



Revista del Laboratorio Clínico

www.elsevier.es/LabClin



EDITORIAL

El tutor de residentes: primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje

The internal residents tutor: first person responsible for the teaching-learning process

Desde que en 1964 J.M. Segovia de Arana pusiera en marcha lo que sería el embrión del sistema MIR para tener definitivamente carácter oficial en 1978 con la incorporación de FIR, BIR y QUIR, éste ha sufrido numerosas adaptaciones, si bien lo esencial permanece. No es baladí afirmar que nuestro sistema de formación de residentes ha tenido y tiene un reconocimiento internacional digno de mencionarse, y esto es algo de lo que todos los que directa o indirectamente estamos involucrados en el sistema sanitario, debemos estar orgullosos. En 1984 se publica la ley que regula la formación de especialistas, en 1989 se establece el modelo actual de acceso, los años 1995, 2003, 2008, sobre todo, han sido de profunda regulación normativa. Pendiente está de publicarse, en breve, el Real Decreto sobre Troncalidad que reestructurará el sistema, siendo probablemente esta incorporación normativa la que más revolucionará el actual sistema BIR/FIR/MIR/QIR desde el año 1978.

La figura del tutor en este escenario de la Formación Especializada se ha ido convirtiendo en un elemento clave del que depende, en buena medida, el éxito formativo de los residentes. Pero no es menos cierto que han tenido que pasar algunos años para que esta figura sea reconocida institucionalmente.

Acreditación y reconocimiento del tutor

La acreditación de tutores se rige actualmente por la Orden SCO 581 2008 de 22 de febrero¹ donde se especifica que corresponde a la Dirección el nombramiento, a propuesta de la Comisión de Docencia y previo informe de Jefe de la Unidad. Es sabido que, en la mayoría de los casos, ha imperado el criterio de este último sin que las direcciones pusieran ninguna objeción a dichos nombramientos, pero no es menos cierto que cada vez son más las unidades donde varios especialistas se postulan para tutores y es la Comisión de Docencia, previa convocatoria con unas bases conocidas por los aspirantes, quien propone al más idóneo aunque éste

no sea el designado por el responsable de la Unidad. Hemos pasado pues de un nombramiento netamente «digital» a un concurso de méritos transparente y en donde las Comisiones de Docencia son el órgano principal de decisión.

Los procesos de reacreditación están por definirse en las distintas comunidades autónomas a partir del Real Decreto 183/2008².

El capítulo no menos importante del reconocimiento, el mismo Real Decreto faculta a las comunidades autónomas para que articulen medidas tendentes a su desarrollo. En este sentido podemos encontrar no sin asombro que hay comunidades como, por ejemplo, Cataluña, que hace años otorga un reconocimiento a esta figura con un complemento específico de tipo económico que no se da en las demás. A nivel de hospital contemplamos que la variedad de «tipos de reconocimiento» van desde conceder 1 hora quincenal para desarrollar esta labor hasta quien disfruta de una jornada semanal dedicada a tutorías. Éste es pues un capítulo pendiente de abordar siendo habitual constatar que cada tutor se busca las horas como puede, de acuerdo con la Jefatura de la Unidad sin que por el momento ni las Direcciones de Hospitales ni las Consejerías correspondientes dicten normas al respecto.

Funciones y responsabilidades

Las funciones de tutoría tienen la consideración de funciones de *gestión clínica* (Ley 44/2003 21 Noviembre)^{3,6}, siendo las principales:

El tutor de residentes deberá identificar las necesidades de formación del especialista teniendo 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.

Es así mismo el *primer responsable* del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente. Otras responsabilidades que le otorgan son las de planificar, gestionar, supervisar

y evaluar todo el proceso de formación. Para ello, el tutor deberá proponer a la Comisión de Docencia la guía o itinerario de rotación, así como el plan individual de formación para cada residente. Deberá fomentar la participación en actividades docentes e investigadoras de los residentes y tendrá asignada, entre otras, la tarea de elaborar la memoria anual de las actividades docentes con participación específica de los especialistas en formación en cada unidad acreditada. Orientará al residente durante todo el periodo formativo estableciendo un sistema periódico continuado y estructurado. Será referente e interlocutor del residente. Propondrá las rotaciones del programa formativo.

Necesidad de formación complementaria del tutor

La formación del tutor no le es innata y es por ello que el Real Decreto 183/2008 contempla que las administraciones favorecerán que los tutores realicen cursos de formación sobre el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, las técnicas de comunicación, los aspectos éticos, la metodología de la investigación, etc.

Algunos hospitales, a través de las respectivas Comisiones de Docencia, dedican buena parte de los recursos en los planes anuales a la formación de tutores. Entre ellos, el Hospital General Universitario de Ciudad Real ha elaborado un Manual Informativo para Tutores⁴ que contempla, entre otros aspectos, los relativos al perfil, las funciones y la formación complementaria necesaria y que, en buena medida, ha sido una de las herramientas más valoradas a la hora de recibir recientemente el reconocimiento Hospitales TOP 10 en Docencia por la revista digital Redacción Médica.

Comunicación entre tutores

Uno observa, con sana envidia, la dinámica con que se mueven los tutores de otras especialidades médicas para debatir sobre los temas que les son competentes, unas veces en reuniones exclusivas y otras compartiendo mesa con los residentes. Así en las Sociedades de Medicina Interna, Neurología, Reumatología, Neumología, Oncología y otras muchas especialidades, a menudo de la mano de las Comisiones Nacionales, son una constante en sus actividades estas reuniones de tutores, en muchos casos celebradas en el Ministerio de Sanidad. Sería deseable que desde nuestras sociedades científicas, AEFA, AEBM y SEQC se propiciaran este tipo de encuentros como una actividad científica más, tanto en los congresos nacionales como en cualquier otro momento del año y promover actividades formativas para los mismos: cursos de metodología docente, seminarios sobre modelos de evaluación de residentes, cursos de comunicación, bioética, metodología de la investigación, técnicas de comunicación, etc. que contribuyan a crear una cultura de la formación dentro del proceso formativo en el que estamos inmersos los tutores como primeros responsables del mismo.

La organización del V Congreso Nacional del Laboratorio Clínico, a celebrar en Málaga los días 9 al 11 de Noviembre, ha tenido a bien aceptar la propuesta de dar cabida a la

primera Reunión de Tutores de Residentes, ante lo que deseo expresar mi agradecimiento.

Actualmente un grupo de tutores, en torno a 50, agrupados en un foro independiente en Internet, mayoritariamente compuesto por analistas clínicos y bioquímicos clínicos participan, opinando, debatiendo y en cualquier caso aportando documentos, ideas, etc., sobre temas de interés en el desarrollo de sus funciones. En este sentido, la necesidad de una reforma en los procesos de evaluación de residentes en el área del Laboratorio Clínico se hace patente, configurada y diseñada principalmente por aquellos que tienen la responsabilidad de llevarla a cabo y éstos son, sin duda alguna, los tutores.

Nuevos retos

La mencionada ley 44/2003, que abría la vía de reagrupar las especialidades según criterios de troncalidad, dice textualmente: «cuando ello proceda». Pues bien, después de 8 años de reflexión y estudio por parte de numerosos grupos de expertos de todas las especialidades médicas, el Decreto de Troncalidad⁵ es un hecho. Al escribir este editorial el borrador está en fase de consultas a las comunidades autónomas y, aunque se prevén pocos cambios, hay que decir que este Real Decreto ha sido muy controvertido y contestado, con especialidades médicas que se han salido del tronco inicialmente asignado, etc. En lo que a nuestro tronco del Laboratorio Clínico se refiere, no satisface en absoluto a microbiólogos e inmunólogos que han elevado sus protestas con distinta resonancia, desde la dimisión en pleno de la Comisión Nacional de Microbiología hasta la negativa de la de Inmunología a asistir a reuniones sobre el Decreto en tanto no se contemple su integración en un tronco mixto medico-laboratorio. Y, por otro lado, se observan distintas respuestas individuales —no institucionales— en Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica, quizá más proclives al entendimiento. En lo que a la figura del tutor se refiere, aparece el tutor de Unidad Troncal que en principio será distinto del tutor de Especialidad (el actual) y, en este nuevo escenario, parece contemplarse que, en la formación de 4 años, dos de ellos los residentes estarán a cargo de un tutor y los dos siguientes a cargo de otro distinto. Esperemos atentos a cómo se desarrolla este aspecto fundamental del periodo formativo, si bien tengo que confesar cierto grado de escepticismo por mi parte.

Bibliografía

1. Orden SCO 581 22 de febrero de 2008. BOE 5 de marzo.
2. RD 183 de 8 de febrero de 2008. BOE 21 de febrero.
3. Ley 44 de 21 de noviembre de 2003. BOE 22 de noviembre.
4. Manual Informativo para Tutores MIT-DOC-01 Edición 1 de 15 de agosto del 2010. Hospital General Universitario de Ciudad Real.
5. Borrador de Real Decreto de Troncalidad.
6. Manual para Tutores de MIR. Cabero y Roura, L. Ed. Panamericana 2007.

Vicente Morales Elipe
Servicio de Análisis Clínicos, Hospital General
Universitario, Ciudad Real, España
Correo electrónico: vmelipe@sescam.jccm.es