

Hacia un nuevo modelo de tutor de residentes

El sistema de formación de especialistas vía MIR tiene como objetivo conseguir que el licenciado en medicina adquiera los conocimientos, las habilidades y las responsabilidades necesarios para poder ejercer eficazmente una especialidad médica, mediante la práctica profesional programada y supervisada. Nadie duda actualmente de que este sistema de formación ha sido un buen instrumento para la formación de los especialistas sanitarios en nuestro país durante las últimas décadas y que ha contribuido de forma muy notable al desarrollo del nivel sanitario alcanzado.

Independientemente de los diferentes ámbitos en que se estructura el sistema MIR (Ministerio de Sanidad, Comisiones Nacionales de las Especialidades, Comisiones Locales de Docencia), la figura del tutor de residentes es la que finalmente asume la responsabilidad del plan de formación individual de cada especialista.

Las funciones del tutor están especificadas en la Orden Ministerial del 22 de junio de 1995 (BOE n.º 155, de 30 de junio de 1995) que regula las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas; se puede resumirlas en: a) proponer a la Comisión de Docencia los planes individuales de formación para cada uno de los especialistas en formación; b) supervisar directa y continuadamente la realización de los programas señalados a los especialistas en formación a su cargo y controlar su actividad asistencial en cuanto forma parte del programa, sin perjuicio de las facultades de la dirección que compete al jefe de la unidad asistencial; c) fomentar la participación del especialista en formación en las actividades docentes e investigadoras de la unidad acreditada; d) la evaluación continuada de los especialistas en formación, y e) elaborar una memoria anual de las actividades docentes con participación específica de los especialistas en formación.

Vistas sus funciones, esta figura que debe organizar, dirigir y evaluar el aprendizaje constituye un elemento fundamental para el desarrollo adecuado durante el período de formación del médico especialista.

Sin embargo, desde la implantación del sistema MIR y aun actualmente, no se han establecido unos criterios de selección de esta figura ni se le ha asignado los mínimos recursos para que pueda desarrollar su labor: ni formación específica ni tiempo asignado ni reconocimiento. De hecho, esta responsabilidad suele recaer en alguno de los especialistas del servicio correspondiente, con un nivel de conocimientos de la especialidad medio-alto y voluntarioso, que se enfrenta a esa labor cargado únicamente, y en el mejor de los casos, con su buena voluntad

y su motivación. Otras veces, cuando en la unidad asistencial no se consigue encontrar a nadie *motivado*, se nombra directamente a algún miembro del servicio, aunque no tenga ninguna vocación docente, o termina asumiendo este papel el propio jefe del servicio.

Hasta ahora, este modelo basado en la buena voluntad y que podríamos calificar de *paternalista* ha tenido un cierto éxito, considerando el nivel quirúrgico en general de las diferentes comunidades autónomas. Sin embargo, los nuevos retos de formación a los que se enfrenta nuestra especialidad cuestionan la validez y la continuidad de esta figura tal como está contemplada actualmente.

Por un lado, la sociedad solicita y requiere un tipo de cirujano que no se limite a la labor artesanal operatoria, sino que actúe de acuerdo con estrictos y sólidos principios científicos; un cirujano, además, en permanente actualización, que sea capaz de incorporar y aplicar las nuevas tecnologías de forma natural y prácticamente inmediata; un cirujano, por supuesto, bien adiestrado y entrenado, que conozca a la perfección las intervenciones quirúrgicas a las que se tenga que enfrentar. Un especialista, en resumen, bien formado académicamente y bien entrenado quirúrgicamente, con muchas "horas de vuelo".

Por otra parte, las nuevas condiciones laborales, derivadas de la aplicación de las normativas europeas, implican ya hoy en día, y todavía más en los próximos años, una reducción muy importante del número de horas laborales, que en el caso de los residentes equivalen a formación y adiestramiento, una marcada disminución del imprescindible tiempo que requiere la formación en cirugía general y del aparato digestivo.

Una de las posibles soluciones planteadas a este problema —alargar el período de formación a 6 años, acercándonos a la duración en otros países de nuestro entorno europeo como Francia o Reino Unido— ha sido rechazada recientemente por los representantes gubernamentales aduciendo falta de presupuesto. En consecuencia, nos encontramos con una especialidad que es cada vez más demandante en su formación y a la que se recorta, en la práctica, el período de aprendizaje; una situación que requiere un replanteamiento de cómo llevar a cabo esa formación de forma exitosa.

Recientemente, por iniciativa de la Asociación Española de Cirujanos y el auspicio de Wyeth, ha tenido lugar la primera Reunión Nacional de Tutores de Cirugía General y del Aparato Digestivo, en la que se ha abordado estas cuestiones relativas a la situación actual de la figura del tutor y el papel que deberá asumir de cara a los nuevos retos formativos. De forma clara y contundente, se ha

puesto de manifiesto la necesidad de que esta labor de tutor se profesionalice. Y esto significa: capacitación, acreditación, evaluación y reconocimiento. No es posible, ante los nuevos retos a los que nos hemos referido previamente, seguir manteniendo una actitud *amateur* o únicamente de buena voluntad, sin tener una preparación y un perfil adecuado para el puesto, sin que se evalúe la labor de formación realizada y sin que se reconozca esta responsabilidad.

Ya ha quedado obsoleto, frente a las nuevas condiciones laborales, el modelo más antiguo de aprendiz que se sitúa junto a un maestro del que va aprendiendo o, como sucede actualmente, se integra en un equipo quirúrgico del que va absorbiendo conocimientos y, tras 5 años, tiene un nivel de formación aceptable. Hay que plantear, por tanto, otros tipos de modelos de aprendizaje que sean válidos en las nuevas circunstancias, un modelo de aprendizaje estructurado o dirigido en función de resultados, así como adecuar nuestra forma de enseñanza y estímulo a las formas de aprendizaje del adulto. En consecuencia, el tutor debe tener una formación como docente que le dote de medios pedagógicos para que pueda desempeñar adecuadamente su labor. Este criterio —entre otros que todavía están por definir y entre los que se podría proponer la pertenencia a la plantilla con continuidad, suficiente experiencia profesional, capacidad organizativa y de relaciones personales, así como motivación por la docencia y la investigación— debería ser uno más de los que conformarían el perfil de tutor. La adecuación de los posibles tutores a ese perfil tendría que ser valorada mediante un proceso de acreditación por la comisión local de docencia y por una comisión evaluadora externa, que se encargarían, además, de evaluar regularmente la labor docente realizada.

Evidentemente, una figura así, con capacidad reconocida y evaluable, a la que se pueda exigir tiempo y dedicación en función del cargo, debe tener algún tipo de compensación o reconocimiento. Por una parte, reconocimiento curricular y en el baremo de méritos para acceder a puestos profesionales, y por otra, reconocimiento económico. Mientras que hay pocas objeciones al reconoci-

miento curricular, al considerar la compensación económica surgen reticencias por cuanto podría crear diferencias con otros compañeros que por pertenecer a la unidad docente también deben participar en la docencia de los residentes. Este supuesto conflicto de intereses es de fácil resolución por cuanto la obligación del tutor no es sólo la docencia asistencial en un momento concreto, situación en la que deben colaborar todos los miembros de la unidad docente puesto que está reconocida como tal si tiene residentes, sino la de elaborar y organizar el plan de formación específico de cada residente, además de garantizar y evaluar su cumplimiento. Por otro lado, también se podría aducir que mientras la función de tutor se realice dentro del horario laboral, no hay razón para que reciba una cantidad económica extra. Y es cierto. Sin embargo, en ningún servicio se asigna un tiempo específico para las funciones de tutor y se le descarga de labores asistenciales, de manera que siempre se acaba utilizando tiempo extralaboral.

En un momento en el que la formación de la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo se plantea nuevos retos estructurales como la formación troncal y las áreas de capacitación específica, en un contexto social más exigente y con reducciones importantes del horario laboral —lo que se traduce en una drástica reducción del período de formación—, parece necesario un nuevo modelo de tutor de residentes. Un tutor que cumpla unos criterios de preparación y selección, que dedique el tiempo necesario, al que se pueda exigir el cumplimiento de sus funciones, que sea evaluado en sus resultados y que reciba una compensación por esta labor. En resumen, perfil, acreditación y reconocimiento; y es posible que en el futuro pueda plantearse que para la acreditación de los centros o unidades docentes sea tan importante contar con unos tutores con capacidad reconocida como determinadas técnicas diagnósticas o quirúrgicas.

Luis Sabater Ortí

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.