualquier otra docente o investigadora. El tutor realiza las mismas funciones asistenciales que el resto de los miembros de su servicio, sin tiempo protegido formalmente para la gestión docente.
  - Además se pueden dar conflictos de protagonismo entre Jefe de Servicio y Tutor. No es infrecuente que se modifiquen rotaciones de los residentes según necesidades del servicio para cubrir las guardias, consultas o quirófanos…, a requerimiento del Jefe de Servicio, por encima del plan docente desarrollado por el tutor.
  - Situaciones de debilidad, como un tutor en situación de *interinidad*, pueden limitar la defensa determinados aspectos docentes en contraposición con el criterio del Jefe de Servicio.

– Como se mencionaba previamente, el propio ***sistema tradicional de proposición del tutor "a dedo" por el Jefe de Servicio*** redunda en detrimento de la figura de primero. En el sistema de acreditación y reacreditación del tutor deberíamos pasar de un modelo "a dedo", a un sistema más abierto conforme a un baremo adecuado a propuesta del sistema docente de la comunidad autónoma.

e) <u>Con los Jefes de Estudios y Comisiones de Docencia (CD)</u>

– La *Orden SCO 581/2008* (22-feb), establece las *funciones de las comisiones de docencia*. Según eso, la actividad principal de las CD es eminentemente gestora y de control docente, además de dedicarse a los obligados trámites que las normativas actuales determinan. Pero *<u>la Comisión de Docencia está formada en gran parte por tutores, con las mismas limitaciones de dedicación</u>* que hemos analizado hasta ahora, por lo que gran parte de las funciones que se le asignan no pueden cumplirse. Ello conlleva a que, en muchos casos, ***los tutores no sientan que la CD sea un órgano de ayuda o asesoría docente, o el foro de debate de los problemas que les atañen en***

su función tutorial, porque "*como siempre, lo urgente no deja tiempo para lo importante…*".

- No hay sitio para los problemas del tutor novel, de asesoramiento sobre la actividad tutorial, de las entrevistas con los residentes, de la formación continuada de los tutores o de la canalización de necesidades e inquietudes.
- Casi 2/3 de los tutores destacan pocas o ninguna reuniones con el Jefe de Estudios, evidenciando una mejorable relación. Sólo el 26% de los tutores expresa colaboración entre el tutor y el Jefe de Estudios (F. Pérez, 2004).
- Consecuentemente, ***se percibe un distanciamiento en la práctica entre el Jefe de Estudios con los Tutores y Jefes de Servicio, con los que suele mantener una función fundamentalmente administrativa y de gestión documental***.

– ***Es todo un síntoma que los tutores deban buscar foros y recursos para la labor tutorial "fuera" del ámbito docente local o regional***, bien a través de los grupos de formación de las sociedades científicas o de los colegios de médicos, bien a través del patrocinio de otras instituciones, bien mediante otras entidades con trayectoria acreditada en educación médica (Areda, Sedem, Universidad). Invita a cuestionarse y **replantear el papel que ejercen y deberían de ejercer muchas Comisiones de Docencia y sus Responsables (Jefes de Estudios, Directores y Gerentes)**.

f) Con las Direcciones Gerentes locales y autonómicas

– La ***LOPS diseñó una reforma en profundidad del sistema formativo****, con el desarrollo de nuevas actividades, responsabilidades, controles, evaluaciones, etc.,* ***pero de una forma disparatada no contempló el mayor consumo de recursos*** (la Memoria Económica de la LOPS afirmaba que toda la reforma de la FSE se podía hacer a "*coste 0*"). ***Las Comunidades Autónomas***, que en su mayor parte acababan de recibir las trasferencias en 2002, con una actividad dedicada a la FSE hasta entonces escasa ó nula, ***no percibieron el cambio en cuanto a obligaciones y consumo de recursos que determinaba la LOPS*** y aceptaron (¿ingenuamente?) el argumento del "*coste 0*". Esto explica la falta de implicación de las CCAA que, en su mayoría, no han *desarrollado el RD 183/2008*, asegurando los recursos y el reconocimiento necesarios para conseguir los objetivos docentes del mandato legislativo.

– Por la misma razón existe una ***falta de implicación de las Direcciones Gerentes de centros sanitarios y autonomías***, que no han confeccionado ni desarrollado *Planes de Gestión de la Calidad Docente*, ni *Planes de Formación para Tutores o Residentes*, y en muchos casos la ausencia o insuficiencia de un *presupuesto económico específico* que permita conseguir los objetivos docentes adecuados. La mayoría de las Direcciones, en un momento de crisis y recortes presupuestarios, prefieren seguir con la docencia basada en el voluntarismo y falta de control de la época anterior.

D. Amenazas

1. CONTEXTO POLÍTICO, SOCIO-SANITARIO Y ECONÓMICO

a) Contexto Político.

- ***Falta de voluntad de la mayoría de las Comunidades Autónomas para desarrollar el RD 183/2008 y de compromiso efectivo y concreto para reconocer y ayudar al tutor a cumplir sus funciones y tareas***.

- ***Presupuesto cero*** o muy limitado en las partidas destinadas a Docencia.

- ***Proyecto de TRONCALIDAD*** actual, que supone una drástica reorganización y complicación de la estructura docente, con mayores responsabilidades para todos, también con un coste cero.

b) La sociedad ha cambiado y el sistema sanitario ha cambiado.

- Los ***valores, el nivel cultural y las prioridades*** actuales de la sociedad, los pacientes y los profesionales, son muy distintos a los de hace tan sólo 15, 25 ó 30 años.

- ***El sistema sanitario*** y sus prestaciones, se consideran una de las bases del ***estado de bienestar***, por lo que es una prioridad de la agenda de las formaciones políticas, está muy sometido al control de los medios, a comparaciones de dotaciones y rendimientos, a escándalos mediáticos, etc.

- ***Demografía***: Envejecimiento. Menor natalidad. Inmigración.

- ***Perfil de enfermedad***: Incremento de prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas. Presentación frecuente de comorbilidad.

- ***Perfil de usuario***: Masificación. Aparición del usuario informado. Aumento de demanda de servicios, de exigencia de atención y de resultados. Mayor presencia de la salud en los medios de comunicación (a veces fomento de expectativas irreales).

- ***Legislación***: Judicialización de la práctica médica. Mayores derechos, iguales obligaciones. Ley de Autonomía del paciente (RD 41/2002) y muchas leyes autonómicas en el ámbito de la salud.

- ***Tecnología***: Rapidez del progreso científico. Medios diagnósticos y terapéuticos mejores y más caros. Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación. Tecnificación de la atención sanitaria que, siendo positiva, a veces supone un

detrimento de la relación personal (trato correcto, una correcta anamnesis y exploración…)

c) La recesión económica.

– Situación de importante crisis económica actual, que pone ***en riesgo el estado del bienestar*** y los beneficios de su implicación en salud. Esto puede suponer una falta de desarrollo de los componentes de la reforma del sistema de formación que consumen recursos (mejor evaluación, dedicación y reconocimiento del tutor, etc.) cuando no una disminución muy significativa del ya reducido presupuesto destinado a docencia.

2. EL PERFIL MIR ESTÁ CAMBIANDO

a) El modelo MIR ha cambiado.

– Han cambiado las condiciones para acceder al MIR, la actitud de exigencia y dedicación, los valores (reflejo de la sociedad), y el modelo de enseñanza-aprendizaje con propuestas de evaluación más formativa.

Tabla 3. Cambios en el modelo MIR

ANTES	Aspectos	AHORA
Mérito y valor en sí mismo	CONSEGUIR UNA PLAZA MIR	"*Regalada*", pérdida de valor.
Autoexigencia máxima y aprovechamiento máximo	MOTIVACIÓN DEL APRENDIZAJE	Autoexigencia moderada y cumplir los mínimos legales.
En exclusividad	DEDICACIÓN	MIR de 8 a 15 h. ¿Porqué se prohíbe el pluriempleo?,
Esfuerzo tenaz, dedicación al trabajo, la responsabilidad estricta, la persecución de la excelencia.	VALORES	Reducción de las horas de trabajo, más peso el valor económico y la vida personal.
Más personalizado, "artesanal". Acompañamiento.	PAPEL DEL TUTOR	Más burocrático. Menos respetable, al ser ninguneado.
Centrada en el docente, instructivo, muchos contenidos, menos estructurada. Aprendizaje por ósmosis (también por humillación).	MODELO DE APRENDIZAJE	Centrada en el que aprende, ayudar a aprender. Formación y evaluación por competencias. Aprendizaje basado en problemas.
Formal: sumativa. (Aunque de hecho: evaluación continuada)	EVALUACIÓN	Formal: sumativa y formativa, pero que no se desarrolla, dejando la evaluación como siempre.

- ***Durante años la autoexigencia personal y la búsqueda de la excelencia han sido el lubricante natural del sistema MIR***. La evaluación era sumativa, pero de hecho era una auténtica evaluación continuada. Hoy, en muchos casos, hay que cumplir los objetivos docentes porque están por ley, mediante la insistencia, supervisión y persuasión del tutor.

- La proporción de plazas MIR en relación a los presentados y recién licenciados por las universidades, ha propiciado una ***pérdida de valor de la plaza MIR***.

- Existe un ***gran cambio demográfico, cultural y profesional del nuevo perfil de residentes*** en los últimos años, no siempre fácil de integrar y asimilar.

- Entre los factores que influyen en la ***elección de un centro*** para realizar la residencia, como su calidad docente y la proximidad a la localidad de residencia habitual, se constata en algunas comunidades, como Castilla-La Mancha, que para algunos residentes extranjeros *el* ***salario del residente influye decisivamente*** *por encima de los demás*.

- Hoy se exige al tutor más trámites, más dedicación, más formación, más capacidades, más seguimiento, integridad de valores…, pero la "materia prima" (sociedad, modelo MIR) ha cambiado. Hoy hay que realizar un esfuerzo notable en lo que antes "salía solo"... La pobre percepción del tutor sobre el grado de conocimientos iniciales del residente (5/10) y de su entrega y dedicación durante la residencia (7/10) pueden ser un motivo más de desánimo entre los tutores (J. Galcerá, 2010). ***Hoy hay que impulsar decididamente al tutor con tiempo, formación y reconocimiento***.

- Se diseñan *nuevos desarrollos y actividades del sistema de formación, que apenas se aplican* por falta de presupuesto ó por desconocimiento de la realidad, lo que desprestigia a las instituciones ante los MIR.

E. Oportunidades

1. Voluntad sanitaria de mejorar la calidad de la FSE: LEGISLACIÓN

a) Sanitaria

- La ***Constitución Española*** de 1978 reconoce, en los artículos 43 y 49, el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos españoles y de los extranjeros residentes en España. Además en su título VIII prevé la organización territorial en Comunidades Autónomas.
- La consolidación del ***Servicio Nacional de Salud*** (SNS) se hace efectiva con la ***Ley General de Sanidad 14/1986*** de 25 de abril, que concentra los servicios sanitarios, (hasta entonces dispersos en Comunidades, Diputaciones, Ayuntamientos, Hospitales Clínicos, etc.), su integración en el nivel político y administrativo de las Comunidades Autónomas (Servicios de Salud Autonómicos) y su organización en Áreas de Salud.
- ***Transferencia de las competencias sanitarias a las CCAA*** en 2002. La asunción de importantes competencias en el terreno de la formación, junto con la mayor cercanía a los centros y unidades docentes, pueden permitir un conocimiento más objetivo de necesidades y recursos, capacidad docente, mejor seguimiento de la actividad docente, etc.
- Función del SNS principal es la asistencial, pero también la de generar conocimiento (investigadora) y la ***docente***, para ***garantizar la formación de los mejores profesionales sanitarios*** que hacen realidad el SNS.

b) Formación de Especialistas

- ***Real Decreto (R.D.) 127/1984***, que regula la Formación Médica Especializada y la obtención del título de Especialista.
- ***Programas de la Especialidad*** (1984-2000), de las Comisiones Nacionales de la Especialidad.
- ***Orden de 22 de Junio de 1995*** sobre Comisiones de Docencia y órganos unipersonales y colegiados… Primera que cita la figura del Tutor y sus funciones.
- ***Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)***, Ley 44/2003.
- ***Orden 396/2005 CC.AA. Cataluña***: reconocimiento y retribución económica a los tutores (245€/mes).
- ***R.D. 1146/2006*** que regula la relación laboral especial de la residencia ("***Estatuto del Residente***"). Destaca los derechos de los residentes.
- Desde 2007, ***nuevos Programas Formativos de Especialidad.***
- ***R.D. 183/2008*** de 8 de febrero que determina las Especialidades Sanitarias y regula aspectos del sistema de FSE.
- ***Orden 581/2008*** de 22 de febrero. Composición y funciones de las CCDD, la figura del Jefe de Estudios y el nombramiento del Tutor.

- ***D. 75/2009 del B.O.C.y.L.: Ordenación del SFE en Castilla y León***. Fue la primera norma autonómica que cumple con la exigencia del RD 183/2008:
  - reconoce documentalmente al tutor, sus tareas como funciones de gestión clínica y consideración en la carrera y promoción profesional, unas garantías de formación y dedicación mínima del 5% (¡!) y varias figuras docentes como el Tutor Coordinador, el Tutor de Apoyo y el Colaborador Docente y, colaborando con el Jefe de Estudios, responsables de calidad e investigación de la docencia.
- ***Orden de 15 de abril de 2010 del B.O.A.*: Procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada en CCSS de los centros del Sistema de Salud de Aragón**.
- ***D. 75/2009 del B.O.C.y.L.: Ordenación del SFE en Castilla y León***.
- ***D. 49/2010 del B.O.R.: Ordenación del SFE en La Rioja***.
- ***D. 14/2011 del D.O.E.: Ordenación del SFE en Extremadura***.

c) <u>Metodologías de evaluación</u>

- La LOPS y el RD 183/2008 (art.17) se promueven sistemas de evaluación formativa del residente: a) entrevistas periódicas de tutor y residente, b) el libro del residente, e c) instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso hacia la competencia profesional. No obstante, el desarrollo concreto de los nuevos sistemas de evaluación formativa y sumativa que la nueva normativa anuncia permanecen en gran parte sin desarrollar. Las nuevas tendencias actuales en evaluación en formación especializada, que se basan en un gran desarrollo de evaluaciones formativas periódicas y evaluaciones sumativas múltiples que utilicen distintos métodos, en los que tendrá que participar de forma fundamental el tutor, suponen una oportunidad excelente para el desarrollo de la tutoría.

d) <u>Oportunidades de desarrollos docentes pendientes</u>

- Desarrollo del **sistema de Troncalidad (2011-),** (a pesar de las controversias, un 74% de los tutores valoran positivamente este aspecto (J. Galcerá, 2010))y las Unidades Multiprofesionales. Un sistema troncal, con un período de formación de 2 años, que contiene residentes que no "pertenecen" necesariamente al servicio por el que realizan las rotaciones, precisan de tutores específicos y muy implicados en el seguimiento y control de estos residentes durante el periodo troncal.

- Potenciación de la **formación por Competencias**. Las nuevas tendencias formativas a nivel internacional, en las que determinadas competencias transversales deben vertebrar todo el proceso formativo y deben de fundamentar el proceso de evaluación, hacen más preciso el papel del tutor para garantizar tales desarrollos, por encima de tendencias formativas a veces demasiado tecnocráticas.

- Desarrollo **autonómico del RD 183/2008** y su aplicación en cada una de las Unidades Docentes.

- Reformas en el **examen MIR**.

- **Plan de Bolonia**: reforma en la formación pregrado, en el marco europeo.

2. PROFESIONALISMO

- La transmisión de la Profesionalidad o Profesionalismo entendido como "***conjunto de principios y compromisos para mejorar los resultados en salud del paciente, maximizar su autonomía, creando relaciones caracterizadas por la integridad, la práctica ética, la justicia social y el trabajo en equipo***" (American Board of Internal Medicine).

- Es una de las competencias transversales que deben vertebrar un sistema de formación especializada moderno, que responda a las necesidades de la sociedad. El tutor puede y debe jugar un papel fundamental en trasmitir y evaluar los conocimientos y actitudes impregnados por esta competencia.

3. INTERÉS POR LA EDUCACIÓN MÉDICA

- Existe una **masa crítica de expertos e instituciones docentes** nacionales e internacionales con trayectoria acreditada en educación médica que trabajan, investigan y publican sobre metodología docente y evaluativa.

- Aunque la percepción del tutor sobre su reconocimiento externo es muy pobre, es interesante la **valoración que tiene de la contribución global para el completo desarrollo del Programa Formativo del Residente**: considera a los residentes mayores tan importantes como a los tutores (8/10) y a la plantilla de su servicio globalmente con un 7/10 (J. Galcerá, 2010).

- Se ha destacado positivamente el **valor de las auditorías** internas (desde las propias CCDD) y externas, quienes evidencian un carácter constructivo y colaborador más que sancionador, permitiendo en muchas ocasiones mejoras estructurales favorables en los Centros y Unidades docentes.

- También se destacó en las reuniones el valor positivo del **desarrollo de las Unidades Multiprofesionales,** con el avance que supone para la formación en ámbitos complejos donde los problemas, las decisiones y los procedimientos implican la intercomunicación e interacción de diferentes profesiones sanitarias.

- Es interesante destacar el **papel decisivo de los futuros residentes a la hora de elegir el centro donde se formarán en función de los aspectos docentes** que éste demuestra, bien a través de contacto con especialistas en formación o bien a través de los portales de internet que los centros emplean para darse a conocer. En algunas

unidades, “verse sin residente” ha supuesto una profunda reflexión crítica a favor de un replanteamiento docente serio.

4. DESARROLLO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

– Se ha destacado su potencial en varios sentidos:
  - Permiten una inmediata posibilidad de intercomunicación entre todos los implicados en el proceso docente, especialmente a la hora de difundir comunicados, normas o convocatorias de reuniones a través de registros de tutores y residentes.
  - Favorecen el intercambio de documentos de forma ágil, rápida y económica.
  - Permite el desarrollo de plataformas docentes no presenciales “en red”.
  - Puede permitir el seguimiento del residente por parte del tutor, en sistemas como el portafolio electrónico, etc.

III. ESTRATEGIAS DE MEJORA

A. Estrategias defensivas [FA]

a) Revitalizar el sistema MIR

- Esfuerzo permanente en **recuperar la esencia del sistema MIR**, y por seguir **innovando** en la formación de profesionales sanitarios en excelencia. La experiencia de los precedentes de cambios positivos y la creatividad pueden compensar parcialmente la falta de apoyos y recursos del sistema.

- Reflexionaba A. Martín Zurro recientemente que "*Sería estupendo pensar que el sistema MIR es extraordinario, pero ya tiene cierta edad… Es cierto que modificarlo podría generar vértigo político e institucional, pero* ***hay que afrontar su reforma en profundidad para no ponerlo en riesgo****." "Urge dar* ***prioridad a la docencia en la planificación del sistema sanitario****, ya que basar la actividad del tutor en el voluntarismo no proporciona una formación de calidad*" (Martín-Zurro, 2011).

- Estudiar las dificultades surgidas por el **nuevo perfil de residente multicultural** de forma multidisciplinar para favorecer su integración.

- **Apuesta estratégica en los Servicios de Salud por impulsar a los tutores de residentes** como elemento gestor y multiplicador del conocimiento a través de los profesionales sanitarios en formación. "*Si no cuidamos nuestra cantera, ¿cómo pretendemos tener un equipo de excelencia*?"

- **S**e reconoce la dificultad actual para ***mejorar en los residentes la formación en investigación y en el campo de actitudes y valores***. Los tutores, con su práctica y ejemplo, como modelos, pueden paliar este posible déficit en las unidades.

- Existe un cierto consenso en "***exhibir y lucir la labor docente***" de los tutores: con frecuencia no se nos valora porque no se muestra toda la labor y los resultados que se obtienen. Es el momento de hacer públicas, a todo el servicio y el centro docente, las encuestas de satisfacción de los residentes, sesiones y memorias donde se valoren todas las actividades, cursos, sesiones, rotaciones, investigación y reuniones de evaluación que se han realizado. Son un orgullo para todos. Pueden ser motivo de premios, becas, ayudas, etc. para tutores y residentes si lo han hecho muy bien. ¡Basta de esconder y acomplejar la labor docente en la FSE! ¿Acaso en la Universidad no se publican los resultados y se celebran las graduaciones institucionalmente?

b) Atención sanitaria coste-efectiva

- Esfuerzo por ***practicar y enseñar*** a los residentes una ***atención sanitaria coste-efectiva***.

- Promover que los ***incentivos económicos*** no sólo se fijen sobre los costes (p. ej. ahorro en determinados grupos farmacéuticos), que pueden distorsionar la confianza médico-paciente, sino ***sobre criterios de coste-efectividad*** (p. ej. porcentaje de pacientes con criterios de control según guías clínicas),con los que ganan todos los intervinientes en la relación asistencial (el paciente: le hemos aplicado el mejor tratamiento; el profesional: se siente tratado como tal y motivado; el servicio de salud: porque es lo más coste-eficiente). Transmitir a nuestros residentes estos valores.

B. Estrategias ofensivas [FO]

"Si planificas para un año, siembra trigo.
Si planificas para una década, planta árboles.
Si planificas para toda la vida, educa personas."
(Kwan - Tzu, 300 a. c.)

a) La Formación Sanitaria Especializada: Objetivo estratégico de los Servicios de Salud

- Asumir como objetivo estratégico de los Servicios de Salud la ***apuesta por el reconocimiento y formación de Tutores y Jefes de Estudio que diseña la LOPS***, y con ellos, apuesta por la formación especializada en excelencia (*Profesionalización progresiva de la docencia especializada*), como un verdadero motor del cambio de un modelo sanitario centrado en el ciudadano, de colaboración entre profesionales con una práctica ética, coste-eficiente y de justicia social. Alcanzar una visibilidad externa del modelo y un sistema de perfeccionamiento continuo según sus resultados.
  - "*Independientemente del papel "voluntarista" que el Tutor siempre tuvo desde el principio, en el marco actual,* ***el tutor es una pieza clave y necesaria para garantizar el éxito del proceso docente de la FSE*** *en el SNS*" (Morán, 2003).
  - "*Somos responsables de las consecuencias de nuestras acciones y también de nuestras omisiones*".

- A pesar del difícil momento económico, valorar el crear y/o fortalecer los ***Equipos de Docencia autonómicos*** en número, capacitación y recursos, para gestionar la docencia y garantizar la Formación de Tutores y Jefes de Estudios.

- Establecer un ***proceso de mejora docente sistemático y continuo***, evaluando comparativamente los diferentes servicios y procesos de trabajo en las unidades docentes con aquellos que evidencien las mejores prácticas sobre el área de interés, con el propósito de ***transferir el conocimiento de las mejores prácticas*** y su aplicación (*benchmarking*).

- Consolidar ***en cada nivel autonómico un Equipo de Tutores cualificados,*** como expertos en educación médica, que entiendan su misión de formar los profesionales sanitarios en excelencia que necesita y demanda la sociedad, para que actúen de formadores de tutores y canalicen una dinámica de soporte a la labor tutorial.

- ***Desarrollo autonómico del RD 183/2008*** y su aplicación en cada una de las Unidades Docentes. Aprovechar esta ***oportunidad*** para que establezca **medidas concretas** valientes, no "simbólicas", en una apuesta decidida para poder hacer realidad todo lo anterior. *"Las cosas no salen solas…"* si no hay detrás normas explícitas y un equipo de trabajo fuerte con formación, tiempo y recursos suficientes.

C. Estrategias de supervivencia (adaptativas) [DA]

a) Gestión emocional correcta

- Ante el cambio del perfil del MIR y del contexto sociosanitario, motivara los profesionales docentes utilizando técnicas de ***gestión emocional*** para identificar los sentimientos conflictivos surgidos en la labor tutorial y con la organización, mejorar la habilidad para manejarlos y evitar el desapego del tutor y el *burnout*.

b) Consolidación de los tutores

- Establecer ***colaboración e interacción permanente con Jefes de Servicio, Jefe de Estudios y Dirección***, para facilitar en lo posible la labor tutorial. Una asignatura pendiente, en general, es la de ***informar -para implicar- a Jefes de Servicio y Direcciones Médicas de todas las responsabilidades docentes*.**

- Establecer cauces de interacción y ***comunicación entre tutores***, creando equipos que sirvan de apoyo y soporte a sus necesidades.

- Fijarse objetivos mínimos pero eficaces, para poder desarrollar una labor tutorial con solvencia y una mínima calidad: CONSEGUIR UN TIEMPO MÍNIMO DE DEDICACIÓN A LA TUTORÍA, PERFECTAMENTE ACOTADO EN EL TIEMPO Y EN FUNCIÓN DEL Nº DE RESIDENTES.

- ***Someter el trabajo de tutoría a control de rendimiento***: programación anual, informe anual de cumplimiento de objetivos, etc. a enviar al Jefe de Servicio y a la Comisión de Docencia

c) Conseguir financiación y presupuesto para la Docencia

- ***Un sistema que aspira a la excelencia no puede seguir pensando que la formación sale gratis***: crear estructuras docentes, personal profesionalizado, cursos, etc. tienen un coste necesario. No precisa mayor explicación. Tal vez sea éste el motivo principal por el cual se ha suspendido el actual proyecto de Troncalidad. Lógico…

D. Estrategias de reorientación [DO]

1. NIVEL PROFESIONAL DEL TUTOR

a) Reconocimiento de los tutores

RD 183/2008. Art.12. Evaluación, incentivación y mejora de competencias del tutor.

1. *De acuerdo con lo previsto en el artículo 10.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, las **funciones de tutoría** tienen la consideración de **funciones de gestión clínica y como tales deben ser evaluadas y reconocidas**.*
2. *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. (…)*
3. *De conformidad con lo previsto en el artículo 10.4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, las comunidades autónomas regularán **sistemas de reconocimiento específico** de la **acción tutorial** en sus respectivos servicios de salud. (…)*
4. *Las Administraciones sanitarias, a fin de facilitar la **mejora de su competencia en la práctica clínica y en las metodologías docentes**, favorecerán 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.*

- ***La figura de los docentes (tutores y Jefes de Estudio) tiene que estar acreditada, reconocida, profesionalizada y evaluada, como corresponde a un objetivo estratégico de los servicios de salud***.

- ***Tiempo de dedicación*** a la labor docente, vinculado e incluido en el contrato de gestión, en torno al 10% de la jornada laboral (mínimo) , y en diferentes fórmulas (bloqueos parciales de agendas, dedicaciones de días por semana o mes, ampliaciones de jornada en horario de tarde,...) (Mahón 2009).

  - De todas las necesidades sentidas en lo referente a reconocimiento, la prioritaria y más importante es la del *tiempo de dedicación a las labores docentes*.
  - Introducir algún elemento de valoración objetiva, para que las evaluaciones ("los auditores") puedan verificar que el tutor *dispone* y *emplea* el tiempo de dedicación docente establecido.

- Reconocer la labor tutorial en la ***carrera profesional*** y en los ***procesos de selección*** de personal (Mahón 2009).

- Asegurar ***formación específica*** en metodología docente y de gestión para la acción tutorial, en dos sentidos, 1) con una adecuada oferta formativa desde las Unidades Docentes o comisiones de docencia, y 2) facilitando la asistencia(Mahón 2009).
  - Establecer un ***Plan de Formación para Tutores*** a nivel autonómico y en las Comisiones de Docencia.

- ***Remuneración económica***, en tanto es considerada tarea de gestión clínica, y se "profesionaliza" (se pasa por acreditación/reacreditación y evaluación); equiparando la figura del tutor a otras existentes (jefaturas de sección, coordinadores de EAP), vinculada a la acción tutorial (a la evaluación y por tanto reacreditación), y en cantidad en torno al 20% sueldo base, como responsabilidad de "*jefe de la sección docente*" del servicio (Mahón 2009).

  - Justa retribución por un trabajo de alto nivel de dedicación, responsabilidad y complejidad. Hay que remunerar adecuadamente el esfuerzo, el mérito, la capacidad y la excelencia.
  - Y cuando exista otra coyuntura económica más favorable ¿por qué no, remuneración de los méritos con carácter retroactivo?
  - Independientemente del aspecto económico, existen centros que "premian" la labor docente con facilidad para asistir a cursos, rotaciones externas, etc. También es un modo de reconocimiento.

2. NIVEL DE RELACIONES EN EL ENTORNO DEL TUTOR

a) Estrategias de reorientación con los Residentes

- **Mejorar los Planes de Formación de cada residente**, estableciendo objetivos por competencias en las rotaciones y anualmente, con herramientas que permitan la más objetiva evaluación del cumplimiento de objetivos y de la estructura docente.
- Fijar un **calendario de reuniones de evaluación formativa** con sesiones bien estructuradas (utilizar si procede hoja de comprobación –*checklist*–).

b) Estrategias de reorientación con otros Tutores de residentes

- ***Compartir la experiencia de los tutores*** de un centro docente, de una misma Área de Salud o de una misma Comunidad Autónoma, tejiendo un entramado de contactos (personales y telemáticos) y reuniones presenciales (grupos focales y Jornadas de Docencia), que posibiliten el conocimiento, intercambio, enriquecimiento de experiencias, ideas, proyectos, dificultades e innovaciones en la tutorización de residentes y en la formación de calidad de los tutores.

- Estudiar la oportunidad de crear ***nuevos órganos docentes en el ámbito autonómico***: ***redes de docentes*** (como las existentes en Andalucía, Cataluña, Galicia, Madrid, Valencia), las ***Asambleas de Tutores*** e igualmente ***Asambleas de Residentes*** (Órganos docentes de carácter asambleario), que aglutine la voz de sus miembros, sus dificultades y propuestas, a la vez que impulse iniciativas de mejora de la acción tutorial en su ámbito autonómico. Institucionalizar un ***Órgano Asesor en Docencia***, con representatividad de Jefes de Estudios, Tutores y Residentes.

- ***Buscar foros y recursos para la labor tutorial*** "fuera" del ámbito docente local o regional, bien a través de los grupos de formación de las sociedades científicas o de los colegios de médicos, bien a través del patrocinio de otras instituciones, bien mediante otras entidades con trayectoria acreditada en educación médica (Areda, grupos de tutores de las asociaciones nacionales de especialidad, vocalías de tutores de los colegios, etc.), bien mediante el contacto con otros profesionales y organizaciones docentes. Esto no debe ser entendido como una deslealtad, sino una imperiosa necesidad de aprovechar los escasos recursos disponibles en este sentido, a la vez que encontrar foros de intercambio y renovación de planteamientos y recursos docentes alternativos que pueden resultar de gran interés.

c) <u>Estrategias de reorientación con otros Colaboradores en la Docencia</u>

- El ***Tutor***, propuesto por la Comisión de Docencia, debe mantener un adecuado nivel de ***comunicación y diálogo con los miembros de su servicio***. Debe informar y hacer partícipe del diseño y consensuar el Plan de Formación de residentes del Servicio, para implicar y delegar en ellos parte de sus funciones. El tutor debe informar a los colaboradores docentes de la llegada del residente, mantener reuniones periódicas para organizar la rotación, establecer objetivos y evaluar al residente y el proceso globalmente, solicitando posteriormente un informe de evaluación.

- Normalmente casi todos los miembros de ***los Servicios*** tienen alguna vez un residente asignado a su cargo y, tienen un compromiso y una responsabilidad al respecto (docente, asistencial y legal…), garantizando la formación de los residentes, para ***corresponder a la acreditación docente*** original. En el ámbito hospitalario, ni siquiera es el tutor el que pasa la mayor parte del tiempo con los residentes. El RD 183/2008, (art.13) permite la ***creación de figuras docentes para amparar colaboraciones significativas en la formación especializada*** (por ejemplo, Tutores Colaboradores, Tutores de Apoyo, Tutores de Investigación).

- Es necesario reconocer que las ***personas con carga docente que no son tutores***, han de tener alguna ***compensación "proporcional"***, si no económicamente, al menos en carrera profesional y procesos selectivos (Mahón 2009).

- Con frecuencia, en el ***Plan de Formación del Servicio***, se detalla todo el itinerario docente del Residente, pero rara vez enumera y *concreta todas las* ***funciones*** *(gestiones, actividades, reuniones…) y* ***formación*** *que requiere el propio* ***Tutor***, con un cronograma explícito y un plan de necesidades. Ello redundaría en un mejor conocimiento y reconocimiento del tutor, a la par que reforzaría su autoridad.

- Un aspecto que ha suscitado especial preocupación en Mahón fue el de establecer estrategias para ***asegurar el cumplimiento de unos objetivos mínimos formativos en las diferentes competencias por parte de los residentes***. Ello supone:
  - que tanto los residentes como cada responsable docente del servicio conozcan tales objetivos y hayan participado en el consenso de los mismos y, por tanto, estén comprometidos con ellos.
  - que cada figura docente no se deje influir por factores del residente (personalidad, actitudes, habilidades…) de forma que suponga un desequilibrio grave que condicione negativamente su formación (se tiende a dedicar más atención y a sobrecargar al residente "bueno o atractivo" y menos al residente "menos dotado o agraciado").

d) Estrategias de reorientación con los Jefes de Servicio

- El ***Jefe de Servicio***/Sección/Unidad es el **máximo responsable** de las funciones asistenciales, docentes e investigadoras ***de las unidades a su cargo***. Una gran mayoría corresponde a una generación que se ha formado en el sistema MIR, y son numerosos los que tienen reconocimiento universitario. ***Deben apostar por la "excelencia en la docencia"***. Su papel es decisivo para:
  - solicitar y mantener la acreditación docente en el Servicio,
  - la elección del Tutor con características para poder ser acreditado,
  - la colaboración con éste en el diseño y desarrollo del Plan de formación de residentes,
  - reconocimiento eficaz del Tutor, facilitándole los recursos necesarios, el tiempo de gestión clínica tutorial, la posibilidad de formarse específicamente y la consideración o autoridad necesaria dentro del servicio. La LOPS (RD 45/2003) reconoce la función tutorial como de "*gestión clínica*" (equivalente a la que realiza un Jefe de Servicio/Sección),
  - las comisiones de evaluación anual de los residentes a su cargo,
  - la necesaria colaboración de todos los implicados en el proceso docente.
  - Conseguir que se incorporen objetivos docentes en el pacto anual del servicio con la dirección del centro y que orienta los incentivos anuales.
  - Incorporar la memoria docente en la memoria anual del servicio.

- Aunque hasta ahora ha sido poco destacado, el ***papel del Jefe de Servicio en la docencia especializada es de tal importancia, que condiciona decisivamente la consecución y la calidad del plan de formación de los especialistas sanitarios en su***

servicio. El buen entendimiento y cooperación entre Jefe de Servicio y Tutor es fundamental para el éxito de la docencia. En relación a la consecución de los objetivos docentes, del Jefe de Servicio depende:

- ***Qué Tutor propone*** a la Comisión de Docencia para su acreditación, ***delegándole*** la consecución del ***Plan de Formación de los residentes*** del servicio, facilitándole para ello, el tiempo, la formación y el reconocimiento que necesita ante el resto de compañeros del servicio. Lo que implica en la práctica profesionalizar las funciones del Tutor.
- ***Cómo organiza el Servicio*** para garantizar el equilibrio entre las funciones asistenciales, docentes e investigadoras que precisa el Tutor y el Residente en su formación. Ello obliga, en coherencia, a redistribuir parte del trabajo asistencial de un miembro del Servicio entre el resto de colegas, lo que puede ser motivo de conflictos.

e) Estrategias de reorientación con los Jefes de Estudios y CCDD

- Que se tienda a una mayor ***profesionalización de los Jefes de Estudios***, mejorando su nivel de preparación y competencia y su reconocimiento en la institución, con disponibilidad de tiempo y dedicación suficiente para sus responsabilidades.

- La ORDEN SCO 581/2008 (22-feb), establece entre las *funciones de las* ***comisiones de docencia*** *las destinadas a los tutores*: **"***Participar en la* ***acreditación y reacreditación*** *de tutores"* y "*facilitar la* ***formación continuada*** *de los tutores en metodologías docentes y otros aspectos relacionados con los programas formativos*".
  - Las CCDD velarán porque el ***proceso de designación de tutores se realice a través de un procedimiento reglado entre los facultativos de la Unidad Docente, con baremación de méritos y convocatoria y adjudicación públicas***, así como con ***procesos periódicos de reacreditación***, para las que ***se tendrá en cuenta la opinión de los residentes***.
  - En tanto esto se logra, las CCDD deberían ejercer su función de ***supervisar que el tutor propuesto por los Jefes de Servicio es un profesional acreditado, vetando aquellos que no reúnan los criterios todavía o a aquellos tutores que dejen de reunir las condiciones necesarias*** para su correcta labor.
  - Del mismo modo**,** ***las CCDD deberían supervisar que el Plan Docente de un Servicio o Unidad*** no sólo asegure un itinerario formativo adecuado para el residente con un tutor acreditado, sino también que ***éste disponga de las condiciones de tiempo y formación necesarias para cumplir su función***. Debería establecerse como un plan de necesidades y evaluarse en la memoria anual.
  - Urge establecer un ***Plan de Formación para los Tutores***, y asegurar cada año el ***presupuesto*** para su desarrollo.
  - Valorar no sólo el nivel de cumplimiento de los criterios docentes exigidos, sino la calidad de la FSE realizada, dentro de ***Planes de Calidad Docente de FSE***.
  - ***Fomentar las reuniones docentes necesarias entre el Jefe de Estudios y los tutores*****,** para informar y formar en las funciones del tutor, unificar criterios y

trámites, asesorar sobre las gestiones necesarias, explicar el funcionamiento de las CD, etc.

- ***Mejorar la representatividad de los tutores en las CCDD*.**
- **Que los tutores participantes en la comisión de docencia tengan un tiempo específico reconocido para desarrollar las actividades de la Comisión.**

f) <u>Estrategias reorientación con las Direcciones Gerentes locales y autonómicas</u>

- Ver el punto *Estrategias ofensivas*.
- Conseguir ***que las direcciones incorporen objetivos docentes en los contratos-programa*** con las autoridades autonómicas, incorporando indicadores docentes, etc.
- ***Pactar*** con las direcciones el contenido y desarrollo del ***Plan de Calidad Docente del centro***.
- En este sentido, se reconoce el ***valor de las auditorías docentes*** para aprovechar sus llamadas de atención que evidencian déficits y favorecen su corrección. Algunos proponen que se realicen a nivel interno a modo de "mantenimiento" para asegurar la calidad necesaria mínima.

Numerosos ejemplos nos demuestran ***que todos los aspectos positivos de tutores y residentes se potencian infinitamente cuando la normativa legal, autonómica y de las CCDD, unidos a los planteamientos estructurales del servicio o unidad docente guiados por el Jefe de Servicio, se orientan a favor de la docencia***.

En foros como los Encuentros de Tutores y Jefes de Estudios de Mahón, ***es cada vez más evidente que ES POSIBLE replantear la FSE en un sentido positivo y creativo***. Estos foros, sus documentos de consenso y las ponencias sobre experiencias reales de numerosas unidades y comisiones docentes influyen sinérgicamente a todos los niveles, aunque sea de forma lenta.

Finalmente, entendiendo la continuidad de la formación sanitaria pregrado, posgrado y continuada**, *los tutores y jefes de estudios ocupan una posición privilegiada para mejorar la necesaria coordinación en la educación médica***. Son el puente entre los estudiantes que parten de la Universidad y los Profesionales Especialistas que ejercerán y continuarán formándose continuadamente.

IV. MATRIZ DAFO FINAL

Tabla 4. Resumen de epígrafes del análisis DAFO y estrategias de la acción tutorial.

Análisis externo (CONTEXTO) ➔ **Análisis interno (LABOR TUTORIAL)🡻**	**AMENAZAS (A):** • Contexto Político • La sociedad y el sistema sanitario ha cambiado. • La recesión económica. • El modelo MIR ha cambiado.	**OPORTUNIDADES (O):** • Voluntad sanitaria de mejorar la calidad de la FSE: Legislación (estatal y autonómica; sanitaria y docente). • Profesionalismo. • Interés por la Educación Médica. • Desarrollo de las tecnologías de la información.
FORTALEZAS (F): • Calidad de los profesionales tutores. • Prestigio y consolidación del SNS y del Sistema MIR. • Voluntad política de mejorar la calidad de la FSE.	**Estrategias DEFENSIVAS (FA):** • Revitalizar el sistema MIR • Medicina coste-efectiva	**Estrategias OFENSIVAS (FO):** • La Formación Sanitaria Especializada: Objetivo estratégico de los Servicios de Salud
DEBILIDADES (D): • NIVEL PROFESIONAL DEL TUTOR. a. Historia previa ignorando a los tutores. b. Inercia de la organización considerando a la docencia un subproducto de la asistencia que no precisa dedicación especifica. c. Riesgo de agotamiento de la entrega profesional d. Falta de tiempo explícito para la labor tutorial e. Falta de formación explícita para la labor tutorial f. Falta de reconocimiento explícito de la labor tutorial g. Riesgo de provisionalidad en la labor tutorial • NIVEL DE RELACIONES EN EL ENTORNO DEL TUTOR. a. Con los Residentes b. Con otros Tutores de residentes c. Con otros Colaboradores en la Docencia d. Con los Jefes de Servicio e. Con los Jefes de Estudios y CD f. Con Dir. Gerentes locales y autonómicas	**Estrategias ADAPTATIVAS o de SUPERVIVENCIA (DA):** • Gestión emocional correcta • Consolidación de los tutores • Conseguir financiación y presupuesto para la docencia	**Estrategias de REORIENTACIÓN (DO):** • NIVEL PROFESIONAL DEL TUTOR. a. Reconocimiento de los tutores • NIVEL DE RELACIONES EN EL ENTORNO DEL TUTOR. a. Estrategias de reorientación con los Residentes b. Estrategias de reorientación con otros Tutores de residentes c. Estrategias de reorientación con otros Colaboradores en la Docencia d. Estrategias de reorientación con los Jefes de Servicio e. Estrategias de reorientación con los Jefes de Estudios y CD f. Estrategias reorientación con las Dir. Gerentes locales y autonómicas

V. BIBLIOGRAFÍA

NORMATIVAS:

- 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.
- LEY 44/2003 (21-nov) de ordenación de las profesiones sanitarias. (LOPS)
- REAL DECRETO 1146/2006 (7-oct) por el que se regula la relación laboral especial de residencia. ("Decreto MIR")
- REAL DECRETO 183/2008 (8-feb) 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.
- ORDEN SCO 581/2008 (22-feb), 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.
- Decreto 75/2009 (15-oct) por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.
- Orden de 15 de abril de 2010 del B.O.A.: Procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada en CCSS de los centros del Sistema de Salud de Aragón.
- Decreto 49/2010 (8-oct) por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Decreto 14/2011 (4-feb) por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

ARTÍCULOS Y PONENCIAS:

- Gracia, D. "Nueva misión de la universidad" Lección inaugural Curso Académico 2007-08 en la Universidad Complutense de Madrid.
- Morán, JM. "¿Es necesaria y compatible la existencia del tutor de médicos residentes dentro de nuestras estructuras asistenciales?". Educación Médica 6, 3, julio-septiembre 2003.
- J Morán-Barrios. El tutor en los Centros Sanitarios: Retos y Realidades. 2007. http://www.ehu.es/SEMDE/publi.htm
- Pérez, F. La Opinión de los Tutores Hospitalarios sobre sus funciones. Encuesta 2004.
- Pérez, F. Papel de la Comisión de Docencia para los Tutores Hospitalarios de la Comunidad de Madrid. Encuesta 2004
- Pérez, F. La Opinión de los Residentes sobre la reforma del sistema de formación especializada. Encuesta Nacional 2009. VII Encuentro de Tutores y Jefes de Estudios. Mahón, 2009.
- Martínez-Clarés P. Análisis de las funciones del tutor sanitario. Revista de Investigación Educativa, 2009, 27:1. P. 223-245.
- Galcerá-Tomás, J, Botella-Martínez C, Saura-Llamas J, Navarro-Mateu F. New regulations regarding Postgraduate Medical Training in Spain: perception of the tutor´s role in the Murcia Region. BMC Medical Education 2010, 10: 44.
- http://laestrategiaesmasimportantequedinero.blogspot.com/2010/08/use-el-analisis-foda-para-generar.html
- Martín-Zurro A. Conferencia: La Reforma de la Formación Sanitaria Especializada. II Jornada de Docencia, AREDA. Madrid, 4/04/2011.

VI. ABREVIATURAS

CD: Comisión de Docencia
CCDD: Comisiones de Docencia
CCAA: Comunidades Autónomas
EIR: Especialista Interno Residente (MIR, FIR, BIR, QIR, PIR)
FSE: Formación Sanitaria Especializada
CCNNEE: Comisiones Nacionales de la Especialidad
LOPS: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
MAP: Medicina de Atención Primaria
RD: Real Decreto
SNS: Sistema Nacional de Salud

VII. Anexo-1: I Jornada de Docencia Tutores de Guadalajara

I JORNADA DOCENCIA

TUTORES DE RESIDENTES DE GUADALAJARA – CLM

15 de DICIEMBRE de 2010

"El futuro será "colectivo" o no será. No hay más lugar para la toma de decisiones aisladas. La inteligencia colectiva permite compartir conocimientos unos con los otros. La cooperación y solidaridad mundial dependen hoy, entre muchas otras cosas, de las competencias y habilidades para intercomunicarse. Cuanto antes los grupos humanos se organicen en colectivos y/o redes inteligentes, en sujetos cognitivos abiertos, capaces de iniciativa, de imaginación y de reacciones rápidas, tanto mejor lograrán pensar y elaborar soluciones prácticas para los problemas complejos de la vida cotidiana."

CONCLUSIONES DE LA JORNADA

El pasado día 15-12-2010 tuvo lugar la "I JORNADA DE DOCENCIA" para Tutores de Residentes de Guadalajara-Castilla La Mancha, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de dicha localidad. A la jornada se inscribieron casi 40 participantes que, cualitativamente, supuso la **representación de todo el espectro con responsabilidad en la docencia de nuestros residentes en Atención Primaria y Atención Especializada**: tutores nuevos y experimentados, jefes de servicio, colaboradores docentes, las presidentas de las Comisiones de Docencia del Hospital y de Atención Primaria de Guadalajara y la responsable de docencia del SESCAM, Laura Ruiz.

La jornada se estructuró en dos mesas de trabajo. En la primera, durante la mañana, titulada ***"La figura del tutor como responsable del programa docente"***, se analizó la importancia estratégica que tiene el tutor para el sistema de salud en su labor de formación de los futuros especialistas sanitarios. Se destacó el especial compromiso y profesionalidad del tutor, que con una importante dosis de generosidad, ilusión y dedicación, trata de sostener el programa docente y cumplir con las numerosas funciones y gestiones que la reciente legislación le ha atribuido (RD 183/2008). Los tutores sostienen, por tanto, tres reivindicaciones: ***tiempo, formación y reconocimiento***.

El tutor, además de soportar la misma presión asistencial que el resto de los compañeros del servicio clínico o del centro de salud, tiene que realizar las tareas de gestión de la docencia y supervisar estrechamente el itinerario docente de los especialistas en formación sin un tiempo específico para ello. La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS, RD 45/2003) reconoce su función tutorial como de "*gestión clínica*" (equivalente a la que realiza un Jefe de Servicio/Sección), pero **todavía no se ha plasmado en la realidad ningún reconocimiento institucional del cargo, ni tiempo específico, ni facilidades para la formación pedagógica, ni incentivo económico** para esta tarea.

Se estima que **el tutor necesitaría un 20% de su tiempo laboral para cumplir con las mínimas funciones docentes que se le exige actualmente**. La mayor parte de estas tareas se realiza en el tiempo personal del tutor. Ello exige un gran altruismo, pero origina mucha fatiga y frustración. Tal nivel de exigencia personal, profesional y legal, unido a los pocos recursos, justifica que **empiecen a escasear las "*vocaciones*" para ser tutor**.

Los responsables máximos de las instituciones sanitarias, los gerentes, los jefes de servicio y sección tienen la responsabilidad de facilitar las funciones del tutor y la adecuada formación del mismo (en

metodologías docentes y evaluativas, y en competencias transversales: investigación, ética, análisis crítico de la información, gestión y calidad sanitaria, etc.), creando un entorno docente favorable, que exprese inequívocamente que formar especialistas en excelencia es una prioridad.

Hasta ahora han sido muy escasos los cursos ofertados en este sentido para tutores. Por ello se reclama que *desde el SESCAM* se desarrolle un "***Plan de Formación de Tutores***", que provea de un presupuesto específico para una completa oferta de cursos y, tal vez, un *equipo autonómico* que facilite la "Formación de formadores". También se debe favorecer la participación en esta oferta, garantizando un mínimo número de días libres para asistir a estos cursos, que estimamos en unos 5 anuales. *Desde el ámbito local* de Guadalajara, tanto la Gerencia de Atención Primaria como desde la Comisión de Formación Continuada se debe colaborar con tal fin, en coordinación con las Comisiones de Docencia. De este modo se contribuiría realmente a favorecer la formación y acreditación de mejores tutores, en coherencia con el objetivo último marcado.

La experiencia avala que **toda inversión en formación supone un éxito** a corto, medio y largo plazo. Pero la formación de especialistas sanitarios que enmarca la legislación actual, aspira a la excelencia, por eso implica a todos, no sólo a los tutores. Ello supone un noble compromiso colectivo, un auténtico reto y proyecto en equipo, un **esfuerzo de gestión y de coordinación a todos los niveles**.

La mesa de trabajo de la tarde, "***Estrategias para mejorar la situación de los tutores***", tuvo el honor de comenzar con la conferencia del **Dr. Fernando Pérez Iglesias, actual presidente de AREDA** (Asociación de Redes Docentes y Asesoras de España; www.areda.info), quien revisó la trayectoria histórica de la formación MIR en España y explicó los orígenes de AREDA, hasta constituirse como "*una asociación científico-profesional, de ámbito estatal, sin ánimo de lucro, cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de la Formación Sanitaria Especializada (FSE) en España*".

Tras el turno de debate, y tal como se había resuelto en **la previa Asamblea de Tutores de Residentes de Guadalajara, se decidió dar el paso de constituirse como "AREDA - Guadalajara",** sección local de la asociación nacional. Con el respaldo y reconocimiento nacional de esta entidad, trataremos de crear una opinión profesional a partir de reuniones de docentes, elaboración de documentos de consenso, etc.,y con la misma vocación de colaborar y trabajar desde y para la mejora de la docencia especializada postgraduada. La sede estará en el Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara, amablemente ofrecido por el actual presidente D. Ramón Ochoa, en nombre de la nueva Junta Directiva.

Globalmente, **la Jornada de Docencia, fue valorada muy positivamente por los asistentes, sobre todo como punto de partida** hacia un proyecto más consolidado que mejorará la docencia de nuevos especialistas sanitarios.

Laura Ruiz, anunció un **próximo encuentro de docencia de tutores a nivel SESCAM**.Se insistió especialmente en la **necesidad de que a las futuras Jornadas de Docencia asistan no sólo los tutores, sino *todos los responsables de la docencia*, especialmente los Jefes de Servicio y Sección**, quienes tienen la máxima responsabilidad sobre la formación de los residentes, la designación del tutor y la capacidad para organizar el servicio de un modo que realmente sea favorable a la docencia, del mejor modo posible en términos de eficacia, eficiencia y satisfacción para todos, especialmente del residente, "todo un orgullo y toda una responsabilidad".

Anexo-2: Tablas del Trabajo de J. Galcerá (2010)

"Nuevas regulaciones de la Formación Médica Especializada en España: percepción del papel del tutor en la región de Murcia"

Encuestas enviadas a 201 tutores hospitalarios y de familia, respondidas por el 73%

Table 1: Demographic features, academic/research profile and Tutors' views on a common training period.

Male	69
Age (yrs)*	45 ± 7
Time since qualification (yrs)*	20 ± 9
Time as Tutor (yrs)*	5.3 ± 5.0
Number of residents per year*	3.7 ± 3.1
Philosophical Thesis	37
Attendance at Tutor Training Programs	54
Membership of Teaching Committee	47
Publications (≥ 10)	33
In favour of a common training period	74

Data expressed as percentages in absence of other criterion
* Data expressed as Mean ± Standard Deviation

Table 2: Various tutor functions performed and tutors'perceptions of the degree of satisfactory completion of PMT program.

Function/Perception	%
Clinical care supervision	65
Individualised evaluation	54
Complete rotation program	81
Structured appraisals	75
Resident Annual Report	67
Planning formal clinical sessions	93
Supervision of residents' log book	48
Satisfactory completion of PMT program	72

Table 3: Level of importance given to various Tutor functions.

Function	Median	IQR	High importance (%)
Clinical care supervision	8.0	(7.0 - 9.0)	64
Satisfactory completion of PMT program	7.0	(6.0 - 8.0)	61
Supervision of day-to-day activities	7.0	(5.0 - 8.0)	59
Implementation of rotation program	7.0	(5.0 - 8.0)	54
Structured appraisals	7.0	(6.0 - 8.0)	50
Formal evaluation of residents' progress	6.0	(5.0 - 8.0)	43
Planning formal teaching sessions	6.0	(5.0 - 8.0)	40
Residents' log supervision	6.0	(3.0 - 7.0)	39

Data expressed as median, interquartile ranges (IQR) and percentage of Tutors according a high level of importance to each function.

Table 4: Differences between Tutor profile and performance of various functions according to level of knowledge of new Tutor regulations.

Tutor profile or function	Level of knowledge (%)		
	High (51%)	Non-high (49%)	p value
Attendance at formal Tutor Training Programs	68	43	0.003
Membership of Teaching Committee	58	37	0.007
Philosophical Thesis	47	27	0.03
Individual resident evaluation	60	46	0.1
Residents' log-book supervision	47	45	0.8
Resident Annual Report	31	24	0.03