

Manual de la Sección de Formación de la AEC

¿CÓMO FORMAR Y MOTIVAR AL RESIDENTE DE CIRUGÍA?

Programa de formación de tutores de residentes



DIRECTOR

Xavier Serra-Aracil

CO-DIRECTORES

Francesc Feliu Villaró, Alejandra García-Botella, Neus García Monforte,
José María Miguelena Bobadilla, Mónica Millan Scheiding, Mireia Pascua Solé,
José Antonio Rueda Orgaz, Inés Rubio Pérez, Anna Trinidad Borràs

Manual de la Sección de Formación de la AEC

¿CÓMO FORMAR Y MOTIVAR AL RESIDENTE DE CIRUGÍA?

Programa de formación de tutores de residentes

AEC
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE CIRUJANOS



© Copyright 2023. Xavier Serra-Aracil.

© Copyright 2023. Asociación Española de Cirujanos.



Calle O ´Donnell, 16. 1º izq. 28009 - Madrid

<https://www.aecirujanos.es/>

Todos los derechos reservados. Ni la totalidad ni parte de esta publicación puede reproducirse o transmitirse por cualquier procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación sin permiso escrito del autor/autores y del editor.

El contenido de la publicación refleja las opiniones, conclusiones y hallazgos propios del autor/autores.

En caso de errata y actualización de la publicación, la Asociación Española de Cirujanos publicará la pertinente corrección.

ISBN: 978-84-09-55197-2.

Depósito Legal: D.L. AB 548-2023.

Impreso en España.

ÍNDICE

Autores

DIRECTOR

Xavier Serra Aracil

*Jefe de grupo de investigación de Cirugía Colorrectal.
Instituto de Investigación y Innovación Parc Taulí (I3PT).
Hospital Universitario Parc Taulí.
Profesor Titular. Departamento Cirugía. Universidad Autónoma de Barcelona.*

CO-DIRECTORES

Francesc Feliu Villaro

*Unidad Coloproctología.
Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.
Profesor Asociado. Facultad de Medicina. Universitat Rovira & Virgili. Tarragona.
Representante Nacional Vocalía Médicos Tutores y Docentes por la Organización Médica Colegial de España.*

Alejandra García-Botella

*Facultativo especialista de área de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.
Profesora asociada. Departamento de Cirugía Universidad Complutense de Madrid.*

Neus García Monforte

*Adjunta Senior del Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell.
Profesora asociada. Departamento de Cirugía. Universidad Autónoma de Barcelona.*

José María Miguelena Bobadilla

*Unidad de Cirugía Endocrina, Mama y Obesidad.
Hospital Universitario Miguel Servet.
Profesor Titular. Departamento de Cirugía. Universidad de Zaragoza.*

Mónica Millan Scheiding

*Jefe Clínico, Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.*

Mirella Pascua Solé

*Adjunta del Servicio de Cirugía General y Digestiva. Unidad de Cirugía Endocrina.
Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona).*

José Luis Ramos Rodríguez

*Jefe de Sección de Cirugía Colorrectal.
Hospital universitario de Getafe.
Profesor Asociado de la Universidad Europea.
Facultad de Medicina.*

Inés Rubio Pérez

*Médico adjunto. Unidad de cirugía colorrectal. Servicio de Cirugía General.
Hospital Universitario La Paz, Madrid.
Tutora de residentes.
Profesora asociada. Departamento de Cirugía. Universidad Autónoma de Madrid.*

José Antonio Rueda Orgaz

*Coordinador de Sección de Coloproctología.
Unidad de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Tutor de Residentes de Cirugía .
Hospital Universitario Fundación Alcorcón.Madrid.*

Anna Trinidad Borràs

*Médico Adjunta de Cirugía General y Digestiva.
Hospital Universitario Sant Joan. Reus.
Profesora asociada. Departamento de Cirugía. Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.*

Según la Real Academia de la Lengua, tutor significa “persona encargada de orientar a los alumnos en una asignatura, un curso, una práctica o un trabajo de investigación”. Sin duda, basado en esta definición queda adecuadamente establecido el objetivo final de un tutor encargado de un residente de cirugía. Es evidente que los tutores asumen una importante responsabilidad aceptando esta misión, ya que adquieren el reto de garantizar la formación integral de los residentes, lo cual incluye no solo saber operar adecuadamente, sino construir un espíritu crítico, desarrollar una orientación docente e investigadora y formar en aquellas habilidades no quirúrgicas necesarias para desarrollar adecuadamente nuestra profesión, incluyendo el trabajo en equipo y la correcta comunicación médico-paciente. Su responsabilidad es mayor de la que podemos llegar a pensar ya que, sin lugar a duda, contribuyen al desarrollo de un adecuado crecimiento como persona.

Tradicionalmente en muchos centros de nuestra geografía, se ha dado un valor relativo, e incluso se ha menospreciado esta importante responsabilidad, enfrentándonos afortunadamente en los últimos años a un cambio de paradigma en este sentido. Cada vez somos más conscientes en los hospitales y Servicios de Cirugía, de la responsabilidad que supone este nombramiento, existiendo cada vez más iniciativas para fomentar una mayor calidad en la tutorización, facilitando incluso horas destinadas para el desarrollo de esta labor.

Este reto de dar valor a la figura del tutor, también lo ha asumido la Asociación Española de Cirujanos (AEC) dentro de toda la actividad docente que realiza nuestra sociedad, ya que está tremendamente concienciada de la importancia que tiene su labor, guiando la formación de las nuevas generaciones de cirujanos de nuestro país. Muchas han sido las iniciativas realizadas en este sentido por la AEC en los últimos años, como las becas de estancia para ampliar la formación, los cursos formativos para residentes o la reducción de las cuotas de acceso a los congresos; desarrollando recientemente importantes iniciativas de gran valor como es la creación del libro del residente, la creación de un grupo joven para escuchar las necesidades existentes o la reorganización de todas las acciones docentes de nuestra sociedad con la creación de un camino formativo estructurado y adaptado digitalmente a los nuevos tiempos.

En definitiva, tenemos la oferta formativa organizada, una herramienta digital para llevar el control correcto de los pasos formativos asistenciales docentes e investigadores, faltándonos únicamente por organizar la formación de las personas que tienen la misión de orientar a los residentes en esta andadura que tiene durante los años de su formación. Este proyecto de preocuparse por la estructuración de la tutorización del residente y la formación de los mismos, cierra el círculo necesario para que la oferta formativa de la AEC tenga un valor más global y de calidad.

En esta definición queda expuesto de forma evidente el porqué del esfuerzo de nuestra asociación en este sentido, ya que no deja de ser por el valor que se le da a esta figura y la importancia que para la AEC tiene. En la Grecia Antigua, la tutoría se inició como un método informal o no estructurado de asistencia educativa. Los tutores operaban en todo tipo de condiciones, con el objetivo de impartir conocimiento al alumno a fin de ayudarlo a mejorar su desempeño en una área determinada. Los métodos de tutoría no empezaron a ser más estructurados hasta el siglo XX, con el entrenamiento, especialización y evaluación de los tutores, siendo ahora muy conscientes de la responsabilidad que supone y la importancia de formarse para llevar a cabo esta labor de la manera más adecuada y correcta, asumiendo este reto la AEC como sociedad científica que vela por los intereses de los cirujanos de nuestro país.

Salvador Morales-Conde

Presidente de la Asociación Española de Cirujanos (2020-2022)

Es un gran honor para mí presentar el Manual de la Sección de Formación de la AEC: **¿CÓMO FORMAR Y MOTIVAR AL RESIDENTE DE CIRUGÍA?** Programa de formación de tutores de residentes. Este Manual ha sido diseñado para servir como una herramienta y guía para aquellos que desempeñan un papel fundamental en la educación y el desarrollo de nuestros residentes de cirugía.

La cirugía es una disciplina en constante cambio, donde la educación se ha convertido en un recurso esencial, por lo que el papel del tutor adquiere una importancia cada vez mayor al transmitir sus conocimientos y experiencias a la próxima generación de cirujanos, asegurando que los estándares de excelencia y ética profesional se mantengan intactos. Los cirujanos no solo deben conocer profundamente todos los aspectos teóricos y habilidades técnicas de la cirugía, sino que también deben cultivar cualidades no técnicas que les ayudarán en el desarrollo de su práctica profesional.

Durante once años, tuve el privilegio de ser tutor de los residentes de cirugía de mi hospital, experiencia enormemente gratificante y que ha enriquecido mi vida profesional y personal y me ha permitido estar presente en la formación de profesionales que ahora representan figuras importantes de la cirugía actual. Desde el principio pude darme cuenta de que ser tutor no es sólo transmitir información y conocimiento sino trabajar cerca de ellos, conocer sus metas, y poderles inspirar, motivar y ayudar en el camino de la cirugía. Pero, además, la tutoría no es un camino unidireccional sino que a lo largo del tiempo se aprende tanto de los residentes como ellos del tutor, y a mí me infundieron juventud y entusiasmo y han enriquecido de forma significativa mi perspectiva en muchos aspectos de la cirugía y del trato con el paciente.

Ahora, como Presidenta de la AEC, mi compromiso con la tutoría sigue siendo sólido. Nuestra obligación como Sociedad Científica es brindar un apoyo incondicional a aquellas personas que dedican su tiempo a los que desean aprender, inspirando y contribuyendo al crecimiento y desarrollo en el campo de la cirugía.

Este manual es el resultado de años de experiencia y estudio por parte de expertos en educación y tutoría. Sus directores, con el Dr. Xavier Serra-Aracil al frente, a los que agradecemos enormemente su labor, han sabido seleccionar a un grupo de autores conocedores del tema que han sido capaces de plasmar de forma práctica y bien estructurada los diferentes aspectos relacionados con el papel del tutor de cirugía.

El manual está dividido en 5 bloques que comienza con la revisión de la historia de la formación sanitaria especializada y sistema MIR España, la normativa y regulación, así como la comparación con otros sistemas formativos europeos y a nivel mundial. A continuación, las diferentes secciones exponen de forma clara los diferentes temas necesarios para llevar a cabo una tutorización adecuada de los residentes.

Nuestro papel como Sociedad Científica debe ser ayudar a difundir el resultado de este importante trabajo realizado por la Sección de Formación de la AEC entre la comunidad quirúrgica para que ayude a los tutores de residentes en el camino de la formación de los futuros especialistas. La difusión, apoyo y puesta en marcha de estas medidas y recomendaciones por parte de profesionales y organizaciones científicas hacen que puedan emprenderse acciones que ayuden a mejorar la calidad de la docencia de nuestros cirujanos que repercutirá, sin duda, de forma favorable en nuestros pacientes.

Agradezco sinceramente a todos los autores y colaboradores que han contribuido a esta obra, así como a todos los tutores en cirugía que dedican su tiempo y energía a moldear a los cirujanos del mañana.

¡Bienvenidos al Manual de Tutores y buena tutoría!

Elena Martín Pérez

Presidenta de la Asociación Española de Cirujanos

ÍNDICE

I INTRODUCCIÓN A LA TUTORÍA EN CIRUGÍA1

- 1.1 INTRODUCCIÓN.....3
- 1.2 HISTORIA DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (FSE) Y SISTEMA MIR (MÉDICO INTERNO RESIDENTE) EN ESPAÑA.....5
Mónica Millan, Xavier Serra-Aracil
- 1.3 NORMATIVA Y REGULACIÓN 13
Francesc Feliu, José Antonio Rueda
- 1.4 OTROS MODELOS FORMATIVOS 29
Anna Trinidad, Inés Rubio

II COMPETENCIAS BÁSICAS DEL TUTOR37

- 2.1 EL PERFIL DEL TUTOR 39
Anna Trinidad, Francesc Feliu
- 2.2 LAS COMPETENCIAS DEL TUTOR..... 45
José Antonio Rueda Orgaz, José María Miguelena Bobadilla
- 2.3 FORMACIÓN DEL TUTOR55
Inés Rubio, Mónica Millan
- 2.4 ACREDITACIÓN DEL TUTOR 63
Francesc Feliu, Anna Trinidad
- 2.5 MOTIVACIÓN DEL TUTOR 79
Mireia Pascua, Neus García Monforte

III FUNCIONES Y TAREAS DEL TUTOR..... 87

- 3.1 INTRODUCCIÓN. FUNCIONES DEL TUTOR 89
Francesc Feliu
- 3.2 ELABORACIÓN DEL PROYECTO DOCENTE..... 95
José Antonio Rueda Orgaz
- 3.3 ELABORACIÓN DEL ITINERARIO FORMATIVO 107
Anna Trinidad, Xavier Serra-Aracil
- 3.4 ROTACIONES. OBJETIVOS CONCRETOS121
Francesc Feliu

3.5	ELABORACIÓN DE GUÍAS DE ACOGIDA	141
	<i>Mónica Millan</i>	
3.6	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN.....	145
	<i>Francesc Feliu</i>	

IV EVALUACIÓN.....171

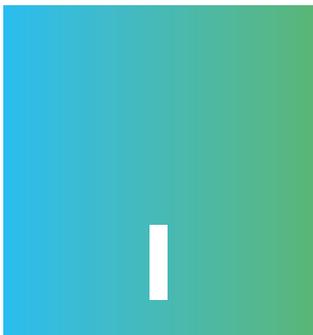
4.1	INTRODUCCIÓN. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN ¿QUÉ SE PERSIGUE?	173
	<i>José María Miguelena Bobadilla, Francesc Feliu</i>	
4.2	INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN	181
4.2.1	EL LIBRO INFORMÁTICO DEL RESIDENTE DE LA AEC.....	181
	<i>Jesús Badía, Pere Rebas, Xavier Serra Aracil</i>	
4.2.2	ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN	187
	<i>Alejandra García-Botella, Neus García Monforte</i>	
4.2.3	OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	195
	<i>José Antonio Rueda Orgaz</i>	
4.3	DOCUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN	203
	<i>Anna Trinidad, Mireia Pascua, Inés Rubio</i>	
4.4	OBJETIVOS Y EVALUACIÓN DE LAS ROTACIONES INTERNAS Y EXTERNAS EN CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	217
	<i>Anna Trinidad, Mónica Millan, Xavier Serra</i>	
4.5	EVALUACIÓN NEGATIVA.....	221
	<i>Alejandra García-Botella, Francesc Feliu</i>	
4.6	EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA AL FINAL DE LA RESIDENCIA PROMOVIDA POR LA AEC: CERTIFICADO DE EXCELENCIA AEC DEL RESIDENTE CIRUGIA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO.....	229
	<i>Xavier Serra Aracil, Anna Trinidad, Jesús Badía Closa, Dolores Pérez</i>	

V HERRAMIENTAS COMPLEMENTARIAS EN LA FORMACIÓN 237

5.1	HABILIDADES TÉCNICAS.....	239
	<i>Mónica Millan, Mireia Pascua, José L. Ramos</i>	
5.2	HABILIDADES NO TÉCNICAS. PROFESIONALISMO.	243
	<i>Neus García Monforte, Inés Rubio</i>	
5.3	ANÁLISIS DE INCIDENTES CRÍTICOS.....	257
	<i>Jose A. Rueda Orgaz, Carlos González, Anna Trinidad</i>	

5.4	RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS. SITUACIONES ESPECIALES. ¿CÓMO Y DÓNDE RECURRIR CUANDO NO PODEMOS SOLUCIONAR UN PROBLEMA?.....	263
	<i>José María Miguelena, Alejandra García-Botella, José Luis Ramos Rodríguez</i>	
5.5	LA SALUD DEL MIR.....	271
	<i>Anna Trinidad, Carlos González, Francesc Feliu</i>	
5.6	RESPONSABILIDAD /IMPLICACIÓN DEL MÉDICO TUTOR DOCENTE PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO (PAIME)....	277
	<i>Anna Trinidad, Carlos González, Francesc Feliu</i>	





INTRODUCCIÓN A LA TUTORÍA EN CIRUGÍA

1.1	INTRODUCCIÓN	3
1.2	HISTORIA DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (FSE) Y SISTEMA MIR (MÉDICO INTERNO RESIDENTE) EN ESPAÑA	5
1.3	NORMATIVA Y REGULACIÓN.....	13
1.4	OTROS MODELOS FORMATIVOS	29



¿Te reconoces?

Esta mañana me ha llamado el jefe para “proponerme” ser tutora. Estoy muy ilusionada porque la idea ha partido de los residentes. Ni me lo he pensado y le he dicho que sí. Y ahora..., si no sé nada. ¿Qué tengo que hacer como tutora? ¿Qué papeles rellenaban mis tutores? ¿Lo sabré hacer? ¿Dónde me informo? ¿Y si alguno tiene un problema, qué hago? Es mucha responsabilidad... Creo que la AEC tiene algún curso...

La figura del tutor/a es clave en la formación de los residentes de Cirugía General y Aparato Digestivo. Pero, ¿se sienten los tutores preparados para acompañar al residente tanto en su formación técnica, asistencial e investigadora, como en las dificultades que, puedan presentarse a lo largo de la residencia?

Este manual nace a partir de la publicación sobre el desgaste profesional o burnout en los residentes de Cirugía General, por parte de la Sección de Formación de la Asociación Española de Cirujanos (AEC).

En este estudio observacional, se evidenció que parte del problema puede ser subsanado si se proporcionan herramientas al tutor/a para detectar el desgaste y, para acompañar al residente en la búsqueda de las causas y las soluciones del proceso.

Generalmente, las vías para llegar a ser tutor son variadas (dependiendo de las diferentes Comunidades Autónomas e idiosincrasia de cada Servicio de Cirugía General, entre otros motivos). Es por eso que, a veces, los recién nombrados tutores desconocen sus funciones propias y cómo llevarlas a cabo. Así este manual intentará de manera ordenada, proporcionar conocimientos sobre todos los puntos importantes en el desarrollo del papel del tutor/a.

El manual está dividido en 5 módulos que tratan sobre los grandes temas considerados fundamentales para poder realizar una excelente tutorización de los residentes.

El manual es la base del curso de la Sección de Formación. De ahí que animamos al lector a participar en el curso de Formación de Tutores. A diferencia del manual, en el curso encontraréis vídeos, textos, artículos y pequeños tests para aclarar los aspectos más importantes. Al finalizar el curso, se podrá obtener el certificado acreditado por la AEC de aprovechamiento del curso.

En este primer módulo se da a conocer cómo ha evolucionado la formación de residentes en España desde la creación del sistema MIR, cuál es el marco legal actual en relación a la tutoría y, los modelos formativos de otros países.

1.2 HISTORIA DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (FSE) Y SISTEMA MIR (MÉDICO INTERNO RESIDENTE) EN ESPAÑA

Mónica Millan, Xavier Serra-Aracil



Es necesario conocer el pasado para comprender el presente e imaginar el futuro

Luis Sepúlveda

PUNTOS CLAVE

- La Formación Sanitaria Especializada (FSE) y el sistema MIR en España se han desarrollado de forma paralela a la modernización de la sanidad española.
- El sistema MIR fue una traslación del modelo “aprender trabajando” de EEUU.
- En 1984 el MIR se consolidó como única vía legal de especialización y depende exclusivamente del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Comunidades Autónomas).
- La figura del tutor se regulariza a partir del RD 183/2008.

1. LA PRIMERA FIGURA DEL MÉDICO INTERNO RESIDENTE (MIR) SE INICIA A FINALES DEL SIGLO XIX

Antes de la creación del sistema MIR en 1978 en España, la formación especializada se hacía en las escuelas profesionales de los hospitales clínicos, adscritos a las facultades de medicina. Esta formación no era homogénea, y dependía de la calidad de los profesionales y del servicio donde se hacía la formación, y no estaba regularizada.

A finales del siglo XIX, William Osler y William Halsted crean los primeros médicos residentes en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore (EE. UU.), fundado en 1889. Es aquí donde se desarrollan los cambios en la enseñanza de la medicina, y sobre todo en el sistema de formación de médicos especialistas, con el concepto de “aprender trabajando”. Fue W. Osler quien abogó por que la formación de los jóvenes médicos debía llevarse a cabo “al lado de la cama del paciente”. Sus métodos de educación se extendieron rápidamente por Europa, sobre todo en el mundo anglosajón.

Pero la verdadera revolución de la enseñanza de la medicina en EE. UU. estuvo provocada por Abraham Flexner (1866-1959), que en su informe de 1910 (Carnegie Foundation) se sentaron las bases de una enseñanza médica postgraduada de calidad, basada en la acreditación y la estandarización como pilares básicos de la buena práctica en los centros asistenciales.

1.2 HISTORIA DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (FSE) Y SISTEMA MIR (MÉDICO INTERNO RESIDENTE) EN ESPAÑA

En España, el pionero de las especialidades y su formación fue el cirujano Federico Rubio y Galí (1827-1902). Formó parte de La Escuela Libre de Medicina y Cirugía de Sevilla y fue profesor honorario del Real Colegio de Cirujanos de Londres. En 1880 crea en Madrid el Instituto de Terapéutica Operatoria en el antiguo Hospital de La Princesa para impulsar la enseñanza de las especialidades quirúrgicas. Desarrolló por primera vez en España una asistencia hospitalaria organizada en unidades especializadas (18 especialidades) mucho antes de que las especialidades fueran reconocidas.

A principios del siglo XX, en los hospitales de España llamados de beneficencia, se instaura la figura del “interno”. A estos “Médicos internos” se les considera predecesores de los actuales MIR. Si bien poco tenían que ver con los MIR actuales, ya que no tenían programa de formación, generalmente trabajaban solos, sin supervisión. Ya que los escasos médicos de plantilla no tenían dedicación plena al estar centrados, fundamentalmente, en su práctica privada. Sus jornadas eran de disponibilidad continuada.

Estos hospitales de beneficencia como el de Basurto (inicialmente Santo Hospital Civil de Bilbao), de 1908, o el de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, de 1930, disponían de este cuerpo de internos. A principios del siglo XX, el Ministerio de Fomento expidió un decreto que contemplaba la posibilidad de que los futuros médicos pudieran estudiar las asignaturas clínicas durante los últimos 3 años en hospitales no universitarios, bien provinciales o municipales. Este tipo de enseñanza hospitalaria extrauniversitaria quedaba limitada a las ciudades que poseían Facultad de Medicina.

En el año 1946, la formación especializada se inicia oficialmente con Dr. Félix Landín con la creación del “Instituto Médico de Especialidades” (IME) como escuela de especialización dependiente de la Universidad de Valladolid. Esta forma de docencia hospitalaria fue respaldada, entre otras personalidades, por el profesor Gregorio Marañón Posadillo, quien defendió la posibilidad docente de los hospitales y la colaboración estrecha entre universidades y hospitales generales.

2. HASTA 1955 NO EXISTE LA LEY SOBRE LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA

Tras la Guerra Civil Española la obtención del título oficial de especialista estaba desregulada. El Estado a través de la Ley de 1955 sobre la enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas, tomó la iniciativa de ordenar la titulación de especialistas. Hasta esta fecha un licenciado podía “auto-titularse” especialista con tal de ejercer un área de la medicina sin ningún tipo de organización, supervisión o programa.

Esta ley implicaba al Ministerio de Educación el control de las titulaciones. La especialización se realizaba previo pago de la correspondiente matrícula en las escuelas profesionales de especialidades, radicadas en cátedras de las facultades de medicina, o en institutos y escuelas de especialización médica reconocidas por el Ministerio de Educación.

La formación estaba unida a un “maestro”. Al cabo de 2 años se solicitaba al Ministerio de Educación el correspondiente título de especialista. Cada institución universitaria

1.2 HISTORIA DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (FSE) Y SISTEMA MIR (MÉDICO INTERNO RESIDENTE) EN ESPAÑA

formadora desarrollaba sus propios criterios formativos. Existía una absoluta falta de homogeneidad en la obtención de los títulos de especialista.

3. EL NACIMIENTO DEL MIR EN ESPAÑA

A principios de los años sesenta, en el Hospital General de Asturias (ahora Hospital Universitario Central de Asturias), el Dr. Carles Soler Durall, formado en EEUU y con una visión de la formación especializada más amplia y concreta, creó la figura del médico interno, que sería el inicio del sistema MIR. Junto con el Hospital General de Asturias, el Hospital Sant Pau de Barcelona y el Hospital Puerta de Hierro de Madrid crearon plazas de médicos internos.

A nivel docente, el Dr. Fernando Alonso Lej (cirujano torácico y cardiaco) puso en marcha la “Comisión de Residentes y Enseñanza”, preludio de las actuales comisiones de docencia, que desarrolló los programas de internado rotatorio y residencia, lo que más adelante serían los programas de especialización como actualmente se conocen, elaborándose el primer manual de residentes.

Durante el periodo que transcurre de 1938 a 1963 se desarrollaron los Seguros Sociales en España, creándose el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), las mutualidades laborales y el Instituto de Medicina e Higiene en el Trabajo. Con uno u otro tipo de seguro social, gran parte de la población española se hizo beneficiaria de los servicios sanitarios del seguro de enfermedad (Seguridad Social). Para atender a esta gran población fue necesaria la construcción de hospitales llamados “residencias y ciudades sanitarias”, para diferenciarlas de los hospitales de beneficencia, ya que la palabra hospital tenía un sentido negativo. (Tabla 1).

4. DÉCADA DE LOS 70, LA SEGURIDAD SOCIAL ASUME LA FORMACIÓN DE LOS MIR

A partir de 1965 es cuando se potencian las residencias sanitarias de la Seguridad Social destinando recursos específicos para convertirlos en centros asistenciales y docentes. Estas dependientes del Ministerio de Trabajo y posteriormente del de Sanidad, se organizaron jerárquicamente precisando de un número creciente de especialistas, así como de la incorporación de nuevas especialidades a imagen de otros países occidentales. Al no poder la universidad española dar respuesta al formidable desarrollo de la nueva situación, al hilo de la expansión sin precedentes de los servicios sanitarios, es la Seguridad Social la que asume, en la década de los 70, la formación de sus especialistas en sus instituciones sanitarias mediante el moderno sistema MIR, generalizándose así los avanzados planteamientos del seminario de hospitales (Orden de 28 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, sobre MIR; Orden de 9 de diciembre de 1977, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, que regula la formación de posgraduados en las Instituciones de la Seguridad Social).

5. PRIMER EXAMEN ESTATAL MIR PARA LAS INSTITUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL (AÑO, 1978)

En 1971, el Ministerio de Trabajo comienza a estructurar legalmente el sistema de formación sanitaria especializada mediante una orden en la que se sientan las bases y procedimientos de selección y formación de los médicos internos residentes de la Seguridad Social. Finalmente, en 1978 se publica el RD 2015 por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas y, en 1984, otro RD establece el sistema MIR como la única vía de especialización.

Los acontecimientos que permitieron el desarrollo del sistema MIR, fueron los siguientes:

1. Consolidación del sistema iniciado en el Hospital General de Asturias: un año de internado rotatorio y tres de residencia.
2. Acreditación de hospitales y unidades docentes y control de calidad mediante auditorías de inspección periódicas.
3. Sistema de selección y acceso. En 1978 se realiza el primer examen estatal MIR para las instituciones de la Seguridad Social que continúa en la actualidad con una convocatoria única nacional.
4. Principales normas reguladoras. La regulación laboral se obtiene entre 1973 y 1975, con el derecho a la Seguridad Social y a un contrato de trabajo que incluía la remuneración de las guardias, ya que hasta esa fecha los MIR no tenían la consideración de trabajadores. Actualmente el Real Decreto 1146/2006 regula las condiciones laborales del residente, sus derechos y sus obligaciones.
5. Incorporación de otras profesiones. Farmacéuticos, biólogos, psicólogos, físicos y químicos fueron incorporándose progresivamente al sistema MIR.

Como hemos comentado previamente, en los primeros años de este programa MIR, el acceso no era uniforme en todo el país y cada centro tenía sus pruebas de selección. Al principio del establecimiento del sistema MIR existía una gran disparidad entre el número de licenciados que salían de las facultades, y el número de plazas MIR convocadas, lo que llevó a un acúmulo importante de médicos sin especialidad. En 1978 se cambió el acceso al programa MIR y se estableció un examen teórico centralizado que valora competencias teóricas (no habilidades ni actitudes) y selecciona en función de la puntuación obtenida. La especialidad y el lugar de formación se escogen a partir de entonces en función de la puntuación en este examen.

El gran mérito del sistema MIR es que creó un sistema de especialización equitativo y de acceso universal, aunque con un grave desequilibrio entre la oferta y la demanda, que se mantuvo hasta la década de los 90, con grandes bolsas de licenciados sin acceso a la especialización oficial. En esta década, el Ministerio de Sanidad reguló legalmente

1.2 HISTORIA DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (FSE) Y SISTEMA MIR (MÉDICO INTERNO RESIDENTE) EN ESPAÑA

la situación de estos profesionales que trabajaban como especialistas sin título oficial, denominados “Mestos”. El Real Decreto 127 de 1984 consolida el sistema MIR como único camino de especialización médica en España.

6. FINALES DE LOS AÑOS NOVENTA Y SIGLO XXI. LA NECESIDAD DE PROFESIONALIZAR EL SISTEMA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA Y LA RELEVANCIA DE LA FIGURA DEL TUTOR

6.1 EL TUTOR DE RESIDENTES

El tutor de residentes es la figura que finalmente asume la responsabilidad del plan de formación individual de cada MIR.

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 pueden resumir en:

1. Proponer a la Comisión de Docencia los planes individuales de formación para cada uno de los especialistas en formación;
2. Supervisar directa y continuadamente la realización de los programas señalados a los especialistas en formación a su cargo
3. Fomentar la participación del especialista en formación en las actividades docentes e investigadoras de la unidad acreditada;
4. La evaluación continuada de los especialistas en formación.
5. Elaborar una memoria anual de las actividades docentes con participación específica de los especialistas en formación.

Esta figura 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. Como describe Sabater L, en una Editorial de Cirugía Española (2006), 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. 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.

1.2 HISTORIA DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (FSE) Y SISTEMA MIR (MÉDICO INTERNO RESIDENTE) EN ESPAÑA

Resumen histórico del sistema de formación sanitaria especializada en España

ÉPOCA	HECHOS DESTACABLES
Finales del siglo XIX	William Osler. Hospital Johns Hopkins. Baltimore. EE. UU., 1889: aprendizaje a la cabecera del paciente
	Federico Rubio y Galí. Instituto de Técnica Quirúrgica y Operatoria. Madrid, 1880: introducción de las especialidades en España
Primera mitad del siglo XX	Los primeros «internos» (eran estudiantes y si hacían especialidad no había programas organizados ni reconocidos)
	Hospital de Basurto. Bilbao: estudiantes internos (Dr. Enrique Areilza, 1918) e Instituto Médico de Especialidades (Dr. Félix Landín, 1946)
	Hospital Santa Cruz y San Pablo (Barcelona, 1930)
	Casa de Salud Marqués de Valdecilla. Santander
	Clínica de la Concepción (Fundación Jiménez Díaz) Madrid (1958 primera convocatoria de cursos para posgraduados)
	Y otros hospitales de beneficencia ubicados en capitales españolas
1955	Ley de 1955 sobre Enseñanzas, Título y Ejercicio de las Especialidades Médicas (Ministerio de Educación)
Década de los 60: nacimiento del sistema MIR	Carles Soler Durall y Fernando Alonso Lej. Hospital General de Asturias. Oviedo, 1963
	José María Segovia de Arana. Clínica Puerta de Hierro. Madrid, 1964
1967. El seminario de hospitales (sienta las bases del sistema MIR)	La Casa de Salud Valdecilla. Santander
	Ciudad Sanitaria «La Paz» de Madrid
	Ciudad Sanitaria «Francisco Franco» de Madrid (actual Hospital Gregorio Marañón), Ciudad Sanitaria «Francisco Franco» de Barcelona (actual Hospital Vall d'Hebron)
	Fundación Jiménez Díaz. Madrid
	Clínica Puerta de Hierro, Fundación Jiménez Díaz. Madrid
	Hospital General de Asturias. Oviedo
	Hospital Provincial Santiago Apóstol de Vitoria
	Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona
Década de los 70	Desarrollo del sistema de Seguridad Social y Seguro de Enfermedad (actual Sistema Nacional de Salud, SNS). Construcción de residencias y ciudades sanitarias (actuales hospitales del SNS) y ambulatorios
Década de los 70 y 80	1972: incorporación del sistema MIR en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud
	Real Decreto 127/1984 que consolida el sistema MIR como único camino a la especialización, regulado y dirigido desde el Ministerio de Sanidad
Década de los 90 y primeras del 2000	Orden de Comisiones de Docencia de 1995
	Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)
	Real Decreto 1146/2006 de condiciones laborales de los especialistas en formación
	Real Decreto 123/2008 de Formación Sanitaria Especializada (regula la figura del tutor, la del jefe de estudios, las comisiones de docencia o los procedimientos de evaluación, e incorpora el desarrollo de las unidades multiprofesionales). Las comunidades autónomas toman protagonismo directo
	Real Decreto de troncalidad 639/2014
	Publicación de los correspondientes decretos de formación sanitaria especializada de algunas comunidades autónomas

Modificada de: Tutosaus Gómez et al.1.

1.2 HISTORIA DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (FSE) Y SISTEMA MIR (MÉDICO INTERNO RESIDENTE) EN ESPAÑA

6.2 PROFESIONALIZACIÓN DEL SISTEMA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA Y LA FIGURA DEL TUTOR

La profesionalización del sistema de formación especializada se realiza en 2008, con la publicación RD 183/2008, que pretende regular las estructuras docentes, desde el punto de vista organizativo y docente-asistencial, incluyendo la figura del tutor, la del jefe de estudios, las comisiones de docencia o los procedimientos de evaluación, e incorpora el desarrollo de las unidades docentes con las nuevas unidades multiprofesionales.

Con este RD 183/2008, la figura del tutor cobra especial relevancia en toda esta reforma, ya que sobre él recae la responsabilidad de la planificación, gestión, supervisión y evaluación de todo el proceso de formación del residente, para lo cual es imprescindible que se regule su dedicación a una tarea tan vital para mantener la calidad del especialista formado y por tanto la del sistema sanitario. Su dedicación es contemplada como una actividad laboral más dentro del proceso de gestión clínica. Esta dedicación docente es algo que recientemente han venido reivindicando las asociaciones de docentes de formación especializada (la asociación docente andaluza, REDECA, la catalana Xarxa, la asociación nacional AREDA (<https://sefse-areda.com/>), etc.).

En el futuro queda completar la modificación de las pruebas de acceso, el desarrollo de la formación troncal, la regulación de las áreas de capacitación específica y los sistemas de evaluación.

CONCLUSIONES

La Formación Sanitaria Especializada (FSE) y el sistema MIR en España se han desarrollado de forma paralela a la modernización de la sanidad española. El sistema MIR fue una traslación del modelo “aprender trabajando” de EEUU.

En 1984 el MIR se consolidó como única vía legal de especialización y depende exclusivamente del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Comunidades Autónomas). La figura del tutor se regulariza a partir del RD 183/2008.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tutosaus Gómez JD, Morán-Barrios J, Pérez Iglesias F. La formación especializada en España. Claves históricas y docentes. En: Millan Núñez-Cortés J, Palés Argullós JL, Morán-Barrios J, editores. Principios de educación médica: desde el grado hasta el desarrollo profesional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015. p. 399-408.
2. W. Osler. El hombre y sus descripciones. Rev Méd Chile, 140 (2012), [consultado 1 Feb 2017]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0034-98872012000900018
3. Miquel Vilardell Tarrés. Historia del sistema MIR. FEM (Ed. impresa) vol.23 supl.1 Barcelona oct. 2020 Epub 09-Nov-2020
4. J. García González. La implantación del hospital moderno en España. Nóbel, (2011),
5. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista [Internet] [citado 1 Feb 2017]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8497
6. W.S. Halsted. The training of the surgeon. Bull Johns Hopkins Hosp, 15 (1904), pp. 267-275
7. J.D. Tutosaus. Historia del MIR. Manual para tutores y residentes de hospitales andaluces, 9.a ed, HHUUVR-CS, (2009),
8. J.M. Segovia de Arana. Desarrollo del Sistema Sanitario Público Español. 1964-1994 Hospital Universitario Puerta de Hierro, Editores Médicos S.A. EDIMSA, (2005),
9. J. Fernández Pardo. Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad. Educ Med, 16 (2015), pp. 57-67
10. Sabater L. Editorial: Hacia un nuevo modelo de tutor de residentes. Cir Esp. 2006;80(3): 121-2

1.3 NORMATIVA Y REGULACIÓN

Francesc Feliu, José Antonio Rueda

PUNTOS CLAVE

- ⦿ Apenas hay jurisprudencia razonablemente consolidada en la figura del Residente, por su gran complejidad jurídica: la inseparable e indivisible función laboral y docente.
- ⦿ La función docente le da derecho a recibir una formación pero también le obliga a ser “diligente” y “responsable”, es decir, le obliga a respetar a los formadores y a cumplir el programa formativo.
- ⦿ La renovación del contrato está supeditada a la acreditación de los objetivos y competencias de su programa formativo para cada año de residencia. Una evaluación negativa no recuperable supondrá la extinción del contrato.

1. INTRODUCCIÓN

Las primeras preguntas que nos hacemos cuando hablamos de normativa y regulación del médico interno residente (MIR) es: ¿qué ley o leyes se les aplica?, ¿son las mismas que para el resto de facultativos?

Es importante para el tutor el disponer de unos conocimientos básicos en materia de legislación y normativa. Lo cierto es que el tema no está debidamente estudiado y apenas hay jurisprudencia razonablemente consolidada. El motivo fundamental es la gran complejidad jurídica de la figura del MIR: la inseparable e indivisible función laboral y docente. Es decir, el MIR tiene una doble naturaleza jurídica:

- ⦿ **LABORAL**, que implica un contrato laboral que les vincula a la institución sanitaria (el empleador), y que por lo tanto genera unas obligaciones (asistenciales en el caso de médicos residentes) y responsabilidades.
- ⦿ **DOCENTE**, que le da derecho a recibir una formación, pero al mismo tiempo, le obliga a ser “diligente” y “responsable” con esa enseñanza que recibe, ya que la renovación de su contrato va ligada a la acreditación de los objetivos y competencias específicas en el programa formativo para cada año de residencia.

Dentro de la página web del ministerio de Sanidad (www.mscbs.gob.es), en el apartado profesionales / Formación y ordenación profesional, se puede acceder a los documentos que tratan sobre Legislación en Formación Sanitaria Especializada. A parte de los programas formativos oficiales de las diferentes especialidades en Ciencias de la Salud, destacan:

1.3 NORMATIVA Y REGULACIÓN

- 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.
- La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, que fija la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Regula la relación entre los especialistas en formación con los centros en los que se están formando durante el tiempo que dure su programa formativo específico.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Fija y regula los aspectos formativos de la figura del residente.
(Ver documentación adicional en anexo 1)
- Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, que “cuelga” del RD 183/2008, por el que, de acuerdo con la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, se fijan los criterios generales relativos a la composición y funciones de las Comisiones de Docencia, la figura del Jefe de Estudios y el nombramiento del tutor.
- Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.

Ya en el artículo 5.1.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, se establecía que los profesionales sanitarios tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado, debiendo respetar la participación de los mismos en la toma de decisiones que les afecten. Esta nueva orden fija y amplía estas consideraciones.

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

Esta nueva orden dicta el nuevo formato de evaluación del periodo de formación de los especialistas en formación, rotaciones, evaluación anual y final, así como los supuestos periodos de recuperación de evaluaciones previas con carácter negativo.

La documentación es muy extensa, por lo que vamos a presentar un resumen de los dos RD que consideramos básicos, para comprender la dualidad jurídica del residente y la figura del tutor docente. Son el RD 1146/2006 y el RD 183/2008

RD 1146/2006, DE 6 OCTUBRE: LA RELACIÓN LABORAL ESPECIAL DEL MÉDICO INTERNO RESIDENTE

Los MIR son personal laboral pero con un tratamiento singular: no dependen del Estatuto de los Trabajadores sino por una normativa propia independiente, el RD 1146/2006.

Por primera vez se establece una norma jurídica común y homogénea para todo MIR. Los principales aspectos a destacar son:

1. Se regula por primera vez la jornada laboral.
2. Se mejora el salario, al ajustar las subidas a las del personal estatutario (regidos éstos por la Ley 55/2003, de 16 diciembre).
3. Se establece un plan específico de recuperaciones, caso de evaluaciones negativas.
4. Se introducen medidas de conciliación entre la vida laboral y familiar.

Estas normas se dictan con independencia del centro formador y en cumplimiento de los programas formativos específicos para cada especialidad, por igual, en todo el territorio nacional.

Se estructura en tres apartados:

1. **Objeto y ámbito.**
2. **Contrato.**
3. **Régimen disciplinario.**

2. OBJETO Y ÁMBITO DEL REAL DECRETO

El objeto del RD es la regulación de la relación laboral especial de la residencia a la largo del periodo formativo, que derive en la obtención del título de especialista mediante la superación del programa de formación.

1.3 NORMATIVA Y REGULACIÓN

Será homogénea para todo MIR, con independencia de la titularidad pública o privada del centro formador.

Los centros docentes no pueden recurrir al contrato de residencia para cubrir sus necesidades asistenciales, sino que el contrato debe cumplir el mandato legal y los programas formativos son los aprobados por el Ministerio de Sanidad.

3. CONTRATO

Al exigirse un contrato de relación laboral se profesionaliza la figura del MIR. Éste deberá someterse a un examen médico previo para comprobar la inexistencia de cualquier enfermedad o proceso incompatible con las obligaciones y actividades que exija el programa formativo.

3.1 DURACIÓN DE CONTRATO

Se fija en un año renovable durante el periodo formativo, siempre supeditado a la superación de las correspondientes evaluaciones. Introduce la posibilidad de prórroga contractual para la realización de un programa de recuperación cuando alguna de las evaluaciones sea negativa por no alcanzar los objetivos docentes fijados. Este plan de recuperación será específico y programado.

La norma jurídica también establece que el MIR no está sometido a ningún periodo de prueba laboral.

3.2 JORNADA LABORAL

La ordenación del tiempo laboral del residente es conflictiva y se regula en base a sus derechos y responsabilidades:

- Protección de la salud del residente.
- Calidad asistencial del centro formador.
- Consecución de los objetivos docentes de su programa formativo.
- Conciliación de la vida laboral y familiar.

La jornada ordinaria no podrá exceder de 37,5 horas semanales, con un máximo de 48 horas en cómputo semestral.

1.3 NORMATIVA Y REGULACIÓN

La jornada complementaria o atención continuada (las llamadas “guardias”), no podrán realizarse más de 7 al mes.

Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá existir un periodo de descanso continuo de 12 horas.

Después de 24 horas de trabajo ininterrumpido (incluye jornada ordinaria + atención continuada), el residente debe tener un descanso continuo de 12 horas, a excepción de situaciones de emergencia asistencial.

El régimen de fiestas, permisos y vacaciones será el mismo al del personal laboral común.

Se aceptan 4 situaciones especiales que hacen imposible realizar el programa formativo en un periodo anual:

- Embarazo.
- Razones de guarda legal.
- Cuidado directo de un familiar, y que no desempeñe actividad retribuida.
- Atención continuada coincidiendo con la custodia no compartida de un hijo menor de edad.

Además, existe una quinta situación especial, la referente al residente con discapacidad: “No se disminuirá el número de horas que determina el programa formativo, pero sí se organizarán de forma que tenga los descansos necesarios y apropiados a sus capacidades funcionales.”

3.3 RETRIBUCIONES

La “nómina” del residente se desglosa en tres aspectos:

1. Sueldo

Las subidas del mismo se ligan a las del personal estatutario: *“Su cuantía será equivalente a la asignada en concepto de sueldo base, al personal estatutario de los servicios de salud en función del título universitario exigido para el desempeño de su profesión, atendiendo, en el caso de los residentes, al exigido para el ingreso en el correspondiente programa de formación.”*

1.3 NORMATIVA Y REGULACIÓN

2. Complemento de grado de formación

A partir del 2º año de residencia, de forma porcentual respecto al sueldo:

- Segundo año: 8%
- Tercer año: 18%
- Cuarto año: 28%
- Quinto año: 38%

3. Complemento de atención continuada

- Variable según la Comunidad Autónoma.
- Se fijan dos pagas extraordinarias anuales.

3.4 SUSPENSIÓN DEL CONTRATO

El contrato del MIR puede suspenderse por las mismas causas que en la legislación laboral común, salvo por acuerdo mutuo de las partes y por causas establecidas previamente en el contrato.

“...si el tiempo de la suspensión del contrato resultara superior a dos años, el residente se incorporará en la parte del programa de formación que acuerde la comisión de docencia de la especialidad, aunque ello suponga la repetición de algún periodo evaluado ya positivamente.”

El RD regula para todas las partes el conflicto entre los derechos del trabajador residente y las obligaciones formativas, preservando esta finalidad formativa, esencial de la residencia, por encima de sus obligaciones laborales.

El contrato se extinguirá por las siguientes causas:

- Por haber obtenido una evaluación anual positiva en el último año de formación y por lo tanto, finalizar el programa de la especialidad correspondiente, sin que proceda indemnización por fin de contrato
- Por haber obtenido una evaluación anual negativa, sin que proceda indemnización por fin de contrato.

1.3 NORMATIVA Y REGULACIÓN

- Por haber obtenido una evaluación final negativa, con independencia de que el residente solicite su revisión, sin que proceda indemnización por fin de contrato.
- Por renuncia voluntaria del residente, de forma explícita o tácita, entendiéndose así cuando se haya autorizado la repetición completa del período formativo y el residente no se incorporara a su inicio o cuando no se incorporara al plan específico de recuperación acordado por el comité de evaluación, sin causa justificada en ambos casos.
- Por las causas previstas en el artículo 49.1. g), h), i) y j) del Estatuto de los Trabajadores, o porque la autoridad competente retire a la unidad docente la acreditación para la formación de especialistas.
- Por superación de un periodo de seis meses de suspensión del contrato motivada por fuerza mayor temporal o causas económicas, técnicas organizativas o de producción.
- Por despido disciplinario, de acuerdo con lo establecido en el artículo 14.3 de este real decreto.
- Por jubilación del trabajador.
- Por muerte, gran invalidez o invalidez permanente total o absoluta del residente, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 48.2 del Estatuto de los Trabajadores.
- Por decisión de la trabajadora que se vea obligada a abandonar definitivamente su puesto de trabajo como consecuencia de ser víctima de violencia de género.

Cuando la extinción se produzca por las causas previstas en los apartados e), f) y j), la Administración sanitaria ofertará a los residentes afectados la posibilidad de continuar su formación como especialistas en otras unidades docentes, suscribiendo nuevos contratos con las entidades titulares de las mismas que darán por válidos los períodos de formación ya realizados y evaluados positivamente en la unidad docente de procedencia.

La extinción del contrato supondrá también la de los derechos derivados de la superación de la correspondiente prueba nacional selectiva, por lo que, para acceder a un programa de formación de la misma especialidad o de otra diferente, se exigirá la superación de una nueva prueba, salvo cuando la causa de la extinción no sea imputable al residente.

1.3 NORMATIVA Y REGULACIÓN

4. RÉGIMEN DISCIPLINARIO

El MIR tiene responsabilidad disciplinaria, como cualquier trabajador en régimen común.

La competencia para la imposición de sanciones corresponde al órgano competente de la institución sanitaria de la que dependa la Unidad Docente, aunque la Comisión de Docencia respectiva deberá estar informada en todos los casos y estará obligada a emitir su criterio.

Ante la imposición de sanciones, el residente tendrá la potestad de recurrir a la jurisdicción competente.

RD 183/2008, DE 8 DE FEBRERO, POR EL QUE SE DETERMINAN Y CLASIFICAN LAS ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD Y SE DESARROLLAN DETERMINADOS ASPECTOS DEL SISTEMA DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA.

Vamos a extraer las ideas más importantes de este texto, y que tratan directamente del papel del tutor.

Tal como dice en su introducción este RD, pretende desarrollar la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, donde ya se menciona la importancia del tutor.

Este RD. tendría un doble objetivo, **“por un lado, avanzar en la implantación de un modelo general de formación sanitaria...”** y por otro **“potenciar las estructuras docentes”**, sus aspectos organizativos, el docente-asistencial y el proceso de aprendizaje.

Por tanto este RD, regula aspectos básicos y fundamentales en el sistema de formación como son la figura del tutor, las Unidades docentes y las comisiones de docencia...

Todo ello se desarrolla ampliamente dentro de este RD, en diferentes capítulos, distribuidos en sus correspondientes artículos.

A continuación describiremos el contenido de los mismos, para su conocimiento general, aunque nos centraremos en el referido a la figura del tutor, (Capítulo IV) y será sobre el que nos extenderemos, ampliando sus ideas centrales.

CAPITULO II: DE LAS UNIDADES DOCENTES

Define cual es el concepto de Unidad Docente y cómo se acreditan. Seria el conjunto de los recursos personales y materiales necesarios para impartir la formación especializada.

Su acreditación viene regulada en la ley 44/2003 de 21 de noviembre. El programa formativo se seguirá en la misma unidad docente, en la que el residente haya obtenido plaza.

CAPÍTULO III: SOBRE LAS COMISIONES DE DOCENCIA

Trata sobre su concepto, ámbitos de actuación, composiciones, presidencia y funciones de las comisiones de Docencia.

Concepto de Comisión de docencia:

Son los órganos colegiados a los que corresponde organizar la formación, y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos. Deben planificar la actividad profesional de los residentes de forma que integren las actividades asistenciales con las formativas. Para ello debe mantener información constante con los órganos de dirección.

El ámbito de actuación de las Comisión de Docencia (CD) se extiende a un centro o Unidad docente.

En las CD debe haber representación tanto de tutores como de residentes, y la presidencia la ostentará la figura del jefe de estudios.

El jefe de estudios será el responsable de planificar, organizar, gestionar y supervisar la docencia especializada.

El procedimiento para su designación está regulado en el marco del artículo 10 de la Ley 44/2003 del 21 de noviembre.

CAPÍTULO IV: ÓRGANOS DOCENTES DE CARÁCTER UNIPERSONAL

En su artículo 11 Recoge el concepto del tutor, de una forma general, define sus funciones, responsabilidades y nombramiento. En su artículo 12 define como ha de ser la evaluación, incentivación y mejora de competencias del tutor.

Artículo 11. El tutor. Concepto, funciones y nombramiento.

Sobre el concepto de tutor:

Tal como viene enunciado en el RD “.. es el profesional especialista, que estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente”, lo que hace que sea precisamente el tutor, el “primer responsable del proceso enseñanza-aprendizaje del residente..”.

Se definen las principales funciones, como son planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación. Para ello debe proponer también medidas de mejora y favorecer el autoaprendizaje, fomentar la investigación y ayudar al residente a la asunción progresiva de las responsabilidades.

1.3 NORMATIVA Y REGULACIÓN

Para llevar a cabo estas funciones, tutor y residente, deber apoyarse en los itinerarios formativos que una vez elaborados, serán aprobados por la comisión de docencia.

Para la adecuada dedicación de los tutores a su actividad docente, cada comunidad autónoma debe adoptar las medidas oportunas para su cumplimiento.

Sobre el nombramiento del tutor, ya en la orden del 22 de junio de 1995, se establece que la designación del tutor, se efectuará por la Dirección del hospital a propuesta del Jefe de la Unidad Asistencial, y por un periodo igual al de la duración de la formación en la especialidad. En el RD 2008, añade que el nombramiento se efectuará por el procedimiento que determine cada comunidad autónoma, entre los profesionales previamente acreditados y que ostenten el título de especialista.

Las Comunidades que han desarrollado la normativa, recogen los aspectos que han de ser valorados por la comisión de docencia.

Requisitos para ser candidato a tutor e instrumentos de valoración para la CD:

- Ser especialista en la especialidad a la que se opta como tutor.
- Desempeño mínimo de 2 años de actividad asistencial en el centro.
- Aportar informe favorable del jefe de Unidad
- Presentar proyecto docente. Documento donde se adapte el programa formativo, planteando para ello, los objetivos, itinerarios formativos, recursos y estrategias para su cometido.
- Currículum docente: Se solicita la experiencia en los últimos 5 años, destacando la actividad investigadora y docente.
- Encuesta a los Residentes, donde se valorar por parte de los mismos, la idoneidad del candidato a tutor, en lo relativo a la profesionalidad y capacidad docente.

Una vez evaluada la propuesta por la comisión de docencia, la resolución del nombramiento es remitida a la Dirección Gerencia de la Unidad Docente.

Artículo 12. Evaluación, incentiviación y mejora de las competencias del tutor.

En este artículo se establece, conforme a lo ya previsto en la Ley 44/2003, que las funciones de tutor tienen consideración de funciones de gestión clínica y como tal deben ser evaluadas y reconocidas.

Se determina así mismo que se deben regular procedimientos para la acreditación y reacreditación periódica de los tutores, con el fin de garantizar el mantenimiento de las competencias de los mismos. Para ello se debe tener en cuenta la experiencia profesional y docente, y actividad investigadora entre otras.

Así mismo, otro aspecto importante recogido en este artículo, es la obligación de la Administración Sanitaria, a facilitar y favorecer actividades de formación continuada, a los tutores, en aspectos relacionados con técnicas de comunicación, metodología de investigación, métodos educativos, a fin de garantizar la formación del tutor, en todos los aspectos relativos a las herramientas que mantengan y mejoren sus competencias formativas y docentes.

CAPÍTULO V

Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente: ambas ideas desarrolladas respectivamente en los artículos 14 y 15.

En ellos se trata la supervisión progresiva y decreciente de las responsabilidades, según se avanza en la consecución de las competencias programadas. Para ello se deben establecer unos protocolos escritos y supervisados por las comisiones de docencia.

CAPÍTULO VI: EVALUACIÓN

Es sin duda otro de los capítulos fundamentales de este RD. En su artículo 17, sobre la evaluación formativa, desarrolla lo que serían los instrumentos de la evaluación, como son las entrevistas estructuradas y los informes de evaluación

Estas entrevistas estructuras, periódicas y pactadas, han de servir para conocer la evolución formativa y el autoaprendizaje, y como mínimo han de ser cuatro al año. Serán tratadas en otro capítulo de este curso de forma más amplia.

En el artículo 18, sobre el libro del residente, se define el concepto del mismo, sus características, de ser individual y obligatorio y su diseño. Por su importancia, será tratado en otro apartado específico dentro de este curso.

Artículo 19, comités de evaluación. Trata de la composición de los mismos.

Artículo 20, la evaluación anual. En este artículo se define el concepto de evaluación anual como tal, cuya *“finalidad es calificar los conocimientos, habilidades y actitudes... al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo...”* y que podrá ser expresada como positiva o negativa, y enlaza con el artículo 22 sobre los supuestos de evaluaciones anuales negativas.

También queda definido lo que es el informe anual del tutor, y los contenidos que debe tener, como son los informes de las rotaciones y de las evaluaciones.

Artículo 21, rotaciones externas. Define en qué consisten, sus periodos, y requisitos para su autorización y como ha de ser su evaluación. Los artículos 23 como han de ser publicadas las evaluaciones anuales y sus efectos,, en el artículo 24, sobre el procedimiento para la revisión de las evaluaciones negativas.

1.3 NORMATIVA Y REGULACIÓN

En los artículos 25, 26 y 27 se determina como es la evaluación final del periodo de residencia, la revisión de las evaluaciones negativas y los efectos de la evaluación final, respectivamente.

Para finalizar, **en el artículo 29** se expone lo relativo a los controles de calidad de las estructuras docentes.

CAPITULO VII: SUPUESTOS ESPECÍFICOS

En el artículo 30 del mismo se expone lo relativo a las estancias formativas de extranjeros y en el artículos 31 trata sobre los cambios excepcionales de especialidad.

ANEXO 1

El RD 183/2008, cuando vio la luz, lo hizo bajo la condición que fuera implementado y adaptado a sus necesidades y particularidades por las respectivas Consejerías de Sanidad de las 17 diferentes Comunidades Autónomas de España, en un plazo no superior a 2 años. Bien, en la actualidad este requerimiento legislativo no se ha cumplido. María Dolores Vicent García (en su artículo titulado *“El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte I)”*, Ed Medica 2021;22(4):241-7) enumera aquellas CCAA que de alguna manera han desarrollado algún aspecto normativo referente a la Formación Sanitaria Especializada, incluyendo aspectos relacionados con la figura del tutor, son las siguientes:

Castilla y León	Decreto 75/2009, de 15 de octubre
	Orden SAN/496/2011, de 8 de abril
	Orden SAN/1438/2011, de 17 de noviembre
Aragón	Orden de 15 de abril de 2010
	Orden de 13 de enero de 2011
La Rioja	Decreto 49/2010, de 8 de octubre
	Orden 2/2014 de 7 de febrero
Extremadura	Decreto 14/2011, de 4 de febrero
	Decreto 9/2023, de 10 febrero
País Vasco	Decreto 34/2012, de 6 de marzo
Canarias	Decreto 103/2014, de 30 de octubre
Cataluña	Decreto 165/2015, de 21 de julio
Andalucía	Decreto 62/2018, de 6 de marzo
Baleares	Decreto 37/2019, de 17 de mayo
Castilla-La Mancha	Decreto 46/2019, de 21 de mayo
Navarra	Ley Foral 5/2020, de 4 de marzo

1.3 NORMATIVA Y REGULACIÓN

“En el mismo ámbito, este año 2023 han sido publicados sendos boletines oficiales con las regulaciones y normativa sobre la Formación Sanitaria Especializada y la figura del tutor en las Comunidades Autónomas de Extremadura y Galicia”

DECRETO 9/2023, de 10 de febrero, por el que se regula la figura del Tutor o Tutora de Formación Sanitari Especializada en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Publicado en el BOE, número 33, del jueves 16 de febrero de 2023.

DECRETO 48/2023, de 20 de abril, de ordenación del sistema de Formación Sanitaria Especializada en la Comunidad Autónoma de Galicia. Publicado en el Diario Oficial de Galicia, número 94, del viernes 19 de mayo de 2023.

1.3 NORMATIVA Y REGULACIÓN

BIBLIOGRAFÍA

1. Orden de 22 de junio del 95 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1995/06/30/pdfs/A19793-19799.pdf>
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
3. Real Decreto 1146/2006, de 6 octubre, por le que se regula la relación laboral especial del Médico Interno Residente. BOE-A-2006-17498. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/10/06/1146/con>
4. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>
5. Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-4321>
6. Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. BOE-A-2017-1200. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2017/01/19/ssi81>
7. Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación. BOE-A-2018-5385. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/res/2018/03/21/\(6\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2018/03/21/(6))
8. Moreno-Madrid, F (2020). Objeto del Real Decreto 1146/2006. Aspectos laborales. En Responsabilidad de los residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas. 31-39. Organización Médica Colegial de España.
9. Moreno-Madrid F, Moreno-Castillo MC (2020). Objeto del Real Decreto 183/2008. Aspectos formativos del MIR. En Responsabilidad de los residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas. 42-49. Organización Médica Colegial de España.
10. Vicent García MD, El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte I): Regulación y reconocimiento de su labor, Educación Médica, <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2021.04.002>

11. González Anglada MI. *Guía del tutor de residentes*. 2018. Manual Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ISBN 978-84-09-01790-4

12. Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Disponible en: <http://bocyl.jcyl.es/boletines/2009/10/21/pdf/BOCYL-D-21102009-1.pdf>

13. Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/formacion/es/formacion-sanitaria-especializada/normativa.ficheros/510978-Orden%20SAN4962011Procedimiento%20de%20acreditaci%C3%B3n%20y%20reacreditaci%C3%B3n%20de%20tutores.pdf>

14. ORDEN SAN/1438/2011, de 17 de noviembre, por la que se modifica la Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/formacion/fr/formacion-sanitaria-especializada/normativa.fichiers/510977-ORDEN%20SAN14382011%20Modificacion%20de%20la%20Orden%20SAN4962011.pdf>

15. ORDEN de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y se regula el reconocimiento de la función de tutoría en los centros del Sistema de Salud de Aragón. Disponible en: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=519090011818&type=pdf>

16. ORDEN de 13 de enero de 2011 de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se modifica el artículo 4, la disposición adicional única y la disposición transitoria primera de la Orden de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y se regula el reconocimiento de la función de tutoría en los centros del Sistema de Salud de Aragón. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Orden13012011Rectificaciontutores.pdf/d84773a4-9761-b7de-8b80-0021da6b7fea>

17. Decreto 49/2010, de 8 de octubre, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Disponible en: <https://web.larioja.org/hnormativa?n=1372>

18. Orden 2/2014, de 7 de febrero, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Disponible en: <https://web.larioja.org/bor-portada/boranuncio?n=1435467-2-HTML-475565-X>

1.3 NORMATIVA Y REGULACIÓN

19. Decreto 14/2011, de 4 de febrero, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Disponible en: <http://doe.gobex.es/pdfs/doe/2011/280o/11040018.pdf>

20. Decreto 34/2012, de 6 de marzo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Disponible en: https://www.legegunea.euskadi.eus/x59-preview/es/contenidos/decreto/bopv201201224/es_def/index.shtml

21. Decreto 103/2014, de 30 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud de Canarias. Disponible en: <http://sede.gobcan.es/boc/>

22. Decreto 165/2015, de 21 de julio, de formación sanitaria especializada en Cataluña. Disponible en: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/6919/1436035.pdf>

23. Decreto 62/2018, de 6 de marzo, por el que se ordena el sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2018/48/3>

24. Decreto 37/2019, de 17 de mayo, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears. Disponible en: <http://www.caib.es/eboibfront/ca/2019/10988>

25. Decreto 46/2019, de 21 de mayo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en Castilla-La Mancha. Disponible en: https://docm.jccm.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2019/05/29/pdf/2019_5172.pdf&tipo=rutaDocm

26. Ley Foral 5/2020, de 4 de marzo, de Presupuestos Generales de Navarra para el año 2020, Disposición adicional decimo- quinta. Compensación por la formación de médicos internos residentes realizada por profesionales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. BOE. 17 de marzo de 2020:25751. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/17/pdfs/BOE- A-2020-3785.pdf>

1.4 OTROS MODELOS FORMATIVOS

Anna Trinidad, Inés Rubio

PUNTOS CLAVE

- Conocer las bases del funcionamiento de otros programas formativos a nivel europeo y a nivel mundial.
- Comparar los diferentes sistemas formativos en los residentes de cirugía.
- Identificar fortalezas y posibles mejoras a nuestro programa formativo de residencia de cirugía general.

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este capítulo es ampliar los horizontes conociendo el contexto de España en el mundo comparándolo con otros sistemas formativos europeos y a nivel mundial. De esta forma nos daremos cuenta de los puntos fuertes y puntos de potencial mejora de nuestro modelo formativo.

2. COMPARATIVA CON OTROS SISTEMAS FORMATIVOS

A continuación se presenta un esquema resumido donde se estructuran los diferentes programas formativos.

1.4 OTROS MODELOS FORMATIVOS

Tabla 1. COMPARATIVA CON OTROS SISTEMAS FORMATIVOS A NIVEL EUROPEO

	Duración carrera	Examen de acceso hospitalario	Duración del programa	¿Quién evalúa al residente?	¿Quién evalúa el programa?	Evaluación final de residencia
España	5 años	SI. Examen MIR	5 años	-Tutor, un adjunto cualificado asignado por el jefe de servicio. -Docencia hospitalaria.	Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) con el apoyo final del Ministerio de Sanidad.	NO
UK	5-6 años de medical school.	NO. Entrevista donde se presenta el portafolio y se resuelve un escenario clínico.	10 años quirúrgicos divididos en: - 2 años de Foundation Programme (rotaciones de 4-6 meses por diferentes especialidades médicas y quirúrgicas). - 2 años de CORE quirúrgico (rotaciones por diferentes especialidades quirúrgicas). Al finalizar se debe realizar un examen selectivo (Membership del Royal College of surgeons) - 6 años de cirugía general .	Un supervisor clínico y un supervisor académico. Anualmente se evalúa según los estándares del InterCollegiate Surgical Curriculum Programme vía e-portafolio y logbook (ISCP system).	InterCollegiate Surgical Curriculum	SI, para acreditarse como consultant. Certification of Completion of training (CCT). Suelen realizar un fellowship para especializarse.
Suiza	6 años	NO. Se realizan entrevistas.	Mínimo de 6 años (su organización depende del hospital).	Se realiza a partir de la realización de un logbook firmado por el supervisor asignado donde se recogen todas las cirugías, miniCEX y competencias adquiridas durante la formación.	Institut Suisse pour la formation (ISFM). También participa la Swiss Surgical Society (SGC-SSC).	Se realizan dos exámenes: Examen básico (a los dos años). Examen de especialista BOARD (a los 6 años).

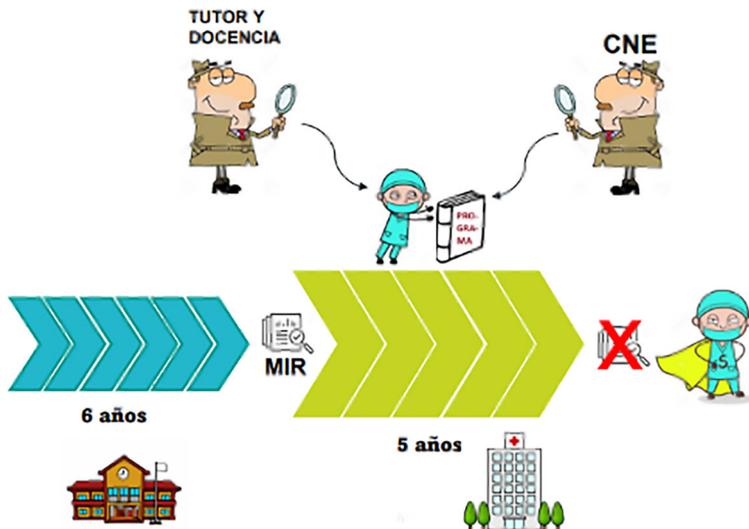
1.4 OTROS MODELOS FORMATIVOS

Tabla 2. COMPARATIVA CON OTROS SISTEMAS FORMATIVOS EN OTROS CONTINENTES.

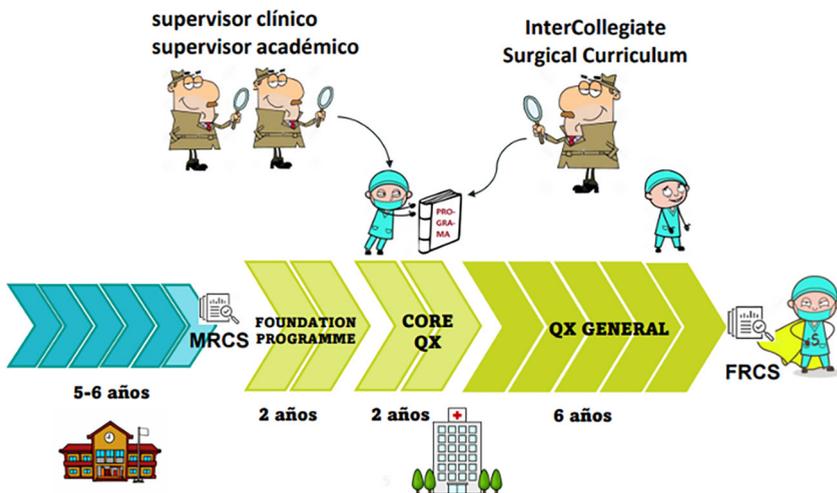
	Carrera de medicina	Examen de acceso	Duración de los programas	¿Quién evalúa al residente?	¿Quién evalúa el programa?	Evaluación final de residencia
USA	Undergraduate de 4 años + 4 años de carrera de medicina: · 2 años de ciencias básicas. · 2 años de clínica en el hospital.	Durante los años de carrera es preciso hacer los exámenes USMLE. Acceso hospitalario mediante entrevistas	5-7 years (+ optional 1-2 year fellowship)	Program director asignado. Depende de la universidad.	The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)	NO. BOARD opcional.
Japón	6 años de carrera.	NO	-2 años de postgrado con rotación obligatoria en M interna, urgencias y ambulatoria. -Posteriormente 3 años de cirugía general.	NO existe un organismo oficial común. La evaluación depende de la estructura de cada hospital.	NO existe un organismo oficial para la evaluación. La Japanese Association for surgical Education (JASE) desde 2014 está tomando actitudes para cambiar la forma de evaluar y de seguir unos estándares en la formación	NO. BOARD opcional.
Canadá	4 años de Carrera de medicina aunque hay algunos hospitales que podrían realizar 5 años.	Acceso hospitalario mediante entrevistas	5 años	University-based system. Es el supervisor elegido por la universidad el encargado de evaluar según las reglas básicas de currículum de la RCPSC.	The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC)	Dos exámenes durante la formación: -A los dos años (Principles of Surgery examination) -A los 5 años (Fellowship examination)

1.4 OTROS MODELOS FORMATIVOS

MODELO ESPAÑOL

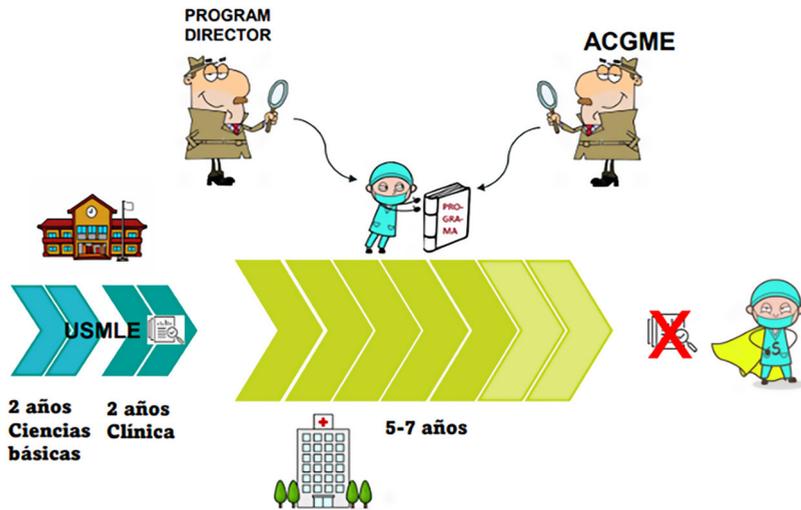


MODELO UK

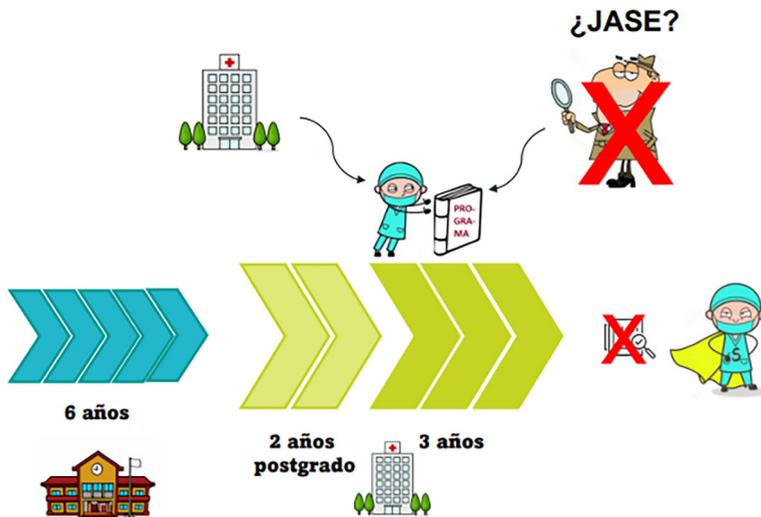


1.4 OTROS MODELOS FORMATIVOS

MODELO USA

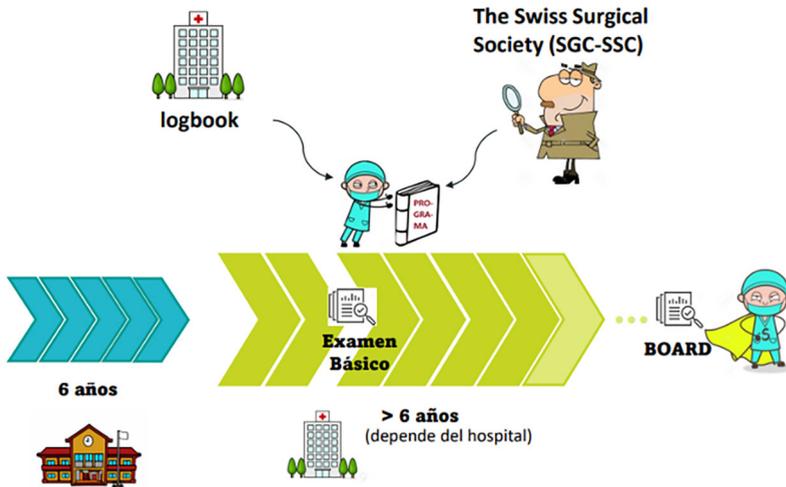


MODELO JAPÓN



1.4 OTROS MODELOS FORMATIVOS

MODELO SUIZA



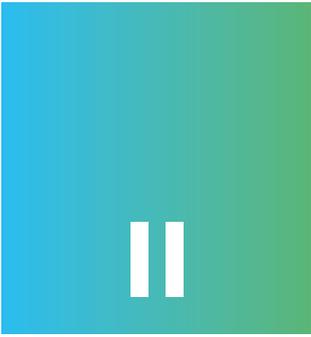
3. CONCLUSIONES

Conocer las bases de funcionamiento de otros programas formativos de cirugía general en Europa y en el mundo nos permite relativizar y ser más críticos en el manejo de nuestro programa formativo. Saber cómo se gestiona la formación en otros países nos permite ver las potencialidades de nuestro sistema y las opciones de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

1. McIlhenny C, Kurashima Y, Chan C, Hirano S, Domínguez-Rosado I, Stefanidis D. General surgery education across three continents. *Am J Surg*. 2018 Feb;215(2):209-213. doi: 10.1016/j.amjsurg.2017.12.002.
2. Mowery YM. A primer on medical education in the United States through the lens of a current resident physician. *Ann Transl Med*. 2015 Oct;3(18):270.
3. THE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND [en línea] citado el 22 de junio de 2021, disponible en <https://www.rcseng.ac.uk/careers-in-surgery/international-trainees-and-surgeons/uk-surgical-training/>
4. CONSEJO ESTATAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA: Formación especializada en Japón [en línea] disponible en <http://agora.ceem.org.es/wp-content/uploads/documentos/residenciayprofesion/japon.pdf>
5. CONSEJO ESTATAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA: Formación especializada en Suiza [en línea] disponible en <http://agora.ceem.org.es/wp-content/uploads/documentos/residenciayprofesion/suiza.pdf>
6. Hoffmann H, Oertli D, Mechera R, Dell-Kuster S, Rosenthal R, Reznick R, MacDonald H. Comparison of Canadian and Swiss Surgical Training Curricula: Moving on Toward Competency-Based Surgical Education. *J Surg Educ*. 2017 Jan-Feb;74(1):37-46.





COMPETENCIAS BÁSICAS DEL TUTOR

2.1	EL PERFIL DEL TUTOR.....	39
2.2	LAS COMPETENCIAS DEL TUTOR.....	45
2.3	FORMACIÓN DEL TUTOR	55
2.4	ACREDITACIÓN DEL TUTOR	63
2.5	MOTIVACIÓN DEL TUTOR.....	79



2.1 EL PERFIL DEL TUTOR

Anna Trinidad, Francesc Feliu

PUNTOS CLAVE

- Conocer el perfil del tutor.
- Entender la importancia de la figura del tutor.

1. INTRODUCCIÓN

Globalmente, se entiende como tutor a la persona encargada de orientar a los alumnos en una asignatura, curso o trabajo siguiendo unas directrices preestablecidas con el fin de asegurar una óptima formación.

Esta figura ya estaba presente hace miles de años y así se refleja en la obra Odisea donde Telémaco es enseñado por Mentor para poder ser sucesor de su padre (**Figura 1**).

En el campo de la medicina el rol del tutor no se estructura claramente hasta 2008 en el Real Decreto 123/2008 de Formación Sanitaria Especializada. En él, se describe la figura del tutor, la del jefe de estudios, las comisiones de docencia y se orienta cómo evaluar al residente. En este Real Decreto, se traslada la responsabilidad de la correcta formación de los residentes a los tutores los cuales deben cumplir con unos derechos y obligaciones.

Desde el punto de vista de un Médico Interno Residente (MIR), el tutor es el primer contacto con la residencia y es el nexo del residente con el servicio al que pertenece. Asimismo, es el pilar de referencia organizativa, de supervisión y de resolución de conflictos que se puedan presentar a lo largo de su itinerario formativo. Además, debe ser el impulsor de un continuo aprendizaje y de la realización de proyectos.



Figura 1.

2. DEFINICIONES

Según el BOE 2008:

1. El tutor es el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate.

El perfil profesional del tutor se adecuará al perfil profesional diseñado por el programa formativo de la correspondiente especialidad.

El tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantendrá con éste un contacto continuo y estructurado, cualquiera que sea el dispositivo de la unidad docente en el que se desarrolle el proceso formativo.

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

Resumen punto 1: El tutor es el primer responsable del proceso enseñanza-aprendizaje del residente garantizando el cumplimiento del programa formativo. Evaluará y mantendrá un contacto continuo con el residente y otros profesionales que intervengan en la formación mediante entrevistas estructuradas periódicas e informes de evaluación de las rotaciones.

2. Las principales funciones del tutor son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente.

Los tutores de cada especialidad propondrán la guía o itinerario formativo tipo de la misma, que aprobará la comisión de docencia con sujeción a las previsiones del correspondiente programa. La mencionada guía, que será aplicable a todos los residentes de la especialidad que se formen en la unidad docente de que se trate, se entenderá sin perjuicio de su adaptación al plan individual de formación de cada residente, elaborado por el tutor en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores de residentes que se formen en el centro o unidad docente.”

Resumen punto 2: Las funciones del tutor son planificar y gestionar un itinerario formativo que se aplicará a todos los residentes. El itinerario formativo lo aprobará la comisión de docencia.

3. El tutor, que, salvo causa justificada o situaciones específicas derivadas de la incorporación de criterios de troncalidad en la formación de especialistas, será el mismo durante todo el periodo formativo, tendrá asignados hasta un máximo de cinco residentes.
4. Las comunidades autónomas adoptarán las medidas necesarias para asegurar una adecuada dedicación de los tutores a su actividad docente, ya sea dentro o fuera de la jornada ordinaria.
5. El nombramiento del tutor se efectuará por el procedimiento que determine cada comunidad autónoma, con sujeción a los criterios generales que en su caso apruebe la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, entre profesionales previamente acreditados que presenten servicios en los distintos dispositivos integrados en el centro o unidad docente y que ostenten el título de especialista que proceda.”

Resumen puntos 3, 4 y 5: Cada tutor tutorizará a un máximo de 3 residentes y es aconsejable que sea el mismo durante todo el periodo formativo. Cada comunidad autónoma determinará el proceso de nombramiento del tutor entre profesionales acreditados.

3. REFLEXIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA UNA BUENA TUTORIZACIÓN

Son muchos los estudios y trabajos que aclaman que una buena tutorización, en cualquier ámbito, es beneficiosa no sólo para el alumno sino para el sistema que lo acoge. De hecho, en las grandes empresas mundiales es una técnica reconocida y utilizada ya que se ha probado que incrementa las aptitudes de los contratados y, consecuentemente, los beneficios económicos. Aun así, la valía de una tutorización de calidad en cirugía parece que aún no ha calado lo suficiente en los hospitales españoles.



Figura 2.

2.1 EL PERFIL DEL TUTOR

Tendemos a elegir como tutor al profesional con más estudios publicados, con más trayectoria profesional y/o con más conocimientos. No obstante, la tutorización, va más allá que simplemente tener unos conocimientos concretos: se deben saber transmitir, se debe saber comunicar asertivamente, se debe motivar y corregir, se debe dar apoyo emocional, etc (Figura 2).

Cabe recalcar que cuando se habla de tutorización no se refiere únicamente a la figura del tutor sino que el concepto engloba también al residente y a la relación entre ambos. Es decir, para una buena tutorización se precisa de un tutor capaz, un residente dispuesto y una buena relación entre ambos (Figura 3). En este curso se profundizará en estrategias para que el tutor consiga estos supuestos. Además, desde la AEC se recomienda la implicación y la complicidad del Jefe de Servicio, de este modo, todo el servicio tiene un mismo proyecto: formar a residentes.

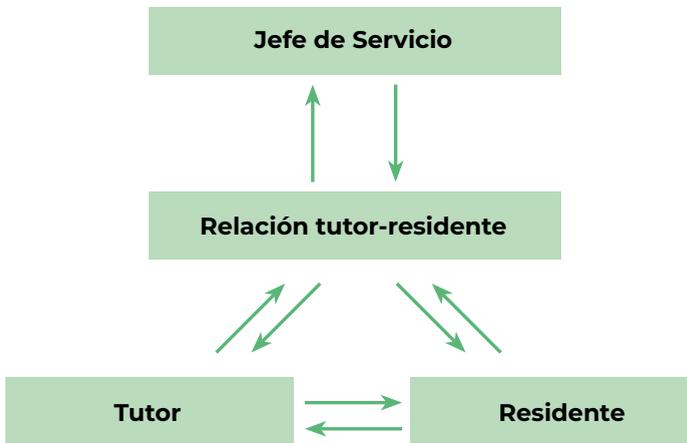


Figura 3.

4. RECOMENDACIONES DE LA AEC

Desde la AEC queremos compartir unas sugerencias de competencias útiles a la hora de elegir un tutor.

Altamente recomendables:

- Tenga motivación para ser tutor y que no tenga conflictos de interés.
- Conozca el servicio y cómo funciona el hospital.
- Que se acredite adecuadamente y se forme como tutor (Acreditación ofrecida por la AEC).

Recomendables:

- Presente habilidades técnicas y clínicas a la vez que las sepa transmitir.
- Presente habilidades comunicativas, organizativas y de gestión emocional.
- Capacidad para fomentar la actividad docente y formadora.
- Formación en investigación: para poder orientar a aquellos residentes interesados en la investigación.

Además, es recomendable que se mantenga el mismo tutor durante un periodo mínimo de 5 años a la vez que se aconseja que haya recambio de tutores. De tal modo, evitamos que los tutores pierdan interés.

5. CONCLUSIONES

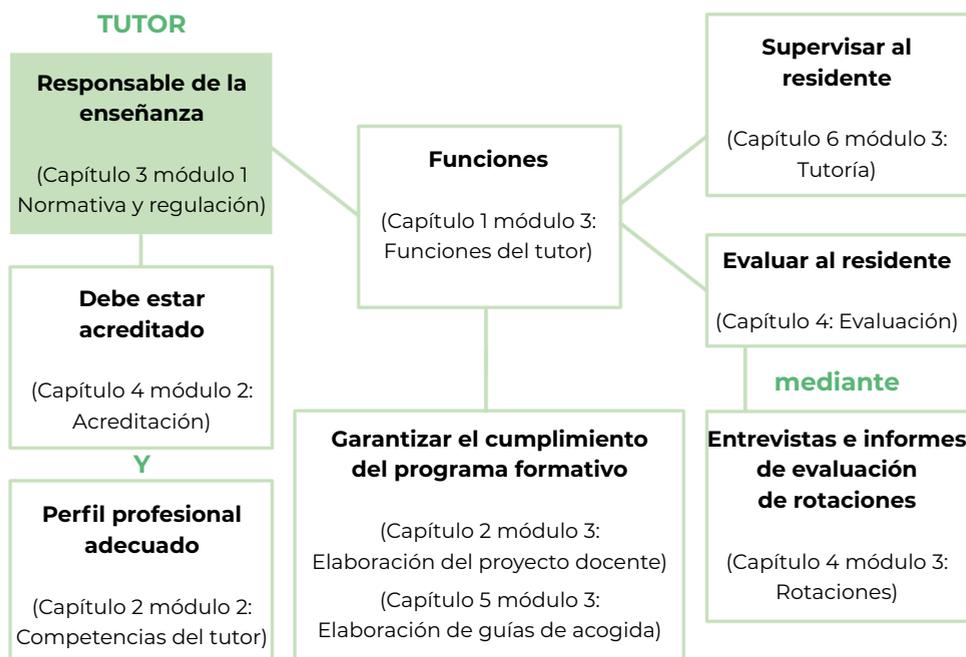


Figura 4.

Con el propósito de simplificar la definición de tutor del BOE 2008 se expone el siguiente esquema donde además, se añaden los capítulos de este curso donde se puede consultar y ampliar la información respectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.*

2.2 LAS COMPETENCIAS DEL TUTOR

José Antonio Rueda Orgaz, José María Miguelena Bobadilla

PUNTOS CLAVE

- Entender “quién es tutor”, el concepto de competencias y como sería el “tutor ideal”.
- Lo que se pediría a un futuro tutor.
- Definir y clasificar las competencias de los tutores. (Perfil competencial).
- Aprender a detectar las necesidades formativas en adquisición y mejora de competencias.

1. INTRODUCCIÓN

De forma genérica entendemos por competencias, aquellas capacidades por las que un profesional utiliza sus habilidades, actitudes y conocimientos con el fin de desarrollar de forma eficaz las diferentes actividades inherentes a su profesión, además de resolver las situaciones correspondientes a su práctica profesional.

En el campo de la docencia médica, se entiende por **competencias** docentes para la tutoría como aquellas capacidades intrínsecas o aprendidas para realizar adecuadamente la acción tutorial, dirigida a favorecer la formación integral de los Residentes, lo que implica además de conocimientos médicos y habilidades técnicas o clínicas, otras cualidades y actitudes.

Constituirían en general un proceso dinámico y longitudinal en el tiempo por el que una persona (docente, tutor) utiliza, desarrolla y potencia los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio asociados a su profesión para poder desarrollarla de forma eficaz en todas las circunstancias que corresponden a su campo de acción.

El concepto de competencias, nos lleva a formularnos las preguntas: ¿quién debería ser tutor?, ¿que características o perfil competencial debería tener? (**Figura 1**), entendido como tal el conjunto de comportamientos, capacidades, y habilidades requeridos para desempeñar de forma satisfactoria esta responsabilidad.

Para establecer cómo sería ese “tutor ideal”, trataremos primero de definir y clasificar estas competencias, para facilitar su desarrollo y exposición.

Muchas de ellas serán inherentes al profesional y otras hemos de aprenderlas, adquirirlas o desarrollarlas, por ello, es importante conocer cuáles serían esas necesidades formativas que expondremos más adelante. A esta formación debe comprometerse el tutor y siempre fomentado y facilitado por las Instituciones.

2.2 LAS COMPETENCIAS DEL TUTOR



Figura 1. Diferentes ámbitos competenciales

2. CLASIFICACIÓN. ÁREAS DE COMPETENCIAS

En general las competencias básicas del tutor las podríamos clasificar en tres tipos (**Tabla 1**), con el fin de facilitar su comprensión: competencias profesionales, personales y relacionales.

2.1 COMPETENCIAS PROFESIONALES

Serían las referidas al ámbito clínico-asistencial y al perfil docente e investigador propiamente dicho. Podemos agruparlas en la siguiente clasificación y correspondientes apartados:

🎯 Competencias clínicas

El tutor desarrolla su práctica profesional orientada a la calidad y seguridad basada en la evidencia. Todo ello lo determina que actúa según protocolos, guías y accede a fuentes de información útiles, con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente. Analiza críticamente los protocolos y la información, destacando su aplicabilidad y utilidad, haciendo partícipes de ello a los residentes.

- **Adquisición periódica de conocimientos:** Deberá actualizar periódicamente sus conocimientos para poder realizar una adecuada transmisión de los mismos.

- **Estrategia de gestión del conocimiento:** Dispone de herramientas para la búsqueda de información y diseñar una estrategia de gestión y aplicación del conocimiento en su ámbito de responsabilidad como tutor.

● **Competencias docentes**

Capacidad para transmitir los conocimientos, habilidades, y cualidades profesionales.

- **Motivación docente:** Muestra interés por la docencia, debe promover y hacer partícipes a los Residentes en la docencia de los alumnos de Medicina y sobre otros residentes.
- **Metodología pedagógica, didáctica y técnicas docentes:** Deberá conocer suficientemente las metodologías, técnicas didácticas y pedagógicas para impartir, coordinar y diseñar actividades docentes, especialmente el aprendizaje centrado en el que aprende y conocer el proceso para elaborar programas y planes de formación.
- **Contenidos y programas de cursos:** Conoce los Programas de la especialidad (Nacional / Europea) y los contenidos, estructura y programación de la formación ofertada por la organización.
- **Manejo de recursos didácticos:** Deberá ser capaz de seleccionar, diseñar y presentar formatos en función de las necesidades, utilizando de manera adecuada las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Utiliza estrategias de enseñanza: Análisis de casos clínicos, presentación de casos y sesiones.

● **Planificación y organización. Orientación al logro de objetivos**

Controla la gestión y cumplimiento de tiempos y recursos de manera efectiva, con capacidad de plantear metas realistas: deberá ser capaz de introducir en su trabajo herramientas de planificación de la formación, definir y priorizar objetivos y establecer acciones coherentes con los mismos. Propondrá iniciativas de mejora en la formación de sus residentes y tendrá capacidad de convertirlas en proyectos y propuestas. Asimismo, utilizará diferentes métodos cuantitativos y cualitativos para hacer la evaluación de los mismos. Realiza seguimientos periódicos de las actividades encomendadas.

● **Ética profesional**

El tutor debe transmitir al residente valores relativos a la ética profesional, que incluyan el respeto y que prevalezca la profesionalidad a otros intereses, así como empatía a la hora de transmitir información sensible a pacientes y familiares.

Actúa de acuerdo a valores profesionales, anteponiéndolo a intereses personales. Su comportamiento es coherente y fomenta un ambiente de trabajo honesto y comprometido. Transmite estos valores al residente. Analiza con los residentes actuaciones y comportamientos con implicaciones éticas, y promueve esos valores.

2.2 LAS COMPETENCIAS DEL TUTOR

2.2 COMPETENCIAS PERSONALES

El tutor debe contar con habilidades interpersonales, que permitan generar en el residente un clima de confianza, que facilite la cercanía y accesibilidad, precisos para el proyecto docente.

Estas características personales y que serían deseables en la figura del tutor, son la asertividad, seriedad, iniciativa, escucha activa, flexibilidad, empatía y gestión emocional. No todas están desarrolladas en la misma medida en todos los profesionales, por ello, es fundamental que el tutor, conozca sus fortalezas y limitaciones personales, para poder adaptarse a los distintos contextos que implica la docencia.

- 🕒 **Educación:** El tutor es respetuoso, con el residente, equipo y con todos los participantes en el proceso.
- 🕒 **Gestión emocional:** Controla emociones negativas y situaciones de estrés. Reconoce sus capacidades y debilidades. Se muestra emocionalmente estable en los distintos contextos, admitiendo la autoridad y el cuestionamiento de sus decisiones.
- 🕒 **Durante el periodo de formación:** Los residentes se enfrentan continuamente a situaciones estresantes que pueden repercutir negativamente en su salud emocional. Por ello, es obligación de los tutores, detectar estas situaciones, para identificar los problemas, y generar un feedback constructivo que promueva la confianza y autoestima del residente.
- 🕒 **Iniciativa:** Plantea la búsqueda de soluciones, a diferentes situaciones, desde la proactividad y la anticipación de los problemas. Se adelanta a los acontecimientos y trasmite a los residentes la oportunidad que supone enfrentar un problema desde la anticipación al mismo e implementar soluciones.
- 🕒 **Flexibilidad:** Es capaz de asumir cambios que supongan mejora, adaptando sus conocimientos a cada situación. Actúa de forma proactiva en la gestión de adopción de mejoras o procesos de transición, que conlleven mejoras en su Centro de trabajo.

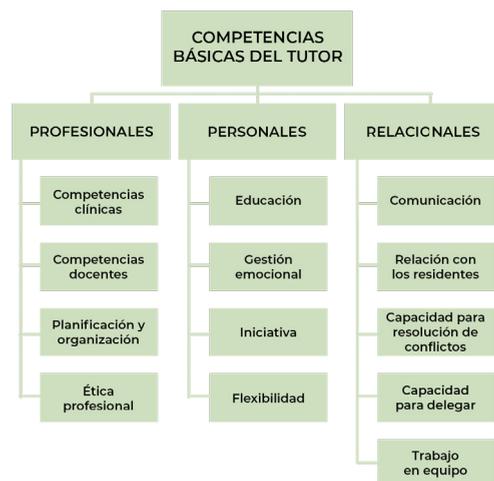
2.3 COMPETENCIAS RELACIONALES

Son las competencias vinculadas al trabajo en equipo y las relaciones interpersonales, necesarias para transmitir la información, tanto con los residentes como con todos los profesionales que intervienen en el proceso formativo.

- 🕒 **Comunicación:** El tutor debe ser capaz de transmitir de forma clara los aspectos relacionados con la formación a todos los colaboradores del proyecto formativo, haciéndoles partícipes y fomentando que hagan aportaciones. Será capaz de manejarse en cualquier situación de interacción personal utilizando la asertividad, la empatía y la sensibilidad interpersonal. Deberá generar entusiasmo en los demás.

- 🕒 **Relación con los residentes.** Dedicar tiempo y mostrar accesibilidad para que el residente exponga sus inquietudes o problemáticas. El tutor debe tener la capacidad de detectar y ayudar a resolver situaciones de conflicto, manteniendo la posición de liderazgo y huyendo de la camaradería.
- 🕒 **Capacidad para resolución de conflictos.** Habilidad negociadora y diplomática. Utilizará de forma adecuada métodos de gestión positiva del conflicto y habilidades sociales de comunicación oral y escrita, aplicándolos a la relación específica tutor-residente.
- 🕒 **Capacidad para delegar:** Deberá tener capacidad para la gestión de tareas y encomendarlas a otras personas bajo su responsabilidad. De igual forma, promoverá la aplicación de criterios de calidad en la práctica habitual.
- 🕒 **Trabajo en equipo:** El tutor, desde el liderazgo, debe transmitir al residente la importancia de las buenas relaciones interpersonales que requiere el trabajo en equipo, fomentando el buen clima y compromiso con su Unidad clínica y con los que participen en su proyecto formativo.
- 🕒 **El tutor tiene que reunirse periódicamente con otros participantes en la formación** (Comisión de Docencia, otros Especialistas y tutores de las Unidades Docentes dónde van a rotar), para detectar áreas de mejora, o intercambios de impresiones de cara a mejorar las actitudes del residentes y poder completar la evaluación de la forma más objetiva. Para ello se reúne o intercambia impresiones con otros residentes, habla con enfermería, los tutores de las otras especialidades donde rota, y con los jefes de esas Unidades.
- 🕒 **El tutor debe involucrar al resto de los miembros** de la Unidad en las actividades docentes, invitándoles a participar en la motivación de los residentes.

Tabla 1. Tipos de competencias básicas del Tutor



3. FORMACIÓN EN ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS

Según el RD 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, el tutor es el “primer responsable del proceso enseñanza-aprendizaje del residente...” y se definen las principales funciones, como son planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación. Para ello debe proponer también medidas de mejora y favorecer el autoaprendizaje, fomentar la investigación y ayudar al residente a la asunción progresiva de las responsabilidades.

Esta enorme responsabilidad, obliga a que como docentes y profesionales, tratemos de mejorar para llevar a cabo esta actividad formativa, por lo que el tutor debería comprometerse a trabajar en la adquisición y actualización periódica de las competencias para el desarrollo y mantenimiento de las funciones expuestas anteriormente.

Así mismo, en este RD 183/2008, en su Artículo 12 (**Tabla 2**), sobre la “Evaluación, incentivación y mejora de las competencias del tutor”, se establece, la obligación de la Administración Sanitaria, a facilitar y favorecer actividades de formación continuada a los tutores, en aspectos relacionados con técnicas de comunicación, metodología de investigación, métodos educativos, a fin de garantizar la formación del tutor, en todos los aspectos relativos a las herramientas que mantengan y mejoren sus competencias formativas y docentes.

Son muchos los trabajos que han tratado de detectar las necesidades formativas de los tutores, para lograr alcanzar y mejorar las competencias. En las encuestas realizadas sobre este aspecto entre tutores, las necesidades formativas más importantes y constantes, son las relacionadas con la competencia docente y pedagógica y el tener cualidades como formador.

Otro aspecto importante, que extraemos del trabajo publicado en Cirugía Española en 2020, sobre el desgaste profesional y burnout en los residentes de Cirugía General, plantea la importancia de formación de los tutores en inteligencia emocional, para aumentar la capacidad de reconocer y adelantarse a los problemas de los residentes.

Tabla 2. Formación en adquisición de competencias

FORMACIÓN EN ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS
<p>RD 183/2008, Art. 12:... “Evaluación, incentivación y mejora de las competencias del tutor” “Obligación de la Administración Sanitaria, a facilitar y favorecer actividades de formación continuada a los tutores, en aspectos relacionados con técnicas de comunicación, metodología de investigación, métodos educativos...”</p>

4. CONCLUSIONES

Algunos aspectos clave que debemos tener en cuenta cuando nos iniciamos en nuestra labor docente o se nos propone como tutor.

1. Debemos hacernos las siguientes preguntas, planteadas por Julio Sánchez Álvarez del Complejo Hospitalario de Navarra (**Figura 2**): **¿Tengo tiempo?**: Para desarrollar las entrevistas estructuradas, las reuniones con la comisión de docencia y con todos los actores que intervienen en la formación. (Jefes de Servicio, Enfermería, Residentes rotantes y otros tutores). **¿Tengo ganas?**: Para involucrarme en la “maduración” del Residente, de aceptar la incompreensión a veces del propio residente, otros residentes o compañeros del staff. Para pugnar con la Comisión de docencia, Jefe del Servicio y de otros Servicios o de asumir responsabilidades con residentes difíciles o enfermos. **¿Tengo aptitudes (competencias)?**, ¿Soy respetado dentro y fuera del Servicio? ¿Mis conocimientos científicos son homologables? ¿Tengo habilidades comunicativas y de escuchar activamente? ¿Tengo habilidades sociales, y soy asertivo?

El plantearse estas cuestiones, antes de iniciarse en el proyecto como tutores, es fundamental para saber el punto de partida y conocer tanto nuestros puntos fuertes como nuestras limitaciones o flaquezas sobre las que actuar.

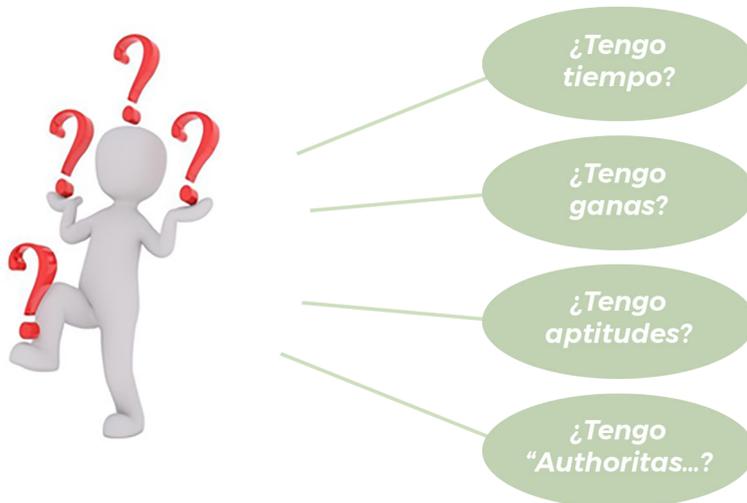


Figura 2. Cuestiones previas.

2.2 LAS COMPETENCIAS DEL TUTOR

2. Otro aspecto importante a considerar cuando nos iniciamos en la tutoría de residentes, aunque no sea una competencia en sentido estricto, es que el tutor no debe tener conflicto de intereses, con el Jefe de Unidad en lo que a la actividad puramente asistencial se refiere, por tanto no es un gestor de Recursos Humanos, para paliar las deficiencias asistenciales del Servicio.
3. Como resumen final, Las competencias del Tutor de Residentes de Cirugía General deben incluir:
Competencias profesionales. Compromiso con el Servicio y con su función. Ser respetado en el ámbito clínico-asistencial, docente, e investigador y conocer perfectamente la normativa y legislación que regula su función.

Competencias personales y relacionales: Educación, seriedad, empatía, iniciativa, ejemplaridad y coherencia en su actividad profesional y dirigido por el principio de auctoritas, autoridad docente per se, frente al jefe de la unidad docente, y frente a los residentes.
4. De todas las competencias descritas, las consideradas más importantes por tutores y residentes son la capacidad y motivación docente, la gestión emocional, la ética y el fomento del trabajo en equipo.

BIBLIOGRAFÍA

1. B.O.E. núm. 45, de 21 de febrero de 2008. Referencia: BOE-A-2008-3176. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
2. B.O.A. Boletín Oficial de Aragón Núm. 82. 29/04/2010 ORDEN de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y se regula el reconocimiento de la función de tutoría en los centros del Sistema de Salud de Aragón
3. B.O.A. Boletín Oficial de Aragón. Núm. 23 03/02/2011. ORDEN de 13 de enero de 2011 de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se modifica el artículo 4, la disposición adicional única y la disposición transitoria primera de la Orden de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y se regula el reconocimiento de la función de tutoría en los centros del Sistema de Salud de Aragón.
4. Vázquez Reta JA, Vázquez Guerrero AL ¿Cómo educar al residente de cirugía? *Cirujano General*. 2007; 29 (2): 95-99
5. *Guía del Tutor de Residentes. Hospital Universitario. Fundación Alcorcón*. Edita: M^a Isabel González Angulada. ISBN obra completa: 978-84-09-01790-4. Depósito Legal:M-18843-2018
6. Sabater Ortí L. *Hacia un nuevo modelo de tutor de residentes*. *Cir Esp*. 2006;80(3):121-2
7. Martínez-Cecilia, A. Arjona Sánchez, J. Sánchez Hidalgo M, Torres Tordera E, Gómez Álvarez M, Gómez Barbadillo J, Rufián Peña S. *La figura del tutor según el residente de Cirugía General* *Cir. Andal*. 2008; 19: 279-282.
8. Sánchez Alvarez J. “¿Qué tiene que hacer un buen tutor para ser competente?”: VIII Reunión Nacional de Tutores de Medicina Interna. 7 Nov 2014
9. Barbado Hernandez FJ. *Ser médico. Un tutor de docencia, a escena*. *Rev Clín Esp* 2010; 210(5):246-249.
10. Lucas-Guerrero V., Pascua-Solé M., Ramos Rodríguez J.L., Trinidad Borrás A., González de Pedro C., Jover Navalón J.M., et. al.: en nombre del grupo de la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo y Sección de Formación de la AEC *Desgaste profesional o burnout en los residentes de cirugía general*. *Encuesta de la Asociación Española de Cirujanos*. *Cir Esp* 2020; 98: 442-449.

2.2 LAS COMPETENCIAS DEL TUTOR

11. Serra Aracil, X. *Editorial: Cuidemos nuestro futuro. Cir Esp.* 2020;98:431-432.

12. Saura J, Lorenzo P, Ros. F. *Necesidades formativas de los tutores de formación sanitaria especializada de una Comunidad Autónoma de España. Archivos en Medicina familiar*, 2017;9(4): 95-104.

2.3 FORMACIÓN DEL TUTOR

Inés Rubio, Mónica Millan

PUNTOS CLAVE

- El tutor tiene múltiples funciones y necesita varios tipos de competencias.
- La formación del tutor no está bien regulada y depende de las Comunidades autónomas.
- El tutor se debe formar no sólo en competencias técnicas si no también en competencias de formación.

Las funciones del tutor quedan especificadas ya 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; y son las siguientes:

1. Proponer a la Comisión de Docencia los planes individuales de formación para cada uno de los especialistas en formación.
2. Supervisar directa y continuamente 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.
3. Fomentar la participación del especialista en formación en las actividades docentes e investigadoras de la unidad acreditada.
4. La evaluación continuada de los especialistas en formación.
5. Elaborar una memoria anual de las actividades docentes con participación específica de los especialistas en formación.

Desde la publicación del Real Decreto 183/2008, las funciones del tutor de residentes quedan aún más definidas, estableciéndose su perfil, las habilidades necesarias, sus responsabilidades y las características para su nombramiento. Como consecuencia de este RD queda claro que es necesaria una formación estructurada, metodológica y específica de los tutores médicos. Sin embargo, en la actualidad existe mucha variabilidad en las oportunidades de formación, requisitos e incluso retribución de los tutores según la comunidad autónoma. En algunas de ellas la formación del tutor es reglada con la existencia de cursos específicos y obligatorios, mientras que en otras la formación es más limitada y la competencia en la elección de los mismos depende de la comisión de docencia de cada hospital, con menor control por parte de la Comunidad. De las diecisiete CCAA (sin

2.3 FORMACIÓN DEL TUTOR

incluir las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla), diez han realizado algún desarrollo normativo sobre Formación Sanitaria Especializada, que incluye aspectos sobre la figura del tutor.

El RD señala algunas de las áreas en las que es necesaria esta formación a partir de las funciones que se atribuyen a los tutores. Entre ellas cabe destacar:

1. La planificación docente.
2. La organización de las actividades formativas.
3. El seguimiento y supervisión del residente.
4. La evaluación sumativa y formativa del residente.

A pesar de que en los hospitales universitarios en los que se realiza formación MIR existe generalmente un espíritu docente y de formación de residentes, el tutor debe formarse de manera específica en aspectos concretos relacionados con la docencia como las características del aprendizaje, el rol de facilitador, el feedback, instrumentos de formación y evaluación, aprendizaje y competencias, y planificación y gestión de la formación. Legalmente, se define al tutor como «...el especialista en servicio activo, que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje del residente, para la adquisición de las competencias, según el programa de la especialidad de que se trate.» (Artículo (Art.) 11 del RD 183/2008).

Los Requisitos comunes para la acreditación del tutor a nivel nacional son:

1. Título (especialidad).
2. Experiencia profesional en la misma especialidad.
3. Experiencia profesional en el mismo centro en el que se tiene la vinculación laboral.
4. Servicio activo en dispositivos de la misma unidad docente.

Además, según la Comunidad Autónoma existen otros requisitos para la acreditación del tutor establecidos, por ejemplo:

- Continuidad en el puesto de trabajo (Castilla-La Mancha).
- Compromiso explícito para colaborar en la docencia/FSE (Castilla-La Mancha).
- No tener un cargo de responsable asistencial (Castilla-La Mancha y Cataluña).

- No estar exonerado de la actividad asistencial (Cataluña).
- Mínimo de un año de experiencia profesional en la misma especialidad (Castilla-La Mancha, Castilla y León, País Vasco y La Rioja) y mínimo de dos años en Cataluña.
- Mínimo de un año de experiencia profesional en el mismo centro (Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha y Cataluña).

Con respecto a los criterios comunes para la acreditación y reacreditación de los tutores en las distintas CCAA, se consideran los siguientes aspectos curriculares:

- Experiencia profesional continuada como especialista.
- Experiencia docente.
- Actividades de formación continuada.
- Actividad investigadora.
- Actividades de mejora de calidad docente.
- Formación específica en metodologías docentes.
- Resultado de las evaluaciones de calidad de la docencia.
- Encuestas sobre el grado de satisfacción del residente con el tutor.

El reconocimiento de la figura de tutor es otro tema controvertido, ya que existe una gran variabilidad, y en general los tutores consideran que su labor no está lo suficientemente reconocida. En todos los ámbitos se realiza un reconocimiento documental, que consiste en un documento de nombramiento oficial y la certificación de funciones y tiempo de desempeño de la tutoría. En 9 Comunidades la actividad del tutor se reconoce de cara a la obtención de la carrera profesional y en los baremos de selección y provisión de plazas. Siete CCAA establecen la prioridad de los tutores en el acceso a las actividades de formación continuada. En algunos casos se establecen días extra para la formación continuada, o se considera tiempo específico disponible para la dedicación del tutor a la actividad docente. Con respecto al incentivo económico sólo 6 CCAA lo consideran en su normativa, sin embargo, en ocasiones no está definida la cuantía o por falta de presupuesto no se hace efectiva la retribución.

2.3 FORMACIÓN DEL TUTOR

Tabla 1. (adaptado de la Guía del Tutor de Residentes del Hospital Fundación Alarcón)

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

Otro de los aspectos fundamentales es aclarar las competencias que debe tener el tutor y por tanto los ámbitos en los que se le debe proporcionar apoyo y formación. En la **Tabla 1** (adaptada de la Guía del tutor de residentes del Hospital de Alarcón) se muestran las distintas competencias profesionales, personales y relacionales (**Tabla 2**). En dicho manual, de recomendada lectura, se detalla además un perfil competencia detallado elaborado por el equipo docente de dicho centro, con distintos niveles de exigencia para la evaluación de cada una de las categorías.

Tabla 2 (adaptado de la Guía del Tutor de Residentes del Hospital Fundación Alarcón)

COMPETENCIAS PROFESIONALES	
Orientación a la calidad	Sistemática de trabajo a través de la utilización de normas, maneras de hacer e información con rigor, precisión, exactitud y eficacia, con objeto de minimizar los errores y lograr estándares de calidad en tiempo y forma, en consonancia con las responsabilidades del tutor.
Ética profesional	Respeto y actuación de acuerdo a los valores profesionales, anteponiendo la profesionalidad a los intereses personales, transmitiendo al residente dichos valores mediante el comportamiento del tutor.
Capacidad y motivación docente	Transmisión de los conocimientos propios de la materia en que se está formando, así como las cualidades profesionales y humanas afines a dicha adquisición, ayudar a que el residente descubra por sí mismo su propio potencial. Evaluación objetiva de la adquisición de estas competencias
Planificación y organización	Establecimiento y monitorización un proyecto de trabajo, para sí mismo o para otros, controlando el cumplimiento de objetivos y tiempo. Implica determinación prioridades, tiempos y recursos de manera efectiva.
Orientación al logro de objetivos	Actuación teniendo en cuenta la meta a alcanzar, salvando los obstáculos que puedan interferir en la consecución de las metas propuestas.

COMPETENCIAS PERSONALES	
Gestión emocional	Responsabilizándose de las consecuencias de sus acciones, de sus éxitos y errores. Mostrar estabilidad de comportamiento y coherencia con sus ideas, juicios y actuaciones
Iniciativa	Anticipación a los problemas que puedan surgir, de manera autónoma, con proactividad, buscando dar solución a los posibles problemas
Flexibilidad y gestión del cambio	Asunción de los procesos de transición y cambio en pro de la mejora. Adoptando nuevos comportamientos, puntos de vista o convicciones con espíritu crítico, manteniendo la eficacia.
COMPETENCIAS RELACIONALES	
Comunicación interna	Transmisión de información de forma clara y precisa al especialista en formación y a todos los profesionales que intervengan en el proceso formativo y asegurar que ha sido entendida
Fomento del trabajo en equipo	Promoción de un espíritu de cooperación, cumplimiento y compromiso con el equipo en su Unidad, orientando a los residentes hacia el logro de objetivos propuestos en el equipo, en un ambiente de respeto, colaboración mutua, exigencia profesional y personal.

Las Comunidades Autónomas tienen las competencias, y por lo tanto, la responsabilidad, de formar a los tutores para su labor (**Figura 1**):

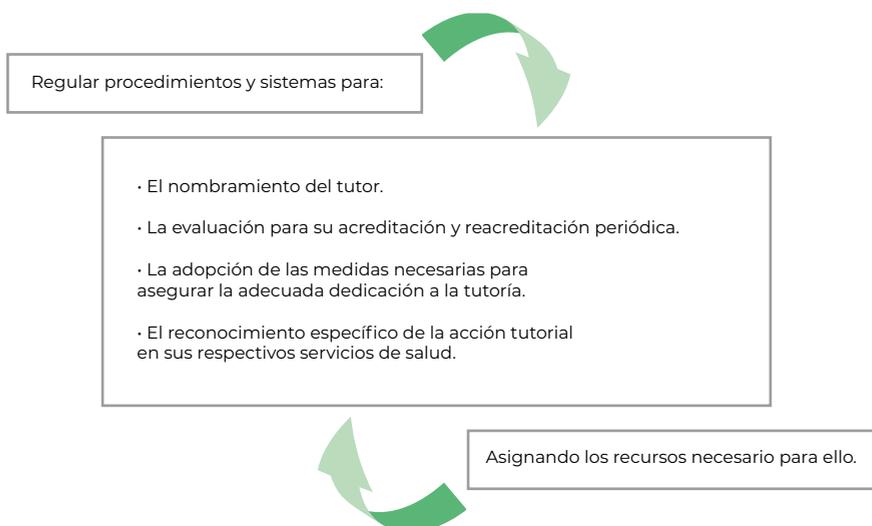


Figura 1. Competencias de las CCAA en relación con la figura del tutor de residentes.

CCAA: Comunidades Autónomas

(Adaptado de Vicent Garcia 2)

2.3 FORMACIÓN DEL TUTOR

El tutor tiene la misión de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación del residente. Es el responsable del aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes por parte del residente (REAL DECRETO, VICENT PARTE 1). Debe tener conocimientos técnicos y científicos actualizados, pero también transmitir los valores de la profesión y buenas actitudes (TUTORIZACIÓN)

El perfil del tutor se debe adecuar al perfil profesional diseñado por el programa formativo de la correspondiente especialidad (VICENT PARTE 1), pero también necesita formación en competencias esenciales como son: las técnicas de comunicación, la metodología de la investigación, la gestión de la calidad, los aspectos éticos de la profesión u otros aspectos relacionados con los contenidos del programa formativo.

El tutor para el desempeño de su labor necesita:

- 1. Tiempo para formarse y estar actualizado.**
- 2. Formación específica en metodologías docentes.**

Estas necesidades no están garantizadas en el momento actual por parte de las autoridades sanitarias. En una encuesta realizada a tutores de residentes en Baleares se detectaron las siguientes necesidades no cubiertas y que se consideraron necesarias por los encuestados (SAURA):

- 🕒 **Necesidades formativas en competencia clínica** (incluyendo puesta al día-reciclaje en habilidades prácticas-capacitaciones, Búsqueda bibliográfica-MBE, lectura crítica de artículos, Trabajo en grupos o equipos, gestión de grupos, Bioética, Entrevista clínica, relación médico-paciente, dar malas noticias).
- 🕒 **Necesidades de formación en docencia y metodología docente** (incluyendo Metodología docente y técnicas pedagógicas. Instrumentos de formación, técnicas pedagógicas en adultos, motivarnos y motivar, gestión del tiempo consulta y docencia, técnica feedback).
- 🕒 **Necesidades formativas en competencias de comunicación y relación tutor-residente** (incluyendo habilidades de comunicación, asertividad, empatía; resolución de conflictos, residente difícil o conflictivo, manejo del residente enfermo; inteligencia emocional; prevenir burn-out, autocuidado personal, psicoterapia).
- 🕒 **Formación en otras competencias** (específicas de Cirugía, en nuestro caso).

Se debería elaborar un plan de desarrollo profesional continuo que, entre otras acciones, incluya actividades de formación continuada de distintas modalidades, pero potenciando la formación *online* y *blended-learning* para facilitar la participación de los tutores en la opción que más se adapte a sus necesidades. (VICENT parte 2)

Esta es la debilidad principal de nuestro sistema sanitario- falta de formación de los tutores en aspectos relacionados con la educación médica, no en lo científico técnico.

Existen algunos cursos de formación para tutores ya disponibles, algunos generales que podrían ser comunes para cualquier tutor independientemente de su especialidad (Ver RECURSOS). En el presente programa formativo de la AEC que estás realizando, se incluirán estos aspectos formativos, así como los específicos de nuestra especialidad.

Para la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo, el tutor se debe hacer las siguientes preguntas:

- ¿Cómo saber qué tiene que aprender un MIR concreto?
- ¿Cómo enseñar?
- ¿Cómo saber si el MIR está aprendiendo y si estamos siendo capaces de ayudarlo?

El futuro ha de ir hacia un tutor con formación en educación médica además de en materias de su especialidad. Porque no sólo es importante lo que se enseña, sino cómo se enseña. El tutor será la suma de un buen profesional, un buen docente, y un buen orientador/mentor. Este tutor tendrá recursos para realizar su labor: sabrá, sabrá enseñar y podrá enseñar.

CONCLUSIONES

- El tutor tiene múltiples funciones y necesita varios tipos de competencias.
- La formación del tutor no está bien regulada y depende de las Comunidades autónomas.
- El tutor se debe formar no sólo en competencias técnicas si no también en competencias de formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte I): Regulación y reconocimiento de su labor. Educación Médica, Volume 22, Issue 4, 2021, Pages 241-247.*
2. *REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183/dof/spa/pdf>*
3. *práctica cotidiana" núm. 11. http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_6858.pdf*
4. *Vicent García MD, El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte II): funciones y medidas para facilitar el desempeño de la tutoría, Educación Médica.*
5. *Saura Llamas J, Lorente Montalvo P, Ros Rodrigo F, Medina Abellán MD, Arnau Sánchez J. Necesidades formativas de los tutores de formación sanitaria especializada de una Comunidad Autónoma de España. Archivos en Medicina Familiar 2017; 19(4) 95-104*
6. *Guía del tutor de residentes. Editora: M^a Isabel González Anglada. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Evol Healthcare. ISBN obra completa: 978-84-09-01790-4. Depósito Legal: M-18843-2018*
7. *Sabater Ortí L. Hacia un nuevo modelo de tutor de residentes [Toward a new model of residency supervisor]. Cir Esp. 2006 Sep;80(3):121-2. Spanish.*

Programas de Formación de tutores. www.portaleir.es/cms/programa-formacion-tutores

Durante las siete semanas que ocupa el curso se trabajará sobre el rol del tutor o la tutora como modelo profesional (profesionalismo sanitario, ética, transmisión de valores de la profesión, etc.), la función de la Comisión de Docencia del centro y su relación con tutores y residentes, el sistema de acreditación y reacreditación de los tutores. Se repasaran los conceptos más importantes de metodología docente aplicada a la tutorización, las herramientas para la evaluación, supervisión y feedback en el proceso de enseñanza-aprendizaje en adultos.

Canalsalut.gencat.cat

Institut d'Estudis de la Salut. Àrea de formació sanitària especialitzada

OMC. <http://www.ffomc.org/tutoresmir>

Experto en tutoría de residentes. www.imasfundacion.es/campus

Aprender a ser tutor. <http://semfyc.es/cursotutor>

2.4 ACREDITACIÓN DEL TUTOR

Francesc Feliu, Anna Trinidad

PUNTOS CLAVE

- La acreditación del tutor MIR no es homogénea ni uniforme en todo el territorio nacional.
- La acreditación del tutor en una CCAA no es válida fuera de ella.
- Para la acreditación se evaluará el perfil clínico-asistencial, docente e investigador. En cada perfil se exigirá una mínima puntuación de forma independiente.
- El tutor verá revocada su acreditación, entre otros supuestos, si presenta un mínimo de dos evaluaciones negativas consecutivas por parte de los residentes en sus encuestas de satisfacción anuales.

1. INTRODUCCIÓN

La acreditación oficial del tutor en la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo no se realiza de manera homogénea en todo el territorio nacional. Además, no todo el colectivo dispone de la acreditación. Según una encuesta en el 2018 sobre el estado actual del médico tutor, realizada por la vocalía de Médicos Tutores y Docentes de la Organización Médica Colegial (OMC) de España, un 18% del colectivo de tutores¹ no estaba oficialmente acreditado.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) regula en su título II la formación especializada de las profesiones sanitarias. En desarrollo de esta ley se dictó el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

El artículo 11.5 de este Real Decreto establece que el nombramiento del tutor se efectuará entre los profesionales previamente acreditados que presten servicio en los distintos dispositivos integrados en el centro o unidad docente y que esté en disposición del título de especialista, por el procedimiento que determine la dirección del Departamento de Salud de cada comunidad autónoma.

En cumplimiento de lo establecido en el citado RD 183/2008 y según los criterios generales relativos al nombramiento del tutor establecidos por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero), once comunidades autónomas en España han dictado sendas resoluciones y/o decretos por los que se regula la ordenación del sistema de Formación Sanitaria Especializada (FSE) en dichas comunidades².

2.4 ACREDITACIÓN DEL TUTOR

En desarrollo de esos decretos y/o resoluciones, las once comunidades autónomas han dictado las respectivas Órdenes que regulan el procedimiento de acreditación y re-acreditación oficial de tutores de la FSE. Si bien, dicha normativa no es uniforme ni homogénea en todas ellas y cabe señalar que la acreditación oficial en una comunidad no es válida fuera de ella.

En las CCAA sin esta normativa específica para el nombramiento, acreditación y re-acreditación de la figura del tutor, los centros y unidades docentes han desarrollado sus propios métodos para la acreditación interna, con el apoyo de sus respectivas Comisiones de Docencia y Dirección /Gerencia de centro.

En base a los textos normativos específicos en la materia, este capítulo formula los criterios del perfil profesional y los requisitos para el nombramiento, acreditación y re-acreditación del tutor de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Así mismo, se propone un documento guía avalado por la AEC de acreditación y re-acreditación de tutores.

2. ¿QUIÉN OTORGA LA ACREDITACIÓN?

La acreditación de los tutores de especialistas en ciencias de la salud es competencia del departamento de salud a través de la dirección general competente en materia de planificación e investigación en salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma.

En aquellas CCAA sin implementación y desarrollo del marco normativo preceptivo citado en el capítulo anterior, serán las Comisiones de Docencia de cada centro /dispositivo docente, de acuerdo con sus respectivas áreas de Dirección/Gerencia, las encargadas de elaborar, aplicar y supervisar procedimientos internos, consensuados a tal fin.

3. REQUISITOS PARA LA ACREDITACIÓN

Para poder optar a la acreditación, las personas aspirantes deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Estar en posesión del título oficial de especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo.
2. Estar en situación de servicio activo en cualquiera de los dispositivos integrados en Centros o Unidades Docentes Acreditadas para la docencia especializada en Cirugía General y del Aparato Digestivo, con una relación laboral estable que asegure el tiempo de dedicación y la continuidad de la acción tutorial a desempeñar.
3. Tener una experiencia acreditada previa de dos años como mínimo desarrollando una actividad asistencial específica de su especialidad, y de un año como mínimo de actividad asistencial en el mismo centro o unidad docente.

4. Haber superado una puntuación mínima de 12 puntos en la valoración global del profesional, en el perfil clínico-asistencial, en el perfil docente y en el perfil de investigación. **(Anexo 1)**
5. Presentación de una propuesta de Proyecto Docente /Guía o Itinerario formativo.
6. No ser profesional responsable asistencial en el servicio donde se aspira a ejercer de tutor. Es decir, no ejercer la jefatura de servicio ni de unidades clínicas.
7. No estar exonerado de la actividad asistencial para el desarrollo de tareas de gestión o investigación.

4. SOLICITUD

El procedimiento para la acreditación se inicia con la solicitud de acreditación se presentará ante la Oficina competente del departamento respectivo de la Consejería de Sanidad mediante impreso normalizado a tal fin. **(Anexo 2)**

Se deberá acompañar la siguiente documentación:

1. Certificado del Jefe de Estudios del centro de formación especializada donde se ejerza la acción tutorial que acredite el cumplimiento de los requisitos establecidos y que recoja la puntuación obtenida por la persona interesada en cada uno de los perfiles profesionales, de acuerdo con los criterios de valoración requeridos. **(Anexo 3)**
2. Declaración responsable de la persona interesada de contar con la experiencia previa mínima asistencial de dos años desarrollando una actividad asistencial específica de su especialidad.
3. Propuesta de Proyecto Docente /Guía o Itinerario formativo de la especialidad. **(Anexo 4)**
4. Informe favorable del Jefe de Servicio. **(Anexo 5)**

La Comisión de Docencia examinará las solicitudes presentadas, junto con la documentación adjuntada y elaborará el informe pertinente que dirigirá a la Dirección /Gerencia General competente en materia de planificación e investigación en salud del Servicio de Salud de la comunidad respectiva. Si la solicitud no cumple los requisitos establecidos o no va acompañada de la documentación necesaria, la acreditación no será efectiva.

5. CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL PERFIL PROFESIONAL

El perfil profesional de los aspirantes se evalúa mediante una valoración curricular conjunta de los perfiles, que tenga en cuenta los cinco años anteriores a la solicitud de acreditación. Los perfiles a valorar son los siguientes:

1. **El perfil clínico-asistencial.**
2. **El perfil docente.**
3. **El perfil de investigación.**

Para cada perfil se exige una puntuación mínima que deben alcanzarse de forma independiente del global. La suma de los tres perfiles debe ser igual o superior a la puntuación establecida. (**Anexo 1**)

6. NOMBRAMIENTO

El nombramiento del tutor lo efectúa el órgano directivo de la entidad titular del centro o unidad docente, a propuesta de la comisión de docencia correspondiente, entre profesionales previamente acreditados. El nombramiento se comunicará a la dirección general competente en materia de planificación e investigación en salud.

En caso de que el tutor esté impedido por causa justificada para realizar la función tutorial durante un periodo superior a cuatro meses, habrá que adscribir temporalmente sus residentes a otro tutor acreditado de la unidad docente. Si no hay más tutores acreditados en el servicio o unidad docente, el órgano directivo de la entidad titular, a propuesta de la comisión de docencia, nombrará con carácter excepcional y provisionalmente durante el periodo de ausencia del tutor acreditado un profesional especialista de la unidad docente que reúna los requisitos para poder ejercer dichas funciones, con todos los derechos y deberes que le correspondan por la función desarrollada.

7. RE-ACREDITACIÓN (EVALUACIÓN) Y RECONOCIMIENTO

La evaluación y el reconocimiento de los tutores, en función de sus conocimientos y experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como del grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales, docentes e investigadores del centro sanitario en el que prestan sus servicios, debe contribuir al objetivo de mejora progresiva en la formación integral de los especialistas en formación y, en consecuencia, contribuir también a la mejora del sistema de salud.

El ejercicio de las funciones de tutoría tienen la consideración de funciones de gestión clínica y serán objeto del oportuno reconocimiento por parte del centro sanitario docente, por parte de la Administración sanitaria y por el conjunto del sistema sanitario.

Los tutores de cada centro o unidad docente, con acreditación y nombramiento, deben obtener el reconocimiento siguiente de la función tutorial en formación especializada:

- Reconocimiento específico en la carrera profesional o en el sistema de incentiviación y desarrollo profesional equivalente.
- Reconocimiento específico en los procesos de selección y provisión.
- Preferencia para la realización de actividades de formación continua, tanto relacionadas con los contenidos de la especialidad como con la función de tutoría, conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de la investigación, gestión de calidad, motivación y gestión de personas o aspectos éticos de la profesión.

La acreditación otorgada al tutor está sujeta a una evaluación (re-acreditación) anual con el fin de validar el cumplimiento de las tareas encomendadas y el mantenimiento de sus competencias como tutor.

Para evaluar la acreditación otorgada los centros de formación sanitaria especializada deben enviar a la dirección competente en materia de planificación e investigación en salud del departamento competente en materia de salud un certificado del Jefe de Estudios que certifique el grado de cumplimiento de las funciones tutoriales de la persona a re-acreditar. (**Anexo 6**)

El resultado de la evaluación anual del Jefe de Estudios será positivo o negativo, en función de si se valida o no se valida el cumplimiento de los requisitos. La evaluación positiva conlleva el mantenimiento de la plena vigencia de la acreditación por un año más y la evaluación negativa abre un plazo para que la persona interesada presente alegaciones.

Con carácter anual, la Dirección General competente en materia de planificación e investigación en salud debe emitir una resolución de evaluación de todas las acreditaciones otorgadas. En caso de que la evaluación sea negativa, la resolución deberá indicar los motivos de exclusión y es causa de revocación de la acreditación.

En aquellas CCAA sin implementación y desarrollo del marco normativo en formación sanitaria especializada, relativo al nombramiento, acreditación y re-acreditación del médico tutor, serán las Comisiones de Docencia de cada centro /dispositivo docente, de acuerdo con sus respectivas áreas de Dirección /Gerencia, las encargadas de elaborar, aplicar y supervisar los procedimientos internos respectivos a tal fin.

8. REVOCACIÓN DE LA ACREDITACIÓN

La Dirección General competente en materia de planificación e investigación en salud puede revocar la acreditación del tutor, previo informe preceptivo y no vinculante de la comisión de docencia correspondiente, y con audiencia de la persona interesada, cuando se verifique la concurrencia de algunas de las causas siguientes:

- El tutor ha dejado de cumplir sus obligaciones o ha dejado de reunir las condiciones necesarias para continuar desarrollando la función de tutoría, de manera que se dificulte la adecuada formación de los residentes a su cargo.
- Un mínimo de dos evaluaciones negativas consecutivas (dos años), de los residentes sujetos a la tutoría.
- La extinción de la vinculación jurídica o contractual con el centro o unidad docente.
- La pérdida o retirada del nombramiento efectuado por la Gerencia o el órgano de Dirección correspondiente.
- La evaluación negativa acordada a instancia de la dirección general competente en materia de planificación e investigación en salud o del jefe de estudios.

La revocación de la acreditación conlleva automáticamente la revocación del nombramiento y la finalización del reconocimiento asociado al mismo. La reincorporación para el desarrollo de la acción tutorial conlleva necesariamente una nueva acreditación.

Anexo 1**Propuesta de Baremo de la valoración global del perfil del profesional
(Méritos obtenidos en los últimos 5 años a la solicitud de acreditación).**

Perfil Clínico-Asistencial	Explicaciones	Puntos
Actividades específicas de la práctica clínica	Trabajo en equipo (diferentes profesionales de la misma especialidad)	0,5
	Trabajo en equipos multidisciplinares (diferentes profesionales de diferentes especialidades)	0,5
	Atención continuada	1
	Unidades o consultas monográficas, profesional referente de una unidad o proceso diagnóstico-terapéutico, responsable de grupos de pacientes, salud comunitaria.	0,5
	Participación como referente de proyectos de calidad y/o seguridad del paciente	1
Participación y autoevaluación	Comisiones, comités de la propia especialidad.	0,5
	Comisiones, comités interdisciplinarios.	1
	Co-autor de protocolos de la propia especialidad	0,25
	Co-autor de protocolos multidisciplinares	0,5
Formación continuada en la especialidad	Cursos, talleres, seminarios: a) si están acreditados por un organismo oficial se computarán los créditos* reconocidos; b) si no están acreditados oficialmente se computará 1 crédito por cada 10 horas de formación.	
	Título de Máster o título Board Europeo de alguna de las secciones de la especialidad.	1
Formación continuada en temas generales, bioética, calidad, técnicas de comunicación, ...	Cursos, talleres, seminarios: a) si están acreditados por un organismo oficial se computarán los créditos reconocidos; b) si no están acreditados oficialmente se computará 1 crédito por cada 10 horas de formación.	
Informe del responsable asistencial	Informe positivo del Jefe de Servicio.	1
Otros méritos	Actividades en Sociedades Científicas y/o en la Administración Sanitaria.	1
	Moderador de mesa clínica.	0,5
	Actividades de cooperación sanitaria internacional.	0,5
Puntos necesarios Perfil Asistencial		5

**por cada 10 horas lectivas = 1 crédito; por cada 1 crédito = 0,1 puntos*

2.4 ACREDITACIÓN DEL TUTOR

Perfil Docente	Explicaciones	Puntos
Formación continuada sobre metodología docente, técnicas de evaluación, comunicación, promoción de la salud, motivación, simulación clínica, ...	Cursos, talleres, seminarios: a) si están acreditados por un organismo oficial se computarán los créditos* reconocidos; b) si no están acreditados oficialmente se computará 1 crédito por cada 10 horas de formación.	
Experiencia en formación especializada ejerciendo como	Tutor principal (puntos por año)	1
	Tutor colaborador (puntos por año)	0,5
	Profesor asociado en el Grado de Medicina (puntos por año)	0,5
Informe cualitativo del Jefe de Estudios	Informe positivo	1
Actividades como docente	Profesor /ponente en cursos, seminarios, talleres, sesiones clínicas, sesiones bibliográficas (puntos por cada 1 hora)	0,1
Actividades como docente en clínica	Supervisión de estudiantes de Grado, postgrado o estancias formativas (puntos por mes)	0,2
	Supervisión de residentes internos de otras especialidades (créditos por mes)	0,3
	Supervisión de residentes de otros centros (créditos por mes)	0,4
Otros méritos	Miembro de comité docente en Sociedades Científicas, Miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad (créditos por año)	1
	Sustitución temporal del tutor (puntos por 6 meses)	0,5
	Moderador de mesa con contenido docente	0,2
Puntos necesarios Perfil Docente		4

*por cada 10 horas lectivas = 1 crédito; por cada 1 crédito = 0,1 puntos

Perfil de Investigación	Explicaciones	Puntos
Formación continuada en metodología de la investigación clínica	Cursos, talleres, seminarios: a) si están acreditados por un organismo oficial se computarán los créditos* reconocidos; b) si no están acreditados oficialmente se computará 1 crédito por cada 10 horas de formación.	
Colaborador o miembro de un grupo de investigación	Miembro de un grupo de investigación (unidades de investigación, fundaciones y sociedades científicas)	
	Si es Director de grupo o Investigador principal	1,5
	Si es colaborador	0,5
Publicaciones científicas	Artículo original; 1er firmante (ámbito nacional: 0,3 puntos; ámbito internacional: 0,4 puntos)	
	Artículo original; 2º firmante o posteriores (ámbito nacional: 0,1 puntos; ámbito internacional: 0,2 puntos)	
	Capítulo de libro, revisión o editorial; 1er firmante (ámbito nacional: 0,3 puntos; ámbito internacional: 0,4 puntos)	
	Capítulo de libro, revisión o editorial; 2º firmante o posterior (ámbito nacional: 0,1 puntos; ámbito internacional: 0,2 puntos)	
Ponencias	Ponencia en congresos, reuniones, jornadas científicas: (ámbito autonómico: 0,1 puntos; nacional: 0,2 puntos; internacional: 0,3 puntos)	
Becas o premios	Organismo público	1
	Fundaciones o sociedades científicas	0,5
Título de Doctor		1,5
Otros méritos	Director o miembro de comités científicos de cursos o congresos; ámbito autonómico: 0,5 puntos; ámbito nacional o internacional: 1 punto	
	Moderador de mesa con contenido de investigación clínica (puntos por mesa)	0,2
	Director de Tesis Doctorales (por Tesis)	1
	Co-Director de Tesis Doctorales (por Tesis)	0,4
Puntos necesarios Perfil Investigador		3

*por cada 10 horas lectivas = 1 crédito; por cada 1 crédito = 0,1 puntos

Total puntos mínimos necesarios		12
---------------------------------	--	----

2.4 ACREDITACIÓN DEL TUTOR

Anexo 2

Modelo de solicitud de acreditación

Datos personales

Nombre y apellidos DNI

Domicilio

E-mail Tel

Datos profesionales

Centro docente acreditado

Domicilio

Documentación que adjunta

- Declaración responsable
Como interesado/a en este procedimiento, declaro bajo mi responsabilidad, que los datos facilitados son exactos y dispongo de la documentación acreditativa correspondiente.
- Certificado del Jefe de Estudios del centro donde se ejerce la acción tutorial que acredite el cumplimiento de los requisitos necesarios y la puntuación mínima requerida.
- Informe favorable del Jefe de Servicio.
- Propuesta de Proyecto Docente /Guía o Itinerario formativo.

Solicita

que le sea admitida la presente solicitud y concedida la ACREDITACIÓN como tutor/a de Formación Sanitaria Especializada en la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Firma de la persona solicitante

Lugar y fecha _____, _____ de _____ de 20__

Anexo 3**Certificado del Jefe de Estudios para la acreditación**

D/Dña. _____, Jefe de Estudios y Presidente/a de la Comisión de Docencia de la Unidad Docente de _____, acredita que el/la Dr/Dra. _____, con DNI _____, cumple los requisitos de acreditación de tutor de formación sanitaria especializada en la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo y, por lo tanto,

CERTIFICA

- a) Que la persona interesada ostenta el título oficial de especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, especialidad a la que aspira a ser tutor.
- b) Que la persona interesada está en situación de servicio activo en cualquiera de los dispositivos integrados de la unidad docente, con una relación laboral estable que asegura el tiempo de dedicación y la continuidad de la acción tutorial a ejercer.
- c) Que la persona interesada tiene una experiencia asistencial previa mínima de:
 - dos años de actividad asistencial específica como especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo en una unidad docente acreditada.
 - un año de actividad asistencial específica como especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo en el centro sanitario o unidad docente acreditada en el que se opte a la acción tutorial.
- d) Que la persona interesada tiene la puntuación mínima requerida en la valoración global del perfil profesional.
- e) Que la persona interesada ha presentado la propuesta de Proyecto Docente / Guía o Itinerario Formativo
- f) Que la persona interesada ha obtenido informe positivo del Jefe de Servicio en el que desarrollará la acción tutorial.
- g) Que la persona interesada no es la responsable asistencial en el servicio en el que se forman los médicos internos residentes de los que se aspira tutorizar.
- h) Que la persona interesada no está exonerada de la actividad asistencial para el desarrollo de tareas de gestión y/o investigación clínicas.

Y para que así conste, firmo esta declaración a todos los efectos.

Firma del Jefe de Estudios

Lugar y fecha _____, _____ de _____ de 20__

2.4 ACREDITACIÓN DEL TUTOR

Anexo 4

Modelo de Propuesta de Proyecto Docente /Guía o Itinerario Formativo:

El profesional que quiera optar a la acreditación como tutor en la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, deberá presentar un Proyecto Docente /Guía o Itinerario formativo para los cinco años siguientes que contendrá los siguientes apartados:

1. Objetivos de la especialidad:

Señalar cómo se adaptarán los objetivos del programa oficial de la especialidad en la Unidad Docente y por cada residente. Se especificarán las competencias a adquirir o a desarrollar para cada residente de acuerdo con su año de residencia.

2. Programa de supervisión de la formación:

Se especificarán las tareas concretas que debe realizar el residente según su año de residencia y qué métodos de supervisión se van a seguir para acreditar el desarrollo y cumplimiento de las mismas.

3. Evaluación del residente:

Concretar el método de evaluación del aprendizaje y adquisición de competencias del residente.

Anexo 5

Informe de la jefatura del servicio

D/Dña. _____, Jefe de Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital _____ declara que el Dr/Dra. _____, da cumplimiento al perfil de tutor de la especialidad a la que aspira, presenta una relación laboral estable que asegura el tiempo de dedicación y la continuidad de la acción tutorial, y dispondrá en el servicio de una dedicación específica para el desarrollo pleno de sus funciones tutoriales, la cual está incluida en el organigrama de trabajo del servicio.

Y para que así conste, firmo esta declaración a todos los efectos.

Firma del Jefe de Servicio

Lugar y fecha _____, _____ de _____ de 20__

Anexo 6**Certificado del Jefe de Estudios en la evaluación anual (re-acreditación)**

D/Dña. _____, Jefe de Estudios y Presidente/a de la Comisión de Docencia de la Unidad Docente de _____, acredita que el/la Dr/Dra. _____, con DNI _____, el cumplimiento de las tareas encomendadas y el mantenimiento de sus competencias en su acción tutorial y, por lo tanto,

CERTIFICA

- a) Que ha realizado un mínimo de 4 entrevistas estructuradas por cada residente.
- b) Que ha librado la memoria de acción tutorial a la Comisión de Docencia, que incluye:
 - El registro de las entrevistas estructuradas de los residentes a quienes tutoriza en el año lectivo.
 - El informe personalizado de valoración de las actividades realizadas y el progreso en el aprendizaje de los residentes a quienes tutoriza.
 - El Plan Individual de Formación del año lectivo siguiente de todos los residentes a quienes tutoriza.
 - *Curriculum vitae* actualizado del año lectivo.
 - Su autoevaluación y plan de mejora de la acción tutorial
- c) Que ha librado las evaluaciones de las respectivas rotaciones que hayan realizado cada uno de los residentes a quienes ha tutorizado.
- d) Que ha librado la evaluación anual /final de los residentes.
- e) Que ha supervisado el Libro de Residente de cada uno de los residentes a quienes ha tutorizado.

Y para que así conste, firmo esta declaración a todos los efectos.

Firma del Jefe de Estudios

Lugar y fecha _____, _____ de _____ de 20____

BIBLIOGRAFÍA

1. *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)*
2. *Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.*
3. *ORDEN SLT/337/2013, de 20 de diciembre, por la que se regula el procedimiento para la acreditación de tutores de especialistas en formación de las especialidades de medicina, farmacia, enfermería y otros graduados y licenciados universitarios en el ámbito de la psicología, la química, la biología, la bioquímica y la física de centros sanitarios acreditados para la formación de especialistas en ciencias de la salud de la red sanitaria de Cataluña.*
4. *Decreto 165/2015, de 21 de julio, de formación sanitaria especializada en Catalunya.*
5. *Decreto 34/2012, de 6 de marzo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma del País Vasco.*
6. *Decreto 62/2018, de 6 de marzo, por el que se ordena el sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.*
7. *Decreto 37/2019, de 17 de mayo, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.*
8. *Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.*
9. *Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.*
10. *ORDEN SAN/1438/2011, de 17 de noviembre, por la que se modifica la Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.*
11. *ORDEN de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y se regula el reconocimiento de la función de tutoría en los centros del Sistema de Salud de Aragón.*
12. *ORDEN de 13 de enero de 2011 de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se modifica el artículo 4, la disposición adicional única y la disposición transitoria*

primera de la Orden de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y se regula el reconocimiento de la función de tutoría en los centros del Sistema de Salud de Aragón.

13. Decreto 49/2010, de 8 de octubre, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

14. Orden 2/2014, de 7 de febrero, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

15. Decreto 14/2011, de 4 de febrero, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

16. Decreto 103/2014, de 30 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud de Canarias.

17. Decreto 46/2019, de 21 de mayo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en Castilla-La Mancha.

18. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte II): funciones y medidas para facilitar el desempeño de la tutoría. Educación Médica 2021;22:287-293

19. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte I): Regulación y reconocimiento de su labor. Educación Médica 2021;22:241-247

2.5 MOTIVACIÓN DEL TUTOR

Mireia Pascua, Neus García Monforte

PUNTOS CLAVE

- La motivación es clave para conseguir nuestros objetivos.
- Hay dos tipos de motivación: extrínseca (estímulo externo) e intrínseca (estímulo interior).
- La motivación intrínseca requiere de: autonomía, competencia y pertenencia.
- La motivación del residente precisa además de retroalimentación positiva y soporte emocional.

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo sobre motivación, no podríamos dejar de mencionar a Víctor Küppers. Es licenciado en Administración y Dirección de Empresas y doctor en Humanidades. Trabajó anteriormente para empresas privadas en altos cargos, pero actualmente se dedica a impartir clases en la Universidad de Barcelona y en la Autónoma de Barcelona, además de formar y dar conferencias sobre Psicología activa por doquier.

Küppers define a las personas como bombillas, las cuáles transmiten más o menos energía según su actitud. En la ecuación de “cuánto vales” la actitud multiplica, no suma. En ella, la suma de conocimientos y habilidades se ve multiplicado por la actitud que tenemos. Así que, LA ACTITUD es lo que realmente importa. En este enlace podéis ver la charla completa: <https://www.youtube.com/watch?v=nWeclwtN2ho>

La Psicología Positiva será la clave de este capítulo. Ésta nos da herramientas aplicables en la vida diaria y, para poder cambiar nuestra actitud ante circunstancias concretas. No se trata de estar siempre motivados, siempre felices. No, más bien se trata de superar situaciones concretas que nos minan el estado de ánimo y que, con otra actitud, nos afectarían menos y no nos desmotivarían.

Es de este modo que introducimos el tema de la **motivación**. En este capítulo se darán pautas para conseguir que, si el residente ha perdido su motivación, le podamos ayudar a recuperarla. Y es que como dice Küppers, ¡queremos que los tutores seáis bombillas de alto voltaje!

Pero sin olvidar que, los tutores también pueden perder la motivación. Y es que, **¿quién cuida del tutor/a?** Hoy en día, que sepamos, no hay nadie encargado.

Estar leyendo este manual, es un primer paso que indica que por tu parte ya existe motivación. Pero el camino es duro y ésta puede perderse en algún momento. Es por eso que, en este capítulo, queremos ayudaros a qué entendáis cómo nos motivamos y motivaros, valga la redundancia, y que así, no perdáis vuestra motivación.

¡Empezamos!

2. ¿A QUÉ LLAMAMOS MOTIVACIÓN?

Una manera de definir motivación podría ser como el proceso que pone en marcha, acompaña y mantiene las conductas orientadas a conseguir un objetivo.

Nuestros retos, objetivos, deseos y anhelos pueden ser muy variados, al igual que la motivación que nos empuja hacia ellos.

Para empezar, diremos que el grado de motivación de cada uno de nosotros no es proporcional al valor que tiene lo que nos motiva, sino que es la importancia que nosotros le damos la que determinará nuestro nivel de motivación.

Existen muchas maneras para clasificar la motivación, pero una de las más usadas en psicología es la que nos habla de dos tipos básicos de motivación:

1. **Motivación extrínseca:** el estímulo viene de fuera del individuo y de la actividad en sí. Los motivadores externos más habituales suelen ser el dinero o el reconocimiento por parte de los demás.
2. **Motivación intrínseca:** se refiere a la motivación que proviene del interior del individuo, va asociada a deseos de autorrealización y crecimiento personal y muy relacionada con el placer que se siente al realizar una actividad y disfrutarla.

Los niños suelen actuar desde una motivación intrínseca, pero en la adolescencia y en la madurez nos vemos obligados a realizar actividades que no nos resultan interesantes por sí mismas y que realizamos desde una motivación extrínseca: objetivos profesionales, valores sociales, recompensas prometidas, fechas límite, penalizaciones que conducen a una disminución de la motivación intrínseca.

Si lo llevamos al terreno de la tutoría, podemos estar motivados para ser tutores por la compensación económica (baja o nula en la mayor parte de los casos), por mejorar nuestro currículum, por complacer a nuestro jefe, o por el reconocimiento que implica ser tutor en ciertos foros. Todas ellas razones que pertenecen a la motivación extrínseca.

Actualmente las únicas comunidades autónomas que remuneran el trabajo de los tutores son Cataluña y Baleares. Obviamente, la recomendación desde la AEC es que el trabajo de los tutores debe ser remunerado como tal, pero se trata de un tema que se debe trabajar a nivel de política y legislación.

La buena noticia, si hablamos únicamente en términos de motivación, es que existen potentes evidencias que demuestran que las recompensas disminuyen la motivación intrínseca.

O bien nos podría motivar el interés en mejorar los déficits que vivimos en nuestra residencia, el formar parte del crecimiento profesional y personal de nuestros residentes, o nuestro propio crecimiento mientras acompañamos durante el proceso de la residencia. Todas ellas motivaciones intrínsecas.

Ninguna motivación es perjudicial y todas sirven para acercarnos a nuestro objetivo, pero tienen mucha mayor fuerza las motivaciones intrínsecas, que se suelen acompañar de mejores resultados que las extrínsecas, ya que nos empujan a ir más allá de cumplir únicamente con los mínimos necesarios, nos involucran personalmente y hacen que dediquemos importantes esfuerzos a su consecución, mientras aumentan nuestro bienestar personal.

Si vuestra motivación para ser tutores es intrínseca, os felicitamos porque os será más fácil enfrentarnos a las dificultades que hallaréis durante el proceso. Y si es extrínseca, os invitamos a perseverar frente a las dificultades y a buscar un poco de motivación intrínseca, que pueda facilitároslo.

La motivación intrínseca es innata a la persona, pero se refuerza o disminuye por condiciones favorables y desfavorables. Hay tres necesidades psicosociales que cuando están cubiertas fomentan la motivación intrínseca.

- **Autonomía:** oportunidad de controlar las propias acciones.
- **Competencia:** autoeficacia.
- **Pertenencia:** sentimiento de afiliación o pertenencia a otros con los que te sientes conectado.

Para favorecer la motivación intrínseca en los tutores deberían estar bien cubiertas estas tres necesidades. ¿Cómo se podría lograr?

- **Autonomía:** en general se promociona dando oportunidades para elegir, reconociendo los sentimientos, evitando el juicio, y alentando la responsabilidad personal para las acciones. Minan la autonomía las recompensas, los castigos, plazos, juicios y cualquier acción controladora que disminuye la misma. La autonomía del tutor se puede respetar y fomentar, además de con todo lo mencionado en las líneas previas, permitiéndolo "tiempo no asistencial", un tiempo que pudiera dedicar a los diferentes campos de la tutoría. Entre ellos, las reuniones oficiales y no con los residentes, el papeleo, y no olvidemos el tiempo invertido en formación (no se nace sabiendo ser tutor).
- **Competencia:** se refuerza con desafíos asequibles y con retroalimentación o feedback positivos, evitando la negatividad. Dentro de la competencia se podrían abordar dos temas cruciales en cuanto a la tutoría. Uno es que el tutor no es el responsable de lo que realiza el residente, el tutor acompaña al residente, pero el último responsable de sus acciones es el propio residente. Evitar juicios de valor por parte de los responsables del servicio o de los compañeros sobre el tutor cuando el residente al que tutoriza comete errores o acciones equivocadas.

2.5 MOTIVACIÓN DEL TUTOR

El segundo tema es el reconocimiento de la labor realizada, del trabajo importante llevado a cabo, en forma de feedback positivo, que en ocasiones será en privado, pero que también puede competir realizarlo de manera pública en determinados momentos.

- 🕒 **Pertenencia:** se favorece en ambientes en los que predomina el aprecio verdadero, el respeto mutuo y la percepción de ambiente seguro (en cuanto a expresión de ideas y realización de acciones).
 Forma parte de la misión de todos los integrantes de un grupo el conseguir que todos los miembros sientan la pertenencia al mismo. Es un trabajo de equipo.

Para comprender la motivación también debemos considerar los costos subjetivos que se esperan de una actividad junto a los beneficios subjetivos esperados. Si hay un alto desequilibrio a favor de los costos puede ser que la motivación decaiga, en el caso de la tutoría, si las dificultades a las que se enfrenta el tutor sobrepasan a los beneficios subjetivos que obtiene, por muy intrínseca que sea su motivación, es fácil que abandone su tarea o la realice con desidia, sin interés.

3. MOTIVACIÓN DE LOS RESIDENTES

Otro de los retos a los que nos enfrentamos como tutores es mantener y promover la motivación de nuestros residentes.

Si un residente percibe que es autónomo (está realizando la residencia de cirugía como propia elección y no forzado, o como opción secundaria), competente (se siente capaz de llevar a cabo el aprendizaje), recibe una correcta retroalimentación y soporte emocional será más difícil que se plantee abandonar la residencia.

De modo que, para conseguir la motivación del residente, necesitamos tener en cuenta estos 4 objetivos: **autonomía, competencia, retroalimentación positiva y soporte emocional.**

- 🕒 **Autonomía.** Implicar al residente en ser responsable de su aprendizaje. Para ello, ofrecer una guía estructurada para el aprendizaje facilita conseguir este objetivo. Sentirse responsable aporta motivación al residente para conseguir su propia autonomía.
- 🕒 **Competencia.** Hay tantas maneras de aprender como residentes. Identificar las necesidades de aprendizaje y ofrecer las opciones adaptadas al residente de forma individual es trabajo del tutor. La clave es encontrar esa manera.

- Retroalimentación positiva.** La crítica constructiva ayuda a crecer y a seguir aprendiendo. El tutor debe guiar con el ejemplo. Además, de conocer y reconocer los puntos fuertes del residente también debe trabajar los puntos débiles para poder mejorar. Una crítica constructiva permite la motivación de mejorar.
- Soporte emocional.** El residente debe sentirse seguro para poder expresar sentimientos, dudas y problemas. Para ello es imprescindible, dar soporte emocional. La clave es aprender a escuchar, no se trata de dar consejos sino de identificar qué necesitan. El uso de una comunicación consciente también puede ayudar a este fin, ver ejemplos en la **tabla**.

En vez de decir...	¿Por qué no mejor usar?
Debes	Puedes
Necesitas	Podrías
Tienes que	Eres capaz

Os animamos a usar las pautas que creáis que os puedan ser útiles y a probar nuevas.

Recursos sencillos para descartar preocupaciones

Para finalizar nos gustaría presentar algunos posibles recursos a preocupaciones que puedan minar vuestra motivación. No son las únicas preocupaciones que se os pueden presentar, ni tampoco son los únicos recursos para solventarlas, pero pueden servir como punto de partida.

2.5 MOTIVACIÓN DEL TUTOR

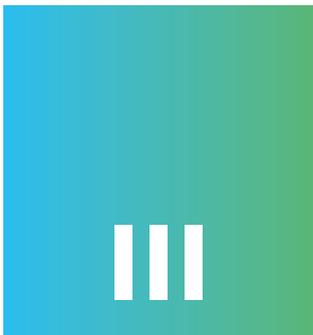
PREOCUPACIÓN	RECURSO
"No tengo tiempo de calidad para reunirme con los residentes"	El Ministerio obliga a 4 reuniones al año y hacer más si fuera necesario. No obstante, es mejor menos reuniones con tiempo que más reuniones "para cumplir". Buscar un rato sin prisas: una tarde libre o un desayuno postguardia.
"No tengo ni idea de que me piden en los papeles oficiales"	En este curso te ayudamos a entenderlo.
"No sé cómo abordar los problemas emocionales del residente"	En este curso de formación damos una pincelada de gestión emocional. Pero, si te interesa profundizar en este aspecto hay cursos específicos de gestión emocional.
"Tengo qué hablar con un compañero por como se ha comportado con un residente"	Para poder gestionar un conflicto, hay que escuchar a las dos partes. Ambos, residente y adjunto, son compañeros y tú puedes ser la parte objetiva. No hay que tomarlo como personal.
"Hay problemas entre residentes... ¿Qué hago?"	Entender las dos partes. Si afecta a la dinámica laboral del hospital habría que intervenir. La base de los problemas suele estar en una mala comunicación. Ayudarlos a mejorar su comunicación.
"Los residentes se quejan de que no operan"	Concienciar en la necesidad de llevar un registro quirúrgico, de gran ayuda rellenar el Libro del residente. Así tenemos datos objetivos, que nos permiten saber cómo estamos y comparar evolutivos del Servicio. Nos permite realizar sesiones con participación del servicio para presentar la actividad quirúrgica y si no es suficiente, proponer soluciones entre todos.
"¿Cómo los animo a investigar/publicar, si no tengo tiempo ni yo para hacerlo?"	Se puede animar al residente a adherirse a líneas de investigación ya en marcha dentro del servicio. Motivarlos a que si se les ocurre algún estudio, lo presenten, para valorar si puede ser materializado.
¿Y a mí quién me ayuda en mis dudas, gestión de conflictos?	A partir de este curso, esperamos que muchas dudas queden aclaradas y que termines con recursos dónde poder estar al día. Además, se podría crear una red online de tutores para poder poner problemas en común. ¿Te gustaría?

CONCLUSIONES

- El trabajo del tutor acompañando al residente durante su formación precisa de motivación.
- Reforzar la motivación intrínseca fortalecerá el trabajo y el bienestar del tutor, al igual que el del residente.
- Sin olvidar que lo deseable sería contar con una motivación extrínseca en forma de remuneración adecuada, tiempo para ejercer la tutoría y reconocimiento del trabajo realizado.
- Desde el sentimiento de autonomía, competencia y pertenencia el tutor podrá ofrecer al residente soporte emocional y retroalimentación positiva para que consiga su propia autonomía, competencia y pertenencia al grupo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deci EL, Koestner R, Ryan RM. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychol Bull.* 1999 Nov;125(6):627-68; discussion 692-700.
2. Studer B, Knecht S. Motivation: What have we learned and what is still missing? *Prog Brain Res.* 2016;229:441-450.
3. García-Campayo J, Puebla-Guedea M, Herrera-Mercadal P, Daudén E. Burnout Syndrome and Demotivation Among Health Care Personnel. *Managing Stressful Situations: The Importance of Teamwork. Actas Dermosifiliogr.* 2016 Jun;107(5):400-6. English, Spanish.
4. van der Goot WE, Cristancho SM, de Carvalho Filho MA, Jaarsma ADC, Helmich E. Trainee-environment interactions that stimulate motivation: A rich pictures study. *Med Educ.* 2020 Mar;54(3):242-253.
5. Kelly JD 4th. Your Best Life: What Motivates You? *Clin Orthop Relat Res.* 2019 Mar;477(3):509-511.



FUNCIONES Y TAREAS DEL TUTOR

3.1	INTRODUCCIÓN. FUNCIONES DEL TUTOR	89
3.2	ELABORACIÓN DEL PROYECTO DOCENTE.....	95
3.3	ELABORACIÓN DEL ITINERARIO FORMATIVO.....	107
3.4	ROTACIONES. OBJETIVOS CONCRETOS	121
3.5	ELABORACIÓN DE GUÍAS DE ACOGIDA.....	141
3.6	PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN	145

3.1 INTRODUCCIÓN. FUNCIONES DEL TUTOR.

Francesc Feliu

PUNTOS CLAVE

El tutor es el primer responsable legal de la formación del residente a su cargo.

Las funciones del tutor también se consideraran como funciones de gestión clínica (art. 10.2 de la Ley 44/2003), y deberán ser reconocidas por las Administraciones Sanitarias.

Las funciones en general son:

- De formación.
- De supervisión y evaluación.
- Organización.

Tareas del tutor. Capacidad para adaptar el programa formativo de forma individualizada con el fin de mejorar:

- La autonomía del aprendizaje.
- La asunción progresiva de responsabilidades.
- La capacidad investigadora del residente.

Todos los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en centros sanitarios acreditados para la formación de residentes tienen un “deber docente” entre sus funciones, según se establece en el artículo 4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS).

No obstante, la figura del tutor es el primer responsable legal de la formación del residente a su cargo y en quien recae toda la responsabilidad de la docencia en Formación Sanitaria Especializada (FSE).

Sus funciones además, se imbrican plenamente en aspectos de gestión de recursos humanos de los centros sanitarios. La normativa vigente es clara en este aspecto: las funciones del tutor se consideraran como funciones de gestión clínica (artículo 10.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Estas funciones de gestión deben ser reconocidas y valoradas por las Administraciones Sanitarias.

3.1 INTRODUCCIÓN

Las funciones del tutor están recogidas en el artículo 11 del Real Decreto 183/2008 y se resumen de forma general en la planificación, gestión, supervisión y evaluación de todo el proceso formativo del residente en su programa de FSE. Además, el tutor deberá proponer medidas de mejora en la implantación del programa formativo (adaptación), para favorecer la autonomía del aprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente.

Estas funciones generales se detallan y amplían siguiendo tres apartados (**tabla 1**):

Tabla 1

Funciones de Formación	Funciones de Supervisión y Evaluación	Funciones de Organización
Guía /Itinerario Formativo Plan Individual de Formación Fomento de la Actividad Investigadora	Entrevista estructurada Libro del Residente Asunción progresiva de responsabilidades Evaluación anual	Memoria del Plan Docente Memoria Anual de la acción tutorial

- 1. FUNCIONES DE FORMACIÓN.**
- 2. FUNCIONES DE SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN.**
- 3. FUNCIONES DE ORGANIZACIÓN.**

1. FUNCIONES DE FORMACIÓN

- ⦿ Propuesta y elaboración de la Guía /Itinerario Formativo de la especialidad.
- ⦿ Elaboración del Plan Individual de Formación de cada residente, por cada año de residencia, adaptado a los dispositivos asistenciales y docentes intervinientes.
- ⦿ Fomentar y alentar la actividad investigadora y docente del residente.

2. FUNCIONES DE SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

- Establecer un calendario de reuniones estructuradas (tutorías) con el residente, pactadas, en un número mínimo de 4 al año, que permita evaluar el progreso en la adquisición de competencias, los posibles puntos débiles (déficits) y la incorporación de propuestas de mejora.
- Elaboración de un Protocolo de Supervisión.
- Realizar un seguimiento y evaluación continuada de todo el proceso de aprendizaje del residente.
- Supervisar la cumplimentación del Libro de residente, donde se registrará toda la actividad asistencial, docente e investigadora del residente, así como los informes de las entrevistas estructuradas y la evaluación de las rotaciones.
- Elaborar el informe de evaluación anual del residente.

3. FUNCIONES DE ORGANIZACIÓN

- Redacción de una memoria que describa el plan docente para el período formativo correspondiente, en el momento de su acreditación y/o re-acreditación.
- Memoria anual de las actividades docentes del tutor.

Otras funciones complementarias del tutor serían:

- Recibir al residente en su incorporación a la unidad docente. Elaboración para tal fin de un Plan de Acogida al residente.
- Ser y actuar como el referente del residente para resolver cualquier incidencia que se pueda plantear en su periodo formativo.
- Informar al centro sanitario sobre todas las actividades que requieran permisos y que ayuden a completar la formación del residente.

3.1 INTRODUCCIÓN

- Asesorar, colaborar y fomentar la participación del residente en actividades no asistenciales del centro en relación con la docencia de la especialidad (sesiones clínicas, comités, formación competencias transversales, etc ...)

Las funciones del tutor también se pueden detallar en relación al periodo formativo del residente (**tabla 2**):

Tabla 2

Proceso de acreditación y/o re-acreditación del tutor	Antes de la llegada del residente	A la llegada del residente	Con el residente
Memoria del plan docente	Guía o itinerario Formativo	Manual de Acogida Plan individual de formación Rotaciones	Entrevistas estructuradas Programa de supervisión Libro del residente Evaluación

BIBLIOGRAFÍA

1. *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)*
2. *Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.*
3. *Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte II): funciones y medidas para facilitar el desempeño de la tutoría. Educación Médica 2021;22:287-293*
4. *González Anglada MI. Guía del tutor de residentes. 2018. Manual Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ISBN 978-84-09-01790-4*
5. *Moreno-Madrid F, Moreno-Castillo MC (2020). Objeto del Real Decreto 183/2008. Aspectos formativos del MIR. En Responsabilidad de los residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas. 42-49. Organización Médica Colegial de España.*

3.2 ELABORACIÓN DEL PROYECTO DOCENTE

José Antonio Rueda Orgaz

PUNTOS CLAVE

- Definir el concepto de proyecto docente.
- Conocer la estructura del proyecto docente.

1. INTRODUCCIÓN

El proyecto docente, es el documento en el que el tutor recoge de forma estructurada las actividades para llevar a cabo su acción tutorial y tareas docentes, para lograr los objetivos establecidos en el plan de formación de la especialidad.

El RD 183/2008 de 8 de febrero establece que la designación del tutor, se efectuará por la Dirección del hospital a propuesta del Jefe de la Unidad Asistencial, y añade que el nombramiento se efectuará por el procedimiento que determine cada comunidad autónoma.

Precisamente este proceso para la acreditación de tutores, conlleva la elaboración del proyecto docente, para su valoración por la Comisión de Docencia, junto con el currículum docente, que valora el perfil profesional y asistencial junto con la experiencia docente e investigadora del futuro tutor, todo ello además respaldado por el informe favorable del jefe de Unidad.

Se trata pues de un trabajo reflexivo, donde debemos reflejar toda nuestras intenciones como docentes, plasmando las mejores estrategias que logren que los residentes accedan a los contenidos y completen su formación en las diferentes competencias de forma eficiente y a la vez atractiva.

2. ESTRUCTURA DEL PROYECTO DOCENTE

El proyecto docente debe recoger los objetivos y contenidos que se van a desarrollar, y como se va a organizar la formación en las diferentes áreas competenciales del programa.

Debe dar respuesta a los objetivos que nos planteemos y qué metodologías vamos a utilizar para llevarlos a cabo. La mayoría de los trabajos que orientan para la realización del proyecto docente, coinciden en que debe responder las siguiente cuestiones:

3.2 ELABORACIÓN DEL PROYECTO DOCENTE

¿QUÉ?, ¿DÓNDE Y CON QUIÉN? ¿CUÁNDO Y CON QUÉ?, Y ¿CÓMO?

¿Qué pretendemos conseguir en cuanto a la formación de nuestros residentes?, referido a qué objetivos perseguimos.

¿Dónde y con quién? En qué contexto y ámbito se van a desarrollar nuestras actividades tutoriales y con qué herramientas y personal docente contamos para ello.

¿Cuándo y con qué? Se ve respondido por las actividades que se van a desarrollar y su cronograma. Este apartado enlazaría con el **itinerario formativo**, desarrollado en otro capítulo.

¿Cómo? Debemos describir la metodología docente que vamos a utilizar, incluyendo como será la evaluación del proceso formativo.

o En otro apartado debemos exponer cómo se evaluará y supervisará la actividad docente.

o Para finalizar el proyecto docente, se recomienda añadir un último apartado personal donde se expongan la estrategias o **propuestas de mejora** en las actividades docentes.

ESTRUCTURA DEL PROYECTO DOCENTE

- Contexto y recursos (Humanos , físicos, técnicos): DÓNDE Y CON QUIÉN.
- Objetivos de formación: QUÉ.
- Actividades y cronograma: CUÁNDO / CON QUÉ.
- Metodologías docentes: CÓMO.
- Sistema de evaluación y supervisión de la docencia.
- Propuestas de mejora.

2.1 CONTEXTO Y RECURSOS

El contexto donde vamos a desarrollar nuestra actividad tutorial, viene definido por la descripción del Área de Salud, del Hospital y del Servicio o Unidad de Cirugía en los diferentes aspectos que describimos a continuación.

2.1.1 AMBITO SOCIO SANITARIO. (¿DÓNDE?)

El primer apartado del documento debe iniciarse con una descripción del área sanitaria, su contexto sociosanitario, población y número de habitantes que cubre, así como las características del hospital, (nivel asistencial, número de camas) así definimos el ámbito donde se va a desarrollar la acción formativa. Se debe reflejar las características asistenciales de la Unidad Docente, en términos cuantitativos, cirugías programadas, cirugías urgentes, promedio de consultas y cartera de servicio, estructura de las secciones o áreas de capacitación.

2.1.2 RECURSOS DE LA UNIDAD DOCENTE (¿CON QUIÉN?)

Describimos la estructura de la Unidad docente con el personal que la compone.

Definiría el contexto docente al describir brevemente la formación de sus miembros, así como los recursos técnicos y estructurales con los que cuenta.

● ÁMBITO SOCIO SANITARIO

- o Área de Salud (contexto sociosanitario).
- o Hospital.

● RECURSOS DE LA UNIDAD DOCENTE

- o Recursos humanos.
- o Recursos físicos /estructurales.
- o Recursos técnicos/didácticos/Material docente.
- o Cartera de servicios /características asistenciales.
- o Investigación y docencia.

2.2 RECURSOS DE LA UNIDAD DOCENTE

- **Recursos humanos:** Describimos el número de Cirujanos, personal de enfermería, auxiliar y administrativo, con una breve descripción de la trayectoria docente de los miembros de la Unidad.
- **Recursos físicos/estructurales:** Definir las aéreas físicas con las que contamos. (Consultas, despachos, salas de reuniones, salas de pruebas especiales o de curas).
- **Recursos técnicos/didácticos/Material docente:** Recursos materiales, equipamiento, quirófanos, aparataje en consulta.
- **Cartera de servicios /características asistenciales :**Número que quirófanos programados. Número con consultas diarias, genéricas y de las secciones o consultas de técnicas específicas.
- **Investigación y docencia:** Disponibilidad de aulas, cañón de proyección, ordenadores, acceso a biblioteca central, suscripciones.

2.2.1 OBJETIVOS DOCENTES (GENERALES Y ESPECÍFICOS) (QUÉ)

Es la base del proyecto docente. En este apartado damos respuesta al “qué” queremos conseguir.

La formulación de objetivos, va mas allá que los propios del programa oficial de la especialidad (POE) y deben estar orientados a las competencias que esperamos desarrollar en el residente.

El definir correctamente los objetivos nos permite plantear la metodología y actividades que vamos a emprender para su consecución.

Los OBJETIVOS, deben estar relacionados con LAS COMPETENCIAS que esperamos que el residente obtenga, podemos agrupar en dos apartados, específicas y generales.

2.2.2 COMPETENCIAS ESPECIFICAS (PROPIAS DE LA ESPECIALIDAD)

Se trata de concretar las competencias propias de la formación de Cirugía General.

En este apartado es importante comenzar con una breve descripción de la especialidad y sus fundamentos y posteriormente describir, las competencias técnicas, habilidades y conocimientos propios de la Especialidad, teniendo como guía el POE.

Se pueden especificar los mismos, por año de residencia.

- Conocimientos.
- Habilidades clínicas.
- Habilidades técnicas / Competencias técnicas.

2.2.3 COMPETENCIAS GENERALES

Debemos definir en el proyecto docente otro gran grupo de objetivos, orientados al desarrollo de competencias esenciales, comunes a la formación de residentes independientemente de su especialidad.

- Habilidades comunicativas.
- Razonamiento clínico.
- Investigación, Análisis crítico y manejo de la información.
- Capacidades docentes y de auto aprendizaje.
- Competencias personales: Valores profesionales. Actitudes: "saber ser".
- Bioética.
- Gestión de recursos. Salud pública.
- Trabajo en equipo.

2.3 ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA (CUÁNDO Y CON QUÉ)

En esta apartado, describimos de qué forma vamos a conseguir los objetivos marcados previamente.

Daríamos respuesta al “CON QUÉ”, de forma que el tutor se pregunte como va a organizar la formación durante los diferentes años, con qué actividades y contenidos.

En este apartado, también respondemos al “CUANDO”, al establecer según el año de residencia un cronograma de actividades. En este punto se puede establecer el **Itinerario o Guía formativa**, entendiendo como tal, el documento que recoge la adaptación del Programa oficial de la Especialidad al contexto de la Unidad Docente y que es motivo de otro capítulo.

2.3.1 ACTIVIDADES ASISTENCIALES

La forma de adquirir las habilidades o destrezas para la práctica de la actividad asistencial clínica o quirúrgica, precisa definir las diferentes actividades que desarrollamos en los distintos ámbitos de nuestra práctica diaria:

- Actividades en Sala Hospitalización.
- Actividades en Quirófano.
- Actividades en Consultas Externas.
- Urgencias / Guardias.

2.3.2 ACTIVIDADES DOCENTES / INVESTIGACION

En este apartado describimos las actividades destinadas a la adquisición de conocimientos y habilidades, transmitida en forma de cursos o seminarios, que podrán ser de conocimientos transversales, comunes a todas las especialidades, como bioética, gestión o metodología en investigación o los específicos propios de la especialidad y sus diferentes secciones:

- Sesiones de la Unidad CGAD.
- Sesiones Generales.
- Cursos: Plan Formativo Transversal común.
- Cursos/Congresos de la Especialidad.
- Cursos Organizados por la Unidad CGAD.
- Formación en Investigación y Publicaciones.

2.4 METODOLOGÍA DOCENTE. EVALUACIÓN (CÓMO)

En este apartado damos respuesta a cómo vamos a conseguir los objetivos, definiendo los instrumentos que nos ayudaran en este proceso “enseñanza- aprendizaje”.

2.4.1 METODOLOGÍA DOCENTE

Es importante definir cómo se van a integrar las actividades docentes con las asistenciales.

El residente debe jugar un papel activo en su propia formación mediante la reflexión y la autoevaluación.

Se han descrito varias metodologías docentes, para adquirir habilidades o transmitir conocimientos, pero describiremos las más utilizadas.

Las metodologías deben ser coherentes con los objetivos, centradas en las necesidades del residente y adecuadas a los recursos del centro.

- **Práctica supervisada con feed-back formativo individual.** Método efectivo, que garantiza la asunción progresiva y tutelada de responsabilidades, prácticas de calidad y seguridad para el paciente.
- **Aplicación de herramientas informáticas:** Fomentar la utilización la aplicaciones como Google Documents, Google Drive o Teams.
- **Autoaprendizaje: “self directed learning”.** Estudio y utilización de herramientas a título individual, aunque orientado por el tutor. Familiarizar al residente con recursos docentes y con el e-learning. Potenciar el estudio personal y proporcionar el material adecuado.

3.2 ELABORACIÓN DEL PROYECTO DOCENTE

- **Presentación de sesiones:** Sesiones temáticas, discusión de casos clínicos, Sesiones bibliográficas.
- **Aprendizaje de campo: (“learning in context”).** Aprendizaje basado en situación real, y donde se fomenta el autoaprendizaje en la toma de decisiones. Puede ser por observación directa o actuaciones tutorizadas.
- **Cursos, talleres y seminarios.**
- **Interpretación o juego de roles (“role playing”):** Desarrolla habilidades de comunicación.
- **Trabajos grupales.** Fomentando la interacción entre los diferentes miembros del grupo.
 - Aprendizaje basado en problemas: Partiendo de una situación problemática se identifican necesidades y se enuncian hipótesis encaminadas a la resolución del problema
 - Aprendizaje basado en el método de proyectos: Consta de cuatro pasos, información, planificación, realización y evaluación., para mejorar un protocolo o un proceso por ejemplo.
 - Discusión de incidentes críticos: Desarrollan el pensamiento crítico y seguridad del paciente.

2.4.2 EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA DOCENCIA

El tutor es el principal responsable de la evaluación continuada del residente.

Con la evaluación se pretende constatar el logro por parte del especialista en formación, de los objetivos y las competencias especificados en los programas formativos.

La evaluación debe tratarse de un proceso continuado durante todo el periodo de formación con el fin de ayudar también en la consecución de los conocimientos, habilidades y actitudes por parte del residente favoreciendo el autoaprendizaje.

En este apartado, el tutor debe especificar cómo va a realizar el seguimiento del aprendizaje y el cumplimiento de los objetivos y por extensión del programa de la especialidad.

Debemos definir cómo vamos a llevar a cabo la tutorización y evaluación continuada.

Las actuaciones propuestas para el correcto seguimiento de la formación serían las siguientes:

- Programación de las **entrevistas estructuradas** (al menos 4 anuales) y su cumplimiento.
- Supervisión de la cumplimentación del **libro del Residente**.
- Seguimiento de la asunción progresiva de responsabilidades, conforme al **protocolo de supervisión** elaborado por el tutor y aceptado por la Comisión de Docencia.
- Valoración del cumplimiento y adecuación del **itinerario formativo**.
- Cumplimiento de las **rotaciones** y de los objetivos en las mismas, consensuados con los tutores de las especialidades donde rotará.
- Confirmar el cumplimiento de las **actividades docentes** (número de sesiones realizadas, en sus diferentes modalidades, bibliográficas o Clínicas)
- Confirmar el cumplimiento de las **actividades investigadoras** (presentación de comunicaciones, publicaciones o participación en trabajos de investigación).
- Detectar acciones de mejora/ deficiencias del proceso formativo.
- Valorar el cumplimiento del **plan transversal común** elaborado por la Comisión de Docencia.
- Elaboración de un informe anual.

2.5 EVALUACION DEL PROYECTO DOCENTE. PROPUESTAS Y ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DOCENTE

Un proyecto docente, nunca se da por finalizado, es decir, deber ser dinámico y sometido a revisión continua, con la idea de cambiar para mejorar. Esto es debido a que cambia el contexto, los recursos, los propios residentes y sus expectativas y los tutores adquieren mayor experiencia. Todo ello obliga a hacer modificaciones que introduzcan mejoras.

Para ello, debemos evaluar el proceso docente en sí, que es diferente conceptualmente a la evaluación del residente, expuesta en el anterior apartado.

3.2 ELABORACIÓN DEL PROYECTO DOCENTE

2.5.1 EVALUACIÓN DEL PROYECTO DOCENTE

En este caso se trata de describir cómo se va a evaluar la propia metodología docente, y a los propios tutores o colaboradores.

Como se va a medir el cumplimiento de las actividades propuestas.

2.5.2 PROPUESTAS DE MEJORA

En este apartado final, el tutor debe reflejar las estrategias que propone para la mejora de la formación y de la calidad docente y como será su participación en su desarrollo.

Ejemplo de actuaciones:

- Actualización del itinerario formativo.
- Propuestas de actividades (otras rotaciones que se puedan ofrecer al residente, fuera de las marcadas por el POE) Rotación en algún centro de excelencia.
- Actividades en entorno de simulación.
- Fomentar utilización de herramientas informáticas.

CONCLUSIONES

- El proyecto docente debe ser el resultado de una acción reflexiva y creativa, por parte del tutor, donde se reflejen tanto los objetivos como las actividades para llevar a cabo la acción tutorial.
- Es un documento necesario y clave para la acreditación de los tutores.
- Debe dar respuesta a los objetivos que nos planteemos y que metodologías vamos a utilizar para llevarlos a cabo ,conforme a las siguiente cuestiones: ¿Qué?, ¿dónde y con quién? ¿cuándo y con qué ?, y ¿Cómo?.
- La estructura del proyecto docente debe contener los siguientes apartados: contexto y recursos (Humanos , físicos y técnicos),objetivos de formación, actividades y cronograma,metodologías docentes, sistema de evaluación y supervisión y propuestas de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

1. B.O.E. núm. 45, de 21 de febrero de 2008. Referencia: BOE-A-2008-3176. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
2. Programa formativo de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Orden SCO/1260/2007, del 13 de abril. BOE nº 110 (May. 8, 2007)
3. Guía del Tutor de Residentes. Hospital Universitario. Fundación Alcorcón. Edita: M^º Isabel González Anglada. ISBN obra completa:978-84-09-01790-4. Depósito Legal:M-18843-2018
4. Morán-Barrios J, et al. Metodologías complementarias de aprendizaje para la adquisición de competencias en la formación de especialistas y actividades profesionales confiables. Educ Med. 2020.
5. C.Fernández Casalderrey. Herramientas de tutorización de residentes: El proyecto docente del tutor de pediatría. *Fora Act Pediatr Ante Prim* 2009;2(2): 117-120
6. Montalva Oron, Sabater Orti, Munoz Forner, Sanchez Romero, Vazquez Tarragon, Lopez Delgado¿Están los servicios de cirugía general y del aparato digestivo preparados para ofrecer docencia de calidad acorde con los nuevos planes de formación ?.*Cir Esp* 2009;86:230-41
7. R.Saá Alvarez. J.Losada Rodriguez, A.Colina Alonso. Enseñanza de la Cirugía: nuevos tiempos, nuevos métodos. *Cir Esp* 2012;90 (1):17-23

3.3 ELABORACIÓN DEL ITINERARIO FORMATIVO

Anna Trinidad, Xavier Serra-Aracil

PUNTOS CLAVE

- Entender la importancia de un correcto itinerario formativo.
- Conocer el actual Programa Oficial de la Especialidad.
- Aprender a elaborar un itinerario formativo para el residente.

1. INTRODUCCIÓN

Un **itinerario formativo** es el camino de cursos, congresos, jornadas y otros aprendizajes que se realizan con el fin de adquirir unas aptitudes concretas que se requieren para realizar una actividad profesional. Si bien en medicina y cirugía esta formación no debe finalizar nunca, durante la residencia es cuando este itinerario es más relevante y por tanto, debe gestionarse de una forma más guiada y exhaustiva.

Para elaborar un correcto itinerario formativo es preciso no perder de vista que su propósito es crear a un cirujano adjunto competente. Según el BOE y basándose en los criterios de la UEMS, la **definición de especialista** de cirugía general y del aparato digestivo debe abarcar tres vertientes o niveles de complejidad:

1. **Propias de la asistencia de Cirugía del Aparato Digestivo:** Competencias sobre la patología quirúrgica electiva y urgente de: aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y patología externa de cabeza y cuello.
2. **Propias de la asistencia de Cirugía General:** Competencias sobre el planteamiento inicial y la resolución hasta cierto nivel de complejidad, de la patología quirúrgica urgente que pertenece al campo de actuación de otras especialidades quirúrgicas, cuando el cirujano general asume la responsabilidad de dicha asistencia en un escalón hospitalario intermedio, como son los hospitales comarcales y de área.
3. **Propias de conocimientos básicos intrínsecos de la especialidad:** Atención a los fundamentos biológicos y técnicos de la cirugía a nivel asistencial, de investigación y docencia.

Para homogeneizar y asegurar una buena calidad asistencial, la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo publicó en el BOE 2008 el **Programa**

3.3 ELABORACIÓN DEL ITINERARIO FORMATIVO

Oficial de la Especialidad (POE) que consiste en una guía de los aprendizajes que debe adquirir el residente al finalizar la residencia.

La función del tutor al respecto es elaborar un **itinerario formativo adaptando el BOE** publicado a las características de su hospital y presentarlo al servicio de cirugía para su revisión. Posteriormente, este itinerario debe ser evaluado por la Comisión de Docencia Hospitalaria para su aprobación. Una vez aprobado, se debe proporcionar y explicar a los residentes al llegar al servicio de RI.

2. PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

Se resume en tres según el BOE:

1. Consecución de los conocimientos, habilidades y actitudes que capacitan a un profesional para cumplir, de manera competente y responsable, las funciones que corresponden a cirugía general.
2. Iniciar una formación complementaria en alguna área de especial interés según las circunstancias del residente y del contexto del hospital.
3. Adecuada formación del residente en investigación para que adquiera una mentalidad crítica y abierta frente a la avalancha informativa de nuevos avances en el campo.

3. PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

Como se ha comentado anteriormente y en primer lugar, para elaborar un itinerario formativo es preciso conocer los contenidos y requisitos mínimos requeridos durante la residencia recogidos en el POE publicado.

A continuación se desarrollarán los apartados claves a conocer:

- Contenidos del programa.
- Actividades a desarrollar.
- Rotaciones.
- Cursos y seminarios.

3.1 CONTENIDOS DEL PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD

Con la finalidad de conseguir los objetivos propuestos, se especifican unos contenidos de aprendizaje que se dividen en conocimientos transversales y conocimientos específicos de la especialidad de cirugía general y digestiva. Se muestran en el **anexo 2, tabla 1 y 2**. Al finalizar la residencia, se debería estar en condiciones de superar una evaluación de estos conocimientos.

3.2 ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Se proponen una serie de actividades a desarrollar por el residente para cubrir los conocimientos propuestos anteriormente. Se dividen en una formación teórica y una formación asistencial en habilidades.

- **Formación teórica:** se efectuará mediante el estudio a nivel individual y el seguimiento de cursos y seminarios. Es importante la figura del tutor como guía para aconsejar la literatura adecuada para aprender los contenidos del programa (apartado 3.1).
- **Formación en habilidades:** las actividades asistenciales clínicas y quirúrgicas conforman el núcleo más complejo de la formación y pueden esquematizarse en:
 - **Actividades en sala de hospitalización.** visita médica, información a familiares y realización de informes de alta.
 - **Actividades programadas en quirófanos.** Debe participar activamente en la programación quirúrgica de la unidad docente con responsabilidades crecientes a lo largo de su periodo formativo. Además de su contribución al acto quirúrgico, participará en la confección del juicio clínico preoperatorio, la obtención del consentimiento informado, la orden de operación, la cumplimentación de la hoja operatoria, la solicitud de estudios anatomopatológicos o de otro tipo y la información a familiares.
 - **Actividades en consultas externas.** El residente participará en el área de consultas externas: realizando el interrogatorio, examen físico, la formalización de la historia clínica y el plan de actuación.
 - **Investigación: preparación de publicaciones escritas, de comunicaciones orales y ponencias a reuniones y congresos y la participación en las sesiones del servicio.** Es recomendable una comunicación oral y un trabajo escrito por año de formación.

3.3 ELABORACIÓN DEL ITINERARIO FORMATIVO

Según las recomendaciones del POE, al final del periodo formativo el residente deberá contar con un mínimo de 6 publicaciones escritas o admitidas para publicación (en al menos dos de ellas figurará como primer firmante) y haber colaborado, al menos, en 10 comunicaciones a congresos. Estas actividades deberán constar en el libro del residente.

- o **Participación en las sesiones del servicio.** Constituyen una auditoría clínica permanente y pueden considerarse una actividad científica en cuanto ejercitan la mentalidad crítica. El residente debe participar activamente. Se consideran necesarias las siguientes sesiones:
 - o Sesión de urgencias (diaria).
 - o Sesiones preoperatorias de cirugías programadas (semanal).
 - o Sesión científica (semanal). El residente expone una actualización de un tema controvertido a propósito de un caso vivido.
 - o Sesión de morbi-mortalidad (mensual).
 - o Sesión bibliográfica (mensual). Análisis de 2-4 trabajos publicados en revistas de la especialidad.
- o **Guardias.** Tienen carácter obligatorio y formativo. Se aconseja realizar entre 4 y 6 al mes de residencia.
- o **Procedimientos y actividad quirúrgica.** El residente debe aprender los procedimientos y técnicas que se exponen en la **tabla 3**. En esta **tabla**, además se recogen el número mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe realizar al término de su residencia. En la **tabla 4** se han plasmado los niveles de responsabilidad y complejidad.

TABLA 3. Procedimientos y técnicas. Intervenciones quirúrgicas mínimas requeridas

<ul style="list-style-type: none"> • Colocar un catéter intravenoso. • Colocar una sonda vesical. • Colocar un catéter venoso central. • Redactar una hoja operatoria • Ordenar un tratamiento postoperatorio • Controlar la reposición de líquidos y electrolitos • Controlar una nutrición parenteral. • Diagnosticar desviaciones de la evolución postoperatoria. • Tratar las heridas operatorias y sus complicaciones. • Realizar una anestesia local. • Realizar técnicas asépticas y antisépticas en el quirófano. • Aplicar correctamente un tratamiento antibiótico • Prepavrar el campo operatorio. • Control y extracción de drenajes postoperatorios, • Redactar un informe de alta. 	<p>a) Número mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe haber realizado un residente como cirujano al término de su residencia.</p> <p>Esofagogástrica: Cirugía antirreflujo: 3. Hernia paraesofágica: 1. Achalasia: 1. Abordaje del esófago cervical: 1 Úlcera péptica complicada: 8. Gastrectomías: 3.</p> <p>Coloproctología: Hemorroidectomía: 15. Esfinterotomía interna: 10. Fistulas/Abscesos: 20. Colectomías: 10. Resección de recto: 3.</p> <p>Hepatobiliopancreática: Resección hepática: 4. Colectomía abierta: 5. Cirugía de la VBP: 4. Esplenectomía: 3.</p> <p>Cirugía endocrina: Tiroidectomía: 10. Paratiroidectomía: 2.</p> <p>Cirugía mamaria: Cirugía de mama benigna: 15. Cirugía cáncer de mama: 15.</p> <p>Cirugía de la pared abdominal: Reparación de hernia inguinal: 20 Eventraciones: 10. Cirugía Laparoscópica(30): Al menos 15 colecistectomías.</p> <p>Urgencias: Intervenciones de todo tipo: 200 (muchas de ellas incluidas en las restantes áreas).</p> <p>b) Número mínimo de intervenciones quirúrgicas que debe haber realizado un residente como ayudante al término de su residencia en cirugía de complejidad grado 5:</p> <p>Resecciones esofágicas: 5. Resecciones hepáticas mayores: 5. Extracciones hepáticas: 3. Duodenopancreatectomías: 5. Trasplantes hepáticos: 2</p>
---	---

3.3 ELABORACIÓN DEL ITINERARIO FORMATIVO

TABLA 4. Niveles de complejidad

	Sala de Hospitalización	Consultas externas	Área de Urgencias (excepto cirugía)	Intervenciones quirúrgicas (como Cirujano)
R1	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 2-Grado* 1
R2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2-Grados 1 y 2
R3	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2-Grados 1 a 3
R4	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2-Grados 1 a 4
R5	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2-Grados 1 a 5

Baremo orientativo para la valoración del grado de complejidad de las intervenciones quirúrgicas en cirugía general y del aparato digestivo*

Grado 1. Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática. Exéresis de una lesión cutánea o subcutánea. Laparotomía y su cierre. Biopsia de arteria temporal. Biopsia ganglionar. Exéresis de nódulo mamario. Exéresis de hidradenitis axilar o inguinal. Amputación menor. Punción torácica.

Grado 2. Esfinterotomía anal. Hemorroidectomía. Exéresis de sinus pilonidal. Drenaje de absceso perianal. Herniorrafia inguinal, crural y umbilical. Apendicectomía abierta Inserción de trócares laparoscópicos. Gastroyeyunostomía. Píloroplastia. Sutura de una perforación ulcerosa. Colectectomía abierta Enterectomía segmentaria. Traqueostomía.

Grado 3. Fistulectomía anal. Mastectomía simple. Apendicectomía laparoscópica. Colectectomía laparoscópica. Funduplicatura de Nissen abierta. Esplenectomía. Colostomía. Ileostomía Hemitiroidectomía. Colectomía segmentaria.

Grado 4. Hemicolectomía derecha. Hemicolectomía izquierda. Cirugía de la vía biliar principal. Derivaciones biliodigestivas. Gastrectomía parcial. Mastectomía radical modificada. Tiroidectomía subtotaltotal. Miotomía de Heller. Paratiroidectomía. Funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica. Abordaje del esófago cervical. Adrenalectomía abierta.

Grado 5. Esofaguetomía. Gastrectomía total. Amputación abdomino-perineal. Duodenopancreatectomía cefálica. Resección hepática mayor. Reservorios ileoanales. Cirugía laparoscópica avanzada (bariátrica, adrenalectomía, etc.). Trasplante hepático. Trasplante de páncreas.

* Esta valoración es solamente aproximada, ya que la complejidad de una intervención depende, obviamente, de otras variables

3.3 ROTACIONES

Se expone en la **tabla 5** el cronograma de recomendaciones de rotaciones por año y tiempo de duración. El desarrollo de este apartado se comentará en profundidad en el siguiente capítulo.

TABLA 5 CALENDARIO DE ROTACIONES ORIENTATIVO POR AÑO DE RESIDENCIA

ROTACIONES POR OTRAS EE.MM*:	U.C.I/Anestesia (3 meses).
ROTACIONES POR OTRAS EE.MM:	Radiodiagnóstico (1-2 meses). Endoscopia (1-2 meses).
ROTACIONES POR OTRAS EE.MM:	Cirugía Torácica (2-3 meses). Urología (1 mes). Traumatología (10 guardias).
ROTACIONES POR OTRAS EE.MM:	Cirugía vascular (2-3 meses). Cirugía Plástica (1 mes). Neurocirugía (10 guardias). Opcionales: Cirugía Pediátrica (1 mes). Ginecología (1 mes).
ROTACIONES POR ÁREAS DE CAPACITACIÓN/ESPECIAL INTERÉS:	Cirugía endocrina y de la mama (2-3 meses).
ROTACIONES POR ÁREAS DE CAPACITACIÓN/ESPECIAL INTERÉS:	Unidad esófago gástrica (2 meses). Cirugía HBP y trasplantes (4 meses). Cirugía colorrectal (4 meses).

*EE.MM: Especialidades Médicas

3.4 CURSOS Y SEMINARIOS

Se establecen unas recomendaciones de cursos y seminarios a los que el residente debe asistir. Deberán tener preferencia aquellos cursos cuya organización esté garantizada por la Comisión Nacional de la Especialidad y/o Asociaciones Científicas reconocidas. Es el tutor el encargado de velar por su asistencia a los cursos y seminarios idóneos en cada momento.

La Asociación Española de Cirujanos (AEC) ofrece un total de 29 cursos debidamente actualizados por especialistas en el campo específico del que tratan y se ajustan a las necesidades teóricas y prácticas de los residentes.

Para facilitar la organización de los tutores, desde la sección de formación de la AEC se ha propuesto un calendario de cursos recomendados por año de residencia (**Figura 1**). Además, se han clasificado según prioridad: rojo (recomendación prioritaria) y amarillo (recomendación opcional). Cabe destacar que se trata de un calendario orientativo y que no es necesario cumplimentarlos todos para superar la residencia.

3.3 ELABORACIÓN DEL ITINERARIO FORMATIVO



Figura 1. Calendario de cursos propuesto por la Asociación Española de Cirujanos.

5. LIBRO INFORMÁTICO DEL RESIDENTE QUIRÚRGICO (LIRQ)

Todas las competencias e ítems que hemos mencionado anteriormente deben ser recogidos y presentados al Ministerio de Sanidad anualmente asegurando que se cumplimentan los requisitos mínimos establecidos.

En el BOE se recomienda que el residente cree un libro informático que sirva como base de datos única y que permita registrar las actividades realizadas, divididas por periodos, unidades de especialización, niveles de responsabilidad y complejidad de los procedimientos.

Desde la AEC se recomienda utilizar el Libro Informático del Residente Quirúrgico (LIRQ) propuesto por Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Parc Taulí ya que tiene por objetivos:

- Simplificar el registro de la actividad formativa particular de los residentes quirúrgicos.
- Permite obtener informes fiables y detallados para su evaluación.

En otro capítulo del manual (4.2.1), se realiza una descripción detallada del libro informático del residente.

6. ADAPTAR EL POE A MI HOSPITAL. ¿CÓMO ELABORAR UN ITINERARIO FORMATIVO?

Para elaborar el itinerario formativo, debemos ajustar todo lo expuesto a nuestra unidad docente y reflejarlo en un documento. El documento de itinerario formativo debe incluir los siguientes puntos:

- Portada.
- Índice.
- Definición de la especialidad.
- Recursos humanos y cartera de servicios.
- Objetivos generales y específicos para cada año de formación.

3.3 ELABORACIÓN DEL ITINERARIO FORMATIVO

- ⦿ Competencias profesionales a adquirir según su año de residencia señalando las cirugías mínimas recomendadas al finalizar la residencia.
- ⦿ Cronograma de rotaciones obligatorias propuesto según las características del hospital. Aclarar objetivos de las diferentes rotaciones y actividades asistenciales a realizar.
- ⦿ Rotaciones externas propuestas bien obligatorias y/o voluntarias.
- ⦿ Actividades formativas del plan transversal común aprobado por la comisión de docencia del hospital.
- ⦿ Se informará de las sesiones clínicas generales y específicas del servicio, su contenido y su periodicidad.
- ⦿ Actividades científicas y de investigación (ponencias, publicaciones, trabajos de investigación...) programados para cada año de residencia.
- ⦿ Se especificarán las guardias mensuales por cada año de formación, en número mínimo y máximo según el plan nacional, así como el servicio en el que se desarrollen.
- ⦿ Organización de la tutoría y supervisión de la docencia, con los criterios de asignación del tutor.
- ⦿ Criterios para la evaluación del proceso de enseñanza.
- ⦿ Fuentes de información y documentación.

Para hacer más comprensible este apartado se adjuntan un modelos de itinerario formativo avalados por la AEC. Asimismo, se adjunta un documento que sirve de plantilla para iniciar con la elaboración del itinerario formativo.

CONCLUSIONES

- ⦿ Es importante conocer las bases del POE sobre los requisitos que deben cumplir los residentes para elaborar un itinerario formativo ajustado a las características de nuestro hospital.
- ⦿ Existen unas recomendaciones de asistencia a cursos y seminarios desde la AEC.
- ⦿ El libro informático del residente es una herramienta útil tanto para el residente como para el tutor que sirve como portafolio digital de las competencias y habilidades adquiridas por el residente según año de residencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero.*
2. *Guía itinerario de Hospital 12 de octubre de Alcorcón.*
3. *Carlos Javier Gómez Díaz, Alexis Luna Aufroy, Pere Rebas Cladera, et al. Libro informático del residente quirúrgico: Un paso adelante. Cir Esp, 651-657 (2015).*

MATERIAL COMPLEMENTARIO

- *Anexo 2. Conocimientos transversales y específicos de la especialidad de cirugía general y aparato digestivo.*

3.3 ELABORACIÓN DEL ITINERARIO FORMATIVO

ANEXO 2

TABLA 1. Conocimientos transversales en el ámbito de las especialidades médicas

<p>Conocimientos de gestión clínica y calidad asistencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la gestión clínica. • Indicadores asistenciales. • La gestión de procesos asistenciales. • Protocolización de procesos en vías clínicas (clinical pathway). El papel de los sistemas de información clínica y de los sistemas de clasificación de pacientes (GRDs). • El plan de calidad de un servicio clínico. Las comisiones clínicas. El Modelo Europeo de Excelencia para la gestión de la calidad total (<i>European Foundation Quality Management</i>). • Los costes del sistema sanitario. La limitación de recursos y la eficiencia en las actuaciones médicas. • La adquisición de los conocimientos citados en los apartados anteriores se adquirirá a través de cursos/seminarios durante el primer año de la especialidad. 	<p>Conocimientos de bioética:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la profesión. Objetivos, deberes y responsabilidad. El cuidado. Beneficiencia y no maleficencia. La confianza en cirugía. Derechos de los pacientes. Expectativas y límites. Equidad y priorización. El respeto a la autonomía. personal. Modelos de relación clínica. • Consentimiento informado. La no aceptación. La urgencia. El CI escrito y circuitos. • Técnicas de comunicación. Información personalizada. La familia. El equipo y la información. • Capacidad de decisión del paciente. Decisiones por representación. Directrices previas. Sedación y limitación de tratamiento. • Conflictos éticos. Estudio de casos y metodología de deliberación. Confidencialidad. La historia clínica.
<p>Conocimientos en metodología de la investigación *:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El conocimiento científico. • Tipos de investigación. • Clasificación de estudios clásicos. • Causalidad. • Aspectos generales de la medición. • Casos y series de casos. Estudios ecológicos y transversales. Estudios de Casos y Controles. • Estudios de Cohorte y diseños híbridos. • Ensayos Clínicos. • Medidas de frecuencia de la enfermedad. Medidas de impacto/ efecto. • Conceptos avanzados sobre sesgo, confusión e interacción. • Evaluación de las técnicas y procedimientos diagnósticos. Revisiones sistemáticas y metaanálisis. • Desarrollo de un protocolo de investigación. • Cómo se comunican los resultados de un trabajo de investigación. Cómo se prepara y se presenta un proyecto de investigación que pretenda ser financiado. • Aspectos básicos de estadística inferencial. • Aspectos básicos de estadística descriptiva. • Conceptos básicos sobre evaluación económica. • Conceptos básicos sobre investigación sobre el sistema de salud. • Los métodos cualitativos en la investigación biomédica. • Ética e investigación (clínica y experimental). • Principios de informática a nivel usuario. • Acceso a la información científica. 	
<p>* Al finalizar el periodo de residencia el residente debe estar en condiciones de redactar una nota clínica, presentar una comunicación a un congreso y valorar con sentido crítico una publicación científica.</p>	

TABLA 2. Contenidos específicos de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Fundamentos biológicos y técnicos de la cirugía:

Principios de la técnica quirúrgica:

- Asepsia y antisepsia. Diéresis, exéresis y síntesis. Anestesia.
- Hemostasia. Drenajes.

Bases de la cirugía endoscópica:

- Fundamentos técnicos básicos. Indicaciones y contraindicaciones. Abordajes.
- Proceso biológico de la curación de las lesiones traumáticas: Inflamación. Cicatrización.

La respuesta biológica a la agresión, accidental o quirúrgica:

- Respuestas homeostáticas a la agresión.
- Mediadores de la respuesta.
- Alteraciones endocrinas y consecuencias metabólicas.
- Desviaciones de la respuesta biológica a la agresión:
- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Shock.
- Alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base. Bases de fluidoterapia.
- Insuficiencia respiratoria. Insuficiencia renal aguda. Fracaso multiorgánico.

Valoración preoperatoria del paciente:

- Valoración del riesgo quirúrgico y anestésico. Valoración y manejo nutricional. Valoración de la comorbilidad.

Cuidados intensivos en el paciente quirúrgico:

- Analgesia y sedación. Cuidados respiratorios. Cuidados cardiovasculares.
- Cuidados metabólicos y nutricionales. Tromboembolismo pulmonar.
- Infecciones en cirugía y cirugía de las infecciones: Fisiopatología de las infecciones en el paciente quirúrgico. Prevención y tratamiento antibiótico.
- Complicaciones infecciosas de la cirugía.
- Infecciones no quirúrgicas en pacientes quirúrgicos: sepsis por catéter, neumonía postoperatoria e infección urinaria.

Nutrición y cirugía:

- Requerimientos nutricionales. Valoración nutricional.
- Consecuencias de la malnutrición en el paciente quirúrgico. Técnicas de soporte nutricional: accesos parenteral y enteral.
- Bases biológicas y técnicas de los trasplantes de órganos: Concepto de muerte cerebral.
- Identificación y mantenimiento del donante. Preservación del injerto. Tipos de trasplantes.
- Mecanismos y características del rechazo. Principios de la inmunosupresión.

Principios de la cirugía oncológica:

- Bases de la oncogénesis. Genética del cáncer. Inmunología y cáncer. Marcadores tumorales.
- Tratamientos adyuvantes y neoadyuvantes:
- Radioterapia. Quimioterapia. Inmunoterapia. Hormonoterapia.

3.3 ELABORACIÓN DEL ITINERARIO FORMATIVO

Áreas y contenidos específicos:

Aparato digestivo:

Esófago:

- Pruebas de función esofágica. Reflujo gastroesofágico: Esofagitis. Estenosis. Esófago de Barrett. Hernia hiatal.
- Esofagitis: Cáusticas. Infecciosas. Trastornos de la motilidad: Acalasia, otros
- Divertículos esofágicos. Perforación esofágica. Fístula traqueoesofágica. Patología tumoral: Tumores benignos. Cáncer de esófago. Cáncer de cardias. Complicaciones de la cirugía del esófago.

Estómago y duodeno:

- Enfermedad ulcero-péptica. Síndromes de hipersecreción ácida. Síndrome de Mallory-Weiss. Vólvulos gástricos. Hemorragia digestiva alta. Cáncer gástrico. Tumores estromales gastrointestinales.
- Traumatismos duodenales. Cirugía bariátrica. Síndrome postgastrectomía.

Intestino delgado:

- Obstrucción intestinal. Enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn). Hemorragia digestiva de origen en intestino delgado. Tumores del intestino delgado. Divertículos del intestino delgado.
- Obstrucción vascular mesentérica. Traumatismos del intestino delgado. Complicaciones de la cirugía del intestino delgado: Fístulas. Adhe- rencias. Síndrome del intestino corto. Trasplante de intestino delgado.

Colon, recto y ano:

- Apendicitis aguda. Enfermedad diverticular. Colitis ulcerosa. Colitis isquémica. Obstrucción colónica.
- Síndrome pseudoobstructivo (síndrome de Ogilvie). Hemorragia digestiva de origen colorectal.
- Vólvulos de colon. Pólipos colorectales. Síndromes de poliposis familiar. Traumatismos colónicos. Cáncer colorectal. Prolapso rectal. Hemorroides. Fisura anal. Absceso y fístula anal. Condilomas. Seno pilonidal.
- Traumatismos anorectales. Cirugía del estreñimiento. Cirugía de la incontinencia. Traumatismos anorectales.

Hígado:

- Traumatismo hepático. Absceso hepático. Hidatidosis. Fallo hepático fulminante.
- Hepatopatías metabólicas. Cirrosis. Hipertensión portal: Síndrome de Budd-Chiari.
- Manejo de la HDA por varices. Técnicas derivativas. TIPS. Tumores benignos del hígado.
- Hepatocarcinoma. Cirugía de las metástasis hepáticas. Trasplante hepático.

Vía biliar:

- Colelitiasis. Colecistitis. Colangitis. Coledocolitiasis: Manejo quirúrgico, endoscópico y radiológico. Ileo biliar. Quistes del colédoco. Colangitis esclerosante primaria. Tumores benignos de la vía biliar.
- Tumores malignos de la vía biliar: Colangiocarcinoma. Cáncer de vesícula biliar.
- Complicaciones de la cirugía de la vía biliar: Estenosis benigna. Fístulas.

Páncreas:

- Páncreas anular y páncreas divisum. Pancreatitis aguda. Necrosis pancreática infectada y absceso pancreático. Pseudoquistes de páncreas. Fístula pancreática. Pancreatitis crónica. Ampuloma. Cáncer de páncreas exocrino. Traumatismos pancreáticos.
- Trasplante de páncreas: Trasplante de órgano sólido. Trasplante de islotes.

Bazo:

- Traumatismos esplénicos. Cirugía conservadora del bazo. Esplenectomía por hemopatías. Tumores esplénicos. Abscesos esplénicos.

Diafragma y pared abdominal:

- Hernias diafragmáticas congénitas distintas a las de hiato. Hernias diafragmáticas traumáticas. Hernia inguinal. Hernia crural. Hernia umbilical. Hernia incisional (Eventraciones). Hernia epigástrica. Hernia de Spiegel. Hernia lumbar. Hernia obturatriz.
- Hematoma de la vaina de los rectos.

Resto del contenido abdominal:

- Peritoneo: Peritonitis difusas. Peritonitis circunscritas y abscesos intraabdominales. Peritonitis primarias.
- Retroperitoneo: Infecciones primarias y secundarias. Tumores retro- peritoneales y mesentéricos. Fibrosis retroperitoneal.

Sistema endocrino:

Glándula tiroides:

- Tiroiditis. Hipertiroidismo. Nódulo tiroideo. Bocio multinodular. Cáncer diferenciado de tiroides. Cáncer medular de tiroides. Cáncer anaplásico de tiroides. Complicaciones de la cirugía tiroidea. Sustitución hormonal. Bases del tratamiento con I131.

Glándulas paratiroides:

- Hiperparatiroidismo: Primario. Secundario. Terciario. Recurrente o persistente. Cáncer de paratiroides. Complicaciones de la cirugía paratiroidea. Hipoparatiroidismo.

Glándulas suprarrenales:

- Incidentaloma. Feocromocitoma. Tumores adrenocorticales: Hiper cortisolismo. Hiper aldosteronismo.
- Manejo metabólico del perioperatorio. Sustitución hormonal.

Sistema endocrino digestivo:

- Insulinoma. Gastrinoma. Otros tumores del páncreas endocrino.
- Tumor carcinoide. Síndromes de neoplasia endocrina múltiple.

Mama:

- Patología del desarrollo mamario. Procesos inflamatorios e infecciosos (mastitis). Tumores benignos de la mama. Lesiones preneoplásicas. Tumores malignos de la mama. Reconstrucción mamaria.

Cabeza y cuello:

- Traumatismos. Tumores cervicales. Adenopatías cervicales.
- Piel y partes blandas:
- Lesiones por agentes físicos y químicos. Infecciones: Infecciones supurativas. Fascitis necrotizante. Miositis necrotizante. Gangrena gaseosa. Infecciones estreptocócicas. Úlceras por decúbito. Tumores benignos. Tumores malignos: Epidermoide. Melanoma. Sarcomas.

3.4 ROTACIONES. OBJETIVOS CONCRETOS

Francesc Feliu

PUNTOS CLAVE

- Introducción.
- Marco legal.
- Clasificación de las rotaciones.
- Objetivos específicos:
 - Por las diferentes especialidades.
 - Por las diferentes unidades de la especialidad de CGD.

1. INTRODUCCIÓN

Las rotaciones y sus objetivos, están estructuradas en el Programa Oficial de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGD), y deben constar en el Itinerario formativo del residente, así como en los Planes Individuales de Formación de cada residente por cada año de residencia.

Tanto en el Itinerario Formativo como en los Planes Individuales de Formación, se identificará el responsable docente de la rotación, la duración (con fechas de inicio y finalización), lugar de la rotación, objetivos concretos y competencias a adquirir.

2. MARCO LEGAL

La normativa general sobre las rotaciones está especificada en:

- Orden SCO /1260 /2007, de 13 abril, del desarrollo del Programa Formativo de la Especialidad de CGD. Capítulo 8 y sus anexos I,II y III.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Artículo 8.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Artículo 21.

3. CLASIFICACIÓN

Las rotaciones se pueden clasificar en función de la especialidad o bien en función del centro de realización.

1. Por especialidad (según el programa oficial de la especialidad de CGD)

1.1. Las que se realizan en otras especialidades (diferentes a la de CGD)

- a) En el mismo centro/unidad docente donde el residente tiene asignada la plaza.
- b) En otro centro/unidad docente.
En este caso, se recomienda su realización en los primeros 4 años de residencia.

1.2. Las que se realizan dentro de la especialidad de CGD, en áreas de capacitación específica (ACE) o de interés singular, pudiendo realizarse en el mismo centro+/unidad docente donde el residente tiene asignada la plaza o bien en otros centros.

Se recomienda en este caso, su realización en el último año de residencia.

2. Por centro hospitalario/unidad docente

2.1. Rotaciones internas

- a) Las realizadas en el seno de la especialidad de CGD (dentro del propio servicio donde el residente tiene asignada la plaza), a través de las diferentes unidades de subespecialización:

- Cirugía coloproctológica.
- Cirugía hepato-bilio-pancreática.
- Cirugía endocrina.
- Cirugía esófago-gástrica.
- Cirugía de pared compleja.
- Cirugía de la mama.
- Cirugía bariátrica.

Es recomendable que el residente realice dichas rotaciones de forma alterna, con un mínimo de dos turnos, uno en los primeros años de residencia (R1-2-3), y otro como residente mayor (R4-5).

Los objetivos, la responsabilidad exigida y el nivel de supervisión en función del año de residencia serán significativamente diferentes.

- b) Las realizadas en otras especialidades /servicios en el mismo centro / unidad docente donde el residente tiene asignada la plaza (**Tabla 1**):

- ⦿ Servicio de Urgencias.
- ⦿ Servicio de Anestesiología y Reanimación.
- ⦿ Servicio de UCI.
- ⦿ Servicio de Radiología.
- ⦿ Servicio de Digestología (endoscopias digestivas).
- ⦿ Servicio de Cirugía Torácica.
- ⦿ Servicio de Cirugía Vascular.
- ⦿ Servicio de Urología.
- ⦿ Servicio de Neurocirugía (guardias).
- ⦿ Servicio de Traumatología (guardias).
- ⦿ Servicio de Cirugía Pediátrica.

2.2. Rotaciones externas

Se entiende por rotación externa aquellas que se realizan fuera del propio centro hospitalario donde el residente tiene asignada su plaza. Pueden ser:

- a) Propias del Programa Oficial de la Especialidad de CGD, es decir, aquellas obligatorias pero el centro no dispone de las características, acreditación, para la consecución de los objetivos establecidos.
- b) Fuera de programa, no previstas en el Programa Oficial de la Especialidad de CGD, con la finalidad de ampliar conocimientos en un área de capacitación determinada, y de carácter voluntario. Para su autorización serán necesarios el cumplimiento de todos los requisitos siguientes:

- ⦿ A propuesta por el Tutor a la Comisión de Docencia.
- ⦿ En centros acreditados para la formación de residentes de CGD.
- ⦿ Por un período no superior a 4 meses, en el cómputo del curso de evaluación anual, y en todo caso, por un período no superior a 12 meses en el global de toda la residencia.
- ⦿ Que la Gerencia del centro origen se comprometa a continuar con la totalidad de las retribuciones al residente, incluidas las derivadas por la actividad continuada (guardias) que el residente pueda realizar en su rotación.
- ⦿ Estas rotaciones externas tendrán derecho a la retribución de gastos en concepto de viajes.
- ⦿ Que la Comisión de Docencia destino manifieste expresamente su conformidad y así lo comunique a la Comisión de Docencia origen.

3.4 ROTACIONES.

OBJETIVOS CONCRETOS

Una vez se disponga de toda la documentación, ésta será enviada al organismo autonómico responsable de la FSE para que emita resolución autorizando o denegando la solicitud.

Las rotaciones externas deben ser evaluadas siguiendo los mismos parámetros en tiempo y forma que en las rotaciones internas. Será responsabilidad del residente el traslado del informe de evaluación al tutor.

Hay que puntualizar en este punto relativo a la consideración de rotaciones internas / externas que el RD 1146 /2006, de 6 de octubre, en el punto 4 de su artículo 8, manifiesta que “las rotaciones por centros diferentes al que el residente tiene asignada su plaza, que estén propuestos oficialmente por el Programa Formativo de la Especialidad de CGD, o en la acreditación otorgada al centro o unidad docente en el que se desarrolle, serán consideradas como internas, y no conllevarán derecho económico alguno”.

Además, la Orden SCO /1260 /2007, de 13 abril, del desarrollo del Programa Formativo de la Especialidad de CGD, especifica 2 rotaciones accesorias, según Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económicos Presupuestarios del Ministerio de Sanidad, en fecha 15 de junio de 2006. Son:

1. Rotación para la formación en protección radiológica.

En la mayoría de centros esta rotación se cumplimenta con la realización del curso específico de radio protección, englobado en los cursos de bienvenida a los nuevos RI.

2. Rotación en un centro Multiprofesional de Medicina Familiar y Comunitaria.

Tabla 1. Propuesta de Cuadro de rotaciones por otras especialidades, duración y por año de residencia

Año de residencia	Rotaciones	Duración (meses)
R1	Servicio de Urgencias Guardias de Traumatología	3
	Unidad Multiprofesional de Medicina Familiar y Comunitaria	1
	Servicio de Anestesiología	1
	Servicio de Digestología	1
	Servicio de Radiología	1
R2	Servicio de UCI	2
	Servicio de Cirugía Torácica	2
	Servicio de Cirugía Vasculat	2
	Servicio de Neurocirugía (guardias)	1
R3	Servicio de Cirugía Plástica	1
	Servicio de Cirugía Pediátrica	1
	Servicio de Urología	1
R4-R5	Unidades de Capacitación Específica Áreas de especial interés	2-3

Tabla 2: Clasificación de las rotaciones

por Especialidad	En otras especialidades (diferentes a CGD)	Mismo centro /Unidad Docente
		En otro centro /Unidad Docente
	En la especialidad de CGD (unidades súper-especialización)	Mismo centro /Unidad Docente
		En otro centro /Unidad Docente
por Centro /Unidad Docente	Rotaciones Internas (mismo centro)	En la especialidad de CGD (unidades súper-especialización)
		En otras especialidades (diferentes a CGD)
	Rotaciones Externas* (en otro centro)	Propias del Programa Oficial de la Especialidad de CGD (<i>obligatorias</i>)
		Fuera del Programa Oficial de la Especialidad de CGD (<i>optativas /voluntarias</i>)

** El RD 1146 /2006, de 6 de octubre, en el punto 4 de su artículo 8, manifiesta que "las rotaciones por centros diferentes al que el residente tiene asignada su plaza, que estén propuestos oficialmente por el Programa Formativo de la Especialidad de CGD, o en la acreditación otorgada al centro o unidad docente en el que se desarrolle, serán consideradas como internas, y no conllevarán derecho económico alguno".*

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Rotaciones por las diferentes especialidades:

4.1 ÁREA DE URGENCIAS

Los conocimientos y competencias a adquirir son:

- Conocimiento de la organización del área de urgencias, triaje de pacientes y los diferentes niveles de priorización de la urgencia.
- Historia clínica y exploración física básica en el paciente de urgencias.
- Conocimiento de los protocolos de los códigos: Ictus, IAM y Politrauma.
- Identificación del paciente grave, que precise atención inmediata. Parámetros de alerta.
- Habilidades comunicativas en el pase de información de pacientes al facultativo responsable del siguiente turno.
- Familiarizarse con las presentaciones agudas y descompensaciones clínicas de la insuficiencia cardíaca y respiratoria.
- Familiarizarse con los recursos asistenciales para hacer diagnósticos urgentes en las diferentes áreas de urgencias.

Habilidades:

- Habilidades de la entrevista clínica del área de urgencias. Confeccionar una historia clínica estructurada que incluya: motivo de consulta, antecedentes, hábitos, alergias, enfermedad actual, exploración física por aparatos, diagnóstico diferencial y plan diagnóstico y terapéutico.
- Ser capaz de realizar punciones vasculares (arteriales y venosas) básicas.
- Realizar correctamente maniobras diagnósticas habituales en el área de urgencias como paracentesis, toracocentesis y punciones lumbares.

- Ser capaz de interpretar exploraciones habituales en el área de urgencias como analíticas, radiografías de tórax y abdomen, ECG...
- Adquirir habilidades en las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.

4.2 UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

- Conocer la patología ambulatoria general de los pacientes atendidos en atención primaria (factores de riesgo cardiovascular, insuficiencia cardíaca, Diabetes, patología tiroides, asma i patología respiratoria) con especial interés en las patologías neurológicas (cefalea i migraña, piernas inquietas,...)
- Aprender los tratamientos de las patologías básicas de la atención primaria, como el manejo de los factores de riesgo cardiovascular i las patologías básicas medicas con especial interés en la patología neurológica.
- Saber las indicaciones de las exploraciones complementarias más habituales en la atención primaria.
- Adquirir habilidades comunicativas con el paciente y los familiares de los pacientes de atención primaria.

4.3 ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

Los conocimientos y competencias a adquirir son:

- Conocimientos básicos sobre procedimientos anestésicos.
- Monitorización básica según procedimientos/paciente.
- Técnicas de intubación orotraqueal, identificación vía aérea difícil.
- Indicaciones de la extubación orotraqueal del paciente intervenido.
- Manejo de las sustancias vasoactivas en el paciente postquirúrgico.

Habilidades:

- Punciones venosas (periféricas, centrales).
- Intubación oro-traqueal y extubación.

4.4 SERVICIO UCI

Los conocimientos y competencias a adquirir son:

- Conocimientos relativos a la fisiopatología y tratamiento del paciente crítico.
- Conocimientos de la fisiopatología del shock.
- Conocimientos básicos del funcionamiento y manejo de los respiradores mecánicos. Discutir los principios de la ventilación mecánica.
- Conocimientos en técnicas de medición de los parámetros hemodinámicos.
- Manejo del abdomen agudo postquirúrgico.
- Familiarización y habilidades en técnicas invasivas; traqueotomía, vías centrales, técnicas de hemofiltración.
- Manejo de los diferentes niveles de antibioterapia y drogas vasoactivas.
- Indicación de la intubación oro-traqueal y del timing de la traqueostomía.
- Manejo en UCI del postoperatorio del paciente quirúrgico complicado.
- Discutir los principios éticos en los cuidados críticos y del final de la vida.
- Discutir las indicaciones para considerar un paciente en muerte cerebral y optar a la donación de órganos.
- Discutir las tasas de riesgo/beneficio de las varias pruebas invasivas utilizadas en el cuidado del paciente crítico.

Habilidades:

- Familiarización en técnicas invasivas: traqueotomía, vías centrales, técnicas de hemofiltración.
- Técnicas de medición de la presión intra craneal.
- Técnicas de medición de la presión intra abdominal
- Procedimientos de nutrición artificial: parenteral, enteral

4.5 RADIODIAGNÓSTICO

Los objetivos serán adquirir los conocimientos y competencias siguientes:

- Conocer los principios básicos en los que se fundamenta la radiología, especialmente la Rx simple y la ecografía.
- Interpretación básica de la Rx de tórax.
- Interpretación de la TAC abdominal, con las variantes técnicas para el estudio pormenorizado de los diferentes aparatos y sistemas.
- Principios básicos de la interpretación de la ecografía abdominal.
- Principios básicos de la interpretación mamográfica.
- Conocer las diferentes técnicas de intervencionismo radiológico en la patología de la mama.
- Indicaciones de la radiología contrastada.
- Principios básicos de la interpretación de la resonancia magnética.
- Familiarizarse en la relación coste-beneficio de las técnicas de diagnóstico por imagen de alta tecnología.
- Conocimientos de los protocolos de actuación frente reacciones alérgicas al contraste endovenoso utilizado en las técnicas de imagen.

4.6 DIGESTOLOGÍA (ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS)

Los objetivos serán adquirir los conocimientos y competencias siguientes:

- Explicar las indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de las técnicas endoscópicas digestivas.
- Diagnóstico y estadificación de las lesiones tumorales digestivas visibles por endoscopia.
- Familiarización con el tratamiento endoscópico de las lesiones sangrantes: varices esofágicas, pólipos tras resección endoscópica, proctitis actínica, ...
- Discutir la colonoscopia de seguimiento tras cirugía colorrectal o exéresis de pólipos.
- Interpretación pruebas de imagen, evaluación y tratamiento del paciente con enfermedad inflamatoria intestinal.

Habilidades:

- Realizar, bajo supervisión, 5 procedimientos colonoscópicos y 5 endoscopias esofagogástricas.
- Presenciar colonoscopias de alta definición con resección endoscópica de lesiones mucosa colónica.
- Presenciar 5 procedimientos de endoscopia terapéutica: colangiopancreatografía endoscópica diagnóstica y terapéutica, colocación de prótesis esofágicas y colónicas, ultrasonografía endoscópica alta (estudio lesiones sólido-quísticas área duodeno-pancreática).

4.7 CIRUGÍA TORÁCICA

Los conocimientos y competencias a adquirir son las siguientes:

- Conocimiento de la anatomía del tórax, describir los diferentes accesos quirúrgicos de la cavidad torácica.
- Planificar las pruebas de funcionalidad respiratorias pre operatorias. Discutir y argumentar la idoneidad de procedimientos agresivos como neumonectomías en función de los resultados funcionales preoperatorios.
- Indicaciones quirúrgicas en patología torácica.
- Interpretación de los datos de las pruebas de imagen. Estadificación del cáncer pulmonar.

Habilidades:

- Técnicas de toracocentesis, pleurodesis.
- Acceso y tratamiento del empiema pleural.
- Técnicas de mediastinoscopia.
- Realización de toracoscopia diagnóstica.
- Apertura y cierre de la cavidad torácica.

4.8 CIRUGÍA VASCULAR

Los conocimientos y competencias a adquirir son las siguientes:

- Demostrar conocimientos de la anatomía arterial y venosa
- Discutir las manifestaciones clínicas de la enfermedad arterial y venosa aguda y crónica. Conocimientos básicos de la isquemia aguda y crónica.
- Conocimientos básicos de la isquemia aguda y crónica.
- Discutir los factores de riesgo de enfermedad vascular oclusiva.

3.4 ROTACIONES.

OBJETIVOS CONCRETOS

- Explicar las pruebas diagnósticas no-invasivas e invasivas utilizadas en la evaluación de un paciente con enfermedad vascular
- Utilización de la ecografía doppler para el estudio de las enfermedades vasculares.
- Valoración de los pacientes con trombosis venosa.
- Valoración del pie diabético.
- Conocimiento y familiarización de la farmacología vascular

Habilidades:

- Participar en intervenciones como las amputaciones de MMII (miembros inferiores), bypass vasculares y reparaciones de aneurismas de aorta abdominal.
- Participar como ayudante en intervenciones sobre insuficiencia venosa periférica (varices)
- Participar en embolectomías.
 - o Curas del pie diabético.

4.9 UROLOGÍA

Los conocimientos y competencias a adquirir son las siguientes:

- Realización de anamnesis, exploración física, y exámenes complementarios de la patología urológica más frecuente.
- Reconocer y resolver al menos en primera instancia, las urgencias urológicas más habituales: sepsis de origen urológico, hematuria, retención urinaria, traumatismos urológicos y patología testicular urgente.
- Interpretación pruebas de imagen en patología urológica.

Habilidades:

- Habilidades básicas en el sondaje vesical y punción supra púlica
- Participación en cirugía urológica ambulatoria: circuncisión, vasectomía, ...

4.10 NEUROCIRUGÍA

- Anamnesis y exploración física del paciente neuroquirúrgico.
- Interpretación básica de las pruebas de imagen neuroquirúrgicas (TAC y RM).
- Valoración inicial y tratamiento básico del traumatismo cráneo-encefálico.
- Aplicación de la escala de Glasgow.
- Valoración de la hipertensión intracraneal.

4.11 CIRUGÍA PLÁSTICA

- Valoración y planteamiento terapéutico de las quemaduras.
- Iniciación a las técnicas de colgajos, plastias e injertos.

4.12 CIRUGÍA DE LA MAMA

Los conocimientos y competencias a adquirir son las siguientes:

3.4 ROTACIONES.

OBJETIVOS CONCRETOS

- Conocimiento de la anatomía de la mama.
- Conocer la incidencia, epidemiología y factores de riesgo del cáncer de mama.
- Conocer la patología de las lesiones benignas de la mama.
- Exploración física de la mama, nódulos mamarios y cavidad axilar.
- Interpretación del diagnóstico por imagen del cáncer de mama.
- Protocolo diagnóstico del cáncer de mama y sus diferentes escenarios.
- Describir el papel del ganglio centinela en el estadiaje del cáncer de mama.
- Conocer las indicaciones y contraindicaciones de la cirugía de la mama.
- Conocer las complicaciones quirúrgicas y seguimiento de la patología de la mama.
- Conocer las alternativas, técnicas, indicaciones y contraindicaciones de la cirugía reconstructiva .

Habilidades:

- Planificar y realizar, bajo supervisión una biopsia de un nódulo mamario
- Participar como primer ayudante y/o cirujano en procedimientos quirúrgicos incluyendo la mastectomía parcial, segmentectomía, y mastectomía total, biopsia del ganglio centinela, y disección axilar

ROTACIONES POR LAS DIFERENTES SUBUNIDADES DE LA ESPECIALIDAD DE CGD

Estas rotaciones dentro del mismo servicio de CGD donde el residente tiene asignada la plaza, deberían programarse de forma alterna y con un mínimo de dos turnos por subunidad, una en los primeros años de residencia (R 1-2-3), y otro en los dos últimos (R 4-5).

El periodo de tiempo en cada una será estipulada en función del año de residencia, el resto de rotaciones asignadas y las características del servicio de CGD. Será responsabilidad del tutor su planificación, de forma consensuada con el resto de facultativos especialistas y el responsable asistencial.

El calendario orientativo, con sus objetivos específicos, podría ser:

UNIDAD DE CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA

R 1-2-3	- Realización de una correcta historia clínica y exploración física.
	- Conocimiento de la anatomía del tubo esófago-gástrico
	- Conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades propias esófago-gástricas.
	- Solicitar pruebas complementarias.
	- Entrega e información de los consentimientos informados.
	- Redacción del informe de alta hospitalaria
	- Redacción del informe quirúrgico.
	- Preparación quirúrgica del paciente:
	· Revisión del preoperatorio
	· Dominio de la asepsia y tallado del paciente en quirófano
	· Profilaxis antibiótica y anti trombótica
	· Familiarización con las listas de verificación preoperatorias (check-list).
- Ayudante en los procedimientos quirúrgicos.	
R 4-5	- Conocimiento de los protocolos oncológicos específicos.
	- Preparación informes y participación activa en los comités multidisciplinares, tanto clínicos como oncológicos.
	- Discusión crítica del proceso evolutivo de los pacientes
	- Participación como cirujano y/o ayudante primero en la cirugía del reflujo esófago-gástrico.
	- Participación como cirujano y/o ayudante primero en procedimientos quirúrgicos oncológicos.

UNIDAD DE PARED

R 1-2-3	- Realización de una correcta historia clínica y exploración física.
	- Conocimiento de la anatomía de la pared abdominal.
	- Solicitar pruebas complementarias.
	- Entrega e información de los consentimientos informados.
	- Redacción del informe de alta hospitalaria
	- Redacción del informe quirúrgico.
	- Preparación quirúrgica del paciente:
	· Revisión del preoperatorio
	· Dominio de la asepsia y tallado del paciente en quirófano
	· Profilaxis antibiótica y anti trombótica
	· Familiarización con las listas de verificación preoperatorias (check-list).
	- Apertura y cierre de laparotomías.
- Participación como cirujano en la cirugía de la hernia inguino-crural y umbilical.	
- Ayudante quirúrgico en procedimientos de hernia incisional y de pared compleja	
R 4-5	- Preparación informes y participación activa en los comités clínicos de pared compleja.
	- Discusión crítica del proceso evolutivo de los pacientes con abdomen "hostil"
	- Participación como cirujano y/o ayudante primero en la cirugía del reflujo esófago-gástrico.
	- Participación como cirujano y/o ayudante primero en procedimientos de hernia incisional, fistulas entero-atmosféricas, ...
- Participación como cirujano y/o ayudante primero en procedimientos de pared compleja: neumopertineo previo, técnicas retromusculares, ...	

UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA

R 1-2-3	- Realización de una correcta historia clínica y exploración física abdominal.
	- Conocimientos básicos de la exploración proctológica.
	- Conocimiento de la anatomía colorrectal y proctológica
	- Realización de rectoscopia diagnóstica.
	- Conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades propias.
	- Solicitar pruebas complementarias.
	- Entrega e información de los consentimientos informados.
	- Redacción del informe de alta hospitalaria
	- Redacción del informe quirúrgico.
	- Preparación quirúrgica del paciente:
	· Revisión del preoperatorio
	· Dominio de la preparación mecánica del colon
	· Dominio de la asepsia, tallado y posición del paciente en quirófano
	· Profilaxis antibiótica y anti trombótica
	· Familiarización con las listas de verificación preoperatorias (check-list).
	- Exposición oral de casos clínicos en las sesiones de la unidad.
	- Conocimiento de los protocolos específicos de la unidad.
	- Apertura y cierre de laparotomías y colocación /extracción trócares de laparoscopia.
	- Participación como cirujano /ayudante en cirugía proctológica básica: hemorroidectomía, ligaduras hemorroidales, esfinterotomía lateral interna, colocación de seton, ...
	- Participación como cirujano /ayudante en algunos pasos de la confección /cierre de estomas digestivos.
R 4-5	- Participación como cirujano /ayudante en algunos pasos de la confección de anastomosis digestivas en cirugía abierta
	- Ayudante en procedimientos quirúrgicos de proctología compleja.
	- Ayudante en procedimientos quirúrgicos de la patología del suelo pélvico.
	- Ayudante en patología oncológica y en procedimientos laparoscópicos avanzados.
	- Conocimiento de los protocolos oncológicos específicos.
	- Preparación informes y participación activa en los comités multidisciplinares, tanto clínicos como oncológicos.
	- Discusión crítica del proceso evolutivo de los pacientes
	- Interpretación correcta de los informes de anatomía patológica.
	- conocimiento de las diferentes variantes técnicas en la patología quirúrgica de la unidad.
	- Lectura crítica y discusión de la literatura científica en los casos en los que participe.
	- Participación como cirujano y/o ayudante primero en:
	· Cirugía proctológica no compleja
	· Confección /cierre estomas
	· Anastomosis digestivas en cirugía abierta
	· Resección segmentaria laparoscópica de colon
	· Cirugía laparoscópica del recto alto
	- Participación como ayudante primero en:
	· Cirugía del recto medio-bajo
	· Cirugía transanal instrumentada (TEO, TAMIS, TaTME, ...)
	· Cirugía compleja del suelo pélvico
· Anastomosis digestivas laparoscópicas	

UNIDAD DE CIRUGÍA HEPATO-BILIO-PANCREÁTICA

R 1-2-3	- Realización de una correcta historia clínica y exploración física.
	- Conocimiento de la anatomía quirúrgica zona HBP y del marco duodenal.
	- Conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades propias.
	- Solicitar pruebas complementarias.
	- Entrega e información de los consentimientos informados.
	- Redacción del informe de alta hospitalaria
	- Redacción del informe quirúrgico.
	- Preparación quirúrgica del paciente:
	· Revisión del preoperatorio
	· Dominio de la asepsia, tallado y posición del paciente en quirófano
	· Profilaxis antibiótica y anti trombótica
	· Familiarización con las listas de verificación preoperatorias (check-list).
	- Exposición oral de casos clínicos en las sesiones de la unidad.
	- Conocimiento de los protocolos específicos de la unidad.
	· Participación como cirujano y/o primer ayudante en:
	· Apertura y cierre laparotomías y laparoscopia
	· Colectectomía laparoscópica y abierta
· Participación como ayudante en:	
· Cirugía de la vía biliar principal	
· Cirugía oncológica HBP	
· Cirugía hepática	
R 4-5	- Conocimiento de los protocolos oncológicos específicos.
	- Preparación informes y participación activa en los comités multidisciplinares, tanto clínicos como oncológicos.
	- Discusión crítica del proceso evolutivo de los pacientes
	- Interpretación correcta de los informes de anatomía patológica.
	- Conocimiento de las diferentes variantes técnicas en la patología quirúrgica de la unidad.
	- Lectura crítica y discusión de la literatura científica en los casos en los que participe.
	- Participación como cirujano y/o ayudante primero en:
	· Colectectomía laparoscópica y abierta
	· Cirugía de la vía biliar principal
	· Pancreatectomía distal
	· Realización hepaticoyunostomías
	· Segmentectomía hepática
	- Participación como ayudante primero en:
	· Hepatectomías
	· Duodenopancreatectomías cefálicas
· Cirugía de la patología quística del colédoco	

3.4 ROTACIONES.

OBJETIVOS CONCRETOS

CIRUGÍA ENDOCRINA

R 2-3	- Realización de una correcta historia clínica y exploración física.
	- Conocimiento de la anatomía del tiroides
	- Conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades propias
	- Conocimiento de la fisiopatología del calcio
	- Interpretación parámetros analíticos específicos.
	- Solicitar pruebas complementarias.
	- Entrega e información de los consentimientos informados.
	- Redacción del informe de alta hospitalaria
	- Redacción del informe quirúrgico.
	- Preparación quirúrgica del paciente:
	· Revisión del preoperatorio
	· Dominio de la asepsia y tallado del paciente en quirófano
	· Profilaxis antibiótica y anti trombótica
	· Familiarización con las listas de verificación preoperatorias (check-list).
	- Participación en los comités multidisciplinares de endocrino.
- Ayudante en los procedimientos quirúrgicos.	
- Apertura y cierre de las cervicotomías.	
R 4-5	- Conocimiento de los protocolos oncológicos específicos.
	- Preparación informes y participación activa en los comités multidisciplinares, tanto clínicos como oncológicos.
	- Discusión crítica del proceso evolutivo de los pacientes
	- Participación como cirujano en:
	· Quiste tirogloso
	· Hemitiroidectomías
	· Pasos en procedimientos de vaciamiento linfático cervical
- Participación como ayudante primero en los demás procedimientos quirúrgicos	

BIBLIOGRAFÍA

1. Orden SCO/1260/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. <https://www.boe.es/eli/es/o/2007/04/13/sco1260>
2. Orden SCO /1260 /2007, de 13 abril, del desarrollo del Programa Formativo de la Especialidad de CGD. Capítulo 8 y sus anexos I,II y III
3. Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Artículo 8.
4. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Artículo 21
5. González Anglada MI. Guía del tutor de residentes. 2018. Manual Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ISBN 978-84-09-01790-4

3.5 ELABORACIÓN DE GUÍAS DE ACOGIDA

Mónica Millan

PUNTOS CLAVE

- Entender qué es una Guía de Acogida.
- Conocer los elementos más importantes que debe incluir la Guía de Acogida.

1. INTRODUCCIÓN

Si repasamos la definición de tutor, como se ha presentado en módulos anteriores, podemos ver que el tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente.

Las principales funciones del tutor son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente.

Los tutores de cada especialidad propondrán la guía o itinerario formativo tipo de la misma, que aprobará la comisión de docencia con sujeción a las previsiones del correspondiente programa. Uno de los documentos que componen la información incluida en el itinerario formativo puede ser la Guía de Acogida.

2. ¿QUÉ ES UNA GUÍA DE ACOGIDA?

La Guía de Acogida es un documento que se le entregará al residente, al comenzar su residencia, o al comenzar su rotatorio por un Servicio o Unidad, según las circunstancias.

Puede ser elaborado en papel, en formato digital, según las preferencias de cada Unidad Docente o Centro.

Debe recoger información práctica, las normas básicas de funcionamiento de la Unidad, con el objetivo de que el residente pueda adaptarse mejor y más rápidamente al entorno laboral y dinámica en la que va a trabajar.

3. ELEMENTOS QUE COMPONEN LA GUÍA DE ACOGIDA

La Guía de Acogida debe recoger información sobre:

- El funcionamiento global del Centro hospitalario y la labor que en él se desarrolla.
- Características generales del hospital y cartera de servicios.
- Organización y estructura del Servicio o Unidad correspondiente:
 - Responsables del Servicio y Unidad.
 - Organigrama interno.
 - Tutores.
 - Datos de contacto.
 - Otra información de interés.
- Información sobre el plan de trabajo:
 - Asistencial.
 - Guardias.
 - Sesiones.
 - Bibliografía recomendada.
 - Etc.
- Información sobre aspectos laborales: personal, contratos, etc; vacaciones y permisos.
- Recomendaciones del servicio de medicina preventiva/riesgos laborales si procede.
- Uniformes, vestuarios, comedores, habitación de guardia, y otra información de interés práctico.

4. RECOMENDACIONES DE LA AEC SOBRE LA GUÍA DE ACOGIDA

Desde la AEC queremos compartir algunas sugerencias sobre la elaboración de una guía de acogida:

Altamente recomendables:

- ⦿ Que contenga información PRÁCTICA, para “llevar en el bolsillo”.
- ⦿ Que sea útil para los primeros meses del residente, que le ayuda a situarse mejor en el funcionamiento del Servicio/Unidad.

Recomendables:

- ⦿ Que pueda ser ese “manual de consulta rápida” para el nuevo residente cuando llegue, tenga enlaces a información tanto de tipo laboral como de tipo científico-bibliografía, etc.



Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo

**GUÍA DE ACOGIDA DEL RESIDENTE DE PRIMER AÑO
DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES**

Periodo 2021-2022

Personal Facultativo:

Jefe de Servicio:
Dr. MA García-Ureña

Facultativos Especialistas:

Dr. A. Cruz Cidoncha (Tutor), Residentes Propios.
Dr. E. González González (Tutor), Residentes Rotantes.
Dra. A. Aguilera Velardo
Dra. P. López-Quindós
Dra. C. Jiménez Ceinos
Dra. A. Minaya
Dr. A. Galván
Dr. A. Robín Valle de Lersundi
Dr. J. Rutz-Tovar
Dra. A. Moreno

**Ejemplo de Guía de Acogida de un Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.*

BIBLIOGRAFÍA

1. *Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>*
2. *Ejemplo de guía de acogida: Disponible en: <https://www.parcdesalutmar.cat/mar/guia%20acollida%20CIRURGIA%20CASTELLA.pdf>*

3.6 PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

Francesc Feliu

PUNTOS CLAVE

- Marco legal.
- ¿Cuál es el compromiso de la organización?
- Niveles de responsabilidad y grados de supervisión.
- ¿Cómo elaborar un protocolo de supervisión? Decálogo para su elaboración.
- Planes individuales de formación.

1. INTRODUCCIÓN

El programa formativo de residencia en la Formación Sanitaria Especializada (FSE) implica la asunción progresiva de responsabilidades que debe conllevar una decreciente supervisión por parte del personal facultativo, a través de toda la actividad asistencial (programada y de urgencias), científica e investigadora.

A medida que se avanza en los años de residencia y se adquieren progresivamente las competencias establecidas en el programa formativo de la especialidad, el grado de supervisión será decreciente, en toda actividad que sea llevada a cabo por el residente, hasta alcanzar el grado de responsabilidad propio del ejercicio autónomo de la profesión.

El protocolo de supervisión del residente supondrá una oportunidad de reflexión de toda la unidad docente sobre la organización (y actualización), de la misma de cara a la consecución de los objetivos del programa docente de la especialidad: la asunción de las competencias establecidas en la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, la cual sea garante de la calidad, seguridad y excelencia en la atención médica al ciudadano.

2. MARCO LEGAL

La supervisión del médico residente en la FSE queda definida en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero.

En su artículo 14 establece el *“deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes”*.

En su artículo 15, con respecto al residente de primer año, establece que *“la supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales*

3.6 PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada.

Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año”.

El mismo artículo establece que *“En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario”.*

La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias

El RD establece además, que la dedicación docente y, por tanto, la obligación de supervisión, resultan inherentes al trabajo asistencial en las instituciones acreditadas para la formación docente de especialistas en formación. Es decir, la gestión y programación de toda la actividad del servicio debe realizarse garantizando la formación y supervisión del residente a lo largo de todo su periodo formativo.

Los responsables de las unidades junto con los tutores deben programar las actividades asistenciales de manera que faciliten el cumplimiento del itinerario formativo, así como su integración supervisada en toda aquella actividad asistencial, docente e investigadora.

3. COMPROMISO DE LA ORGANIZACIÓN

La supervisión del residente es una atribución del servicio/unidad docente a la que pertenece, pero también de toda la organización sanitaria. Exige el compromiso directo de todo el sistema sanitario: Dirección /Gerencia, responsables asistenciales, comisión de docencia, tutores, etc.

El protocolo de supervisión es un documento de consenso, que compromete tanto a la organización como al residente a su cumplimiento. Deberá reflejar los aspectos siguientes:

1. La organización del trabajo asistencial en horario de jornada habitual y en atención continuada.
2. La responsabilidad de la supervisión en cada caso.
3. El grado de supervisión y nivel de autonomía del residente.
4. Las situaciones críticas en las que el residente debe recibir una supervisión estrecha.

Todos los especialistas y el resto del personal sanitario están implicados en este deber de supervisión de los residentes.

La elaboración del protocolo de supervisión constituye un elemento capital para garantizar el carácter progresivo de la responsabilidad, la mejora de la docencia y a la seguridad jurídica del residente.

4. NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y GRADOS DE SUPERVISIÓN

Se definen diferentes niveles de responsabilidad del residente en formación en función de su nivel de competencia y del año del periodo formativo. Se propone una graduación en la adquisición de habilidades (autonomía) y, por ende, de responsabilidades. Se entiende por autonomía la capacidad de tomar decisiones y de actuar sin intervención de otras.

El objetivo final de la FSE es que los especialistas desarrollen de manera autónoma sus tareas habituales. Durante el proceso de aprendizaje la autonomía se va alcanzando de forma progresiva a medida que se adquieren los conocimientos y habilidades.

Se consideran 3 niveles de autonomía:

Niveles de AUTONOMÍA	
Nivel 1	Competencias o habilidades que los residentes tienen que practicar hasta alcanzar autonomía completa para su realización.
Nivel 2	Competencias o habilidades que los residentes tienen que practicar aunque no lleguen necesariamente la autonomía para su realización.
Nivel 3	Competencias o habilidades que requieran un periodo de formación adicional una vez finalizado el periodo formativo general o común.

Se entiende por responsabilidad la capacidad de cargar con la consecuencia de los propios actos. De la misma manera, se establecen tres grados de responsabilidad:

Grados de RESPONSABILIDAD – SUPERVISIÓN	
Grado 1 Supervisión indirecta	Actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de supervisión directa. El residente hace y después informa.
Grado 2 Supervisión directa	Actividades realizadas directamente por el residente bajo supervisión del facultativo especialista.
Grado 3	Actividades realizadas por los especialistas y observadas o asistidas por el residente.

5. DECÁLOGO PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

Preguntas y respuestas sobre la elaboración de un protocolo de supervisión para la residencia en la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo:

1. ¿De qué estamos tratando?

De supervisión, no de autonomía ni de responsabilidad. Aunque los 3 conceptos están interrelacionados, lo que describe el protocolo no es el grado de responsabilidad que asumen los residentes, sino el nivel de supervisión que tienen que tener los especialistas que los forman.

2. ¿Cuántos protocolos de supervisión necesitamos?

Uno por cada especialidad acreditada. Tiene que ser un documento independiente de la Guía o Itinerario Formativo.

3. ¿A quién va dirigido?

A todos los especialistas que están en contacto con residentes, a los responsables asistenciales (quienes tienen el deber de conocer y organizar las tareas asistenciales de trabajo de sus plantillas). Y a los propios residentes, que tienen el derecho de saber con qué grado de supervisión trabajarán.

4. ¿Quién elabora el protocolo de supervisión?

El tutor.

5. ¿Quién aprueba el protocolo de supervisión?

La Comisión de Docencia.

6. ¿Cuál es el papel de la Dirección de Centro?

Garantizar que en los diferentes dispositivos donde esté prestando sus servicios el residente, se den las condiciones para que éstos trabajen con el nivel de supervisión requerido.

Hacer un seguimiento periódico de su cumplimiento.

7. ¿Qué contiene el protocolo de supervisión?

Información relacionada con la supervisión. Los contenidos del programa, las competencias, las normas de funcionamiento o la descripción del servicio no forman parte del protocolo de supervisión.

Los contenidos fundamentales son:

- ⦿ Descripción de los niveles de supervisión
- ⦿ Tabla con la gradación del nivel de supervisión de cada ámbito de actuación por año de residencia.

8. ¿Qué es lo que se tiene que supervisar?

La actividad del residente.

No debe incluir en el protocolo los conocimientos adquiridos, los objetivos de formación o las competencias. El protocolo de supervisión no lo evalúa.

9. ¿Qué actividades se tienen que supervisar?

En el protocolo de supervisión se incluyen única y exclusivamente las actividades asistenciales que realiza el residente.

Las más significativas en cada ámbito de actuación: planta hospitalización, urgencias, consultas externas, quirófanos, gabinetes diagnósticos o terapéuticos

10. ¿Cómo se describen las actividades?

Se describe exclusivamente la actividad, de manera clara y concisa.

No describiremos el grado de excelencia con la que se realiza la actividad, ya que estaríamos formulando competencias, objetivos de aprendizaje.

Ejemplo:

Actividad	Nivel Supervisión				
	R1	R2	R3	R4	R5
Elaborar una historia clínica	3	2	2	1	1
Exploración abdominal	3	2	2	1	1
Colocación drenaje torácico en neumotórax	3	3-2	2	1	1
Interpretar TAC abdominal en abdomen agudo	3	3-2	2	1	1
Apendicetomía laparoscópica	3	3-2	2	1	1

6. MODELO DE PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

Ver anexo 1

7. PLANES INDIVIDUALES DE FORMACIÓN

Los Planes Individuales de Formación (PFI), constituyen un programa personalizado de formación para cada residente y para cada año de residencia. Es la adaptación del programa oficial de la especialidad a las características propias e idiosincrasia de cada centro docente, de cada Servicio de Cirugía General.

Se incluye toda la actividad asistencial, docente e investigadora que tiene previsto realizar el residente en cada año de formación. En cada uno de los aspectos se definen los objetivos, las competencias a adquirir y los niveles de responsabilidad.

El marco legal lo establece el apartado 2 del capítulo IV del RD 183/2008, de 8 de febrero: *“Los tutores de cada especialidad propondrán la guía o itinerario formativo tipo de la misma, que aprobará la comisión de docencia con sujeción a las previsiones del correspondiente programa. La mencionada guía, que será aplicable a todos los residentes de la especialidad que se formen en la unidad docente de que se trate, se entenderá sin perjuicio de su adaptación al plan individual de formación de cada residente, elaborado por el tutor en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores de residentes que se formen en el centro o unidad docente”.*

El contenido del PFI debe constar de la información siguiente:

1. Datos del residente
2. Rotaciones
3. Sesiones
4. Guardias
5. Actividades científicas y de investigación
6. Otras actividades de formación
7. Plan de revisión

1. Datos del residente

Debe constar el nombre completo del residente, año de residencia y nombre del tutor responsable.

2. Rotaciones

Las rotaciones estarán estructuradas por año de residencia, siguiendo la Guía o Itinerario Formativo de la Especialidad.

Se identificará el responsable docente de la rotación, la duración (con fechas de inicio y finalización), lugar de la rotación, objetivos y competencias a adquirir.

Las rotaciones pueden ser **internas** o **externas**.

Rotaciones internas

Aquellas que se realizan entre las diferentes unidades del propio servicio de Cirugía General y Digestiva

Rotaciones externas

Se entiende por rotación externa aquellas que se realizan fuera del propio Hospital. Pueden ser del programa oficial de la especialidad, es decir, aquellas obligatorias pero el centro no dispone de las características, acreditación, para la consecución de los objetivos establecidos. Las rotaciones externas fuera de programa, no oficiales, serán aquellas que tienen la finalidad de ampliar conocimientos en un área determinada, son voluntarias y serán propuestas por el residente y su tutor, con el consenso del responsable asistencial y deberán ser aprobadas por la Comisión de Docencia y por la Administración en Salud responsable de la Comunidad Autónoma respectiva.

La regulación de las rotaciones externas se especifica en el artículo 21 del RD 183/2008, de 8 de febrero, y en el artículo 8 del RD 1146/2006, de 6 de octubre. Éstas no podrán superar los 4 meses continuos dentro de cada periodo de evaluación anual, y en el conjunto del periodo formativo (los 5 años de residencia), no podrán superar los 12 meses.

Se deberá presentar la preceptiva solicitud y documentación adjunta correspondiente a la Secretaría de Docencia con un plazo no inferior a 3 meses al inicio previsto de la misma. La documentación necesaria es:

- Solicitud del residente.
- Propuesta del tutor, especificando los objetivos concretos de la rotación.
- Informe favorable de la Comisión de Docencia.
- Aceptación por parte de la Comisión de Docencia del centre receptor.

Una vez se disponga de toda la documentación, ésta será enviada al organismo autonómico responsable de la FSE para que emita resolución autorizando o denegando la solicitud.

Las rotaciones externas deben ser evaluadas siguiendo los mismos parámetros en tiempo y forma que en las rotaciones internas. Será responsabilidad del residente el traslado del informe de evaluación al tutor.

3.6 PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

3. Sesiones

Se hará constar las sesiones en las que deberá participar el residente, ya sea en forma de oyente o como ponente.

Se clasificarán éstas según temática (bibliográficas, monográficas, de revisión, de casos clínicos, de morbi-mortalidad, ...), y/o según organización (de servicio, de unidad, de residentes, de centro, multidisciplinarias, ...)

4. Guardias

Se especificarán el número de guardias por mes (recomendable 4-5), así como los objetivos propuestos y el nivel de responsabilidad.

5. Actividades científicas y de investigación.

Se propondrá al residente, en función del año de formación y sus habilidades, su participación y rol en los programas y líneas de investigación del servicio.

De la misma manera, el residente dispondrá de un cronograma de los Congresos, Reuniones y Jornadas científicas previstas de la Especialidad, tanto de Cirugía General como de las diferentes unidades y áreas específicas, a las que podrá participar como asistente y/o como ponente de alguna comunicación (oral /poster /vídeo).

El tutor, el responsable asistencial o cualquier otro facultativo especialista del servicio podrá proponer al residente trabajos científicos para su presentación. Igualmente, pueden definirse propuestas de publicación a revistas científicas.

6. Otras actividades formativas

Se propondrá al residente un calendario de los cursos de formación previstos en su año de residencia, tanto los obligatorios (del programa formativo oficial de la especialidad), como los recomendables.

Otras actividades para ampliar conocimientos y habilidades en función de las características del propio residente.

7. Plan de revisión

El PFI deberá constar la fecha prevista de su actualización y revisión, preferentemente de forma anual y cada vez que se realice algún cambio en la Guía o Itinerario Formativo de la especialidad.

ANEXO 1

**LOGOTIPO /
NOMBRE CENTRO**

PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL I DEL APARATO DIGESTIVO

Versión:

Fecha:

Elaborado por: Dr/a.

Aprobado por la Comisión de Docencia en fecha:

Presentado al Comité de Dirección en fecha:

1. OBJETIVO DEL PROTOCOLO

Describir el nivel de supervisión requerido para las actividades asistenciales que realicen los médicos internos residentes de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGD).

El protocolo tiene que ser conocido por todos los residentes de la especialidad y por todos los profesionales asistenciales de las diferentes áreas y dispositivos docentes donde se formen los residentes.

Este documento es público y está disponible en la web del hospital (describir el link) para su consulta.

3.6 PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

2. MARCO LEGAL

Toda la estructura del sistema sanitario debe estar a disposición de ser utilizada para la enseñanza del Grado, Formación Sanitaria Especializada y Formación Continuada de los profesionales.

El deber general de supervisión es inherente al ejercicio de la profesión sanitaria en los centros acreditados para la formación docente de residentes.

- Artículo 104 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.
- Artículo 34.b de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Artículo 12.c de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Las Comisiones de Docencia tienen el deber de elaborar protocolos escritos para graduar la supervisión de las actividades realizadas por los residentes en las áreas asistenciales, con especial referencia al área de urgencias y quirófanos, o en cualquier otra que se considere de interés.

Los protocolos deben presentarse a los órganos de dirección de centro, con los que la presidencia de la Comisión de Docencia tiene que pactar su aplicación y revisión periódica.

- Artículos 14 y 15 del RD 183/2008, de 8 de febrero, por el cual se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de Formación Sanitaria Especializada.

“... nivel decreciente de supervisión a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista”.

“En aplicación del principio rector que se establece en el artículo anterior, los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten”.

“Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año”.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este protocolo de supervisión es aplicable a todos los médicos internos residentes que desarrollan el programa de Formación Sanitaria Especializada en la especialidad de CGD en el Hospital XXX (nombre del centro sanitario).

Afectará tanto a aquellos residentes que hayan obtenido una plaza en nuestra unidad docente como aquellos de otras unidades docentes /centros, externas que se encuentren realizando una rotación, debidamente autorizada, en nuestra unidad docente.

Este protocolo de supervisión ha sido consensuado por la Comisión de Formación de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y, por lo tanto, es el documento marco común para todas las unidades docentes /centros hospitalarios de la especialidad de CGD en España.

4. DEBER DE SUPERVISIÓN

El deber general de supervisión es inherente a los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en las diferentes unidades asistenciales donde se forman los residentes. Estos profesionales están obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los diferentes dispositivos que integran la unidad docente tienen que programar las actividades asistenciales de los residentes en coordinación con sus tutores, para facilitar el cumplimiento del itinerario formativo de la especialidad de CGD y la integración supervisada de los residentes en las actividades asistenciales, docentes y de investigación que se lleven a cabo en esas unidades docentes, las cuales estarán sujetas al régimen de jornada laboral y descansos previstas por la legislación vigente aplicable al respecto.

La Comisión de Docencia y los órganos de Dirección del centro deberán establecer los mecanismos necesarios para facilitar el cumplimiento del itinerario formativo y la supervisión adecuada de los residentes de cada unidad o dispositivo docente por donde roten los residentes.

5. SUPERVISIÓN DECRECIENTE DURANTE LA RESIDENCIA

El sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan el programa oficial de la especialidad de CGD.

Este sistema formativo supone la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de competencias previstas en el programa formativo oficial, hasta culminar en el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la especialidad.

3.6 PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

En aplicación de este principio rector, los residentes tienen que seguir las indicaciones de los especialistas que presten servicio en los diferentes dispositivos de la unidad docente / centro hospitalario, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cualquier duda o cuestión que se planteen como consecuencia a dicha relación.

Como norma general:

1. Los residentes tendrán en todas las rotaciones un profesional especialista de plantilla que supervisará su trabajo.
2. La supervisión de los residentes de primer año será siempre y en todo momento de presencia física:

- ⦿ Será responsabilidad de los especialistas que presten sus servicios en los diferentes dispositivos docentes del centro por donde estén rotando o prestando servicio de atención continuada los residentes.
- ⦿ Los mencionados especialistas deberán visar por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en que intervengan los residentes de primer año.

3. A partir del segundo año, la supervisión será progresivamente decreciente:

- ⦿ A dicho efecto, el tutor del residente podrá impartir tanto al residente como a los especialistas, instrucciones específicas sobre el grado de supervisión requerida para los residentes a su cargo, según el proceso individual de adquisición de competencias.
- ⦿ En todo caso, el residente tendrá derecho a conocer los profesionales presentes en la unidad en la que preste sus servicios y podrá recurrir y consultarles tantas veces lo considere necesario y oportuno. Los profesionales mencionados tienen el deber de atender las dudas que planteen los residentes.

6. GRADUACIÓN DE LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES

La capacidad para realizar determinadas actividades asistenciales por parte de los residentes tiene relación con su nivel de competencias y con su experiencia, en buena medida determinada por el año de residencia en se encuentren. La naturaleza de la actividad a realizar será un determinante importante. Estos factores condicionan el grado de supervisión que necesitan.

🕒 **Nivel 1. Supervisión a demanda (baja)**

Las competencias adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin la necesidad de tutela directa. El residente actúa y después informa al especialista responsable. Solicita pues supervisión si así lo considera necesario.

🕒 **Nivel 2. Supervisión media**

El residente tiene suficiente conocimiento pero no la suficiente experiencia (habilidad /pericia), para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. El residente realiza la actividad bajo supervisión directa del especialista responsable.

🕒 **Nivel 3. Supervisión alta**

El residente tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones pero no experiencia ni la habilidad necesaria. El residente observa y ayuda al especialista de plantilla quien realiza la actividad o procedimiento.

Nivel	Supervisión	Autonomía /Responsabilidad.-
1	Supervisión a demanda	Responsabilidad máxima. Actúa de manera independiente, salvo en situaciones puntuales.
2	Supervisión directa ¹	Responsabilidad media. Sabe como actuar pero le hace falta la experiencia, destreza necesarias para actuar de manera autónoma.
3	Realizado por el especialista	Responsabilidad mínima. Sólo tiene conocimientos teóricos, para observar y ayudar.

¹Supervisión directa significa que el especialista que está supervisando al residente conoce lo que hace éste, interviene cuando lo considera necesario y responde a sus consultas o demandas de intervención. La supervisión directa no implica necesariamente que el especialista en cuestión esté de presencia física durante toda la actividad o el procedimiento

🕒 Las actividades aprendidas en años anteriores mantienen el nivel de supervisión previo al inicio del siguiente año formativo, para ir disminuyendo a lo largo del mismo.

🕒 Para las actividades de nueva realización, se establecerá siempre el nivel de supervisión máximo al inicio de la rotación, independientemente del año formativo.

Cuando un residente no alcanza las competencias necesarias para progresar en su formación, no se puede disminuir el nivel de supervisión de la actividad en cuestión, habiéndose de comunicar al tutor del residente, quien podrá adaptar y redefinir los niveles de supervisión de la rotación hasta la comprobación que el residente garantice la calidad exigida de la formación.

3.6 PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

7. OBJETIVOS DOCENTES. ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LAS UNIDADES DE CGD.

En el programa de la Especialidad de Cirugía General, se plantea como primer objetivo “la consecución de los conocimientos, habilidades y actitudes que capacitan a un profesional para cumplir, de manera competente y responsable, las funciones que corresponden primariamente a la CGD, tanto en relación con problemas quirúrgicos electivos como urgentes”. Para ello, el residente de Cirugía, participa activamente de las actividades asistenciales, además de las docentes e investigadoras de la Unidad de Cirugía.

Dentro de los objetivos generales del residente de Cirugía, estaría el conocimiento de la estructura de una Unidad de Cirugía General, y la interrelación con otras Unidades docentes y asistenciales.

Los objetivos docentes, se pueden distribuir en cuatro ámbitos principales, donde el Residente desarrolla su actividad:

1. **La guardia de Cirugía/Urgencias**
2. **Planta de hospitalización**
3. **Actividad quirúrgica programada (quirófanos)**
4. **Consulta externa**

1. GUARDIAS

Las guardias tienen carácter obligatorio y formativo. La recomendación es realizar entre 4 y 5 mensuales (una en día festivo).

Es aconsejable que el calendario de guardias lo establezcan los residentes de último año, siendo supervisado por el tutor y/o el Jefe de la Unidad de Cirugía.

Todos los días a primera hora, se debería realizar una sesión de pase de guardia en el aula /sala de Cirugía, en la que los residentes salientes de guardia exponen al equipo de guardia entrante (y/o a todo el servicio de CGD), la actuación durante la guardia pasada, los pacientes pendientes de ingreso o de decisión y las incidencias sobre los pacientes hospitalizados.

El residente de Cirugía General realiza guardias de presencia física durante los cinco años de la residencia participando en los turnos de guardia del servicio con nivel de responsabilidad creciente.

La actividad de guardia del residente se inicia a las 15:00 hasta las 8:00, en los días laborables y 24 horas los fines de semana y festivos intersemanales, si bien los días que hay disponibilidad pueden atender urgencias en el turno de mañana los días ordinarios.

La jornada de guardia del residente de Cirugía se desarrolla en varios ámbitos donde la asistencia continuada es importante, y no sólo en el Área de Urgencias,

como son la planta de hospitalización y el quirófano de Urgencias.

Los objetivos fundamentales en el ámbito de la Urgencia / Guardia de Cirugía General son:

- Familiarizarse con situaciones urgentes que puedan precisar valoración y tratamiento por la Unidad de Cirugía General (Abdomen agudo, paciente con trauma severo, Sepsis...).
- Detección y tratamiento de complicaciones en el postoperatorio, y la identificación de los casos que precisen valoración quirúrgica urgente.
- Adquirir habilidades relacionadas con la priorización de las situaciones Urgentes.

El residente de Cirugía debe atender los avisos generados relacionados con el postoperatorio y a requerimiento de otros especialistas y/o profesionales.

Según los diferentes ámbitos dentro de la Urgencia, se determinan diferentes objetivos y tareas:

Área de Urgencias

El personal de las guardias de Cirugía General incluye **(XX – indicar el número de especialistas staff de guardia de presencia física y/o de guardia localizada), y (XX residente/s)** asignado/s según la distribución realizada por el Jefe de residentes (o tutor), supervisado/s por el Jefe de Unidad.

Las actividades incluyen: asistencia a los pacientes sobre los que se pide consulta desde el servicio de urgencia, contribuyendo a las decisiones de ingreso, intervención quirúrgica, alta, observación clínica o traslado /derivación a otro centro sanitario (ya sea para realizar una acción terapéutica o como ingreso).

El objetivo es que a través de la historia clínica, exploración física y revisión de las exploraciones complementarias, el residente sea capaz de emitir un juicio clínico y decidir el planteamiento terapéutico o el alta del paciente.

Quirófano de Urgencias

La especialidad de CGD conlleva una carga asistencial y docente importante relativa a la atención y resolución de patología quirúrgica urgente, de la que el médico residente debe formarse.

El programa oficial de la especialidad hace referencia especial a esta capacitación quirúrgica, conforme a la cual el residente deberá asistir y participar (de menor a mayor grado según procedimiento, nivel de responsabilidad y año de residencia), hasta conseguir realizarlos como primer cirujano.

3.6 PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

2. PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Actividades en la sala de hospitalización (planta e interconsultas). Diariamente, el residente acompañará al facultativo especialista de la Unidad asignado, al pase de visita en planta y de las interconsultas que se emitan desde los diferentes servicios del hospital.

Objetivos:

- Adquirir conocimientos sobre patología quirúrgica, complicaciones en el postoperatorio, manejo hidroelectrolítico, equilibrio ácido-base, analgesia, nutrición e infección.
- Aprender procedimientos básicos en el manejo de las heridas quirúrgicas, drenajes y estomas.
- Desarrollar habilidades relacionadas con la información a pacientes y familiares.
- Aprender a adquirir compromisos con los pacientes.
- Pensamiento crítico, con espíritu resolutivo, empatía, respeto y valoración positiva del trabajo de los demás, flexibilidad en relación a los pacientes, compañeros de trabajo, colegas de otras especialidades, miembros de los diferentes colectivos sanitarios, y sus inmediatos responsables de área.

3. QUIRÓFANOS

El residente estará presente en el organigrama y calendario de quirófanos programados del servicio, incluyéndose quirófanos de Cirugía Mayor Ambulatoria y de Cirugía Menor.

Objetivos:

- Contribuir al acto quirúrgico propiamente dicho, como ayudante o como primer cirujano tutorizado.
- Participación en el juicio clínico pre operatorio, la obtención del consentimiento informado, la cumplimentación del formulario del procedimiento quirúrgico y la información a familiares y pacientes sobre las recomendaciones de su recuperación.
- Familiarizarse con la implantación y difusión del listado de verificación pre quirúrgico (Check-list).
- Adquirir y desarrollar habilidades en los diferentes procedimientos quirúrgicos, conforme su itinerario formativo, nivel de responsabilidad y año de residencia.

4. ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS

Los residentes serán asignados periódicamente a las áreas de consultas eternas, tutorizados por los miembros staff respectivos, en todos sus ámbitos: primeras visitas y visitas de seguimiento-control.

Objetivos:

- Conocer las diferentes patologías que puedan precisar valoración quirúrgica.
- Desarrollar habilidades en la realización de una historia clínica completa y exploración física, que les permita emitir un juicio diagnóstico, proponer las exploraciones complementarias y elaborar propuestas terapéuticas y la posible indicación de la cirugía que se derive.
- Familiarizarse con la información al paciente y familiares sobre los procedimientos quirúrgicos y sus complicaciones y la entrega del Consentimiento Informado.
- Conocer los estudios preoperatorios básicos y los dirigidos en función de las patologías de base de los pacientes.
- Saber formalizar la documentación necesaria para la inclusión del paciente en lista de espera quirúrgica.

8. Tareas y Responsabilidades del Médico Residente

Las tareas y responsabilidades del médico residente se organizan siguiendo los criterios de los niveles de autonomía /supervisión descritos (apartado 6).

La asignación de cada nivel vendrá determinado por el año de residencia y también por la formación previa del residente, su capacidad y habilidad propias, y por la valoración por parte de los especialistas de la unidad, tutor y Jefe Asistencial.

No obstante, cada profesional sanitario, sea especialista o residente, deberá actuar en relación a sus propios límites de conocimientos y habilidades.

8. ACTIVIDADES EN FUNCIÓN DE LOS NIVELES DE RESPONSABILIDAD

8.1 GUARDIAS

Pacientes hospitalizados

La supervisión del residente de CGD estará a cargo del equipo de guardia, independientemente del año de residencia, y será presencial a requerimiento del residente en función de la dificultad y responsabilidad del acto clínico.

Conlleva capacitación del residente para el ajuste de tratamientos, curas de herida, estomas, información a familiares y preparación del preoperatorio de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica.

Residente de 1er año:	Nivel de Supervisión 3
Residente de 2º y 3er año:	Nivel de Supervisión 2
Residente de 4º y 5º año:	Nivel de Supervisión 1
(podrán atender los avisos de planta de hospitalización aplicando las guías y protocolos de la Unidad de CGD con supervisión a demanda por el especialista responsable.	

Área de Urgencias

Realización de los procedimientos quirúrgicos en Urgencias con grado de supervisión progresiva nivel 2-3

Competencias a obtener:

- Limpieza quirúrgica y sutura de heridas traumáticas.
- Drenajes de abscesos cutáneos (hidrosadenitis, sinus pilonidales, etc.)
- Valoración coloproctológica básica.
- Valoración complicaciones heridas quirúrgicas y estomas digestivos.
- Drenaje torácico.

Residente de 1er año:	Nivel de Supervisión 3
La supervisión del residente de primer año es en todo momento presencial, tanto por los adjuntos del área de urgencias en su rotación, como por los de la Unidad de CGD cuando haya finalizado ese periodo. Los especialistas responsables de la supervisión serán los encargados de validar las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervenga el residente de primer año.	
Residente de 2º y 3er año:	Nivel de Supervisión 2-3
Residente de 4º y 5º año:	Nivel de Supervisión 1
El residente podrá atender situaciones urgentes, aplicando las guías y protocolos de Unidad de CGD con supervisión a demanda por el adjunto responsable.	

8.2 PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

El residente, durante el pase de visita diaria realizará y desarrollará las siguientes tareas:

- Anotación de los comentarios de evolución diaria en la historia clínica del paciente, realizando una anamnesis breve, examen físico del paciente hospitalizado y exploración de las heridas quirúrgicas/estomas /drenajes si procede.
- Intercambio de información clínica con enfermería y personal sanitario auxiliar, para la detección de complicaciones en el postoperatorio.
- Solicitud de exploraciones complementarias/interconsultas a otros especialistas.
- Cumplimentación de las órdenes de tratamiento (prescripción electrónica).
- Información al paciente y familiares.
- Realización informes de alta hospitalaria, que deberán incluir:
 - o Resumen de la historia clínica.
 - o Diagnóstico principal y secundarios.
 - o Actuación terapéutica principal y secundarias (médicas y/o quirúrgicas).
 - o Existencia de comorbilidades asociadas o la presencia de complicaciones.
 - o Recomendaciones al alta claras y concisas.
 - o Citación a consultas externas para seguimiento si procede.
- Asegurar que se adjuntan al informe de alta la recetas de la medicación prescrita y la citación a consultas externas para seguimiento /control.

3.6 PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

8.3 QUIRÓFANOS

Los objetivos a lograr por los residentes en el área de quirófanos son los siguientes:

- Cumplimentar el listado de verificación pre quirúrgico (Check-list).
- Revisión de la historia clínica y pruebas complementarias.
- Supervisar y confirmar la administración de medicación y profilaxis antibiótica preoperatoria.
- Confirmación de alergias.
- Comprobación de la lateralidad del procedimiento y marcaje si procede.
- Asegurar las reservas de compuestos sanguíneos (concentrado hematíes, plaquetas, plasma), y del material protésico, instrumental, aparataje o técnicas adicionales necesarias para la intervención.

El residente participará en el procedimiento quirúrgico como ayudante o como cirujano principal. Se programarán los procedimientos de acuerdo a su año de formación y al nivel de autonomía /responsabilidad que le otorgue el tutor en función a su capacitación y habilidades.

El programa oficial de la especialidad de CGD especifica los procedimientos quirúrgicos sugeridos según el año de residencia. (Baremo grado complejidad intervenciones quirúrgicas).

Al concluir la intervención el residente deberá participar en la validación de la lista de verificación postoperatoria (Check-list) conjuntamente con los profesionales de Anestesiología y de Enfermería, de la información a los familiares, así como supervisar el traslado adecuado del paciente a la REA, UCI o Planta.

En cirugía ambulatoria, elaborar el informe de alta pertinente y asegurar la cita de control y seguimiento ulterior.

8.4 BAREMO DEL GRADO DE COMPLEJIDAD DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Grado 1.

Limpieza quirúrgica y sutura de una herida traumática. Exéresis de una lesión cutánea o subcutánea. Laparotomía y su cierre. Biopsia de arteria temporal. Biopsia ganglionar. Exéresis de nódulo mamario. Exéresis de hidrosadenitis axilar o inguinal. Drenaje torácico.

Iniciación en cirugía de la hernia. Ayudante en cirugía laparoscópica. Inserción de trócares laparoscópicos. Cirugía coloproctológica básica. Fundamentos de la CMA.

Grado 2.

Esfinterotomía anal. Hemorroidectomía. Exéresis de sinus pilonidal. Drenaje de absceso perianal. Herniorrafia inguinal, crural y umbilical. Apendicectomía abierta y laparoscópica. Gastroyeyunostomía. Píloroplastia. Sutura de una perforación ulcerosa. Colectectomía abierta. Resección intestinal segmentaria.

Grado 3.

Fistulectomía anal. Mastectomía simple. Apendicectomía laparoscópica. Colectectomía laparoscópica. Funduplicatura de Nissen abierta. Esplenectomía. Colostomía. Ileostomía. Hemitiroidectomía. Colectomía segmentaria.

Grado 4.

Hemicolectomía derecha. Hemicolectomía izquierda. Cirugía de la vía biliar principal. Derivaciones biliodigestivas. Gastrectomía parcial. Tiroidectomía subtotal/total. Miotomía de Heller. Paratiroidectomía. Funduplicatura de Nissen laparoscópica. Abordaje del esófago cervical. Adrenalectomía abierta.

Grado 5.

Esofagectomía. Gastrectomía total. Amputación abdomino-perineal. Cirugía colorrectal laparoscópica. Duodenopancreatectomía cefálica. Resección hepática. Reservorios ileoanales. Cirugía laparoscópica avanzada (bariátrica, adrenalectomía, etc.).

Niveles de responsabilidad y Grados de dificultad quirúrgica que debe asumir el residente³:

	Sala hospitalización	Consultas externas	Urgencias	Intervenciones como cirujano
R1	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 3	Nivel 2 - Grado 1
R2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2 – Grado 1 y 2
R3	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2	Nivel 2 – Grado 1 a 3
R4	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2 – Grado 1 a 4
R5	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1-2 – Grado 1 a 5

8.5 CONSULTAS EXTERNAS

Los residentes realizarán periódicamente esta actividad fijada según su año de residencia, donde valorarán pacientes de primera visita, además de participar en el seguimiento/control de los pacientes en segundas visitas (sucesivas).

3.6 PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

Los objetivos son los siguientes:

- Formalización de la historia clínica completa.
- Exploración física.
- Emitir juicio diagnóstico, proponer exploraciones complementarias y elaborar propuestas terapéuticas.
- Solicitará el estudio preoperatorio y la consulta pre anestésica.
- Cumplimentar los documentos de inclusión en lista de espera y el consentimiento informado específico para el procedimiento quirúrgico propuesto.
- Participar en las curas de pacientes remitidos a la sala de enfermería.

Residente de 1er año:	Nivel de Supervisión 3
Residente de 2º y 3er año:	Nivel de Supervisión 2
Residente de 4º y 5º año:	Nivel de Supervisión 1
<p>Podrán realizar consulta de revisión de pacientes intervenidos para familiarizarse con el seguimiento de determinadas patologías, en especial las oncológicas, aplicando las guías y protocolos de Unidad de CGD con supervisión a demanda por el adjunto responsable.</p>	

8.6 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS QUE DEBE APRENDER EL RESIDENTE DE PRIMER AÑO AL MARGEN DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

- Historia clínica e identificación de problemas.
- Exploración física del paciente.
- Exposición oral de la historia clínica.
- Conocer los protocolos de preparación preoperatoria.
- Colocar una sonda nasogástrica.
- Colocar un catéter intravenoso.
- Colocar una sonda vesical.

- Colocar un catéter venoso central.
- Redactar una hoja operatoria.
- Ordenar un tratamiento postoperatorio.
- Controlar la reposición de líquidos y electrolitos.
- Controlar una nutrición parenteral.
- Diagnosticar desviaciones de la evolución postoperatoria.
- Tratar las heridas operatorias y sus complicaciones.
- Realizar una anestesia local.
- Realizar técnicas asépticas y antisépticas en el quirófano.
- Aplicar correctamente un tratamiento antibiótico.
- Preparar el campo operatorio.
- Control y extracción de drenajes postoperatorios.
- Redactar un informe de alta.

8.7 SITUACIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN SER REALIZADAS O SUPERVISADAS DIRECTAMENTE POR EL MÉDICO ESPECIALISTA DE CGD

Según los diferentes ámbitos de aplicación:

1. Guardias

Siempre que se plantee una indicación de Cirugía Urgente o ingreso a cargo de la Unidad de Cirugía, tiene que ser supervisado y bajo la responsabilidad de los adjuntos de Cirugía de Guardia (Grado de supervisión 3), independientemente del año de Residencia, así como los conflictos con pacientes y familiares o actuaciones con implicaciones judiciales (supervisión de la formalización de partes judiciales).

Durante el primer año de Residencia la supervisión tiene que ser de presencia física al residente en formación. El paso de un nivel a otro será progresivo y dependerá, no sólo del año de residencia, sino también de lo indicado por el tutor y adjuntos responsables, valorando en cada caso, la posible experiencia previa del residente y su evolución, y las evaluaciones de los especialistas a cargo de la formación, tutor y Jefe de Unidad.

3.6 PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN

2. Planta de hospitalización

Cuando se plantee un alta, surja una complicación que conlleve reintervención, traslado a Unidad de Críticos de un paciente o Exitus, o surja un conflicto con pacientes, familiares, otros especialistas y/o profesionales, tiene que ser supervisado por el cirujano adjunto responsable de ese día de planta (Grado de supervisión 3), o adjuntos de guardia en su defecto, independientemente del año de Residencia.

3. Quirófanos

Cualquier procedimiento quirúrgico debe ser supervisado por el Adjunto responsable del paciente (Grado de supervisión 2).

4. Consultas Externas

Siempre que se incluya un paciente en Lista de espera quirúrgica, tiene que ser supervisado y firmado por el cirujano adjunto responsable de esa agenda (Grado de supervisión 3), independientemente del año de Residencia.

La información sensible, situaciones conflictivas con pacientes o familiares, deben ser abordadas y resueltas directamente por el médico especialista a cargo del paciente.

Tabla resumen de las actividades propias de la especialidad con sus niveles de supervisión:

Actividad o procedimiento	Niveles de supervisión				
	R1	R2	R3	R4	R5
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN					
Anotación comentarios curso evolutivo en historia clínica	3	2	2	1	1
Intercambio información clínica con enfermería y personal sanitario auxiliar	3	2	2	1	1
Solicitud de exploraciones complementarias /interconsultas	3	2	2	1	1
Cumplimentar órdenes de tratamiento (prescripción electrónica)	3	2	2	1	1
Información al paciente y familiares	3	2	2	1	1
Realización de informes de alta hospitalaria	3	2	2	1	1
GUARDIAS	R1	R2	R3	R4	R5
Ajuste de tratamientos	3	2	2	1	1
Curas heridas /estomas	3	2	2	1	1
Información a pacientes y familiares	3	2	2	1	1
Preparación del preoperatorio	3	2	2	1	1
Limpieza quirúrgica y sutura heridas traumáticas	3-2	2	2	1	1
Drenajes abscesos cutáneos (hidrosadenitis, sinus pilonidal)	3-2	2	2	1	1
Valoración proctológica básica	3-2	2	2	1	1
Valoración complicaciones heridas quirúrgicas /estomas	3-2	2	2	1	1
Drenaje torácico	3-2	2	2	1	1

Actividad o procedimiento	Niveles de supervisión				
ÁREA DE QUIRÓFANOS	R1	R2	R3	R4	R5
Cumplimentar el listado de verificación (Check-list)	3-2	2	2	1	1
Revisión de la historia clínica y pruebas complementarias	3-2	2	2	1	1
Supervisar y confirmar la administración de medicación y profilaxis antibiótica preoperatoria	3-2	2	2	1	1
Comprobación de la lateralidad del procedimiento y marcaje si procede	3-2	2	2	1	1
Asegurar las reservas de compuestos sanguíneos, del material protésico, instrumental, aparataje o técnicas adicionales necesarias para la intervención	3-2	2	2	1	1
Actividad o procedimiento	Niveles de supervisión				
Grados de complejidad procedimientos quirúrgicos ⁴	R1 1	R2 1-2	R3 1-3	R4 1-4	R5 1-5
Intervenciones Grado 1	3-2	2	2-1	1	1
Intervenciones Grado 2	3-2	3-2	2	1	1
Intervenciones Grado 3	3	3-2	2	1	1
Intervenciones Grado 4	3	3	3-2	2	2-1
Intervenciones Grado 5	3	3	2-3	2	2-1
ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS	R1	R2	R3	R4	R5
Formalización de la historia clínica completa	3-2	2	2	1	1
Realización exploración física	3-2	2	2	1	1
Emitir juicio diagnóstico, proponer exploraciones complementarias y elaborar propuestas terapéuticas	3-2	2	2	1	1
Solicitar el estudio preoperatorio, estadificación oncológica si procede y la consulta pre anestésica	3-2	2	2	1	1
Cumplimentar los documentos de inclusión en lista de espera y el consentimiento informado específico para el procedimiento quirúrgico propuesto	3-2	2	2	1	1
ÁREA DE GABINETES DE PROCTOLOGÍA	R1	R2	R3	R4	R5
Realización e interpretación tacto rectal	3-2	2	2	1	1
Interpretación conceptos básicos de la ecografía anal y endorrectal	3	2	2	2-1	1
Interpretación manometría anal	3	2	2	2	1
Realización rectoscopia diagnóstica	3	2	2	1	1
Ligadura hemorroidal con bandas de Barron	3	2	2	1	1
Historia clínica dirigida a pacientes con incontinencia fecal	3-2	2	2	1	1
Exploración básica suelo pélvico	3	2	2	1	1

BIBLIOGRAFÍA

1. *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias (LOPS)*
2. *Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.*
3. *González Anglada MI. Guía del tutor de residentes. 2018. Manual Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ISBN 978-84-09-01790-4*
4. *Moreno-Madrid F, Moreno-Castillo MC (2020). Objeto del Real Decreto 183/2008. Aspectos formativos del MIR. En Responsabilidad de los residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas. 42-49. Organización Médica Colegial de España.*
5. *Protocolo de supervisión de residentes de la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid). Junio 2015*

IV

EVALUACIÓN

4.1	INTRODUCCIÓN. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN ¿QUÉ SE PERSIGUE?	173
4.2	INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN	181
	4.2.1 EL LIBRO INFORMÁTICO DEL RESIDENTE DE LA AEC..	181
	4.2.2 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN.....	187
	4.2.3 OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	195
4.3	DOCUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN	203
4.4	OBJETIVOS Y EVALUACIÓN DE LAS ROTACIONES INTERNAS Y EXTERNAS EN CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO.....	217
4.5	EVALUACIÓN NEGATIVA.....	221
4.6	EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA AL FINAL DE LA RESIDENCIA PROMOVIDA POR LA AEC: CERTIFICADO DE EXCELENCIA AEC DEL RESIDENTE CIRUGIA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO	229

4.1 INTRODUCCIÓN. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN. ¿QUÉ PERSIGUE?

José María Miguelena Bobadilla, Francesc Feliu

PUNTOS CLAVE

- La evaluación dirige y condiciona el aprendizaje.
- Para evaluar, primero hay que definir las competencias a adquirir.
- La evaluación debe ser un proceso dinámico, con controles periódicos y dotada de feedback docente /residente.
- Objetivo final: proporcionar a la Sociedad un profesional fiable, que garantice la seguridad clínica del paciente, acorde con la Ética de la Profesión Médica.
- Competencia profesional: la capacidad de aplicar el conocimiento, las habilidades y el “buen hacer” asociados a la Profesión Médica.
- Objetivo final: proporcionar a la Sociedad un profesional fiable, que garantice la seguridad clínica del paciente, acorde con la Ética de la Profesión Médica.

1. INTRODUCCIÓN

La evaluación es un proceso que procura determinar, de la manera más sistemática y objetiva posible, la repercusión, el impacto de las actividades del Programa formativo en la consecución de los objetivos específicos, valorando su pertinencia, eficacia, eficiencia y grado /nivel de competencia obtenida. Es decir, mide el nivel de desempeño del residente en cada una de las tareas asignadas.

Según UNICEF 1992, constituye una herramienta administrativa de aprendizaje y un proceso organizativo orientado a la acción para mejorar tanto las actividades en marcha, como la planificación, programación y toma de decisiones futuras.

Para planificar adecuadamente la evaluación en la formación de Residentes de Cirugía resulta fundamental establecer los objetivos del aprendizaje, es decir, las competencias que el Residente debe adquirir al final del proceso y que condicionarán la selección de los instrumentos y estrategias a utilizar y que además deben estar expresadas en el Programa formativo de la Especialidad.

La evaluación dirige y condiciona el aprendizaje, forma parte de todo el proceso de aprendizaje, por lo que debería ser un proceso dinámico en el tiempo (evaluación continua), con controles objetivos periódicos: inicial, de seguimiento y final, debiéndose realizar además un procedimiento de “control de calidad” del Programa formativo, evaluando también su calidad según la opinión de los Residentes y de comparación de los resultados obtenidos con los de otros hospitales.

4.1 INTRODUCCIÓN. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN. ¿QUÉ PERSIGUE?

En la Pirámide de Miller (**Figura 1**) se establecen cuatro niveles del proceso docencia-aprendizaje definiendo específicamente en cada nivel el grado y competencia a alcanzar/obtener y su evaluación.

- En el nivel más básico, el conocer, se aplica a la evaluación de los conocimientos adquiridos.
- En el segundo nivel, el cómo conocer, se evalúa la capacidad para entender cómo ocurren los fenómenos, buscar información, analizarla e interpretar resultados
- En el tercer nivel, el cómo mostrar, se evalúa la ejecución de lo que se ha aprendido, es decir, implica una acción, pero en una práctica “simulada”, no en condiciones de práctica real;
- En el vértice de la pirámide está el hacer, que se evalúa es la práctica real.

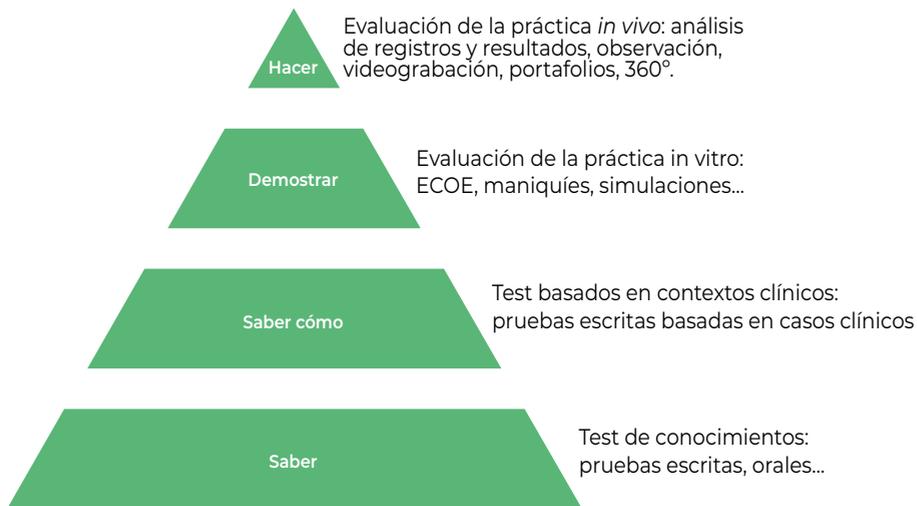


Figura 1. Pirámide de Miller: niveles de aprendizaje y evaluación

En España, las Comisiones Nacionales de Especialidad establecen las competencias que debe alcanzar el futuro especialista y elaboran el Programa Nacional de cada Especialidad.

4.1 INTRODUCCIÓN. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN. ¿QUÉ PERSIGUE?

1.1 CÓMO EXPRESAR EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN

Aunque existen numerosos métodos de traducir la evaluación de un proceso formativo y en este caso también competencial, en el que se involucran diversos sistemas de evaluación (continuada, sumativa, formativa) y en diferentes momentos del itinerario formativo y a su vez en diversos niveles (Miller), podría resultar razonable aplicar una escala objetiva de evaluación, que obvie las calificaciones numéricas de 0 a 5 y/o de 5 a 10 y que pudiera de forma dinámica, objetiva y reproducible certificar/evaluar el resultado obtenido en el proceso formativo (Tabla 1).

Tabla 1. Propuesta de evaluación

EVALUACIÓN de competencias...			
No evaluable (justificación)	Peor de lo esperado (no ha alcanzado los objetivos previstos)	Lo esperado	Mejor de lo esperado
0	1	2	3

1.2 OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

Es importante resaltar que el fundamento del sistema formativo MIR (Figura 2) con la adecuada articulación de sus tres pilares fundamentales: Programa formativo, Servicios acreditados y Tutores, se concreta homogénea e independientemente del lugar de formación, en conseguir, su objetivo fundamental: La transformación de un licenciado o graduado en Medicina en un especialista acreditado y con capacidad de potenciar o completar ulteriormente su formación en alguna área de capacitación específica y genéricamente en proporcionar a la sociedad un profesional fiable, que garantiza la seguridad del paciente y trabaja acorde a los principios éticos de las profesiones sanitarias (Figura 2).

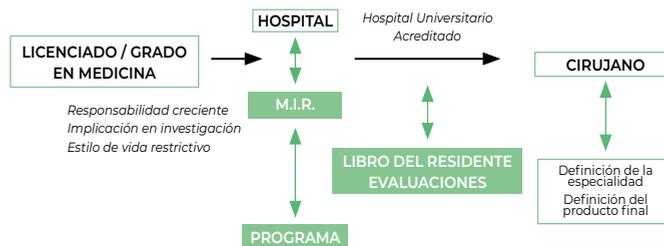


Figura 2. Proceso formativo

De acuerdo con estos conceptos básicos y fundamentales, el método de validar, garantizar y certificar la consecución de un producto final seguro, fiable y homologable se basa en su evaluación en diferentes momentos de su proceso formativo y especialmente en la finalización del mismo y que actualmente se rige por la evaluación por competencias.

4.1 INTRODUCCIÓN. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN. ¿QUÉ PERSIGUE?

1.2.1 Evaluación por competencias

Todas las definiciones de competencia se relacionan con un saber hacer, que lleva al cumplimiento eficiente de una determinada actividad, que se puede demostrar mediante acciones observables. Se trata de una capacidad para resolver problemas, que se aplica de manera flexible y pertinente, adaptándose al contexto y a las demandas que plantean las diversas situaciones.

En una visión holística, toda competencia se entiende como un complejo estructurado de atributos generales (conocimientos, habilidades y actitudes) requeridos para interpretar situaciones específicas y actuar de manera inteligente. De acuerdo con esta noción integradora, las competencias involucran no sólo los conocimientos y técnicas, sino también la ética y los valores.

Se ha definido la **competencia profesional** como la conducta real del individuo en el ejercicio de su profesión, o como la capacidad para aplicar los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden confrontar en la práctica. El concepto de competencia profesional incluye la capacidad de respuesta a problemas imprevistos, la autonomía y la flexibilidad, la colaboración con el entorno profesional, y con la organización del trabajo.

La competencia en Medicina es el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria, para el beneficio de los individuos y las comunidades que sirven. El mismo concepto se puede aplicar a todas las profesiones sanitarias.

1.2.2 Aprendizaje por competencias

La enseñanza por competencias (**Tabla 2**) es una manera de estructurar el aprendizaje que contribuye a proporcionar conocimientos, habilidades, hábitos, valores, actitudes, motivos, porque el individuo alcance un desarrollo del pensamiento y una formación más amplia y profunda, que dé como resultado un desempeño efectivo en el ejercicio de su profesión.

Tabla 2. Enseñanza por competencias

Los 5 principios de la enseñanza por competencias	
1.	Todo aprendizaje es individual
2.	El individuo, igual que cualquier sistema, se orienta a las metas a conseguir.
3.	El proceso de aprendizaje es más fácil cuando el individuo sabe exactamente lo que se espera de él.
4.	El conocimiento preciso de los resultados también facilita el aprendizaje.
5.	Es más probable que un alumno haga lo que se espera de él o lo que el mismo quiere, si tiene la responsabilidad de las tareas de aprendizaje.

4.1 INTRODUCCIÓN. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN. ¿QUÉ PERSIGUE?

Marco legal:

La normativa referente a la evaluación está refrendada en base a 2 resoluciones:

- El RD 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (Artículo 12, Capítulos 4 y 6). Define el proceso de evaluación y explicita el seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales durante el período de residencia mediante las evaluaciones formativa, anual y final.
- La resolución 5385, del 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditados de las evaluaciones de los especialistas en formación.

1.2.3 Evaluación formativa y sumativa

Durante el periodo de residencia se realizan básicamente dos niveles o tipos de evaluación en dependencia/relación con su finalidad: la formativa y la sumativa (**Figura 3**):

- La **evaluación formativa** es consustancial al carácter progresivo del sistema de residencia constituyendo un tipo de evaluación continua, “dinámica” que sirve para determinar la progresión en la consecución de los objetivos del aprendizaje y “ajustar” y/o subsanar posibles desviaciones o deficiencias identificando posibles áreas y competencias susceptibles de mejora permitiendo aportar sugerencias específicas para corregirlas y por tanto no tiene como objetivo calificar para aprobar o reprobar.
- La **evaluación sumativa, o acreditativa** tiene como objetivo determinar de manera objetiva y en muchos casos cuantitativa el grado/nivel en la adquisición de conocimientos o competencias y por lo tanto va asociada a una nota o calificación.

Este proceso de evaluación se realiza de manera sistemática anualmente durante todo el proceso formativo y culmina con una evaluación final, en el seno de un Comité de Evaluación acreditado siendo en ambos casos fundamentales los informes de evaluación del tutor. Las evaluaciones anuales y finales se harán constar en las correspondientes actas del comité de evaluación

4.1 INTRODUCCIÓN. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN. ¿QUÉ PERSIGUE?

Sumativa	Formativa (educación basada en competencias)
<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a experiencias clínicas en rotaciones. • Evaluación ocasional, en momentos puntuales. • Examen. • No garantiza la competencia profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrado en el que aprende. • Competencias claramente definidas, observables y medibles • Evaluación continua. • Observación directa en el trabajo → FEEDBACK • Asegura la competencia. • Cumple las demandas de calidad.

Figura 3. Evaluación formativa y sumativa

1.2.4 Comité de evaluación

El Comité de Evaluación tendrá el carácter de órgano colegiado y su función será realizar la evaluación anual y final de los especialistas en formación y deberá estar constituido al menos por: El jefe de estudios de formación especializada, que presidirá el comité y dirimirá con su voto los empates que pudieran producirse, el presidente de la subcomisión de la Especialidad, por el tutor del residente, por un profesional que preste servicios en el centro o unidad de que se trate, con el título de especialista correspondiente, designado por la comisión de docencia y por uno de los vocales de la comisión de docencia designado por la comunidad autónoma.

1.2.5 Evaluación anual

Tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo, en los siguientes términos:

- Positiva: cuando el residente ha alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate.
- Negativa: cuando el residente no ha alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate, especificando, en este último caso, si es recuperables o no recuperable. El informe anual del tutor es el instrumento básico y fundamental para la valoración del progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias tanto asistenciales como de investigación y docencia.

4.1 INTRODUCCIÓN. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN. ¿QUÉ PERSIGUE?

La evaluación anual se llevara a cabo por el correspondiente comité de evaluación en los 15 días anteriores a aquel en que concluya el correspondiente año formativo, y sus resultados se trasladarán a la comisión de docencia para que proceda a su publicación.

Este informe se fundamenta y debe contener:

- Informes de evaluación formativa, incluyendo los informes de las rotaciones, los resultados de otras valoraciones objetivas que se hayan podido realizar durante el año de que se trate y la participación en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionados con el correspondiente programa.
- Informes de evaluación de rotaciones externas no previstas en el programa formativo siempre que reúnan los requisitos previstos al efecto.
- Informes que se soliciten de los jefes de las distintas unidades asistenciales integradas en la unidad docente de la especialidad en la que se esté formando el residente.

1.2.6 Evaluación final

Tiene como objeto verificar que el nivel de competencias adquirido durante todo el periodo de residencia le permite acceder al título de especialista. La evaluación final se llevará a cabo por el comité de evaluación de la especialidad y se realizará tras la evaluación del último año de residencia. El comité de evaluación, a la vista del expediente completo de todo el periodo de residencia, levantará acta otorgando a cada residente una de las siguientes calificaciones:

- Positiva.
- Positiva destacado.
- Negativa: No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del periodo de residencia. Cuando la evaluación final sea positiva o positiva destacado, el residente podrá solicitar su revisión ante la Comisión Nacional de la especialidad de que se trate, para optar a la calificación de destacado con mención especial de dicha Comisión, mediante la realización de la prueba. Cuando la evaluación final sea negativa, el residente podrá solicitar su revisión ante la Comisión nacional de la especialidad para realizar la prueba ordinaria y, en su caso, extraordinaria.

4.1 INTRODUCCIÓN. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN. ¿QUÉ PERSIGUE?

BIBLIOGRAFÍA

1. Parrilla P, Landa JI, Moreno E, Alarcó A, Martínez E, Rodríguez JA, et al. Proyecto de programa de la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo. *Cir Esp.* 2006;80:133-44.
2. Miguelena JM, Landa JI, Jover JM, Docobo F, Morales- García D, Serra X, Lobo E. Formación en cirugía general y del aparato digestivo: Nuevo programa, mismos retos. *Cir Esp.* 2008;84(2):67-70
3. González Anglada MI. Guía del tutor de residentes. 2018. Manual Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ISBN 978-84-09-01790-4
4. Moreno-Madrid F, Moreno-Castillo MC (2020). Aspectos formativos del MIR. En Responsabilidad de los residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas. Organización Médica Colegial de España.
5. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
6. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 2.ª parte: tipos de formularios, diseño, errores en su uso, principios y planificación de la evaluación. *Educación Médica.* 2017; 18 (1): 2-12
7. Morán-Barrios J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 1a parte: principios y métodos, ventajas y desventajas. *Educación Médica.* 2016(17):130-139
8. Nolla Domenjó M. Aprendizaje y prácticas clínicas. *Educación Médica.* 2019; 20(2):100-104
9. Castellanos-Ortega A. Anàlisis de la aceptación y validez de los métodos utilizados para la implementación de un programa basado en competencias en un Servicio de Medicina Intensiva. *Medicina Intensiva.* 2020; 45(7):411-420.

4.2 INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN

4.2.1 EL LIBRO INFORMÁTICO DEL RESIDENTE DE LA AEC

Jesús Badía, Pere Rebas, Xavier Serra Aracil

PUNTOS CLAVE

- Qué es el libro Informático del Residente de la AEC.
- Objetivos del LIR. Método de evaluación para el residente, tutor y servicio de cirugía.
- Diseño. Registro de la actividad asistencial, docente e investigadora.
- Cómo se explotan los resultados.

1. INTRODUCCIÓN

El programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, publicado en 2007, señala la importancia del seguimiento y evaluación durante la formación de los residentes, registrando las actividades realizadas durante la residencia, tanto académicas, docentes como asistenciales o quirúrgicas, con el objetivo de analizar y evaluar el cumplimiento de los objetivos propuestos, siempre supervisado por el tutor de residentes. Dichas actividades se registran en lo que se denomina Libro del Residente.

El Libro del Residente tiene un contenido común en todos los centros, pero su formato ha ido cambiando a lo largo de los años. En algunos centros donde esta herramienta se ha adaptado a las nuevas generaciones se encuentra en formato digital, por lo que se denomina Libro Informático del Residente (LIR). Esta herramienta informática permite registrar las actividades previamente mencionadas por los residentes, con una mayor facilidad en la introducción de los datos y la posibilidad de analizar y exportar las diferentes secciones dentro de la formación.

En el año 2004, el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Parc Taulí (Sabadell) introdujo el LIR, que posteriormente fue adoptado por la Asociación Española de Cirujanos, quien actualmente posee los derechos de dicha aplicación. La aplicación inicial consistía en una base de datos en formato Microsoft Access® alojado en el mismo hospital, lo que requería una conexión directa a la red del centro para poder acceder a él.

Por este motivo, y con el objetivo de hacer accesible esta aplicación a todos los residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo y de expandir su acceso a cualquier dispositivo y desde cualquier localización, la AEC ha creado una plataforma web donde cada residente puede acceder a su LIR, rellenarlo y exportar en forma de currículum vitae la información.

4.2.1 LIBRO INFORMÁTICO DEL RESIDENTE DE LA AEC

2. OBJETIVOS

El LIR tiene como objetivo principal, el mismo que tenía su predecesor manual: la recogida de toda la actividad que realiza un residente a lo largo de los 5 años de la residencia.

La digitalización de este, además de conferirle una serie de comodidades y ventajas, permite la posibilidad de analizar toda la información de un mismo residente, así como compararla con el resto de los cirujanos en formación, pudiendo así reconocer a aquellos residentes con aspectos de mejora para poder intervenir a tiempo.

Hemos agrupado las utilidades o ventajas que confiere esta herramienta informática en distintos grupos.

2.1 PARA EL TUTOR

- Permite un seguimiento periódico de la actividad de los residentes, lo que facilitará el reconocimiento de áreas en las que poder incidir para poder mejorar la formación.
- Conocer la actividad de otros residentes para poder ajustar las expectativas a la práctica habitual en su respectiva comunidad autónoma o en el global del Estado (la información individual de cada residente será tratada de forma anónima, de modo que la comparación se realizará con los datos agregados de un conjunto de residentes, no individualmente).

2.2 PARA LOS RESIDENTES

- Facilitar la introducción de los datos en cualquier momento y situación, ya que se dispondrá de una herramienta online para su introducción.
- La exportación de un Currículum Vitae de forma rápida y sencilla.
- Conocer de forma rápida y sencilla su actividad quirúrgica, separada por años de residencia, según si es urgente o programada y su papel en la intervención (cirujano/ayudante).

2.3 PARA EL SERVICIO

- Permite de forma rápida y sencilla hacer una auditoría interna para conocer aquellas áreas donde los residentes presentan mayores déficits para poder plantear planes de mejora dentro de la formación en los servicios de Cirugía General del país.

3. DISEÑO

El LIR consta de 3 apartados de formación: **asistencial, docente e investigadora.**

El objetivo principal es facilitar la introducción de los datos necesarios para la elaboración del Libro del Residente para posibilitar su exportación para la elaboración de un currículum y para las evaluaciones de cada centro docente (**Figura 1**).

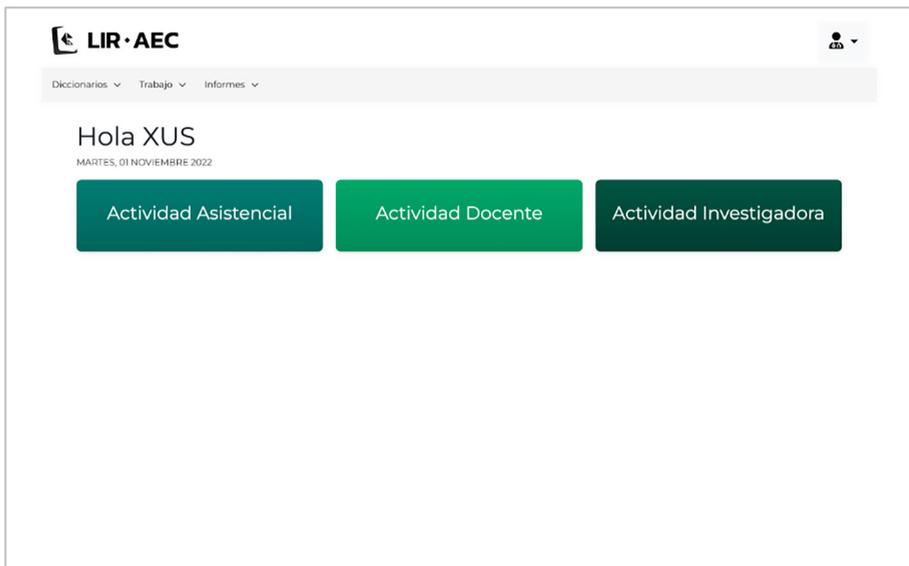


Figura 1. Pantalla principal.

4.2.1 LIBRO INFORMÁTICO DEL RESIDENTE DE LA AEC

3.1 ACTIVIDAD ASISTENCIAL

La actividad asistencial permite introducir los procedimientos quirúrgicos donde interviene el residente (**Figura 2**). Eso recoge, no solo intervenciones enteras, sino también partes de una cirugía (p.e. Laparotomía como cirujano, hemicolectomía como ayudante). Se introducen los siguientes aspectos:

- Número Identificativo (habitualmente el número de historia clínica).
- Fecha de la intervención.
- Intervención (codificada utilizando el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE).
- Papel (cirujano/ayudante).

The screenshot shows the 'Actividad Asistencial' (Assistive Activity) form in the LIR-AEC system. At the top, there are navigation menus for 'Diccionarios', 'Trabajo', and 'Informes'. The main title is 'Actividad Asistencial'. Below it, there is a 'Hospital:' dropdown menu set to 'Corporación Sanitaria Parc Taulí'. The form contains several input fields: a text field with '12345', a date field with '01/11/2022', and a dropdown menu set to 'Programado'. Below these fields are 'Nuevo' and 'Buscar' buttons. At the bottom, there is a table with columns for 'Añadir Procedimiento', 'Editar', 'Procedimiento', 'Persona', 'Papel', and 'Borrar'. The table contains one entry: '17.33 HEMICOLECTOMIA DERECHA LAPAROSCOPICA' for 'BADA, XUS' as 'Cirujano'.

+ Añadir Procedimiento					Actualizar
Editar	Procedimiento	Persona	Papel	Borrar	
	17.33 HEMICOLECTOMIA DERECHA LAPAROSCOPICA	BADA, XUS	Cirujano		

Figura 2. Actividad asistencial

3.2 ACTIVIDAD DOCENTE

En este apartado se incluye la información referente a cursos y congresos a los que se asiste durante la residencia:

- Papel (ponente/participante).
- Título del curso.
- Fecha.
- Lugar de realización.

Dado que esta aplicación está promovida por la AEC, aquellos cursos y congresos realizados por la AEC serán incorporados de forma automática al LIR de cada residente una vez finalizado el mismo.

3.3 ACTIVIDAD INVESTIGADORA

La actividad investigadora contiene toda la información referente a artículos publicados y comunicaciones aceptadas en jornadas o congresos.

Consta de los siguientes campos:

- Tipo de trabajo (publicación o comunicación).
- Título del trabajo.
- Autores (se recomendará la introducción de los autores en formato Vancouver).
- Fecha de publicación/presentación.
- Revista o jornada/congreso (según corresponda) donde se ha publicado o presentado en trabajo.

En definitiva, el Libro Informático del Residente de la AEC (LIR-AEC) supone la primera pieza hacia la digitalización y estandarización del Libro del Residente, que permitirá una mayor y más cómoda cumplimentación, así como una evaluación de la situación real de nuestros residentes y de la propia especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

4.2.1 LIBRO INFORMÁTICO DEL RESIDENTE DE LA AEC

BIBLIOGRAFÍA

1. Orden SCO/1260/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. (Boletín Oficial del Estado, número 110 de 08/05/2007, disposición n. 9409, páginas: 19864-73).
2. Serra Aracil X, Navarro Soto S, Artigau Nieto E, RebasaCladera P, Hernando Tavira R, Moreno Matías J, et al. ¿Cómo evaluamos la actividad de los médicos internos residentes? El libro informático del residente. *Cir Esp.* 2006 Sep;80(3):145-50.
3. Serra Aracil X; Navarro Soto S; Aparicio Rodríguez O; Hermoso Bosch J; Montmany Vioque S; Carmona Navarro D; Corredera Cantarin C; Gómez Díaz C. Cuatro años de experiencia con el libro informático del residente de la AEC. *Cir Esp.* 2009 Sep;86(3):147-5.
4. Serra Aracil X; Navarro Soto S; Hermoso Bosch J; Miguelena JM; Ramos JL; Martín Pérez E, García J; Estrada JL; Rodríguez-Sanjuan JC; Morales D; Roig JV; Docobo F; Landa-García JI. Estudio prospectivo multicentrico sobre la actividad de los residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo en España a Traves del lbro informatico del residente. *Cir Esp.* 2012 Oct;90(8):518-23.
5. Gómez Díaz CJ, Luna Aufroy A, RebasaCladera P, Serra Pla S, Jurado Ruiz C, Mora López L, et al. Libro informático del residente de cirugía: Un paso adelante. *Cir Esp.* 2015 Dec;93(10):651-7.
6. Patrias, K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>; 2021[consultada el 11 de septiembre de 2021].
7. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. <https://www.boe.es/boe/dias/2021/09/11/pdfs/BOE-A-2021-14809.pdf>; 2021 [consultada el 11 de septiembre de 2021].

4.2.2 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS COMO MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Alejandra García-Botella, Neus García Monforte

PUNTOS CLAVE

- Se deben realizar como mínimo 4 entrevistas estructuradas por año de residencia.
- Proceso de reflexión para la autoevaluación del residente.
- Permite al tutor el seguimiento del proceso de aprendizaje del residente.
- Es un instrumento de evaluación formativa con el uso del feedback.
- Los objetivos de la entrevista estructurada son:
 1. Monitorizar la progresión en la formación del residente.
 2. Revisar el cumplimiento de los objetivos formativos en cada rotación.
 3. Revisar la adquisición de cada una de las competencias profesionales.
 4. Reforzar los logros de aprendizaje.
 5. Detectar problemas.
 6. Corregir déficits.
 7. Orientar y motivar.
 8. Programar y pactar futuros objetivos.

1. INTRODUCCIÓN

La entrevista periódica entre tutor y residente viene recogida en el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero. En este documento se determinan y se clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud, y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Se encuentra en el artículo 17, que hace referencia a la evaluación formativa.

Por tanto, la entrevista estructurada constituye una de las herramientas con las que cuentan los tutores, para ver cómo es la evolución del residente.

La entrevista es por definición una reunión entre 2 personas, de tal manera que el entrevistador obtiene información a través de preguntas. Estas entrevistas tutor- residentes, han de tener una finalidad previamente establecida.

Una buena entrevista debe estar planificada con antelación, no debe ser una simple conversación. Es muy importante que se traten todos los puntos relevantes del periodo correspondiente.

4.2.2 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN

Han de realizarse un mínimo de 4 entrevistas por año de residencia. Se programarán las 4 al inicio de cada periodo. Se establecerá un guión, con las preguntas relevantes, atendiendo al aspecto docente, investigador y emocional, de tal manera que no se deje de tratar ningún aspecto importante.

Una buena entrevista va a permitir al residente, la propia autoevaluación y al tutor hacer un seguimiento del proceso de aprendizaje.

Es muy importante implicar al residente en su propia formación, la entrevista ha de permitirle darse cuenta de si está cumpliendo con los objetivos establecidos previamente, de cuáles son sus puntos fuertes y cuáles los de mejora. Además, se deberán establecer pactos para hacer mayor hincapié en aquellos aspectos detectados como mejorables. En la siguiente entrevista, se revisarán si esos pactos se han cumplido. También es importante que el residente pueda expresar sus preocupaciones e inquietudes y que pueda reflexionar sobre sí mismo de manera adulta, permitiéndose a sí mismo equivocarse y corregir los posibles errores o puntos flojos.

El feedback es un instrumento formativo, presenta información y no juicio, a diferencia de la evaluación, que es sumativa. El hecho de que el alumno entienda el carácter formativo del feedback, es clave para su éxito. Si percibe el feedback como una forma de evaluación sumativa, generará reacciones defensivas en vez de comunicativas. Y la primera premisa para que el tutor pueda desarrollar su trabajo y acompañar de forma efectiva al alumno es que exista una relación de confianza entre ambos. Es interesante reseñar aquí, que el lenguaje empleado en la entrevista debe ser formativo y no evaluativo porque, de no ser así, dará una idea equivocada al residente de su formación.

Lugar de realización

La entrevista tutor-residente se realizará en un ambiente de privacidad, donde ambos se sientan cómodos y dónde pueda haber una comunicación fluida y de confianza.

2. OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA

2.1 Monitorizar la progresión en la formación del residente

Una de las finalidades de la entrevista es poder monitorizar la progresión del residente. Antes de cada entrevista se ha de disponer del plan previo acordado y de los objetivos de cada una de las rotaciones. Es importante que el tutor disponga de información sobre cómo ha transcurrido la rotación del residente, intentando obtener información por parte de los facultativos por donde ha realizado las diferentes rotaciones. Información relativa a conocimientos, actividades científicas realizadas, actitudes y relaciones personales con los diferentes profesionales.

UNA BUENA ENTREVISTA DEBE ESTAR PLANIFICADA CON ANTELACIÓN. VA A PERMITIR AL RESIDENTE, LA PROPIA AUTOEVALUACIÓN Y AL TUTOR HACER SEGUIMIENTO DEL APRENDIZAJE

4.2.2 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN

2.2 Revisar cumplimiento objetivos formativos en cada rotación

Se dispondrá de la información sobre los objetivos de cada rotación y cómo se han llevado a cabo. Es un error muy común que los residentes de cirugía basen todo su aprendizaje en el número de cirugías realizadas y presten menos atención a todos los demás aspectos de su formación recogidos en sus objetivos. Será por tanto buen momento, al repasar los objetivos de la rotación, el enfatizar la importancia de todos los aspectos recogidos en los objetivos y no sólo las habilidades manuales.

2.3 Revisar la adquisición de cada una de las competencias profesionales

Las competencias que ha de adquirir en cada rotación son todas las que a continuación se enumeran:

2.3.1 Conocimientos y habilidades

- Conocimientos adquiridos.
- Razonamiento/valoración del problema.
- Capacidad para tomar decisiones.
- Habilidades adquiridas.
- Uso racional de recursos.
- Seguridad del paciente.

2.3.2 Actitudes

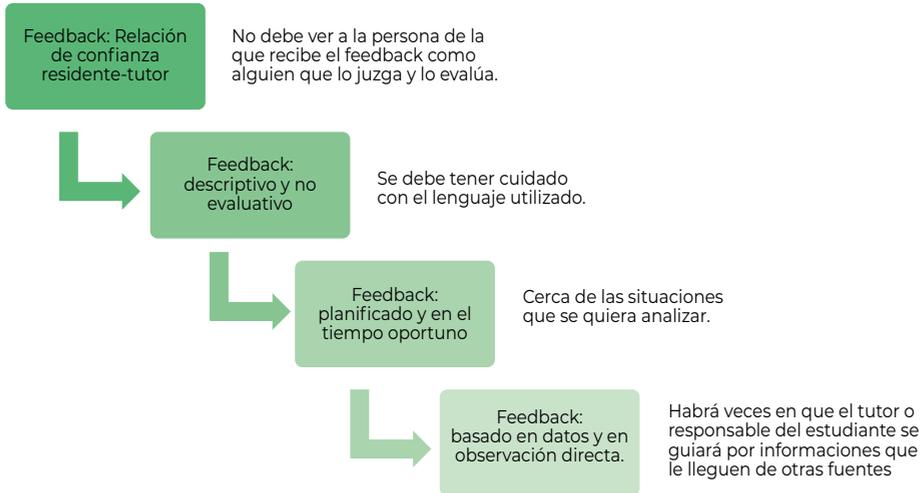
- Motivación.
- Puntualidad/Asistencia.
- Comunicación con el paciente y familia.
- Trabajo en equipo.
- Valores éticos y profesionales.

Es importante revisar con el residente, cada una de ellas.

4.2.2 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN

2.4 Reforzar logros aprendizaje

El tutor proporcionará “feedback” al residente utilizando la información propia y la recibida de los otros especialistas. Este feedback tiene unas características definidas:



Atendiendo a todos estos aspectos que definen los diferentes tipos de feedback, se reforzarán los logros conseguidos. Siempre haciendo hincapié en el aprendizaje formativo.

2.5 Detectar problemas

Previo a la reunión y cómo parte de la planificación de esta, el tutor se habrá informado de cómo le va al residente en la rotación y estará informado de los posibles problemas que hayan podido surgir. La información se recabará hablando con los encargados de la rotación del residente. Importante tener en cuenta que pueden presentarse problemas relacionados con la falta de adquisición de conocimientos o habilidades propias de esa rotación y que habrá que solventar, pero que también pueden presentarse problemas de índole relacional, tanto con compañeros, como con profesionales de otros servicios, pacientes y/o familiares, que deberán tratarse con mucho tacto.

Puede suceder que en el transcurso de la entrevista el residente manifieste problemas que el tutor desconozca, si se ha creado un clima de auténtica confianza. A pesar de que estos puedan salirse del guión preparado por el tutor, este debe tener la suficiente flexibilidad para priorizar todo problema o preocupación del residente, ya que estos afectarán a su formación.

EL FEEDBACK ES UN INSTRUMENTO FORMATIVO Y NO SUMATIVO. POR TANTO EL LENGUAJE EMPLEADO EN LA ENTREVISTA DEBE SER FORMATIVO Y NO EVALUATIVO SINO, DARÁ UNA IDEA EQUIVOCADA AL RESIDENTE DE SU FORMACIÓN.

4.2.2 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN

2.6 Corregir déficits

El orden establecido en la entrevista estructurada adquiere especial importancia en este punto. En el punto 2.4 se habla del refuerzo de los logros del aprendizaje a través de un feedback adecuado, punto en el que se reforzarán mucho las fortalezas y potencias del residente. Tras esto, es adecuado abordar los puntos débiles o déficits del residente, puesto que estará más receptivo y con mayor predisposición a la crítica constructiva y al cambio para la mejoría tras haber puesto en valor lo ya conseguido.

La sistemática a seguir tiene mucha relación con el feedback. Se describe la situación y nos centramos en casos concretos, intentando no generalizar y no juzgar, ya que tenemos que trabajar con comportamientos que se pueden modificar, no con rasgos de personalidad o carácter, que difícilmente podremos cambiar. Lo ideal será dirigir al residente con preguntas para que el mismo sea capaz de analizar sus déficits y así acompañarlo en su búsqueda de soluciones, ya que él es el instrumento principal de su aprendizaje.

2.7 Orientar y motivar

En este punto es muy importante conocer al residente que tutorizamos. Es evidente que no todos los residentes son iguales, no tienen las mismas aspiraciones, no poseen las mismas habilidades técnicas y no técnicas, ni se encuentran en el mismo momento personal y madurativo.

Forma parte de las tareas del tutor orientar a los residentes para que brillen en aquellas áreas en las que son más potentes y alcancen unos objetivos mínimos en las que tienen más dificultades.

La motivación más potente, tal y como revisamos en el capítulo anterior, es la que proviene de nuestro interior y está alineada con nuestros ideales de vida. Como tutores deberemos ayudar al residente a conocer lo que verdaderamente le motiva y ayudarle a mantener cotas altas de motivación.

2.8 Programar y pactar futuros objetivos

Entre los primeros puntos que se revisan en la entrevista estructurada está la revisión de los objetivos que se planificaron en la última entrevista. Para finalizar la entrevista estructurada se volverán a incluir los objetivos no plenamente conseguidos y se pactarán otros nuevos.

A la hora de programar objetivos puede ser de utilidad el uso de la técnica SMART, acrónimo inglés que nos sirve para recordar cómo debe ser un objetivo para que podamos tener éxito en su consecución. Los residentes podrán usarlo para planificar los objetivos de la rotación o para cualquier objetivo que se planteen en la vida.

4.2.2 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN

Un objetivo debe ser:

- S**pecific (específico)
- M**ensurable (medible)
- A**chievable (alcanzable)
- R**elevant (relevante)
- T**imely based (temporal o con límite de tiempo)

Un ejemplo de un objetivo mal enunciado para una rotación sería: presentaré alguna comunicación en algún congreso. Estaría mucho mejor planificado si la propuesta del residente fuera: "Presentaré una comunicación oral sobre la morbilidad de los pacientes operados de neoplasia gástrica vía robótica en nuestro hospital durante los últimos 3 años en el Congreso Nacional de Cirugía, con fecha límite para presentar el abstract dentro de 2 meses." Es específico, sabe qué comunicación quiere presentar (probablemente ha estado trabajando en esa base de datos durante la última rotación); es medible, en este caso una comunicación; es alcanzable (si hubiera planteado presentar 10 comunicaciones a un congreso internacional quizás no lo hubiera sido); es relevante, tiene importancia para su formación científica y su currículum; y finalmente tiene un límite de tiempo, en dos meses como máximo tendrá que estar enviado. En la próxima entrevista podremos valorar fácilmente si se ha logrado o no el objetivo.

Todos los objetivos que se planteen deberían tener una estructura similar para ser concretos y que se puedan materializar.

CONCLUSIONES

- La entrevista estructurada es un instrumento de evaluación formativa.
- Es obligatorio realizar como mínimo 4 entrevistas estructuradas por año de residencia.
- La entrevista estructurada debe estar bien planificada con un esquema que nos permita monitorizar la progresión, revisar los objetivos y competencias adquiridas, reforzar los logros, detectar problemas y corregir déficits, así como orientar, motivar y pactar futuros objetivos.
- La confianza tutor-residente es clave para el buen desarrollo de la entrevista estructurada.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Anglada I. *Guía del tutor de residentes. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón.*
2. *Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE. 2008;45: 10020—35.*
3. García del Barrio L, Pina Insausti LJ, Pueyo Villoslada JC. *La relación entre el tutor y el residente: la entrevista estructurada y algo más [The relations between the tutor and the resident: the importance of interpersonal dynamics in the structured interview]. Radiología. 2011 Mar-Apr;53(2):102-7. Spanish.*

4.2.3 OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

José Antonio Rueda Orgaz

PUNTOS CLAVE

- Describir y analizar otros instrumentos complementarios de evaluación.
- Valorar sus ventajas, inconvenientes y aplicabilidad.
- Conocer las competencias profesionales que evalúan.

1. INTRODUCCIÓN

La evaluación de los residentes supone un compromiso institucional y una obligación con el fin de garantizar la calidad y la competencia del profesional, entendida ésta como el compendio de conocimientos, habilidades y actitudes.

La competencia profesional viene definida, por tanto, no sólo por los conocimientos, sino también por la capacidad de tomar decisiones, la resolución de problemas, aplicación de razonamiento clínico, habilidades técnicas y comunicativas y buen juicio.

Es necesario definir previamente las competencias que queremos evaluar, entendiendo cómo competencias profesionales la capacidad para utilizar los conocimientos y las habilidades además de actitudes para enfrentarse a las situaciones y problemas durante el ejercicio de la profesión

Dentro de la evaluación del residente, ya se han desarrollado en anteriores capítulos los instrumentos que podríamos considerar obligatorios y recogidos en el RD 183/2008, como son las entrevistas estructuradas, el libro del residente o las hojas de evaluación del Ministerio.

Pero además de éstos, disponemos de diferentes instrumentos de evaluación, que permiten corroborar la adquisición de las diferentes competencias profesionales, que esperamos en nuestros residentes y que son complementarios entre sí.

Estas herramientas de evaluación suponen una implicación extra del residente y tutor, muchas veces con coste elevado en tiempo de dedicación, lo que hace que su aplicación sea variable.

Como ya hemos descrito previamente en otro capítulo, en el campo de la formación médica y la evaluación de las competencias profesionales, el esquema más difundido es el conocido como "la pirámide de Miller" (**Figura 1**), vigente desde 1990, y que comprende cuatro niveles de competencia profesional, representado en forma de pirámide.

Según el nivel, así se pueden aplicar las diferentes herramientas de evaluación.

4.2.3 OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

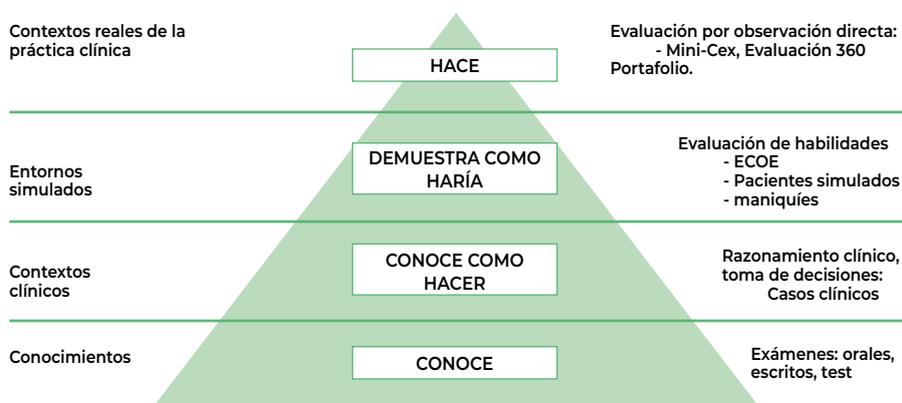


Figura 1. Pirámide de Miller

El primer nivel: La base de la pirámide, recoge el saber, “conoce” (knows-knowledge). La evaluación en este nivel se basa en pruebas escritas u orales, o test de respuesta múltiple sobre conocimientos.

En segundo nivel: “Saber cómo” o “conoce como hacer” (knows how-competence). También se puede evaluar con pruebas escritas basadas en contextos clínicos o casos concretos, y se pueden valorar el razonamiento clínico o la toma de decisiones.

El tercer nivel: “Demostrar cómo”, “demuestra como haría” (shows how-performance). Ya incluye la evaluación de las habilidades pero en entornos de simulación, con maniqués, o pacientes simulados. Aquí se encuadrarían las evaluaciones objetivas clínicas estructuradas (EEOE).

El cuarto nivel: O vertice de la pirámide, el “hacer”, “como hace” (does-action). Competencias demostradas en contextos reales de la práctica clínica. Incluye por tanto instrumentos que permitan evaluar, el desempeño, en entorno real a través de la observación directa o videograbada, y son la base del portafolio, la evaluación de registros clínicos, la evaluación 360° y el Mini-CEX.

En los últimos años, se han desarrollado de forma importante los instrumentos asociados al tercer peldaño de la pirámide de Miller, como es el ECOE (Evaluación Clínica Objetiva Estructurada) y más recientemente ha habido mucho interés por la implementación de sistemas de evaluación, ya situados en el vértice o cuarto escalón de la pirámide, evaluando la práctica profesional real.

Describiremos los instrumentos más representativos, **Mini-CEX**, portafolio, el **EEOE** (Evaluación Clínica Objetiva Estructurada) y la **Evaluación/Feedback 360°**.

2. EVALUACIÓN 360°

Consisten en la evaluación por varios observadores, relacionados directamente con el residente, entre los que se incluyen, pacientes o sus familiares, enfermeras, otros compañeros residentes, jefes y adjuntos.

Con esta herramienta pretendemos evaluar las siguientes competencias:

- Valores profesionales.
- Habilidades comunicativas.
- Actitudes, comportamiento y ética.

La ventaja es que al recibir el feedback de varios observadores, se minimiza la subjetividad

La dificultad que presenta para su realización y posterior análisis, son los numerosos ítems recogidos de múltiples observadores.

3. MINI-CEX

También conocido con el nombre de Observación Estructurada de la Práctica Clínica (OEPC). Consiste en evaluar competencias clínicas en entorno real, sobre casos clínicos y distintos observadores, con diferentes complejidades y entornos.

Su práctica se inicio en los años 90 en Estados Unidos, con posterior difusión entre los países anglosajones, iniciándose la formación de tutores en esa metodología en Cataluña en 2006. El Mini-CEX nos sirve para evaluar las siguientes competencias:

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

4.2.3 OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

3.1 CARACTERÍSTICAS

El Mini-CEX se basa en la observación directa de la práctica profesional. Se utiliza un formulario estructurado de evaluación de la actividad clínica. En esta ficha se recoge toda la información.

La duración aproximada se recomienda no más de 30 minutos, incluida la observación como tal y el feedback.

Adecuado para evaluar las habilidades clínicas, al basarse en casos reales, dando un feedback inmediato al residente. Los casos son de diferente complejidad y distintos entornos.

Estructura de la ficha del Mini-CEX

- Identificación del Evaluador, Fecha y Residente (año de Residencia).
- Entorno clínico: (Ámbito donde se va a desarrollar la actividad): Planta, Urgencias, consulta...
- Paciente (Características): Edad, género, si es paciente ya conocido o nuevo.
- Asunto Principal de la consulta (si se trata de anamnesis, diagnósticos, tratamiento...).
- Complejidad del caso: bajo, medio o alto.
- Categoría del observador: (tutor, adjunto)...
- Tabla de puntuación de las diferentes competencias clínicas: 1-2-3 No satisfactorio, 4-5-6 satisfactorio, 7-8-9 superior.
- Feedback. que recoja, el grado de satisfacción del evaluado (del 1 al 10) La satisfacción del observador, (del 1 al 10), Aspectos positivos, aspectos a mejorar, y comentarios finales.

Por sus características de desarrollarse en diferentes ámbitos y complejidades, le hace un instrumento muy útil y de gran validez para utilizarse tanto en la evaluación formativa como la sumativa.

4.2.3 OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

4. PORTAFOLIO

Consiste en la recopilación de documentos y de toda la información que reflejen que el proceso de aprendizaje se está realizando acorde a los objetivos previstos. Es un instrumento muy útil, sencillo y sin costes añadidos, por lo que es uno de los más frecuentemente utilizados.

Debe contener por tanto las pruebas y evidencias que confirmen la progresión del residente en el aprendizaje. Pueden recogerse diferentes documentos: registros clínicos, evaluaciones externas, informes de rotaciones, publicaciones o también tareas planificadas relacionados con la práctica clínica: análisis de incidentes críticos, videograbaciones, informes de auto reflexión y resúmenes de casos clínicos.

El portafolio supone un compromiso del tutor en la planificación del aprendizaje, identifica problemas, promueve la auto reflexión al residente y la planificación de su propia formación por tanto mejora la interrelación entre tutor y residente

Otros elementos que se incorporan al portafolio: análisis de incidentes críticos con casos clínicos, sesiones diarias de reflexión sobre aspectos de la práctica clínica, registros de actividades clínicas (interconsultas, informes de alta), cursos, reconocimientos, cartas de agradecimiento En resumen cualquiera documento que pueda demostrar la progresión en el aprendizaje del residente

Con el portafolio evaluamos los siguientes dominios competenciales:

- Habilidades clínicas.
- Análisis crítico e investigación.
- Autoaprendizaje.

5. ECOE (EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA Y ESTRUCTURADA)

Su formato consiste en una prueba de evaluación formativa que se desarrolla en diferentes estaciones que simulan situaciones clínicas con diferentes instrumentos que permiten aproximarse a una evaluación en un contexto real

Este sistema de evaluación se encuadra dentro del tercer escalón de la pirámide de Miller. Combina la evaluación de conocimientos y habilidades técnicas y comunicativas en entornos semejantes a los reales.

Consiste básicamente en crear situaciones clínicas simuladas en tiempo y espacio definiendo las áreas competenciales que se van a evaluar en la prueba.

4.2.3 OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Ejemplo de esquema de la ECOE

Estación: 1, Determinar el contexto, edad, género del paciente y lugar donde se presta la atención.

Área de conocimiento: Establecer que área vamos a evaluar (Por ejemplo: "Soporte vital", "infección", "Politraumatizado" ...)

Caso: Definir situaciones clínicas, en función de su prevalencia o gravedad.

Instrumento evaluativo: Se deben fijar los instrumentos que se utilizaran en la prueba, por ejemplo Maniquí, paciente simulado (actor), pruebas complementarias, Examen oral, preguntas de respuesta corta.

Áreas competenciales a evaluar: Anamnesis, exploración, juicio clínico, conocimientos, comunicación, habilidades técnicas, manejo diagnóstico terapéutico.

El ejercicio es puntuado en cada uno de sus componentes.

Con el ECOE evaluamos los siguientes dominios competenciales:

- Valores profesionales.
- Habilidades Clínicas.
- Comunicación.
- Actitudes, comportamiento y ética.

Su implementación es variable, debido a que es uno de los instrumentos más complejos y costoso de preparar.

6. CONCLUSIONES

- Disponemos de diferentes instrumentos de evaluación, que permiten corroborar la adquisición de las diferentes competencias profesionales.
- En el campo de la formación médica y la evaluación de las competencias profesionales, el esquema más difundido es el conocido como "la pirámide de Miller".
- los instrumentos más representativos son el Mini-CEX, portafolio, el ECOE (Evaluación Clínica Objetiva Estructurada) y la Evaluación / Feedback 360°.
- El Mini-CEX es adecuado para evaluar las habilidades clínicas, al basarse en casos reales, dando un feedback inmediato al residente. Los casos son de diferente complejidad y distintos entornos.
- El portafolio se basa en la recopilación de documentos y de toda la información que reflejen que el proceso de aprendizaje se está realizando acorde a los objetivos previstos.
- La Evaluación / Feedback 360°, consisten en la evaluación por varios observadores lo que minimiza la subjetividad.
- ECOE (Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada): Prueba de evaluación formativa que se desarrolla diferentes estaciones que simulan situaciones clínicas. Combina la evaluación de conocimientos y habilidades técnicas y comunicativas en entornos semejantes a los reales.

4.2.3 OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA

1. Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación. BOE-A-2018-5385. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/res/2018/03/21/\(6\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2018/03/21/(6)).
2. Fornells-Vallés, J.M.. (2009). El ABC del Mini-CEX. *Educación Médica*, 12(2), 83-89.
3. Nolla-Domenjó, M.. (2009). La evaluación en educación médica: Principios básicos. *Educación Médica*, 12(4), 223-229.
4. Vicent García MD, El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte I): Regulación y reconocimiento de su labor, *Educación Médica*.
5. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>.

4.3 DOCUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN

Anna Trinidad, Mireia Pascua, Inés Rubio

PUNTOS CLAVE

- Documentos oficiales que debe utilizar el tutor para plasmar la información recogida de la evaluación.
- Forma de evaluación y calificaciones.
- Plazos para su realización.

1. INTRODUCCIÓN

En el capítulo anterior hemos revisado los diversos instrumentos de los que disponemos para evaluar al residente y cómo utilizarlos de forma correcta. El objetivo de este capítulo es conocer los documentos oficiales que debe utilizar el tutor para plasmar la información recogida de la evaluación.

El seguimiento y calificación del proceso de adquisición de las diferentes competencias formativas se llevará a cabo mediante las evaluaciones formativa o continuada, anual y final.

- **Evaluación formativa o continuada:** tiene como objetivo el seguimiento del proceso de aprendizaje.
- **Evaluación anual:** se propone calificar los conocimientos, habilidades y aptitudes al finalizar cada uno de los años de la residencia.
- **Evaluación final:** corresponde a la puntuación final de residencia de las competencias adquiridas al finalizar la residencia.

La evaluación formativa se lleva a cabo por el tutor y las evaluaciones anuales y final por el Comité de evaluación de la especialidad que debe constituirse en cada Comisión de Docencia.

En el apartado de Anexos se detallan los documentos ofrecidos por el Ministerio y las instrucciones de cómo cumplimentarlos.

4.3 DOCUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN

Anexo 1. Hoja de evaluación de la rotación.

Anexo 2. Informe de evaluación anual del tutor.

Anexo 3. Informe de evaluación global anual por el comité de evaluación.

Anexo 4. Evaluación final del periodo de residencia - comité evaluador.

Los documentos anteriores recogidos en los anexos se han extraído de la página web del **Ministerio de Sanidad - Profesionales - Información al profesional - Formación

Las Comisiones de Docencia deberán anotar las siguientes calificaciones anuales de cada residente.

NEGATIVA

- ⦿ Muy insuficiente si la cuantitativa está entre 0 y es menor a 3.
- ⦿ Insuficiente si la cuantitativa está entre 3 y es menor a 5.

POSITIVA

- ⦿ Suficiente si la cuantitativa está entre 5 y es inferior a 6.
- ⦿ Bueno si la cuantitativa está entre 6 y es inferior a 8.
- ⦿ Muy bueno si la cuantitativa está entre 8 y es inferior a 9,5.
- ⦿ Excelente si la cuantitativa es igual o superior a 9,5.

Las calificaciones finales serán:

- ⦿ **POSITIVA** (cuando está entre 5 y 7,5)
- ⦿ **POSITIVA DESTACADO** (cuando es mayor de 7,5).
- ⦿ **NEGATIVA** cuando el residente no ha alcanzado el nivel mínimo exigible (un valor inferior a 5).

2. PLAZOS PARA SU REALIZACIÓN

Según el artículo 20.1) del Real Decreto 183/2008, la evaluación anual se llevará a cabo por el correspondiente comité de evaluación en los 15 días anteriores a aquel en que concluya el correspondiente año formativo (“fecha de evaluación”).

Así mismo, según el artículo 25.1) del citado Real Decreto, la evaluación final se llevará a cabo por el comité de evaluación de la especialidad, en el plazo de diez días desde la fecha en que la comisión de docencia convoque a dichos comités.

El plazo para anotar las calificaciones y confirmar el acta de las evaluaciones anuales y finales de cada residente en la aplicación informática SIREF* será a más tardar 30 días después de la fecha de evaluación.

*La aplicación informática SIREF es la plataforma virtual que permite el Registro Nacional de Especialistas en Formación. Las actas de las evaluaciones deben ser cumplimentadas por la Comisiones de Docencia y firmadas por el presidente.

3. PROPUESTAS/EJEMPLOS DE OTROS INSTRUMENTOS: SESIONES DE ACTIVIDAD

Se recomienda hacer sesión de la actividad de residentes, para poder presentar la actividad asistencial de éstos. De este modo, objetivamente se puede comparar con el histórico del hospital y ver qué déficit existe para mejorar así la formación del residente.

En ella se presenta la actividad de cada residente para poder ver las necesidades de cada uno de ellos y, poder mejorar la docencia de cada unidad del servicio. Se puede dividir en:

- **Quirúrgica:** número de procedimientos.
- **Científica:** artículos publicados y comunicaciones aceptadas en jornadas o congresos.
- **Docente:** cursos y congresos a los que se asiste durante la residencia.

En la sesión, se analizan uno por uno los residentes y los anteriores puntos durante los últimos 6 meses en las rotaciones hechas en ese período.

Esta parte se ejemplifica en el curso online, con un video real de una sesión de residentes del Hospital Universitari Parc Taulí.

4. CONCLUSIONES

- Existen unos documentos oficiales en donde recoger las evaluaciones correspondientes de los residentes y que, posteriormente, se deben enviar al Ministerio de Sanidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Información al profesional - Formación, Pàgina web: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/registroEspecialistas/uniDocentes/home.htm>

4.3 DOCUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN



MINISTERIO DE
SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE
FORMACIÓN Y ORDENACIÓN
PROFESIONAL

INFORME DE EVALUACIÓN DE ROTACIÓN

(Instrucciones)

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:			
CENTRO DOCENTE:					
TITULACIÓN:	Seleccionar	ESPECIALIDAD:	Seleccionar	AÑO RESIDENCIA:	Seleccionar
TUTOR:					

ROTACIÓN

UNIDAD:	CENTRO:
COLABORADOR DOCENTE:	DURACIÓN:
Fecha inicio rotación:	Fecha fin Rotación:
OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN	GRADO DE CUMPLIMIENTO
	Seleccionar

A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACIÓN	NA
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS		<input type="checkbox"/>
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA		<input type="checkbox"/>
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES		<input type="checkbox"/>
HABILIDADES ADQUIRIDAS		<input type="checkbox"/>
USO RACIONAL DE RECURSOS		<input type="checkbox"/>
SEGURIDAD DEL PACIENTE		<input type="checkbox"/>
MEDIA (A)	0,00	

B.- ACTITUDES	CALIFICACIÓN	NA
MOTIVACIÓN		<input type="checkbox"/>
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA		<input type="checkbox"/>
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA		<input type="checkbox"/>
TRABAJO EN EQUIPO		<input type="checkbox"/>
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES		<input type="checkbox"/>
MEDIA (B)	0,00	

CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN (70%A + 30% B)	0,00
--	-------------

Observaciones/Áreas de mejora:

En _____, fecha:

EL COLABORADOR DOCENTE DE LA ROTACIÓN

Vº Bº. EL RESPONSABLE
DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN

Fdo: _____

Fdo: _____

4.3 DOCUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN



DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
PROFESIONAL

INSTRUCCIONES DEL INFORME DE EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN^{1,2}

En la evaluación de estas competencias se tendrá en cuenta los resultados de las pruebas objetivas aplicadas, que se adjuntarán a este informe (exámenes escritos, audit, observación estructurada, 360º, portafolio)³.

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

CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS Demuestra que ha integrado los conceptos teóricos necesarios para el cumplimiento de los objetivos en virtud de un estudio y comprensión previo. Ejemplo, para las especialidades médicas: conocimientos de la anatomía, fisiología, historia natural de una enfermedad /proceso o de los principios y los mecanismos de acción de un tratamiento
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA Integra la información disponible para alcanzar una valoración del problema de salud o de la situación asistencial. Ejemplo, para las especialidades médicas: Información de la situación clínica, obtenida a través de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias, para un correcto diagnóstico diferencial o para la resolución de un problema o situación clínica.
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES Selecciona un plan de actuación, plan de cuidados o tratamiento adecuado, en base a su conocimiento y comprensión del problema, el análisis del contexto en el que se produce y la valoración de las diferentes alternativas disponibles y sus consecuencias. Maneja con prudencia la incertidumbre inherente a la práctica clínica, conoce sus limitaciones y pide ayuda cuando la situación lo requiere.
HABILIDADES ADQUIRIDAS Demuestra destreza en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para su año de formación.
USO RACIONAL DE RECURSOS Realiza un uso adecuado de los medicamentos y productos sanitarios, así como de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.
SEGURIDAD DEL PACIENTE Contribuye a garantizar la seguridad del paciente y aplica las guías de práctica clínica.
MOTIVACIÓN Demuestra interés por su trabajo y por alcanzar los objetivos formativos. Se implica en la actividad del servicio/unidad. Es proactivo en la búsqueda de información y estudio de un problema y reflexiona sobre su práctica profesional modificando su comportamiento en consecuencia (autoaprendizaje).
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA Es puntual y cumple con la jornada laboral. No hay faltas de asistencia sin justificar.
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA Demuestra habilidades de relación interpersonal y de comunicación necesarias para un eficaz intercambio de información, oral o escrita, para la toma de decisiones compartidas con los pacientes, sus familiares o representantes legales, relativa a cualquier aspecto del proceso asistencial.
TRABAJO EN EQUIPO Se integra en las actividades del Servicio/Unidad y participa con el resto de profesionales en la resolución de problemas y toma de decisiones.
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES Tiene como principal objetivo el cuidado y bienestar del paciente. Respeto los valores y derechos de los pacientes, así como su autonomía en la toma de decisiones. Respeto la confidencialidad y el secreto profesional. Identifica los problemas/conflictos éticos y propone soluciones razonadas. Pide ayuda en situaciones complejas o relevantes. Cumple el Reglamento de la Institución Sanitaria.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

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

¹ Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias, en el Informe de Evaluación Anual del Tutor.

² La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

³ Los resultados de las pruebas objetivas de evaluación se incluirán en el expediente del residente y serán custodiadas por la Comisión de Docencia del Centro.

4.3 DOCUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN



MINISTERIO
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE FORMACIÓN Y ORDENACIÓN
PROFESIONAL

INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR

([Lea las instrucciones](#))

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:			
CENTRO DOCENTE:					
TITULACIÓN:	Seleccionar	ESPECIALIDAD:	Seleccionar	AÑO RESIDENCIA:	Seleccionar
TUTOR:					

VACACIONES REGLAMENTARIAS:
PERIODOS DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO:

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

CONTENIDO	UNIDAD	CENTRO	DURACIÓN ⁽¹⁾	CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN	PONDERACIÓN
CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ROTACIONES					0,00

B. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:

TIPO	NIVEL	DENOMINACIÓN/REFERENCIA	DURACIÓN ⁽²⁾	CALIFICACIÓN (0,01 a 0,3)
CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS				0,00

C. CALIFICACIÓN ANUAL DEL TUTOR

COMENTARIOS:	
CALIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL TUTOR ⁽³⁾	0,00
CALIFICACIÓN GLOBAL ANUAL DEL RESIDENTE [(A X 65) + (C X 25)]/90 + B(máx. 1 punto)	0,00

Fecha y firma del TUTOR

--



MINISTERIO
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
PROFESIONAL

INSTRUCCIONES DEL INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR

La Calificación Global Anual del Residente incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo anual (entrevistas trimestrales y libro del residente) y, excepcionalmente, de informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.

A. ROTACIONES^{1, 2}:
La calificación obtenida en cada rotación se ponderará de acuerdo a su duración mediante la siguiente fórmula: $\frac{\text{DURACIÓN (en meses)} \times \text{CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN}}{\text{MESES}}$

B. SUMATORIO ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS con los siguientes criterios de puntuación			
Nivel	Publicaciones	Comunicación Oral	Poster
Internacional	0,3	0,2	0,1
Nacional	0,2	0,1	0,05
Autonómica	0,1	0,05	0,02
Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)	Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)	Ponente en Sesiones	Participación en proyectos de investigación
0,02- 0,1 (valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)	*En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias: hasta 0,02	0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto)

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

Cuando la suma de los periodos de suspensión de contrato sea mayor del 25% de la jornada anual, el tutor deberá proponer al Comité de Evaluación una **EVALUACIÓN ANUAL NEGATIVA RECUPERABLE** o, si el periodo de suspensión es superior a 6 meses podrá proponer la **repetición del año de formación**³.

- Duración en meses: donde un mes = 1; un mes y una semana = 1,25; un mes y dos semanas = 1,50; un mes y tres semanas = 1,75.
- Duración en horas.
- Calificación cuantitativa del tutor: numérico de 1 a 10.

¹ Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres de formación teórica se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias.

² La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

³ Requiere informe de la Comisión de Docencia y Resolución favorable del Ministerio de Sanidad.

4.3 DOCUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN



MINISTERIO DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACION PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FORMACION Y ORDENACIÓN PROFESIONAL

EVALUACIÓN ANUAL POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

(Instrucciones)

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:			
CENTRO DOCENTE:					
TITULACIÓN:	Seleccionar	ESPECIALIDAD:	Seleccionar	AÑO RESIDENCIA:	Seleccionar
TUTOR:					

CALIFICACIÓN DEL INFORME ANUAL DEL TUTOR (1-10):

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN ANUAL DEL COMITÉ	
CUANTITATIVA	<input type="text"/>
CUALITATIVA	Seleccionar

Causa de evaluación negativa (<5): Seleccionar

OBSERVACIONES:

Lugar y Fecha:	
Sello de la Institución:	EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN:
	Fdo.:



MINISTERIO
DE SANIDAD, COSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
PROFESIONAL

INSTRUCCIONES DE LA EVALUACIÓN ANUAL POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

El Comité de evaluación decide la calificación anual del residente basándose en el Informe Anual del Tutor. Se calificará de 1 a 10 según el siguiente cuadro:

	Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
NEGATIVA	<3	Muy insuficiente. Lejos de alcanzar los objetivos anuales.
	Entre 3 y <5	Insuficiente. No alcanza todos los objetivos anuales pero se acerca.
POSITIVA	Entre 5 y <6	Suficiente. Alcanza los objetivos anuales.
	Entre 6 y <8	Bueno. Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos
	Entre 8 y <9,5	Muy bueno. Domina todos los objetivos anuales.
		Excelente. Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del Comité, con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.
	Entre 9.5-10	

La calificación tendrá los siguientes efectos:

- **POSITIVA:** cuando el residente haya alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate. Requerirá que la Calificación Global Anual del Residente sea mayor o igual de 5.
- **NEGATIVA:** cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate, bien porque la Calificación Global Anual del Residente sea menor de 5 o por otras causas administrativas. Deberá especificarse la causa:

A: NEGATIVA POR INSUFICIENTE APRENDIZAJE SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN:

El Comité de Evaluación establecerá una recuperación específica y programada, que el especialista en formación deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año formativo, conjuntamente con las actividades programadas de este periodo. La prórroga anual del contrato por los restantes nueve meses del año formativo queda supeditada a la evaluación positiva del periodo de recuperación. En las especialidades de enfermería el periodo de recuperación será de dos meses. El contenido de la recuperación específica se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

En las evaluaciones anuales negativas de último año, el periodo de recuperación implicará la prórroga del contrato por la duración del periodo de recuperación. La evaluación negativa del periodo de recuperación no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación¹ y su resultado fuera positivo.

B: NEGATIVA RECUPERABLE POR IMPOSIBILIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR AL 25% DE LA JORNADA ANUAL (suspensión de contrato u otras causas legales)

El Comité de Evaluación establecerá la prórroga del periodo formativo por el tiempo necesario, o incluso la repetición completa de año, cuando así lo aconseje la duración de la suspensión o las circunstancias del caso. Una vez completado el periodo de recuperación se procederá a su evaluación. El periodo de prórroga propuesto se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La repetición completa del año requerirá el informe previo de la Comisión de Docencia y una Resolución por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La prórroga del periodo formativo o la repetición del año conllevarán la prórroga del contrato por el periodo que corresponda. La evaluación negativa del periodo de recuperación o repetición de curso no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación¹ y su resultado fuera positivo.

C: NEGATIVA, NO SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN

- POR INSUFICIENTE APRENDIZAJE/NOTORIA FALTA DE APROVECHAMIENTO
- POR REITERADAS FALTAS DE ASISTENCIA NO JUSTIFICADAS

El Comité de Evaluación propondrá la extinción del contrato, notificándolo al residente y al gerente de la Institución, que se llevará a efecto, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación¹ y su resultado fuera positivo. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

¹ Artículo 24 del Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero.

4.3 DOCUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN



MINISTERIO
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACION
PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE
FORMACIÓN Y ORDENACIÓN
PROFESIONAL

EVALUACIÓN FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA COMITÉ DE EVALUACIÓN

Instrucciones

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:			
CENTRO DOCENTE:					
TITULACIÓN:	Seleccionar	ESPECIALIDAD:	Seleccionar	AÑO RESIDENCIA:	Seleccionar
TUTOR:					

Duración de la especialidad	Año de formación	Nota Anual	Ponderación de la evaluación anual
2 años	R1		0,00
	R2		0,00
3 años	R1		0,00
	R2		0,00
	R3		0,00
4 años	R1		0,00
	R2		0,00
	R3		0,00
	R4		0,00
5 años	R1		0,00
	R2		0,00
	R3		0,00
	R4		0,00
	R5		0,00
MEDIA PONDERADA DE LAS EVALUACIONES FINALES			0,00

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN FINAL	<input type="text" value="Seleccionar"/>
-------------------------------	--

OBSERVACIONES:

Sello del centro docente	EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN:
	Fdo.:
	Lugar y Fecha



MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN
PROFESIONAL

INSTRUCCIONES

El Comité de evaluación decide la calificación final del residente basándose en los resultados de las Evaluaciones Anuales.

Se ponderarán las evaluaciones anuales para el cálculo de la evaluación final de acuerdo la progresiva de las responsabilidades inherentes al ejercicio profesional de la especialidad que el residente que el residente asume a medida que progresa en su formación. Para calcular la media ponderada se utilizarán los siguientes criterios:

Duración de la especialidad	Año de formación	Ponderación de la evaluación anual
2 años	R1	40%
	R2	60%
3 años	R1	20%
	R2	30%
	R3	50%
4 años	R1	10%
	R2	20%
	R3	30%
	R4	40%
5 años	R1	8%
	R2	12%
	R3	20%
	R4	25%
	R5	35%

La calificación de la evaluación final del Comité de Evaluación será:

- **POSITIVA:** cuando el residente ha adquirido el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad, lo que le permite acceder al título de especialista. La media de las calificaciones del residente está entre 5 y 7,5.
- **POSITIVA DESTACADO:** cuando el residente domina el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad y ha destacado por encima de la media de los residentes de su especialidad, de su promoción o de promociones anteriores. La media de las calificaciones del residente es mayor de 7,5.
- **NEGATIVA:** cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para que puede obtener el título de especialista. No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del período de residencia. La media de las calificaciones del residente es menor de 5. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

4.4 OBJETIVOS Y EVALUACIÓN DE LAS ROTACIONES INTERNAS Y EXTERNAS EN CIRUGÍA GENERAL Y AP. DIGESTIVO.

Anna Trinidad, Mónica Millan, Xavier Serra

PUNTOS CLAVE

- Conocer las rotaciones externas e internas propuestas por el BOE.
- Conocer las diferentes herramientas de evaluación del residente.

1. INTRODUCCIÓN

Organizamos las rotaciones en dos tipos: las que se realizan en otras especialidades y las que se realizan dentro de la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo. Ambas pueden realizarse en el mismo hospital o en otros centros según las disponibilidades o nivel de capacitación de las unidades asistenciales.

Se recomienda que las rotaciones por otras especialidades se realicen en el periodo comprendido entre el primer año hasta el cuarto año. Así, aseguramos el contacto del residente a las diferentes áreas de capacitación o subespecialidades de cirugía general durante el último año. Se debe contemplar la posibilidad de ofrecer una rotación externa de 2-3 meses complementaria a la formación y realizada en los dos últimos años de residencia en una unidad de cirugía general y aparato digestivo a nivel nacional en un centro de excelencia o en el extranjero con motivo de profundizar en el estudio en una área concreta de interés.

Aunque en el BOE se ha publicado el calendario de rotaciones durante la residencia (**Tabla 1**), puede ser modificable con la aprobación de la Comisión de Docencia Hospitalaria según las características y necesidades del centro hospitalario.

Tabla 1. Calendario orientativo por años para la realización de rotaciones publicado en el BOE

ANEXO I AL PROGRAMA CGAD. CALENDARIO ORIENTATIVO POR AÑOS PARA LA REALIZACIÓN DE CURSOS DE ACTUALIZACIÓN Y ROTACIONES		
	CURSOS/SEMINARIOS	ROTACIONES
R1	Metodología de la investigación. Bioética. Gestión Clínica.	ROTACIONES POR OTRAS E.E.MM: U.C.I./Anestesia (3 meses).
R2	Formas de producción científica. C.M.A. Infección quirúrgica.	ROTACIONES POR OTRAS E.E.MM: Radiodiagnóstico (1-2 meses)- Endoscopia (1-2 meses)-
R3	Pared abdominal y hernias. Iniciación práctica a la Cirugía Endoscópica*.	ROTACIONES POR OTRAS E.E.MM: Cirugía Torácica (2-3 meses). Urología (1 mes). Traumatología (10 guardias).
R4	Cirugía Endocrina. Cirugía de la Mama. Cirugía Esofagogástrica. Asistencia a Politraumatizados**.	ROTACIONES POR OTRAS E.E.MM: Cirugía vascular (2-3 meses). Cirugía Plástica (1 mes). Neurocirugía (10 guardias). Opcionales: Cirugía Pediátrica (1 mes). Ginecología (1 mes). ROTACIONES POR ÁREAS DE CAPACITACIÓN/ESPECIAL INTERÉS: Cirugía endocrina y de la mama (2-3 meses).
R5	Cirugía HBP. Cirugía colorrectal. Cirugía laparoscópica avanzada. Trasplantes de órganos.	ROTACIONES POR ÁR4EAS DE CAPACITACIÓN/ESPECIAL INTERÉS: Unidad esófago gástrica (2 meses). Cirugía HBP y trasplantes (4 meses). Cirugía colorrectal (4 meses)
* Debe llevarse a cabo en centros con infraestructura contrastada. ** Preferentemente titulación de American Trauma Life Support (ATLS).		

Los objetivos a realizar en cada una de las rotaciones y el marco legal correspondiente están extensamente descritos en el capítulo 4 del módulo 3.

2. ¿CÓMO SE EVALÚAN LAS ROTACIONES?

Desde la AEC se recomienda que exista un evaluador o persona de referencia en cada rotación, que este en contacto directo con el residente y que, en el momento de realizar la evaluación, se reúna con el resto del equipo para compartir opiniones o puntos de vista. De este modo, no va a ser una evaluación sesgada sino consensuada y más acorde con la realidad.

3. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

Para poder realizar una evaluación certera y justa para el residente necesitamos ajustar el método de evaluación actual en el que, la mayor parte de las veces, se tiende a puntuar una hoja de evaluación de forma subjetiva y sin consensuar con los compañeros. Para favorecer este cambio de paradigma, a continuación se ofrecen una serie de herramientas que se pueden utilizar y que han demostrado su utilidad en el aprendizaje/evaluación.

- **Exámenes escritos.** Pueden ser tipo test o escritos y evalúan los conocimientos teóricos, el razonamiento clínico y la capacidad de decisión.
- **Observación.**
 - **Observación estructurada de la práctica clínica mediante Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise).** Consiste en la evaluación de la práctica clínica del residente mediante la consecución de un check-list de procedimientos a realizar en un caso clínico concreto con un paciente real y posteriormente realizar un feedback al residente. Nos sirve para evaluar la entrevista clínica, la exploración física, el ejercicio profesional, el juicio clínico, la comunicación, la organización y eficiencia.
 - **Simulación.** Es similar al anterior pero no involucra un paciente real, en su lugar se presenta un actor entrenado para simulaciones en el ámbito sanitario.
- **Modelo 360°.** Evaluación mediante la retroalimentación de diversas fuentes permitiendo la recolección de información de diferentes puntos de vista. Se trata de realizar un feedback al residente de todos individuos que hayan estado en contacto con el mismo (sus compañeros cirujanos y de otras especialidades, enfermeras, pacientes, familiares de pacientes...). Evalúa el trabajo en equipo, la comunicación asertiva y el ejercicio profesional.

4.4 EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA AL FINAL DE LA RESIDENCIA PROMOVIDA POR LA AEC: CERTIFICADO DE EXCELENCIA AEC DEL RESIDENTE CIRUGIA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO

- **Audit.** Análisis de la calidad de los registros que produce el residente (notas clínicas, informes de alta, pruebas complementarias solicitadas, medicamentos pautados...). Evalúa la toma de decisiones clínicas, el seguimiento del manejo del paciente y el uso adecuado de los recursos (pruebas complementarias, consultas y medicamentos)
- **Portafolio o Libro de residentes.** Es el registro de actividades y competencias resumidas del residente. El Libro Informático del residente (LIR) se explica en mucho mejor detalle en los capítulos anteriores.

4. PUNTUACIÓN

Con toda la información recogida con las herramientas anteriores se debe oficializar una puntuación. Para ello el ministerio ofrece una hoja nacional y aplicable a todos los residentes al finalizar la rotación. Para mayor entendimiento, visualizar el video explicatorio.

Tras cumplimentar la hoja de rotación se debe presentar a Comisión de Docencia Hospitalaria. Se deben presentar todas las hojas de rotación al finalizar el año de residencia para poder evaluar al residente.

5. CONCLUSIÓN

- Existen diferentes herramientas para la evaluación del residente y que el tutor debe conocer para poder cumplimentar la hoja de rotación oficial del Ministerio de Sanidad: exámenes escritos, métodos de observación, modelo 360°, audit, portafolio o libro de residentes, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Información al profesional - Formación, Pàgina web:<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/registroEspecialistas/uniDocentes/home.htm>

4.5 EVALUACIÓN NEGATIVA

Alejandra García-Botella, Francesc Feliu

PUNTOS CLAVE

- ¿Qué se entiende por evaluación negativa?
- Supuestos de evaluación negativa.
- Objetivo de la evaluación negativa.

1. INTRODUCCIÓN

La evaluación anual tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo, en los siguientes términos:

- **POSITIVA:** Cuando el residente haya alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos (competencias), del programa formativo del año del que se trate.
- **NEGATIVA:** Cuando el residente no ha alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se hayan cumplido los objetivos (competencias), del programa formativo del año del que se trate.

Las evaluaciones anuales negativas podrán ser recuperables o no recuperables, según se cumplan o no los requisitos establecidos. (Apartados 1, 2 y 3 del artículo 22 del capítulo 6 del RD).

2. SUPUESTOS DE EVALUACIÓN ANUAL NEGATIVA

Las evaluaciones anuales negativas se producirán en los 3 siguientes supuestos:

1	2	3
Falta de obtención de objetivos	ILT >25% jornada anual	Faltas de asistencia no justificadas No obtención de objetivos
RECUPERABLE	RECUPERABLE	NO RECUPERABLE

ILT: incapacidad laboral transitoria

4.5 EVALUACIÓN NEGATIVA

1. Evaluación negativa por no alcanzar los objetivos formativos fijados, debido a insuficiencias de aprendizaje susceptibles de recuperación.

En este caso, el comité de evaluación establecerá una recuperación específica programada que el residente deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año formativo, conjuntamente con las actividades programadas de este, quedando supeditado el seguimiento del programa (y la prórroga anual del correspondiente contrato por los restantes nueve meses), a la evaluación positiva del mencionado período de recuperación.

Las evaluaciones anuales negativas del R5 (último año de residencia), el período de recuperación implicará la prórroga del contrato por el tiempo que dure el período de recuperación.

La evaluación negativa del período de recuperación no será recuperable y supondrá la extinción del contrato. El residente afectado podrá solicitar la revisión de la evaluación negativa (artículo 24). **Figura 1.**

LAS EVALUACIONES NEGATIVAS PODRÁN SER RECUPERABLES O NO. EN ALGUNOS CASOS LAS RECUPERABLES PRECISARÁN DE UNA PRÓRROGA DEL CONTRATO. PARA LOS R5 SIEMPRE SERÁ NECESARIA ESTA PRÓRROGA.

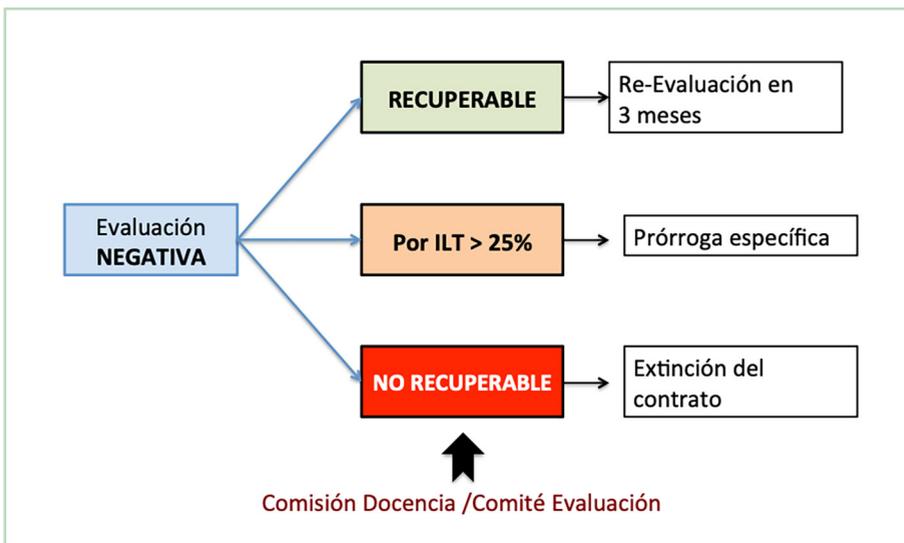


Figura 1. Evaluación negativa

2. Evaluación negativa debida a la imposibilidad de prestación de servicios por un período superior al 25% de la jornada anual, como consecuencia de la suspensión de contrato o de otras causas legales.

SE PODRÁ SOLICITAR LA PRÓRROGA DE 1 AÑO COMPLETO, CUANDO EL TIEMPO POR IMPOSIBILIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SEA SUPERIOR A 6 MESES.

.....

En este caso, el comité de evaluación establecerá la prórroga del período formativo por el tiempo necesario, o incluso la repetición completa del año, cuando así lo aconseje la duración de la suspensión o las circunstancias del caso.

Una vez completado el período de recuperación que corresponda se procederá a su evaluación. La repetición completa del año requerirá el informe previo de la correspondiente comisión de docencia y será resuelta por el Ministerio de Sanidad (en su defecto por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma respectiva).

La prórroga del período formativo o la repetición del año conllevarán la prórroga del contrato por el tiempo que en cada caso corresponda.

La evaluación negativa del período de recuperación o de la repetición del año no será recuperable y supondrá la extinción del contrato. El residente afectado podrá solicitar la revisión de la evaluación negativa (artículo 24).

3. Evaluación negativa debida a reiteradas faltas de asistencia no justificadas, a una notoria falta de aprovechamiento o a insuficiencias de aprendizaje no susceptibles de recuperación.

En este caso, el comité de evaluación propondrá la extinción del contrato que se llevará a efecto, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación negativa en los términos previstos en el artículo 24 y su resultado fuera positivo.

3. PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES ANUALES Y SUS EFECTOS

.....

Una vez efectuadas las evaluaciones anuales, los comités de evaluación trasladarán sus resultados a la comisión de docencia, y estarán disponibles en un plazo de 10 días para que el residente que lo solicite pueda consultar las calificaciones obtenidas, tanto positivas como negativas, especificando en este último caso si son recuperables o no recuperables.

En este plazo de 10 días el residente podrá solicitar ante la comisión de docencia la revisión de las evaluaciones negativas no recuperables. Transcurrido el plazo, el presidente de la comisión de docencia hará válidas (sin posibilidad de recurso), las calificaciones en las que no se haya realizado ninguna solicitud de revisión.

4.5 EVALUACIÓN NEGATIVA

4. PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DE LAS EVALUACIONES ANUALES NEGATIVAS NO RECUPERABLES

Dentro de los 10 días siguientes a la calificación del residente (por el comité de evaluación), como evaluación negativa no recuperable, dicho residente podrá solicitar por escrito su revisión ante la comisión de docencia que, previa citación del interesado, se reunirá dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la solicitud.

Al acto de revisión el residente podrá acudir con su tutor.

Los miembros de la comisión de docencia tendrán acceso al expediente y a las actas del comité de evaluación y decidirán por mayoría absoluta de sus miembros, la calificación definitiva del año que se trate.

Cuando en la comisión de docencia a la que corresponda realizar la revisión no esté representada la especialidad a evaluar, dicha comisión deberá solicitar a su Comunidad Autónoma la designación de un tutor de la especialidad que no haya intervenido directamente en la evaluación previa del residente afecto. El mencionado tutor actuará como vocal de la comisión de docencia, con voz y voto, sólo a efectos del procedimiento en revisión.

En los procedimientos de revisión, la presidencia de la comisión de docencia la asumirá la vicepresidencia, en aplicación del artículo 23.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Los acuerdos de la comisión de docencia, excepto las del último año de formación, tendrán carácter definitivo.

La comisión de docencia notificará el fallo al residente y a la dirección /gerencia de la institución y, caso de ser negativa, se procederá con carácter inmediato a la extinción de su relación laboral con el centro.

EL RESIDENTE TIENE DERECHO A SOLICITAR A LA COMISIÓN DE DOCENCIA LA REVISIÓN DE UNA EVALUACIÓN NEGATIVA NO RECUPERABLE, DENTRO DE LOS SIGUIENTES DÍAS A SU PUBLICACIÓN. AL ACTO DE REVISIÓN PODRÁ IR ACOMPAÑADO DE SU TUTOR.

5. LA EVALUACIÓN FINAL NEGATIVA DEL PERÍODO DE RESIDENCIA

La evaluación final tiene como objeto verificar que las competencias adquiridas por el residente en su período formativo le permiten acceder al título de especialista.

El comité de evaluación, a la vista del expediente completo del residente, levantará acta calificando de la siguiente manera:

- Positiva.
- Positiva destacado.
- Negativa.

No podrá evaluarse negativamente aquellos residentes que hayan obtenido una calificación positiva en todos los años previos del período de residencia.

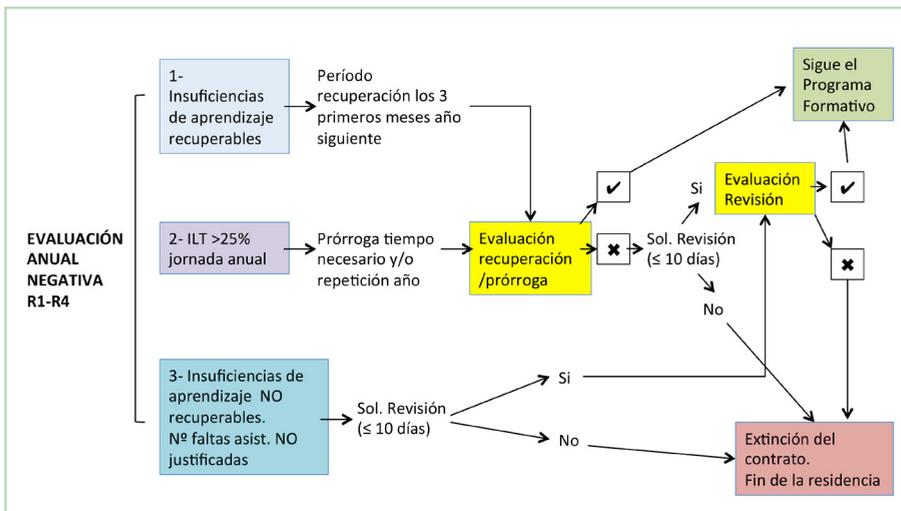


Figura 2

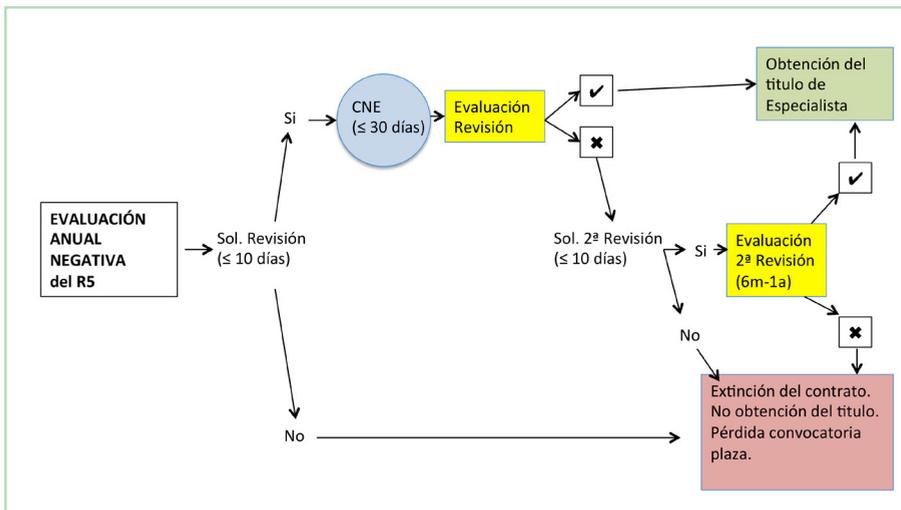


Figura 3

4.5 EVALUACIÓN NEGATIVA

Cuando la evaluación sea negativa, el residente podrá solicitar su revisión ante la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE), para la realización de una prueba de capacitación / verificación.

Dicha prueba se realizará dentro de los 30 días siguientes a la comunicación de la solicitud de revisión y se diseñará con sujeción a los criterios de evaluación que establezca la propia CNE. Tendrá como finalidad verificar si el residente ha adquirido el nivel suficiente de conocimientos, habilidades y actitudes para considerar que ha cumplido los objetivos (competencias) del programa formativo.

La evaluación positiva o negativa se decidirá por mayoría absoluta de sus miembros. Caso de mantenerse la evaluación negativa, el residente tendrá derecho a la realización de una segunda prueba extraordinaria ante la misma comisión, entre un período de 6 meses (mínimo), a un año (máximo), a contabilizar desde la fecha de la primera prueba. La comisión estará obligada a notificar al residente la fecha de la prueba extraordinaria con un mínimo de un mes de antelación. La calificación final también se dirimirá por mayoría absoluta de los miembros de la comisión.

La calificación final obtenida será con carácter definitivo, sin posibilidad de apelación ni revocación, por lo que impedirá la obtención del título de especialista. Además, implicará la pérdida de derechos respecto la prueba selectiva en la que se hubiera obtenido la correspondiente plaza en formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. *González Anglada MI. Guía del tutor de residentes. 2018. Manual Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ISBN 978-84-09-01790-4.*
2. *Moreno-Madrid F. Responsabilidad de los residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas. 3a Ed. Madrid. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). Organización Médica Colegial de España.*
3. *Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.*

4.6 EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA AL FINAL DE LA RESIDENCIA PROMOVIDA POR LA AEC: CERTIFICADO DE EXCELENCIA AEC DEL RESIDENTE CIRUGIA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO

Xavier Serra Aracil, Anna Trinidad, Jesús Badía Closa, Dolores Pérez

PUNTOS CLAVE

- Cómo conseguir el Certificado de Excelencia del residente de Cirugía General y del Aparato Digestivo de la AEC.
- Importancia del registro de las actividades en el LIR-AEC.
- Será mediante una valoración objetiva.
- Se establecerá principalmente a través de la actividad formativa y la científica.

1. INTRODUCCIÓN

“El REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada”. En el artículo 3 se indica que “La evaluación final positiva del periodo de residencia dará derecho a la obtención del título de especialista, por lo que una vez notificada al Registro de Especialistas en Formación al que se refiere el artículo 32.1 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, se iniciarán los trámites para la expedición por el Ministerio de Educación y Ciencia de la orden de concesión de dicho título”.

En este real decreto se habla de la evaluación del residente: “El seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales durante el período de residencia se llevará a cabo mediante las *evaluaciones formativa, anual y final*.”

Se describe que “El tutor, como responsable de la *evaluación formativa*, cumplimentará informes normalizados” basados principalmente en el instrumento del libro del residente.

Respecto a la evaluación final, “tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo, en los siguientes términos: positiva o negativa. El informe anual del tutor es el instrumento básico y fundamental para la valoración del progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias profesionales, tanto asistenciales como de investigación y docencia.”

En este Real Decreto se describe que “La evaluación final como objeto de verificar que el nivel de competencias adquirido por el especialista en formación durante todo el periodo de residencia le permite acceder al título de especialista. Se realizará a los residentes tras

4.6 EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA AL FINAL DE LA RESIDENCIA PROMOVIDA POR LA AEC: CERTIFICADO DE EXCELENCIA AEC DEL RESIDENTE CIRUGIA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO

la evaluación del último año de residencia y se llevará a cabo por el comité de evaluación de la especialidad. Este comité a la vista del expediente completo de todo el periodo de residencia, levantará acta otorgando a cada residente una de las siguientes calificaciones: Positiva, Positiva destacado o Negativa.

La realidad es que los residentes que inician el programa de formación de la especialidad difícilmente obtienen una evaluación negativa o positiva destacada. Esto implica que no existe ninguna forma de poder apreciar los posibles distintos méritos conseguidos a lo largo de la residencia. Por ello, desde la AEC, se pretende a través del LIR-AEC premiar de la forma más objetiva posible aquellos residentes que voluntariamente deseen acceder a la "CERTIFICACION DE EXCELENCIA AEC DE LA RESIDENCIA DE CIRUGIA GRAL. Y AP. DIGESTIVO ".

2. ¿CÓMO CONSEGUIR LA CERTIFICACION DE EXCELENCIA AEC DE LA RESIDENCIA DE CIRUGIA GRAL Y AP. DIGESTIVO?

Para conseguir el acceso a esta certificación es imprescindible presentar toda la actividad a través del LIR-AEC, durante los cinco años de la residencia. Como manifiesto que se ha utilizado el LIR-AEC como herramienta de registro de las actividades asistencial, de formación e investigación

Se conseguirán a través de informes del LIR-AEC, firmado por su tutor/res de residentes y jefe de servicio, que se presentarán en una primera evaluación a la Comisión de la Sección de Formación de la AEC. Posteriormente, se ratificará por la Comisión Científica y finalmente, la Junta directiva de la AEC.

Estos informes serán resultados de la actividad recogida en el LIR-AEC respecto al itinerario formativo del residente de la AEC, actividad asistencial (intervenciones quirúrgicas) y actividad científica. *Sin embargo sólo se evaluará la actividad formativa de los cursos y la actividad científica. La actividad asistencial, se deberá presentar, aunque se evaluará simplemente como realizada.*

2.1.1 ITINERARIO FORMATIVO DEL RESIDENTE DE LA AEC. EVALUACIÓN OBJETIVA

Esta actividad se podrá recoger mediante informes del a través del LIR-AEC.

Como conocemos, existen 12 cursos muy recomendables y 25 opcionales. Cada curso tendrá el valor de 1 punto. Se debe conseguir una puntuación mínima de 18 puntos en los que existirá un mínimo de 10 cursos de los muy recomendables y al menos 8 de los opcionales. Con una puntuación máxima de 29 puntos.

4.6 EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA AL FINAL DE LA RESIDENCIA PROMOVIDA POR LA AEC: CERTIFICADO DE EXCELENCIA AEC DEL RESIDENTE CIRUGIA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO

Tabla 1. Puntuación por cursos muy recomendables y opcionales del Itinerario Formativo AEC

Curso Itinerario Formativo	Mínimo	Máximo	Puntuación (Mínimo: 18 pts. Para evaluación positiva - Máximo: 29)
Muy recomendables	10	12	
Opcionales	8	17	

2.1.2 ACTIVIDAD CIENTÍFICA. EVALUACIÓN OBJETIVA

Se motivará al residente que realice presentaciones orales, videos o posters a congresos nacionales y/o internacionales. Se concederá puntuación diferente en función que si hace la presentación o forma parte de coautor. Se exigirá un mínimo de 4 puntos y un máximo de 11.

Igualmente, se premiará su participación en publicaciones. Se entiende que es muy difícil que el residente sea primer autor, por ello se cuantifica de la misma manera los tres primeros autores. Posteriormente, en función de la calidad de la publicación (originales, casos clínicos, técnicas quirúrgicas, cartas científicas, cuartil de la revista), se puntuará, requiriendo con mínimo de 3 puntos y un máximo de 10 puntos. En la **tabla 2** se expone la forma de puntuación.

La puntuación mínima exigida es de 7 puntos entre los dos apartados, la máxima de 21 puntos.

Tabla 2. Puntuación de la actividad científica. (puntuación de las revistas por cuartiles (Q): Q4: 1pt; Q3: 2pt; Q2: 3pt; Q1: 4pt)

Actividad Científica			Puntuación (Mínimo: 7 pts. - Máximo: 21)
Artículos científicos originales (JCR). Casos clínicos, técnicas, cartas científicas (*0,5)	Autor, 3 primeros (1 punto x Cuartil)	Resto de Coautor (0,5 punto x Cuartil)	(Mínimo: 3 pts. - Máximo: 10)
Comunicaciones a Congresos. Internacionales (*2)	Presentación oral o video (1 punto) Presentación poster (0,5 puntos).	Coautor (0,25 puntos). Coautor Poster (0,1 punto)	(Mínimo: 4 pts. - Máximo: 11)

En la **tabla 3** se resumen todas las evaluaciones de cada uno de los apartados y la puntuación final.

La mínima puntuación para obtener la certificación son 25 puntos, con un máximo de 50 puntos, asociada a la presentación de los informes de la actividad asistencial (intervenciones quirúrgicas) del LIR-AEC.

4.6 EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA AL FINAL DE LA RESIDENCIA PROMOVIDA POR LA AEC: CERTIFICADO DE EXCELENCIA AEC DEL RESIDENTE CIRUGIA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO

Tabla 3. Resumen de la evaluación en los distintos apartados la puntuación de mínimos y máximos puntos.

Curso Itinerario Formativo	Mínimo	Máximo	Puntuación (Mínimo: 18 pts. Para evaluación positiva - Máximo: 29)
Muy recomendables	10	12	
Opcionales	8	17	
Actividad Científica			Puntuación (Mínimo: 7 pts. - Máximo: 21)
Artículos científicos originales (JCR). Casos clínicos, técnicas, cartas científicas (x0,5)	Autor, 3 primeros (1 punto x Cuartil)	Resto de Coautor (0,5 punto x Cuartil)	(Mínimo: 3 pts. - Máximo: 10)
Comunicaciones a Congresos Internacionales (x2)	Presentación oral o video (1 punto) Presentación poster (0,5 puntos).	Coautor (0,25 puntos). Coautor Poster (0,1 punto)	(Mínimo: 4 pts. - Máximo: 11)
PUNTUACIÓN TOTAL			

3. ¿QUIÉN REALIZA LA EVALUACIÓN?. ¿CUANDO PRESENTARSE Y HACER LA MATRÍCULA?. ¿QUIÉN PUEDE PRESENTARSE? ¿NO TENGO HECHO EL LIR-AEC, PUEDO PRESENTARME AL CERTIFICADO DE EXCELENCIA? ¿QUÉ OCURRE SI SUSPENDO EL EXAMEN? ¿EXISTE LÍMITE DE CERTIFICADOS DE EXCELENCIA POR CONVOCATORIA?

3.1 ¿QUIÉN REALIZA LA EVALUACIÓN?

Como hemos comentado previamente, las solicitudes de Certificación de excelencia de la residencia de la AEC, serán evaluadas en primer lugar por la Comisión de evaluación de la Sección de Formación. Posteriormente ratificada por el Comité científico y Junta Directiva de la AEC:

- ⦿ Para poder optar al certificado de excelencia se debe obtener un mínimo de 25 puntos, con un máximo de 50 (29 por cursos de formación, 11 por presentaciones en congresos y 10 por publicaciones científicas), presentando la actividad asistencial quirúrgica de los 5 años de la residencia del LIR-AEC. La distribución mínima en cada apartado que se evalúa será de obtener un mínimo de 18 puntos en el itinerario formativo y 7 puntos en la actividad científica.

El comité de evaluación de la Sección de Formación, podrá otorgar hasta dos puntos extras (máximo) en cada de los apartados (itinerario formativo, actividad asistencia y científica) para posible compensación en la obtención de la Excelencia.

4.6 EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA AL FINAL DE LA RESIDENCIA PROMOVIDA POR LA AEC: CERTIFICADO DE EXCELENCIA AEC DEL RESIDENTE CIRUGIA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO

3.2 ¿CUÁNDO PRESENTAR LA SOLICITUD?

Entre los meses de Mayo-Julio del año de la finalización de la residencia. De todas formas, se harán comunicados desde la secretaria de la AEC indicando los plazos de presentación de cada año. Será en ese momento cuando con la documentación se realizará el pago de la matrícula.

3.3 ¿QUIÉN PUEDE PRESENTARSE? NO TENGO HECHO EL LIR-AEC, ¿PUEDO PRESENTARME AL CERTIFICADO DE EXCELENCIA?

Todos los residentes que hayan finalizado la residencia de Cirugía General y del Ap Digestivo con los informes que se requieren obtenidos a partir del LIR-AEC.

Si no se ha cumplimentado el LIR-AEC, no se podrá acceder a este certificado excepto aquellos que lo rellenen con posterioridad, con la firma y sello de su tutor y Jefe de Servicio.

3.4 ¿CUÁNDO SE ENTREGARÁN LOS CERTIFICADOS DE EXCELENCIA DE LA RESIDENCIA?

Previa notificación a los interesados, el Certificado se entregará en la cena de entrega de premios del Congreso-Reunión de la AEC o cuando la Junta Directiva AEC estime oportuno.

Todos aquellos que lo obtengan, estarán registrados en un apartado predominante de la página web de la AEC, según estime la Junta Directiva AEC.

4. EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE UN RESIDENTE QUE OPTA LA CERTIFICACIÓN DE EXCELENCIA DE LA AEC

Ejemplo: Imaginemos que un residente de cirugía general y del Ap Digestivo ha finalizado su residencia en el mes de mayo y presenta su LIR-AEC con los siguientes informes:

ITINERARIO FORMATIVO

Ha realizado 11 cursos de los muy recomendables y 13 de los cursos opcionales.

4.6 EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA AL FINAL DE LA RESIDENCIA PROMOVIDA POR LA AEC: CERTIFICADO DE EXCELENCIA AEC DEL RESIDENTE CIRUGIA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO

ACTIVIDAD CIENTÍFICA

Aporta informes que ha realizado dos publicaciones en Cirugía Española como segundo y tercer autor, es una revista cuartil 3 (Q3). Participación en una publicación en World Journal Surgery, revista cuartil 2 (Q2), en el quinto lugar de los autores.

Ha realizado la presentación de 5 comunicaciones orales en congresos nacionales y ha presentado un poster en congreso internacional. Está de coautor en 10 comunicaciones orales de congresos Nacionales, 2 internacionales y 6 posters en congresos nacionales y 2 internacionales.

En la **tabla 5** se describe el cálculo de la actividad científica, con una nota de 16 puntos.

Tabla 5. Ejemplo del cálculo de la actividad científica

		Tres primeros	Coautor (después del tercero)	NOTA
ARTÍCULOS CIENTÍFICOS				
	Cirugía Española (Q3)	1 x 2 Q3)		2
	Cirugía Española (Q3)	2 x 2 Q3)		2
	WJS (Q2)		0,5 x 3 (Q2)	1,5
NOTA ARTÍCULOS				5,5
		Presentación	Coautor	
Comunicaciones a Congresos				
	Oral	5 x 1 = 5	(10 x 0,25) + (2 x 0,25 x 2) = 2,5 + 1	8,5
	Poster	1 x 0,5 x 2 = 1	(6 x 0,1) + (2 x 0,1 x 2) = 0,6 + 0,4 = 1	2
NOTA COMUNICACIONES				10,5
NOTA ACTIVIDAD CIENTÍFICA				16

Finalmente, en la **tabla 6** se describe la nota final en todos sus apartados. La evaluación final del residente de Cirugía que se presenta al Certificado de Excelencia de la AEC, ha obtenido una puntuación de 40, por lo que obtiene el Certificado, siempre y cuando presente los informes de la actividad asistencial (intervenciones quirúrgicas).

4.6 EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA AL FINAL DE LA RESIDENCIA
 PROMOVIDA POR LA AEC: CERTIFICADO DE EXCELENCIA AEC DEL RESIDENTE
 CIRUGIA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO

Tabla 6. Se describe la nota final en todos sus apartados

Cursos Itinerario Formativo		PUNTUACIÓN
Cursos Itinerario Formativo		
	Muy recomendables	11
	Opcionales	13
Actividad Científica		
	Artículos científicos	5,5
	Comunicaciones a congresos	10,5
PUNTUACIÓN FINAL		40

4.6 EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA AL FINAL DE LA RESIDENCIA PROMOVIDA POR LA AEC: CERTIFICADO DE EXCELENCIA AEC DEL RESIDENTE CIRUGIA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO

BIBLIOGRAFÍA

1. REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado, n. 45, de 21 de febrero de 2008 <https://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>. (revisado el 12-7-2022)



V

HERRAMIENTAS COMPLEMENTARIAS EN LA FORMACIÓN

5.1	HABILIDADES TÉCNICAS	239
5.2	HABILIDADES NO TÉCNICAS. PROFESIONALISMO.	243
5.3	ANÁLISIS DE INCIDENTES CRÍTICOS.....	257
5.4	RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS. SITUACIONES ESPECIALES. ¿CÓMO Y DÓNDE RECURRIR CUANDO NO PODEMOS SOLUCIONAR UN PROBLEMA?.....	263
5.5	LA SALUD DEL MIR.....	271
5.6	LA SALUD DEL MIR. RESPONSABILIDAD /IMPLICACIÓN DEL MÉDICO TUTOR DOCENTE PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO (PAIME)	277

5.1 HABILIDADES TÉCNICAS

Mónica Millan, Mireia Pascua, José L. Ramos

PUNTOS CLAVE

- **Conocimientos (estudio, cursos, sesiones, búsquedas bibliográficas).**
- **Investigación (fomentar comunicaciones, publicaciones, tesis...).**
- **Nuevas herramientas y estrategias docentes (simulación, telemático, redes sociales a nivel profesional...).**

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de los conocimientos teóricos que debe aprender el residente durante su periodo formativo, se incluyen diversas modalidades.

La formación teórica se efectuará mediante el estudio a nivel individual y el seguimiento de cursos y seminarios. Es importante la figura del tutor como guía para aconsejar la literatura adecuada para aprender los contenidos del programa.

- **Investigación.** Preparación de publicaciones escritas, de comunicaciones orales y ponencias a reuniones y congresos y la participación en las sesiones del servicio. Es recomendable una comunicación oral y un trabajo escrito por año de formación. Según las recomendaciones del POE, al final del periodo formativo el residente deberá contar con un mínimo de 6 publicaciones escritas o admitidas para publicación (en al menos dos de ellas figurará como primer firmante) y haber colaborado, al menos, en 10 comunicaciones a congresos. Estas actividades deberán constar en el libro del residente.
- **Participación en las sesiones del servicio.** Constituyen una auditoría clínica permanente y pueden considerarse una actividad científica en cuanto ejercitan la mentalidad crítica. El residente debe participar activamente. Se consideran necesarias las siguientes sesiones:
 - **Sesión de urgencias** (diaria).
 - **Sesiones preoperatorias de cirugías programadas** (semanal).
 - **Sesión científica (semanal).** El residente expone una actualización de un tema controvertido a propósito de un caso vivido.
 - **Sesión de morbi-mortalidad** (mensual).
 - **Sesión bibliográfica** (mensual). Análisis de 2-4 trabajos publicados en revistas de la especialidad.

5.1. HABILIDADES TÉCNICAS

Cursos recomendados según el itinerario de la AEC anteriormente citada:

Figura 1. Calendario de cursos propuesto por la Asociación Española de Cirujanos, página 114.

2. OTRAS HERRAMIENTAS

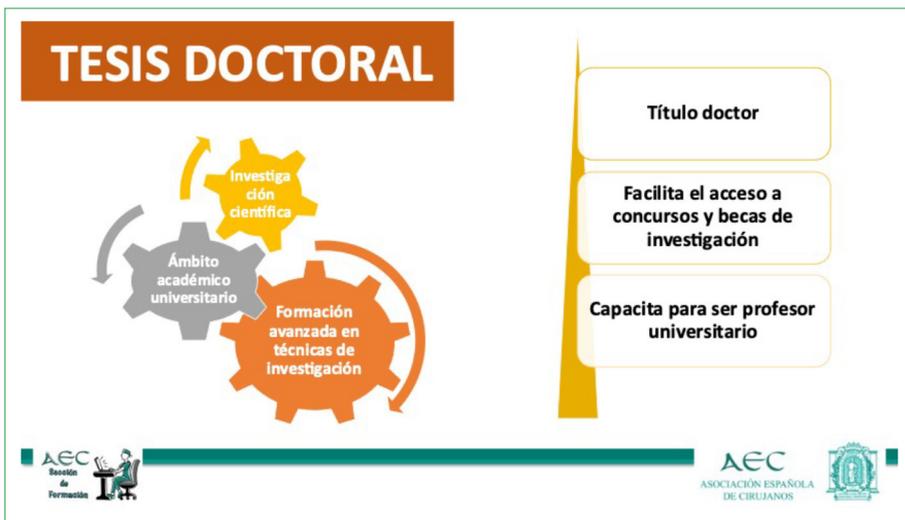
2.1 REALIZAR UN MÁSTER

Durante la residencia se puede plantear complementar la formación mediante la realización de un Máster, como los que ofrece la AEC u otras sociedades, o los oficiales universitarios. Las diferencias entre los tipos de Máster se describen en la siguiente **tabla**:

OFICIAL O UNIVERSITARIO	TÍTULO PROPIO
Ministerio Educación – EEES	Universidad
Formación académica / postgrado	Formación continuada
Más transversales: investigación, gestión clínica...	Responde a la demanda del mercado y necesidades del mundo profesional
Capacita para iniciar el doctorado	No permite entrar en programas de doctorado

2.2 INICIO DEL DOCTORADO

También se debe considerar entrar en un programa de doctorado para la realización de la tesis doctoral. Según el hospital en el que se trabaja, esto puede ser más o menos complicado. Más fácil en Hospitales Universitarios que en generales.



3. CONSULTA BIBLIOGRÁFICA Y OTRAS HERRAMIENTAS DE ILUSTRACIÓN

A continuación, te recomendamos algunos libros, revistas y enlaces que te ayudarán a mejorar tu formación en la patología de Cirugía General y más concretamente en el campo de la Cirugía coloproctológica:

Libros Generales sobre patología y técnica quirúrgica

- *Encyclopedie Médico-chirurgicale (EMC). Tomos de de técnica quirúrgica con actualizaciones periódicas.*
- *Maingot, Zinder. Operaciones abdominales. Panamericana 10ª Edición. 2 Tomos, 2004.*
- *Souba. ACS Surgery. Principles and Practice (American College of Surgeons). CD Rom. 2007.*
- *Baker-Fischer. El dominio de la Cirugía. 4ª Edición. Panamericana, 2004 (2 Tomos).*
- *Parrilla P. Cirugía AEC. Manual de la Asociación Española de Cirujanos. 2ª Edición 2010. Ed. Panamericana. (pendiente de publicación la 3ª Edición)*
- *Targarona EM. Cirugía Endoscópica. Guía de la Asociación Española de Cirujanos. Ed Arán.*
- *Zuidema. Cirugía del Aparato Digestivo III. Panamericana, 1993.*
- *Demling-Wilson. Decisión making in Surgical Care. Burlington, 1988.*

Revistas Científicas

De aspectos generales de la Cirugía:

- *Cirugía Española.*
- *Revista Española de Enfermedades Digestivas.*
- *Gastroenterología y Hepatología.*
- *Annals of Surgery.*
- *British Journal of surgery.*
- *Surgery.*
- *Surgical Endoscopy.*
- *World Journal of Surgery.*
- *American Journal of Surgery.*
- *Surgical Clinics of North America (Monografías).*
- *Current problems in surgery (Monografías).*
- *Gastroenterology.*

La Plataforma OVID <http://gateway.ovid.com/> permite acceso a texto completo a multitud de revistas desde cualquier ordenador conectado a Internet.

Pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/> es un Servicio de la US National Library of Medicine. A través de él pueden consultarse bases de datos de revistas con 17 millones de citas de MEDLINE.

5.1. HABILIDADES TÉCNICAS

La Asociación Francesa de Cirugía (AFC) <http://www.afc.caducee.net/accueil.html> tiene bases de datos de presentaciones, textos y charlas disponibles. Es posible hacerse miembro gratuitamente para consultarla.

Websurg: <http://www.websurg.com/index.php?Ing=es> es una página dedicada a la Cirugía laparoscópica. Se puede encontrar gran cantidad de Videos de técnicas quirúrgicas. Su acceso es gratuito haciéndose miembro.

La Biblioteca Cochrane <http://www.bibliotecacochrane.net/Clibplus/ClibPlus.asp> es una Base de datos de revisiones sistemáticas de la literatura y medicina basada en la evidencia en castellano.

Otros links o enlaces de interés

- 🕒 Asociación Española de Cirujanos: <https://www.aecirujanos.es/>
- 🕒 AECP (Asociación Española de coloproctología). <https://www.aecp-es.org/index.php>
- 🕒 ESCP (European Society of Coloproctology). <https://www.escp.eu.com/>
- 🕒 GERM (Grupo Español Rehabilitación Multimodal): <https://www.grupogerm.es/>
- 🕒 ESSO (European Society of Surgical Oncology): <https://www.essoweb.org/>
- 🕒 Grupo Español de trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: <https://geteccu.org/>
- 🕒 Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. <https://www.acpghi.org.uk/>
- 🕒 <https://aischannel.com/>

CONCLUSIONES:

Las herramientas técnicas complementarias en la formación incluyen:

- 🕒 **CONOCIMIENTOS** (estudio, cursos, sesiones, búsquedas bibliográficas).
- 🕒 **INVESTIGACIÓN** (fomentar comunicaciones, publicaciones, tesis...).
- 🕒 **NUEVAS HERRAMIENTAS Y ESTRATEGIAS DOCENTES** (simulación, telemático, redes sociales a nivel profesional...).

5.2 HERRAMIENTAS COMPLEMENTARIAS EN LA FORMACIÓN

HABILIDADES NO TÉCNICAS. PROFESIONALISMO.

Neus García Monforte, Inés Rubio

PUNTOS CLAVE

- **Habilidades no técnicas:** Son las habilidades cognitivas, sociales y a los recursos personales que complementan a las habilidades técnicas y que aportan a la seguridad y al desempeño eficaz de tareas. Las más utilizadas:
 - OTAS (Objective Teamwork Assessment System).
 - NOTECHS (Non-TECHnical Skills).
 - NOTSS (Non-Technical Skills for Surgeons).
- **Profesionalismo:** Se entiende como conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos.

1. HABILIDADES NO TÉCNICAS

1.1 INTRODUCCIÓN

El término de habilidad o habilidades no técnicas se acuñó en el inicio de los años 90 en el área de la aviación. Actualmente se emplea en diferentes áreas, entre ellas la sanitaria, y se refiere a las habilidades cognitivas, sociales y a los recursos personales que complementan a las habilidades técnicas y que aportan a la seguridad y al desempeño eficaz de tareas.

En el ámbito sanitario conocemos como efecto adverso al problema médico inesperado que sucede durante el tratamiento con un medicamento u otra intervención. Alrededor de un 10-15% de pacientes ingresados sufrirán un efecto adverso según la literatura, clasificándose la mitad de ellos como efectos adversos evitables. Existe un interés creciente en el análisis de estos eventos durante las últimas décadas. Su análisis, al igual que en otras disciplinas, como son la aviación o la energía nuclear, ha demostrado que gran parte de estos eventos (alrededor de un 50%), no ocurren por falta de competencia técnica sino por aspectos no técnicos, más específicamente por problemas relacionados sobre todo con la comunicación (43%) y con la sobrecarga de trabajo (33%). Es importante reseñar que gran parte de los efectos adversos ocurridos en el ámbito de las especialidades quirúrgicas ocurren alrededor del acto operatorio (50%).

La buena calidad de la atención al paciente quirúrgico depende además de la competencia técnica del cirujano; de las interacciones de este, con el paciente y con el resto del personal, sanitario implicado en el cuidado del paciente y; del equipamiento y lugar donde se desarrolla la atención.

La formación de los residentes hasta finales del siglo XX prioriza los aspectos técnicos de la profesión. Las habilidades no técnicas son difíciles de reconocer, enseñar o asesorar, pero el interés creciente por la seguridad del paciente, y la relación directa de las habilidades no técnicas con esta, ha llevado a lo largo del siglo XXI a categorizar estas habilidades con la finalidad de que puedan ser evaluadas y, sobre todo, de que puedan enseñarse de una manera reglada.

5.2. HABILIDADES NO TÉCNICAS.

Existen varios sistemas para evaluar las habilidades no técnicas, habitualmente, dentro del ámbito del quirófano. Entre ellos los más conocidos son:

OTAS (Objective Teamwork Assessment System)
NOTECHS (Non-TECHnical Skills)
NOTSS (Non-Technical Skills for Surgeons)

1.2 OTAS (OBJECTIVE TEAMWORK ASSESSMENT SYSTEM)

Valora la globalidad del trabajo en equipo, su calidad y las interacciones de sus integrantes en el entorno quirúrgico. Evalúa básicamente 5 dimensiones:

- **Comunicación:** calidad y cantidad de la información intercambiada entre los miembros del equipo.
- **Coordinación:** organización y desempeño oportuno de las actividades y las tareas.
- **Cooperación/apoyo:** ayuda mutua entre los integrantes del equipo y corrección de errores.
- **Liderazgo:** entrega de las instrucciones, de forma consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, y apoyo entre los miembros del equipo
- **Supervisión/conciencia de la situación:** observación del equipo y conciencia de los procesos en curso.

1.3 NOTECHS (NON-TECHNICAL SKILLS)

Desarrollado en principio como respuesta a las necesidades para el entrenamiento y evaluación de habilidades cognitivas y de trabajo en el área de la aviación civil. Posteriormente se adaptó, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas y enfermeros expertos para poder evaluar estas habilidades en el entorno quirúrgico. Se evalúan cuatro categorías:

- **Liderazgo y manejo.**
- **Trabajo en equipo y cooperación.**
- **Resolución de problemas y toma de decisiones.**
- **Conocimiento de la situación.**

1.4 NOTSS (NON-TECHNICAL SKILLS FOR SURGEONS)

Escala desarrollada para evaluar las habilidades no técnicas de cirujanos y residentes dentro de quirófano.

Analizaremos más a fondo este sistema de evaluación, desarrollado por el Real Colegio de Cirujanos de Edimburgo, por tratarse de un sistema creado para la evaluación específica de los cirujanos, y del cual se realizan programas de educación y entrenamiento desde el año 2008.

Distinguen 4 competencias básicas (categorías), que a su vez se subdividen en 3 elementos cada una de ellas:

1.4.1 Conciencia situacional (conocimiento de la situación):

Es la habilidad personal para percibir información relevante sobre la tarea que se está realizando, así como del ambiente en el que se desarrolla. Para ello se precisa una integración de los datos del entorno, de manera dinámica, para entender lo que significan y poder anticipar sucesos posteriores.

1.4.1.1 Obtención de la información: recolectar información, con relación a los hallazgos operatorios, el entorno quirúrgico, el equipamiento y el personal.

Comportamiento adecuado	Comportamiento inadecuado
<ul style="list-style-type: none"> · Realiza las comprobaciones preoperatorias de la historia del paciente, con análisis, pruebas y consentimiento. · Se asegura de que todas las pruebas relevantes (como las de imagen) se han revisado y están disponibles. · Coopera con el anestesista en el plan anestésico del paciente. · Optimiza las condiciones del entorno quirúrgico: mesa, luces, equipamiento,... · Identifica las muestras de anatomía patológica de manera clara. · Monitoriza las pérdidas hemáticas. · Va preguntando al anestesista por la situación del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> · Llega tarde al quirófano o se le debe avisar reiterativamente. · No pregunta por los resultados de las pruebas hasta el último momento o no lo hace. · No tiene en cuenta el punto de vista del resto de profesionales del quirófano. · No escucha al anestesista. · No revisa la información recogida por el equipo. · Solicita que se le lea la información de la historia del paciente porque no la ha revisado antes de iniciar la intervención.

1.4.1.2 Comprensión de la información: actualización del conocimiento sobre el caso con la interpretación de la información obtenida, que se compara con la ya conocida, para valorar si concuerda con la situación presente y con la esperable.

Comportamiento adecuado	Comportamiento inadecuado
<ul style="list-style-type: none"> · Actúa de acuerdo con la información recogida de las pruebas previas y los hallazgos intraoperatorios. · Revisa la TC y señala el área relevante. · Reflexiona y argumenta el significado de la información. 	<ul style="list-style-type: none"> · Pasa por alto o ignora resultados relevantes. · Malinterpreta signos claros (por ejemplo en una TC). · Realiza preguntas que muestran una falta clara de entendimiento.

5.2. HABILIDADES NO TÉCNICAS.

1.4.1.3 Anticipación de situaciones futuras: pensamiento sobre qué podría ocurrir en el futuro inmediato, como consecuencia de las posibles acciones, tanto intervencionistas como no.

Comportamiento adecuado	Comportamiento inadecuado
<ul style="list-style-type: none"> Planifica la programación quirúrgica teniendo en cuenta posibles retrasos quirúrgicos y/o anestésicos. Verbaliza al equipo que equipamiento puede necesitarse más adelante en la intervención. Muestra evidencia de la existencia de un plan B (por ejemplo solicitando a la instrumentista que tenga disponible en quirófano un determinado equipamiento). 	<ul style="list-style-type: none"> Realiza maniobras imprudentes sin tener en cuenta lo que puede acabar mal. No discute problemas potenciales. Avisa al anestesta cuando ya han sucedido las pérdidas hemáticas esperables. Espera a que el problema se presente antes de hacer algo. Opera más allá de su nivel de experiencia.

1.4.2 Toma de decisiones:

Conjunto de competencias que permiten un juicio adecuado sobre situaciones futuras en un escenario con múltiples posibilidades.

1.4.2.1 Considerar opciones: generación de posibles alternativas o acciones que permitan resolver un problema. Evaluación de riesgos y amenazas, así como de los beneficios de las opciones potenciales.

Comportamiento adecuado	Comportamiento inadecuado
<ul style="list-style-type: none"> Reconoce y expresa verbalmente los problemas. Inicia discusiones equilibradas de opciones, pros y contras con los miembros relevantes del equipo. Pide la opinión del resto de colegas. Sigue las guías de práctica clínica publicadas. 	<ul style="list-style-type: none"> No valora el resto de opciones. No solicita los puntos de vista el resto del equipo. Ignora las guías de práctica clínica publicadas.

1.4.2.2 Selección y comunicación de las decisiones: elegir una solución al problema y transmitir la opción elegida a todo el personal relevante.

Comportamiento adecuado	Comportamiento inadecuado
<ul style="list-style-type: none"> Alcanza una decisión y la comunica claramente. Tiene planificado un plan "B" y lo comunica. Explica el plan de contingencia y porque se adopta. 	<ul style="list-style-type: none"> No informa al equipo del plan quirúrgico. Es agresivo o no contesta si su plan se cuestiona. Corta las discusiones sobre otras opciones de tratamiento. Sólo hace lo que él/ella cree que es mejor o abandona la intervención. Selecciona maniobras inapropiadas que conducen a complicaciones.

1.4.2.3 Implementación y revisión de las decisiones: mientras se ejecuta la acción elegida, se va revisando continuamente su idoneidad en relación con los cambios en la situación del paciente. Se debe ser flexible para poder

5.2. HABILIDADES NO TÉCNICAS.

cambiar planes frente los cambios de circunstancias para poder alcanzar los objetivos marcados.

Comportamiento adecuado	Comportamiento inadecuado
<ul style="list-style-type: none"> · Pone en marcha las decisiones tomadas. · Informa al equipo del progreso de la intervención. · Reconsidera el plan según los cambios de la situación del paciente o cuando ocurre un problema. · Se da cuenta de que el plan "A" no funciona y lo cambia por el "B". · Solicita ayuda si la necesita. 	<ul style="list-style-type: none"> · No es capaz de poner en marcha la decisión tomada. · Comete el mismo error de manera repetida. · No evalúa el impacto de sus acciones. · Continúa con el plan "A" a pesar de que se prevé un mal resultado o existe una alternativa mejor. · Se muestra con prisa o acelerado por sensación de disponer de poco tiempo.

1.4.3 Liderazgo:

Entendiéndolo como la capacidad de dirigir un equipo, con altos estándares de cuidado clínico y considerando las necesidades particulares de cada miembro del equipo.

1.4.3.1 Establecimiento y mantenimiento de estándares: respaldo de la seguridad y calidad según los principios establecidos de la cirugía, siguiendo los códigos de buenas prácticas clínicas y los protocolos del bloque quirúrgico.

Comportamiento adecuado	Comportamiento inadecuado
<ul style="list-style-type: none"> · Se presenta a los miembros del equipo que no conoce. · Sigue los protocolos de quirófano. · Solicita al resto del equipo que sigan los estándares (por ejemplo el mantenimiento del campo estéril). 	<ul style="list-style-type: none"> · No sigue los estándares (por ejemplo continúa a pesar de que el instrumental pueda estar contaminado o no sea adecuado). · Se salta los protocolos de quirófano. · Se muestra poco respetuoso con el paciente.

1.4.3.2 Haciendo frente a la presión: mantener la calma frente a la presión, transmitiendo al equipo que se tiene la situación de alta presión controlada. Si es preciso adoptar una posición enérgica, en una medida justa, sin desautorizar el papel del resto de miembros del equipo.

Comportamiento adecuado	Comportamiento inadecuado
<ul style="list-style-type: none"> · Mantiene la calma bajo presión. · Enfatiza la urgencia de la situación (por ejemplo elevando la voz ocasionalmente). · Se responsabiliza del paciente en la situación crítica o emergente. · Toma decisiones correctas bajo presión. · Delega tareas para conseguir los objetivos. · Continúa dirigiendo al equipo durante la emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> · Banaliza la preocupación sobre los problemas clínicos. · Se congela o es incapaz de tomar decisiones bajo presión. · No cede el liderazgo de la situación cuando un requerimiento técnico precisa de toda su atención. · Culpa a los demás por los errores y no se responsabiliza. · Pierde los nervios.

5.2. HABILIDADES NO TÉCNICAS.

1.4.3.3 Apoyar a los otros: dando ayuda cognitiva y emocional a los miembros del equipo. Evaluar las capacidades del resto de miembros del equipo y adaptando el estilo de liderazgo de manera apropiada.

Comportamiento adecuado	Comportamiento inadecuado
<ul style="list-style-type: none"> · Modifica su comportamiento según las necesidades del residente. · Da crítica constructiva a los miembros del equipo. · Delega tareas cuando es apropiado. · Establece buena relación con el resto de miembros del equipo. · Felicita por las tareas bien realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> · No reconoce las tareas bien realizadas. · Falla en el reconocimiento de las necesidades de los otros. · "Visión túnel"; centrado únicamente en los aspectos técnicos de la intervención. · Se muestra hostil con los otros miembros del equipo (por ejemplo realiza comentarios sarcásticos a las enfermeras).

1.4.4 Comunicación y trabajo en equipo:

Competencias que permiten trabajar en equipo, asegurando que todos los integrantes comparten una visión en común, de manera que puedan completar sus tareas de manera efectiva.

1.4.4.1 Intercambio de información: dar y recibir información y conocimiento en el momento adecuado para establecer un entendimiento coherente y compartido entre los miembros del equipo.

Comportamiento adecuado	Comportamiento inadecuado
<ul style="list-style-type: none"> · Habla sobre el progreso de la intervención. · Escucha las preocupaciones del resto del equipo. · Comunica si la operación no va según el plan previsto. 	<ul style="list-style-type: none"> · No comunica sus preocupaciones al resto del equipo. · Intenta resolver los problemas solo. · No escucha a los miembros del equipo. · Cuando necesita ayuda del asistente no le especifica lo que quiere que haga.

1.4.4.2 Establecer un entendimiento compartido: asegurarse de que el equipo tiene la información necesaria y relevante para llevar a cabo la intervención y de que la entiende y comparte la visión general.

Comportamiento adecuado	Comportamiento inadecuado
<ul style="list-style-type: none"> · Realiza un resumen inicial y clarifica los objetivos antes de iniciar la intervención. · Se asegura de que el equipo entiende el plan operatorio antes de empezar. · Anima a la participación de todos los miembros del equipo. · Se asegura de que los miembros relevantes del equipo están cómodos con las decisiones tomadas. · Se asegura de que el ayudante sabe lo que se espera que realice. · Realiza un resumen tras la intervención con los miembros relevantes del equipo para discutir lo que fue bien y los problemas que hubieron. 	<ul style="list-style-type: none"> · No explica el plan operatorio al equipo. · Ni deja tiempo para la discusión colectiva y la revisión del progreso. · No discute el caso por avanzado con miembros del equipo que no le resultan familiares. · No intenta discutir los éxitos y los fracasos al final de la intervención. · No mantiene informado al anestesiista sobre el procedimiento (por ejemplo de la posibilidad de sangrado). · Está incómodo si se cuestiona su plan operatorio.

5.2. HABILIDADES NO TÉCNICAS.

1.4.4.3 Coordinación del equipo: trabajar con el resto de miembros del equipo para llevar a cabo tanto las actividades físicas como las cognitivas de manera simultánea y colaborativa.

Comportamiento adecuado	Comportamiento inadecuado
<ul style="list-style-type: none"> · Comprueba que el resto de miembros del equipo está preparado para iniciar la intervención. · Para la intervención cuando el anestesista o la instrumentista lo solicitan. · Se asegura de que el equipo trabaja de manera eficiente organizando las actividades adecuadamente en el tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> · No pregunta al anestesista si todo está correcto para poder empezar la intervención. · Inicia la intervención sin asegurarse de que todo el equipamiento está preparado.

Para poder evaluar las habilidades no técnicas según el sistema NOTSS existe una escala, llamada **escala NOTSS**, que se usa para calificar cada una de ellas (a nivel de categorías y elementos):

4 = Bueno: comportamiento de estándar alto, que aumenta la seguridad del paciente y podría ser utilizado como ejemplo para otros.

3 = Aceptable: el comportamiento es de estándar satisfactorio, pero podría mejorarse.

2 = Mínimo: el comportamiento es preocupante, siendo necesaria una mejora considerable.

1 = Pobre: el comportamiento puso en peligro (real o potencial) la seguridad del paciente, se precisa un cambio de actitud muy importante.

N/A = No aplicable: la habilidad no es precisa o no resulta relevante en este caso.

5.2 PROFESIONALISMO.

2. PROFESIONALISMO

2.1 INTRODUCCIÓN

Se define el Profesionalismo médico como el conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos.

2.1.1 Principios fundamentales del profesionalismo médico

¿Qué es un médico?: Un médico sería aquel profesional, que, con un elevado grado de conocimientos, teórico-prácticos y científico-médicos, es capaz de mantenerlos y mejorarlos, y aplicarlos para ayudar a las personas, utilizando no sólo recursos técnicos (medicamentos, pruebas) sino también humanos (empatía, piedad, compasión) y sobre todo compromiso con las personas.

El ejercicio de la profesión médica exige anteponer los intereses del paciente a los del propio médico: "el paciente es lo primero". Esta es la base de la confianza que el paciente deposita en el médico, exigencia que se sustenta entre otros principios por los de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

2.1.2 Valores fundamentales del profesionalismo médico

Los profesionales de la medicina ponen a disposición de la población los conocimientos, las habilidades y el buen juicio para promover y restablecer la salud, prevenir y proteger de la enfermedad, y mantener y mejorar el bienestar de los ciudadanos. En consecuencia, la práctica diaria del profesional médico implica el compromiso con:

- La integridad en la utilización del conocimiento y en la optimización de los recursos.
- La compasión como guía de acción frente al sufrimiento
- La mejora permanente en el desempeño profesional para garantizar la mejor asistencia posible al ciudadano.
- La colaboración con todos los profesionales e instituciones sanitarias en aras de la mejora de salud y el bienestar de la población.

En un intento por ampliar la definición de profesionalismo médico se puede establecer que abarcaría las siguientes características:

- Capacidad para subordinar los intereses propios a los de los pacientes y la comunidad a la que sirve.
- Apego permanente a la moral y a la ética.
- Respuesta a las necesidades sociales actuales y cambiantes.
- Adopción de valores como:
 - Honestidad.
 - Integridad.
 - Calidez.
 - Compasión.
 - Altruismo.
 - Empatía.
 - Respeto hacia los otros.
 - Generación de confianza.
- Ejercicio de la responsabilidad.
- Demostración de compromiso continuo en busca de la excelencia.
- Compromiso con la transmisión del conocimiento y el avance científico en su área.
- Capacidad de trabajo en entornos de alto nivel de complejidad e incertidumbre.
- Reflexión y capacidad de autocrítica respecto a sus decisiones y acciones.

5.2 PROFESIONALISMO.

Desde 2014 el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos edita un documento sobre profesionalismo titulado “El buen quehacer del médico” (BQM). En él se repasan los aspectos fundamentales del profesionalismo y su principal objetivo: preservar los intereses de los pacientes por encima de los del propio médico. Se describen también las características deseables respecto a las actitudes y las competencias de los médicos, desglosados en 114 ítems, y se aportan casos prácticos a modo de ejemplo. Se exploran en detalle los siguientes ámbitos:

1. Profesionalismo en la práctica médica.
2. Relación médico/paciente: un vínculo de confianza.
3. Competencia profesional.
4. Comunicación y colaboración.
5. Relaciones intra- e interprofesionales y trabajo en equipo.
6. Seguridad y calidad.
7. La relación práctica profesional/aprendizaje: una fuente de mejora permanente.
8. Las organizaciones sanitarias y los sistemas de salud.

Este documento de BQM es un instrumento que sirve de guía al profesional para orientar su camino de conducta y buscar la excelencia en su ejercicio diario, es explicativo y se encuentra en constante actualización y revisión.

Por otra parte, todos los profesionales colegiados en ejercicio deben estar familiarizados con el Código de Deontología Médica (CDM), que sí es de obligado cumplimiento y se utiliza como código sancionador en caso de infracciones. Las normas del CDM tienen la función de regular el comportamiento profesional de una manera objetiva, con poco margen para la interpretación subjetiva.

2.1.3 ¿Cómo ha de ser el médico del futuro?

Fuente: El médico del futuro. Med Clin(Barc).2010;134:363-368

- ⦿ Un médico que trate enfermos, no enfermedades.
- ⦿ Un médico con actitud crítica.
- ⦿ Un médico comunicador y empático.
- ⦿ Un médico responsable individual y socialmente.
- ⦿ Un médico que tome buenas decisiones para el paciente y para el sistema.
- ⦿ Un médico líder del equipo asistencial.
- ⦿ Un médico competente, efectivo y seguro.
- ⦿ Un médico honrado y confiable.
- ⦿ Un médico comprometido con el paciente y con la organización.
- ⦿ Un médico que vive los valores del profesionalismo.

5.2 PROFESIONALISMO.

2.1.4 Profesionalismo y bienestar médico

En un reciente editorial de la revista Lancet, se reflexionaba sobre la excesiva presión y exigencia del concepto de profesionalismo sobre el personal sanitario, en detrimento de su salud física y mental. El construir una serie de valores alrededor del profesionalismo tiene grandes ventajas a nivel social y de estándares de conducta. Sin embargo, puede tener desventajas cuando las expectativas son demasiado estrictas, no realistas, punitivas o se sacrifica el bienestar físico y psicológico de los médicos.

Algunos de los valores “clásicos” han forzado a los profesionales a anteponer el trabajo a su bienestar, y la reciente pandemia COVID-19 ha puesto aún más de manifiesto estos déficits. El profesionalismo moderno debe tener como base el autocuidado de los profesionales y su salud, para que a su vez puedan proporcionar un mejor cuidado a sus pacientes.

Esta transformación se debe considerar desde las administraciones, que deben tener en consideración el bienestar de las plantillas en su planificación, equilibrar cargas de trabajo, adecuar los horarios y turnos y evitar el creciente “burnout” de las profesiones sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Jimenez J. *Habilidades no quirúrgicas para mejorar la seguridad en el quirófano*. En Soria V. *Seguridad en el bloque quirúrgico*. 1ª ed. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia; 2018. pp. 28-41.
2. Navarro S. F, González C. S, Gabrielli N. M. *Evaluación de las habilidades no técnicas en cirugía*. *Rev. Cirugía*. 2019;71(4).
3. Berner JE, Ewertz E. *Importancia de las habilidades no técnicas en la práctica quirúrgica actual*. *Cir Esp* 2019;97(4):190-195.
4. Yule S, Paterson-Brown S. *Surgeons' Non-technical Skills*. *Surg Clin N Am*. 2012;92:37-50.
5. *El buen quehacer del médico (BQM). Pautas para una actuación profesional de excelencia*. Organización Médica Colegial, 2014.
6. *Inmersión precoz en la clínica. Tema 2. El médico y su entorno. Profesionalismo médico y valores profesionales. Unidad de Medicina Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid (UAM) 2011.*
7. *Medical professionalism and physician wellbeing*. *Lancet*. 2021 Sep 4;398(10303):817.
8. Gual A, Oriol-Bosch A, Pardell H; Grupo de Trabajo *El médico del futuro. El médico del futuro [Physician for the future]*. *Med Clin (Barc)*. 2010 Mar 20;134(8):363-8. Spanish.
9. Pons JMV, Argimón JM. *The medical professionalism*. *Med Clin (Barc)*. 2020 Jun 12;154(11):459-463. English, Spanish.

5.3 ANÁLISIS DE INCIDENTES CRÍTICOS

Jose A. Rueda Orgaz, Carlos González, Anna Trinidad

PUNTOS CLAVE

- Entender la importancia de los Incidentes Críticos (IC) en la docencia médica.
- Aprender a elaborar un informe de IC.
- Conocer cómo se estructura una sesión de análisis de IC.

1. INTRODUCCIÓN

La formación de residentes se basa fundamentalmente en el trabajo que se desarrolla en los diferentes ámbitos como son el quirófano, las urgencias, la consulta o la planta de hospitalización; con metodologías que fomentan el desarrollo de habilidades técnicas y de conocimiento.

Para lograr una formación integral es necesario adquirir otras competencias a través de diferentes herramientas complementarias, como sería el análisis de Incidentes Críticos (IC), introducido recientemente en el campo de la docencia médica.

En los diferentes ámbitos donde se desarrolla la práctica diaria pueden darse situaciones, presenciadas o vividas en primera persona, inesperadas, o que causan duda o desconcierto y que, por la solución adoptada o el error detectado, invitan a la reflexión y a su análisis. Se trataría, en líneas generales, de aprender de los errores o de situaciones adversas vividas.

A través de esta herramienta fomentamos el pensamiento crítico, el trabajo cooperativo, la gestión de recursos, el manejo de la información, la bioética y la comunicación, como competencias más destacadas.

Al poder reflexionar sobre estos sucesos podemos evitar que se repitan. Por este motivo, el análisis de IC se orienta también a la mejora de la calidad asistencial y a la seguridad del paciente.

2. DEFINICION DE INCIDENTE CRÍTICO (IC)

Un incidente crítico se define como aquella situación, durante nuestro ejercicio profesional, que por inquietante, inesperada o sorprendente, nos crea dudas, sorpresa, inquietud, o nos altera nuestra práctica clínica, al precisar de una respuesta rápida y muchas veces improvisada.

La primera definición corresponde al psicólogo estadounidense John C. Flanagan (1954), que enunció el concepto de Técnicas de Incidentes Críticos, como el procedimiento para recoger observaciones directas de la conducta humana y ver su potencial para la resolución de problemas.

5.3 ANÁLISIS DE INCIDENTES CRÍTICOS

La calificación de “crítico” no viene determinado siempre por tener un carácter de gravedad o de riesgo para la salud, sino también por tratarse de eventos inesperados, inquietantes o acontecimientos que nos generan dudas, perplejidad o que no hemos sabido gestionar de la manera adecuada.

Durante nuestra práctica habitual se presentan situaciones en los diferentes ámbitos, en las urgencias, la consulta, la planta que muchas veces están derivados de conflictos surgidos por mala comunicación con el equipo, con el propio paciente o familiares y que, por su desenlace inesperado o solución planteada invitan a la reflexión.

Para la formación de los residentes, un incidente crítico, se presenta como una oportunidad para su formación en diferentes habilidades, no sólo clínicas, sino también en competencias comunicativas, relacionales y de valores profesionales. Y, para los formadores y tutores constituye un instrumento muy útil para la evaluación formativa.

Para la institución supone un instrumento para la mejora de la calidad, al detectar posibles fallos en la organización.

3. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ANÁLISIS DE IC EN DOCENCIA MEDICA

El análisis de IC se incorporó en el campo de la docencia médica en esta última década, constituyendo una herramienta muy útil para la formación en el momento que permite al residente reflexionar sobre actitudes y valores profesionales, aprender de los errores y desarrollar diferentes competencias.

En el campo de la bioética permite el abordaje de problemas relacionados con la calidad asistencial y el aprendizaje de los errores.

Con el análisis de IC no solo se valoran los aspectos clínicos, permitiendo detectar necesidades de formación, sino que se propone como un instrumento fundamental para identificar y desarrollar valores profesionales, adquisición de habilidades, autorreflexión y actitudes.

Las competencias más importantes que se desarrollan con el análisis de IC son: comunicación, manejo de la información, análisis crítico, gestión de recursos, bioética, práctica basada en la seguridad del paciente, entrenamiento para el trabajo en equipo y autoaprendizaje.

Otro de los aspectos importantes es que, además de su utilidad en la formación médica, ayuda a mejorar la calidad asistencial al detectar carencias del sistema y errores, invitando a reflexionar sobre éstos, lo que permite adoptar medidas de mejora en la organización para evitar que se repitan, mejorando por tanto la seguridad de los pacientes.

Para realizar el análisis de un IC hay que partir de la elaboración de un informe, que consiste en una narración breve, espontánea y estructurada, por parte del profesional que ha vivido o presenciado el incidente.

4. MÉTODO DE ANÁLISIS DE IC

El proceso de análisis de un incidente crítico consta de dos fases diferenciadas. En primer lugar, se realiza una descripción de lo sucedido a través del denominado Informe de Incidentes Críticos (IIC). En segundo lugar, se realiza una dinámica de análisis guiada por un moderador.

4.1 ELABORACIÓN DEL INFORME DE INCIDENTES CRÍTICOS. ESTRUCTURA

El IIC es un relato corto y estructurado que recoge todo lo acontecido durante el incidente. Se debe detallar los aspectos objetivos del caso y también las vivencias subjetivas y emociones generadas. Por último, se realiza una valoración global que incluya las enseñanzas adquiridas.

El IIC se estructura en **seis pasos**:

- 1. Descripción del caso.** Se describe el incidente de la forma más objetiva posible, evitando emitir un juicio de valor respecto a lo sucedido. Debe especificarse el contexto en el que se produce, las personas implicadas y relatarse con una secuencia temporal lógica.
- 2. Descripción de las emociones.** Se describen todas las emociones positivas y negativas generadas en el profesional cuando se enfrentó al incidente. También pueden describirse las emociones observadas en las personas implicadas.
- 3. Actuación profesional.** Se detalla la forma en la que afrontó la situación cada profesional implicado. Este punto constituye una descripción de la reacción inmediata, sea ésta positiva o negativa, y carece de juicio de valor.
- 4. Resultados de la actuación.** Consiste en la descripción, en forma de problemas o de consecuencias, de los efectos que tuvo el incidente en los diferentes agentes implicados. Responde a preguntas como: ¿qué ocurrió con el paciente? ¿cómo reaccionó el personal de enfermería? ¿qué pasó con los protagonistas del hecho?
- 5. Dilemas del caso.** En este paso se plantean los problemas suscitados a partir del hecho. Responde a preguntas como ¿qué dificultades me ha planteado este caso? ¿Podría haber sido de otra manera?
- 6. Enseñanzas del caso.** El objetivo es determinar cuáles son las enseñanzas aprendidas en el caso descrito y cómo se podrían aplicar en situaciones similares. Cuando el profesional se enfrenta a un incidente crítico adquiere experiencia para poder reaccionar frente a otro hecho similar, pudiendo prever un incidente similar en el futuro.

5.3 ANÁLISIS DE INCIDENTES CRÍTICOS

4.2 DINÁMICA DE ANÁLISIS DE IC (FASES, NORMAS, PARTICIPANTES, DURACIÓN)

La dinámica de análisis es una reunión guiada por un moderador en la que preferiblemente estén representados todos los estamentos profesionales implicados en el incidente. El objetivo es describir el evento y analizar de forma grupal las actuaciones y las consecuencias, buscando áreas de mejora y extrayendo un aprendizaje que permita evitar eventos futuros. Se recomienda que esté formada por 8 a 10 profesionales y que dure de unos 20 a 50 minutos.

El moderador es una figura fundamental durante la dinámica. Debe ser un profesional con baja reactividad que conduzca el proceso favoreciendo la participación de todos los implicados. Debe contar con habilidades de procedimiento y habilidades de análisis. Las habilidades de procedimiento son aquellas que facilitan el desarrollo de la dinámica, como la generación de preguntas abiertas que inviten a los participantes a intervenir, y la capacidad de síntesis que resume los elementos clave de forma periódica permitiendo avanzar en la dinámica, recogiendo lo expresado por el grupo y redefiniendo las metas. Las habilidades de análisis se refieren a la capacidad de extraer conclusiones y de favorecer el razonamiento grupal permitiendo identificar problemas ya sea personales o del funcionamiento de la organización.

Durante la dinámica el moderador será el encargado de guiar el ejercicio. Inicialmente recordará las normas de diálogo, la necesidad de respeto mutuo y la importancia de la confidencialidad. Será el responsable del control del tiempo. Se encargará de conducir la dinámica facilitando la expresión de todos los componentes del grupo, moderando los turnos y clarificando las posturas. Por último, realizará un resumen final que incluya las emociones generadas, las enseñanzas adquiridas y las áreas de mejora.

La dinámica de análisis consta de **cuatro fases**:

1. **Fase de apertura.** El moderador enuncia el caso y presenta las normas de diálogo y de funcionamiento.
2. **Fase de presentación del caso.** El autor lee, en voz alta, el Informe de Incidentes Críticos previamente elaborado.
3. **Fase de análisis y reflexión.** Durante esta fase se persiguen varios objetivos.
 - o **La identificación del problema.** El moderador realiza preguntas abiertas para que responda el grupo y pide la opinión de los participantes.
 - o **La contextualización biográfica del grupo.** El objetivo es nutrirse de la experiencia de los participantes en situaciones similares vividas previamente y compartir la forma en la que lo han vivido y cómo han reaccionado.

- o **Evocar la solidaridad emocional.** A través de la formulación de preguntas como ¿en alguna ocasión se han sentido igual que el protagonista? ¿cómo se sentirían o reaccionarían si les ocurriera a ustedes? De esta forma se busca que los participantes se pongan en el lugar de las personas afectadas.
- 4. Fase de cierre.** Durante esta fase el moderador resume lo expresado e invita al grupo a formular las enseñanzas del caso.

5. CONCLUSIONES

- ① Un incidente crítico es una situación o evento inesperado que, al exigir soluciones rápidas o espontáneas, causan duda o desconcierto invitando a la reflexión.
- ① El análisis de incidentes críticos es una herramienta de aprendizaje muy útil en la formación médica, al permitir el desarrollo de competencias como la comunicación, el trabajo en equipo, la gestión de recursos y la seguridad del paciente.
- ① Es un método muy útil para la enseñanza de la bioética, al permitir al residente reflexionar sobre actitudes e introducir valores éticos en su formación.
- ① Parte de la elaboración de un informe, que consiste en una narración breve, espontánea y estructurada del suceso para su posterior análisis.
- ① El análisis del incidente crítico conlleva una dinámica, dirigida por un moderador, con fase de apertura, presentación del caso, reflexión del grupo y cierre con conclusiones.
- ① Desde el punto de vista de la institución, permite además mejorar la calidad asistencial, al detectar y prevenir errores en la organización que lleven a la adopción de mejoras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almendro Padilla C, Costa Alcaraz AM. *Análisis de incidentes críticos: una herramienta para aprender de los errores*. *Educ Med*. 2018;19(1):60-63.
2. Almendro Padilla C, Costa Alcaraz AM. *Alerta roja: el incidente crítico, aprendiendo de nuestros errores*. *Tribuna Docente*. 2006; vol 8, Num 4. Disponible en: <https://www.uv.es/gibuv/IncidenteCritico.pdf>
3. Almendro Padilla C, Costa Alcaraz AM. *Incidentes críticos*. *Guías Fisterra*. Disponible en: <https://www.uv.es/gibuv/IncidenteCritico.pdf>
4. *Guía del Tutor de Residentes*. Hospital Universitario. Fundación Alcorcón. Edita: M^a Isabel González Anglada. ISBN obra completa:978-84-09-01790-4. Depósito Legal:M-18843-2018
5. Morán-Barrios J, et al. *Metodologías complementarias de aprendizaje para la adquisición de competencias en la formación de especialistas y actividades profesionales confiables*. *Educ Med*. 2020.

5.4 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS. SITUACIONES ESPECIALES. ¿Cómo y dónde recurrir cuando no podemos solucionar un problema?

José María Miguelena, Alejandra García-Botella, José Luis Ramos Rodríguez

PUNTOS CLAVE

- ⦿ ¿De qué estamos hablando?
- ⦿ Situaciones especiales.
- ⦿ ¿Cómo se debe actuar?

1. INTRODUCCIÓN

Un conflicto constituiría un choque de intereses ante una misma situación entre dos o más personas que tienen los mismos o contrarios intereses, donde ambas tienen o creen tener la razón, por lo que no encuentran una solución compatible con igualdad o equidad entre ellos. Formarían parte de las relaciones humanas en diferentes ámbitos: laborales, profesionales, docentes, y no siempre tienen por qué ser negativos.

En este capítulo se va a hacer referencia general a los conflictos en situaciones especiales, **no contempladas en la legislación o normativa oficial vigente**, surgidos en el ámbito estricto de la tutoría y cuya resolución podría rebasar las competencias del tutor y que pueden afectar directamente en algunos casos al tutor y en otros al residente.

La principal premisa a tener en cuenta para afrontar la resolución de estos tipos especiales de conflictos de forma satisfactoria, sería la correcta identificación y delimitación del problema y requiere la aplicación de un conjunto específico de conocimientos y habilidades por el tutor.

2. TIPOS DE CONFLICTOS

Concretando el problema en el escenario de la tutoría en la formación del residente, podrían establecerse genéricamente en relación con los agentes implicados dos niveles (**Tabla 1**):

Los surgidos **entre el Tutor y el Jefe de la Unidad Docente** (Jefe de Servicio) resultantes de “pérdida de confianza” y/o “conflicto de intereses” entre la ejecución y/o aplicación del Plan de formación y necesidades organizativas puntuales del Servicio y los planteados **en el contexto de la tutoría entre el Tutor y Residente**, por pérdida de confianza justificada por no realización/ asunción de funciones y/o “enfrentamientos personales” en relación con la aplicación del Plan de formación y las evaluaciones o los secundarios a relaciones interpersonales “tóxicas” que rebasen el ámbito de la tutorización, compañerismo y/o amistad.

5.4 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS. SITUACIONES ESPECIALES.

¿Cómo y dónde recurrir cuando no podemos solucionar un problema?

Figura 1. Tipos de conflictos



Una vez surgido o detectado el conflicto por parte del tutor será importante determinar ante qué tipo de conflicto nos enfrentamos, ya que el abordaje de cada uno será diferente.

Se podrían clasificar en **4 tipos (Figura 1)**:

1. Los **conflictos interpersonales**, posiblemente los más frecuentes que pueden plantearse en relación con enfermedades y bajas laborales, excedencias, cambios de especialidad, sanciones, informes negativos del tutor... y que generalmente suelen estar bien identificados y resueltos en la normativa y legislación.
2. Los **conflictos** que hemos denominado **formativos**, en muchas ocasiones difíciles de desligar de los anteriores y que pueden surgir por Incumplimiento del Programa, evaluaciones negativas de rotaciones, ausencias injustificadas... y cuya resolución no suele ser difícil, por estar habitualmente referenciados en la normativa oficial.
3. **Conflictos “profesionales”**, planteados en el ámbito estricto del desempeño de la profesión por el residente como: denuncias por “mala praxis” o “no tutorización” durante un proceso asistencial (guardias, quirófano, consultas, planta, urgencias...) con resultado adverso, “desasistencia asistencial debida”, conflictos de intereses (medicina privada, industria farmacéutica, prensa...). Son conflictos especialmente complejos que suelen rebasar habitualmente el ámbito competencial del tutor y suelen implicar habitualmente de forma directa a instancias hospitalarias y administrativas “superiores”, a la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos correspondiente y en muchas ocasiones también a la esfera judicial. En estos casos resultará también posiblemente trascendente un informe justificativo y pericial del tutor.

5.4 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS. SITUACIONES ESPECIALES.

¿Cómo y dónde recurrir cuando no podemos solucionar un problema?

4. Finalmente existiría un tipo de **conflictos “de relación”**, a diferentes niveles y en muchas ocasiones “no excluyentes” con: los jefes de las Unidades, tutor, staff, otros residentes, pacientes, enfermería y sanitario en general y manifestados como enfrentamientos esporádicos o frecuentes con violencia verbal, física, de género, síndrome de “*burn out*” y en el que en muchas ocasiones es el resultado de “infundios”, calumnias, “*fake news*”. Constituyen un grupo de conflictos de difícil resolución y en la que deben participar diversas instancias y los que también resultaría fundamental el punto de vista objetivo e informe del tutor.

3. AFRONTANDO EL PROBLEMA/CONFLICTO

Resulta prioritario identificar y definir lo más inequívocamente posible cuáles son o a qué hacen referencia esas situaciones especiales, por lo que el tutor debe conocer perfectamente lo establecido en leyes y normativas sobre los principales conflictos que puedan surgir y poder solucionarlos o canalizarlos en su caso por vía administrativa, deontológica o judicial.

La resolución del mismo será más o menos sencilla o compleja, atendiendo al tipo (**Figuras 2, 3**). Por ejemplo, en los conflictos de carácter personal generalmente hay una regulación muy específica, que permite la resolución del mismo. Como ejemplo tendríamos el caso del embarazo y la lactancia: La ley para la promoción de la conciliación de vida laboral de las personas trabajadoras (Ley 39/1999) establece un decreto por el que las mujeres embarazadas tienen derecho a una organización del trabajo que les permita realizar jornadas laborales de no más de 12 horas. Esta medida se extiende también a los residentes que deban encargarse del cuidado de familiares directos, menores o discapacitados. También en esta ley se facilita al hombre el acceso al cuidado de los niños.

Sin embargo los conflictos profesionales y los derivados de las relaciones interpersonales pueden ser muy complejos en su resolución.

4. METODOLOGÍA DE ACTUACIÓN

En la resolución de conflictos hay que aplicar un conjunto de conocimientos y habilidades genéricas, propuestos inicialmente en el ámbito laboral. Lo primero para resolver un conflicto es actuar con calma y pensar en la propia situación del conflicto.

En general la sistemática del proceso para la resolución de conflictos es similar y se puede sistematizar en los siguientes escalones (**Figuras 2, 3**):

Definir el problema, identificando el origen o las causas que han dado lugar a la situación que ha promovido el conflicto y conocer la opinión de los implicados.

5.4 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS. SITUACIONES ESPECIALES.

¿Cómo y dónde recurrir cuando no podemos solucionar un problema?

Analizar y conocer su etiología, que suele ser en ocasiones multifactorial.

Definir los objetivos que se desean plantear, teniendo claro lo que se quiere conseguir en la resolución de ese conflicto.

Generar alternativas en los casos no contemplados ni resueltos en la normativa y/o legislación, proponiendo diferentes formas de resolución y siempre que sea posible desde un punto de vista positivo.

Seleccionar las alternativas apropiadas, basadas siempre en criterios objetivos previendo incluso las posibles consecuencias que puede tener cada alternativa. Resulta de vital importancia recabar la opinión de todos los implicados y tener flexibilidad en todo momento. Puede ser recomendable en ocasiones introducir en el conflicto un mediador independiente que se encargaría de facilitar la comunicación de los implicados de forma correcta.

Evaluar los resultados para comprobar si la resolución del conflicto ha sido positiva o no.

Teniendo en cuenta estas premisas se expone a continuación un esquema del proceso que se debería implementar en nuestros esos casos planteados “en situaciones especiales” (**Figura 3**):

- Iniciar un expediente informativo “discreto”.
- Definir perfecta y objetivamente la cuestión origen/motivo del conflicto.
- Aportar las bases y/o documentos “objetivos” en los que se basa.
- Revisar la legislación, normativa vigente aplicable.
- Secuenciar adecuadamente las fases en el “afrontamiento” y resolución del conflicto: Tutor- Jefe de la Unidad docente- Comisión de docencia- Comisión nacional de la especialidad- Colegio de Médicos (Comisión Deontológica)- Ministerio.

5.4 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS. SITUACIONES ESPECIALES. ¿Cómo y dónde recurrir cuando no podemos solucionar un problema?

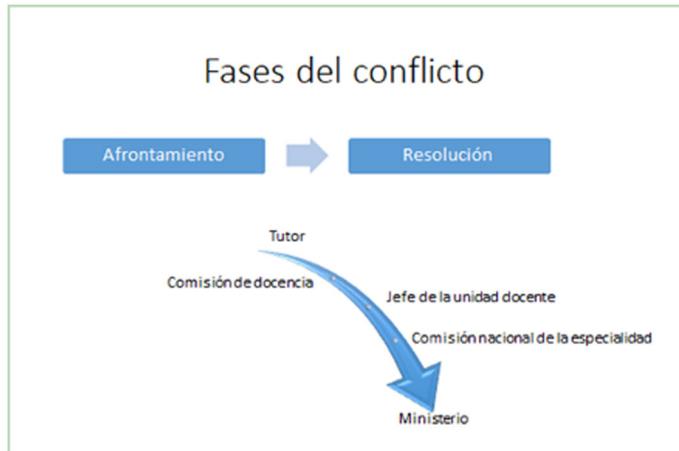


Figura 2. Fases de "afrentamiento" y resolución del conflicto

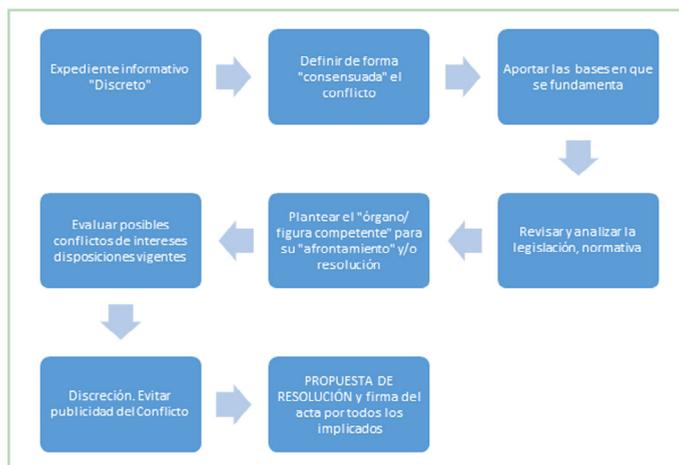


Figura 3. Diagrama de flujo del proceso

- Evaluar los posibles "conflictos de intereses" que puedan interferir/condicionar el proceso.
- Evitar la posible "internacionalización"/difusión del conflicto (huir/evitar las comunicaciones y comentarios en redes sociales y on line).
- Redactar actas reglamentariamente firmadas por los participantes/ personas implicadas y competentes, de las diferentes fases, incluyendo en todas ellas la definición inicial del proceso/conflicto/situación, indicando el ámbito donde ha surgido y/o se ha tratado, las cuestiones que se plantean y las conclusiones, recomendaciones y resolución de esa fase.

5.4 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS. SITUACIONES ESPECIALES.

¿Cómo y dónde recurrir cuando no podemos solucionar un problema?

5. CONCLUSIONES

- Este tipo de conflictos habitualmente rebasan el ámbito competencial del tutor.
- Se debe iniciar un expediente informativo “discreto”.
- Aportar bases y/o documentos “objetivos”.
- “Neutralizar” posibles “conflictos de intereses”.
- El informe objetivo del tutor siempre resultará muy importante.
- Revisar la legislación y/o normativa vigente aplicable.
- Evitar publicidad.

5.4 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS. SITUACIONES ESPECIALES. ¿Cómo y dónde recurrir cuando no podemos solucionar un problema?

BIBLIOGRAFÍA

1. BOE-A-1984-2426. *Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.*
2. BOE-A-2003-21340. *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.*
3. BOE-A-2006-17498. *Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.*
4. BOE-A-2008-3176. *Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.*
5. Hidalgo Carballal A, González Pernía J. *Particularidades de la formación especializada del médico en relación a la responsabilidad profesional. Actualidad de Derecho Sanitario 2008; 148: 318-323.*
6. Lucas-Guerrero V, Pascua-Solé M, Ramos Rodríguez JL, Borrás AT, González de Pedro C, Jover Navalón JM, Rebaso P, Targarona Soler E, Serra-Aracil X. *Desgaste profesional o burnout en los residentes de Cirugía General. Encuesta de la Asociación Española de Cirujanos. Cir Esp. 2020; 98:442-9.*

5.5 LA SALUD DEL MIR

Anna Trinidad, Carlos González, Francesc Feliu

PUNTOS CLAVE

- ¿Entender y reconocer rasgos del burnout, así como saber detectar factores de riesgo y cómo evitarlos.

1. INTRODUCCIÓN

En la última década se ha puesto en evidencia una problemática que afecta gran parte del colectivo médico: el estrés laboral o burnout. El burnout es un problema psicológico desencadenado como una respuesta al estrés laboral crónico y consistente en una sensación de agotamiento físico, mental y emocional vinculado al ámbito laboral. Afecta especialmente en las épocas más tempranas de la formación, es decir, a los residentes y adjuntos más jóvenes. Esta situación puede interferir gravemente en su formación además de los problemas subyacentes que ocasiona en la salud del residente.

Desde la AEC queremos visibilizar este problema, hacer difusión entre los tutores e instaurar medidas de prevención y de actuación.

2. VISIBILIZACIÓN Y DIFUSIÓN DEL BURNOUT ENTRE TUTORES

El término burnout se acuñó de forma coloquial en 1970 por un psicólogo americano llamado Herbert Freudenberger y lo utilizaba para describir las consecuencias de un estrés severo crónico en profesionales dedicados a los demás como lo sanitarios. Cincuenta años más tarde, en 2019, el burnout deja de ser un término coloquial para reconocerse por la OMS como una patología.

Si nos fijamos únicamente en el ámbito sanitario, se han publicado prevalencias de burnout de hasta el 50% de los profesionales y el sector más afectado son los residentes.

El primer año de residencia supone adaptarse a un cambio de vida radical. Según un estudio sobre el nivel de estrés, el 32% de los residentes se encontraron por encima del límite de estrés. Esta cifra aumentaba en el primer año representado el 42% para en los años siguientes disminuir al 30%. En Cataluña, en una encuesta reciente realizada por la Fundación Galatea a la población MIR utilizando el mismo cuestionario validado que el estudio previo, determinó que el nivel de estrés en los profesionales de la salud es superior al de la población media, alrededor de un 18% (anexo 1). En un estudio por Morales y López-Ibor determinan que las conductas adaptativas ineficaces en estas etapas son un factor asociado a la presencia de burnout u otros problemas mentales.

5.5 LA SALUD DEL MIR

Para conocer la situación en España, desde la AEC se realizó un estudio observacional y transversal en donde se encuestaron 452 residentes de cirugía general de España (1). Los resultados del estudio fueron sorprendentes: el 47,6% ha tenido síntomas de desgaste profesional e incluso el 4,6% ha presentado ideas suicidas. Se identificaron dos factores predictivos de desgaste profesional: exceder la jornada laboral (98% de los residentes excede el horario profesional) y no librar las guardias (47% no libra las guardias). Otros factores que pueden contribuir a estos resultados es que el 73,9% afirman haber experimentado abuso verbal/psicológico, el 7,1% abuso físico y el 16,4% acoso sexual.

Desde la publicación de estos resultados, la sección de formación de la AEC se ha encargado de dar difusión y dar estrategias a los profesionales de la salud (mediante webinars, cursos...). Añadimos el siguiente link a uno de los webinars realizados en el que además de profundizar en el concepto de burnout, se explica la perspectiva de una residente que lo ha vivido: <https://www.youtube.com/watch?v=oV4xWP3rg8Y>

3. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

La primera medida para la prevención es saber identificar el burnout en el residente. Para ello es muy importante que los tutores lo entiendan y conozcan sus consecuencias.

El burnout se caracteriza por un deterioro cognitivo, una pérdida de ilusión en el trabajo, una baja realización personal en el mismo, un deterioro afectivo, un agotamiento emocional y físico importante; y una aparición de actitudes y conductas negativas hacia los pacientes (despersonalización). En resumen, la persona afectada por burnout cumple las siguientes características:

1. Síntomas físicos: Falta de energía, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, cefaleas...
2. Manifestaciones emocionales y conductuales: Distanciamiento mental del trabajo (despersonalización), cinismo y negativismo. Progresivamente van abandonando sus relaciones sociales y familiares siendo absorbidos por el trabajo.
3. Eficacia profesional reducida.

Estas tres dimensiones son evaluadas en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) ajustado al ámbito médico. Aunque es preciso de un profesional especializado para diagnosticarlo, constituye la herramienta más utilizada para su identificación.

Los factores etiológicos se agrupan en los siguientes grupos:

- Relacionados con el trabajo: el desorden horario, la privación de sueño, la necesidad de estudio continuado, periodo de formación largo y el contacto con situaciones profesionales complicadas.
- Relacionados con la personalidad: las personalidades con elevada exigencia, perfeccionismo y autocrítica son las que presentan más riesgo. También residentes con falta de recursos individuales para enfrentarse a las situaciones estresantes; así como el poco tiempo para dedicar a socializar y el bajo apoyo familiar.
- Relacionados con la organización: influyen el incremento constante de la presión asistencial y de las tareas burocráticas, la sensación de poco apoyo y supervisión clínica y el poco control de las condiciones de trabajo.
- Relacionados con factores sociales y políticos: La presión de los medios de comunicación i el incremento progresivo de las denuncias contra los medios puede contribuir a aumentar el estrés en el personal médico.

Las consecuencias personales y profesionales se resumen en la **Figura 1**.

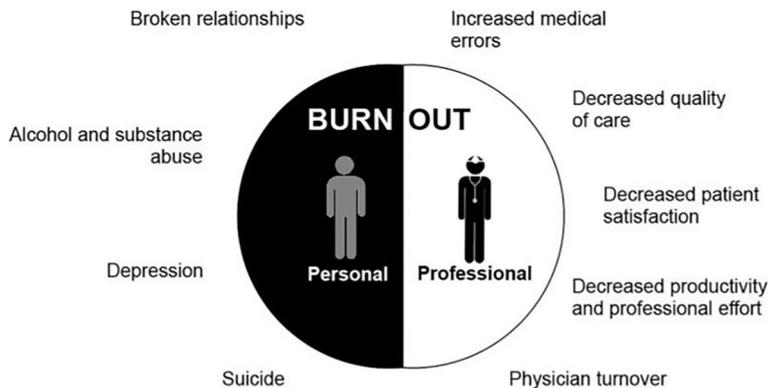


Figura 1. Figura extraída del artículo Surgeon Burnout: Defining, identifying and addressing the new reality.

4. MEDIDAS DE ACTUACIÓN. RECOMENDACIONES AEC

Desde la sección de formación de la AEC se considera clave la formación de tutores para reducir el porcentaje de burnout.

Desde la AEC se proponen los siguientes puntos clave a tratar:

1. Realizar evaluaciones periódicas por parte de los tutores que permitan detectarlo de forma precoz así como crear una esfera de apoyo y confianza para que el residente pueda expresar como se siente. Además del índice de Maslach, una forma rápida de evaluar posibles problemas en el residente sería el test de Mahmood (6). Es un test de 11 preguntas que se contestan con Sí/No, y puede dar una idea al tutor sobre la Salud mental de su residente y actuar en consecuencia.
2. Crear un ambiente de trabajo que fomente valores positivos. Se ha observado que los servicios que funcionan con más desorganización, mala comunicación entre profesionales y una mayor presión asistencial son aquellos en que los residentes padecen más burnout. Es importante crear ambientes en los que las relaciones interpersonales sean correctas y asertivas ya que no solo ayudarán al residente sino a todo el servicio.
3. Mejorar la calidad de las guardias. Las guardias son quizá el momento que más contribuye al malestar psicológico debido a la sensación de falta de supervisión, a las discusiones entre compañeros, presión asistencial más marcada, la falta de ayuda por parte de compañeros y, en casos más extremos, presencia de agresiones verbales e incluso físicas. Se aconseja evitarlo en la medida de lo posible.
4. Ofrecer recursos para la prevención de la aparición de problemas psicológicos orientados a incrementar habilidades no técnicas de gestión emocional, social, de comunicación y afrontamiento de situaciones estresantes; tal como hemos visto en capítulos anteriores.
5. Incentivar la importancia de los vínculos familiares y sociales. Es importante mantener una vida profesional y familiar balanceada ya que estudios demuestran que el hecho de tener una red social sólida protege frente al estrés laboral.
6. Intervención temprana ante la identificación de síntomas a través de asistencia psicológica. Además, todos los hospitales presentan servicios de prevención de riesgos laborales que el residente puede consultar.

7. Tratamiento integral de casos más graves a través de especialistas calificados para el tratamiento de estas patologías. Hay que tener presente que el tutor no es terapeuta y es importante derivar cuando sea necesario.

Existen programas de salud que con su implementación han demostrado su utilidad como es el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME). El PAIME es un programa dedicado a médicos con trastornos psíquicos y/o conductas adictivas que pueden interferir en su práctica profesional. Este programa tiene como finalidad asistir, de manera integral y confidencial, asegurando que reciben el tratamiento adecuado y puedan ejercer la medicina en las mejores condiciones posibles para la salud de sus pacientes.

5. CONCLUSIONES

- Es importante para todos los cirujanos y, sobretodo de los tutores, en concienciar sobre el burnout, en saber identificar los síntomas y señales de malestar psicológico para prevenir su aparición y tratarlo en el caso que exista ya que contribuirá no solo a mejorar la calidad de vida del residente sino también reducirá errores médicos, la calidad asistencial y la satisfacción del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Desgaste profesional o burnout en los residentes de Cirugía General. Encuesta de la Asociación Española de Cirujanos.*
2. *Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. Mayo Clinic proceedings. Dec; 2015 90(12):1600–1613.*
3. *Wendy Awa, Martina Plaumann, and Ulla Walter, 'Burnout Prevention: A Review of Intervention Programs', Patient Education and Counseling 78 (2010), 184–90.*
4. *Alfredo Moreno-Egea, Isabel Latorre-Reviriego, et al. Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos.*
5. *James C. Senturk, MD, PhD | Nelya Melnitchouk, MD, MSc, Surgeon Burnout: Defining, Identifying, and Addressing the New Reality*
6. *Mahmood T. Dealing with trainees in difficulty. Facts Views Vis Obgyn. 2012;4(1):18-23.*

5.6 RESPONSABILIDAD/IMPLICACIÓN DEL MÉDICO TUTOR DOCENTE PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO (PAIME)

Anna Trinidad, Carlos González, Francesc Feliu

PUNTOS CLAVE

- ⦿ Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), dedicado al tratamiento y la reinserción laboral en plenas condiciones para seguir manteniendo la seguridad clínica del paciente.
- ⦿ El PAIME nace con el objetivo de evitar la automedicación y la ocultación del problema y, al mismo tiempo evitar el riesgo de la mala praxis.
- ⦿ Marco legal y deontológico.
- ⦿ ¿Cuándo se debe notificar un caso con riesgo para la praxis profesional?

1. INTRODUCCIÓN

El personal docente en general y los tutores en particular, no estamos ajenos a la problemática del residente enfermo. Todo lo contrario, estamos especialmente sensibilizados ante situaciones de frustración, de “sufrimiento” de nuestros residentes que ponen en riesgo no sólo su integridad física y psíquica sino su aprovechamiento docente, situación que conlleva a una mayor sensación de estrés y de fragilidad.

Lamentablemente, no disponemos en la actualidad de las herramientas ni recursos necesarios para dar una respuesta de calidad al reto que ello supone.

Ni la normativa actual vigente ni los programas formativos están actualizados, y la situación de alta complejidad de la medicina moderna, la súper especialización y la competitividad, es decir, la alta exigencia en el ámbito de la medicina moderna ponen de manifiesto la necesidad de un cambio de paradigma.

Los tutores y docentes abogamos por disponer de un mayor tiempo para la Tutorización del residente, la creación de unos mecanismos de vigilancia de forma continuada, con protocolos de reconocimiento médico (por parte de Salud Laboral), un amplio conocimiento de las responsabilidades y deberes, tanto asistenciales como docentes por parte de los propios residentes, de todo el personal docente implicado y de la administración sanitaria, así como una adecuación de los planes formativos de las diferentes especialidades, entre otras propuestas.

Necesitamos, así mismo, una mayor presencia del Colegio de Médicos, que adopte realmente un papel de “mediador” entre el residente, el tutor y la institución sanitaria, también para la protección de la salud.

5.6 LA SALUD DEL MIR. RESPONSABILIDAD IMPLICACIÓN DEL MÉDICO TUTOR DOCENTE PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO (PAIME)

Es en este sentido que hace más de 20 años el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB), conjuntamente con la Fundación Galatea, crearon el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), dedicado al tratamiento y la reinserción laboral en plenas condiciones para seguir manteniendo la seguridad clínica del paciente. Este programa se extrapoló rápidamente al resto del territorio nacional y a fecha de hoy es una realidad plenamente arraigada (con cobertura pública), en todos los 52 colegios oficiales de médicos de España.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

La atención al médico enfermo es una vía llena de dificultades, como:

- Posibilidad de apertura de expediente disciplinario, que puedan llegar a la suspensión temporal o definitiva de la colegiación.
- Implicación de la atención en el ámbito laboral.
- Posibilidad de iniciar expedientes de invalidez.

Por lo que son necesarios mecanismos de coordinación, estrategias de procedimientos y la regulación de un abordaje integral y confidencial entre los diferentes estamentos colegiales y empleadores sanitarios.

El PAIME nace con el objetivo de evitar la automedicación y la ocultación del problema y, al mismo tiempo evitar el riesgo de la mala praxis. El programa está orientado al tratamiento y recuperación plena del profesional afecto de problemas en la esfera psíquica y/o adictiva, incluidos los psicofármacos, que puedan interferir en su práctica clínica, asegurando su retorno al ejercicio profesional en óptimas condiciones que aseguren la seguridad clínica del paciente.

Es pues un instrumento de control de la buena praxis médica, un elemento de garantía para la población, ya que cuidar al médico enfermo supone defender la salud de los ciudadanos. Es un programa de médicos para médicos, creado para superar las barreras que nos impiden vernos como pacientes.

3. MARCO LEGAL Y DEONTOLÓGICO

La base normativa se encuentra en el artículo 22, del capítulo IV, del Código Deontológico de la Organización Médica Colegial de España (julio 2011):

5.6 LA SALUD DEL MIR. RESPONSABILIDAD IMPLICACIÓN DEL MÉDICO TUTOR DOCENTE PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO (PAIME)

“ El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá al paciente que recurra a otro compañero competente en la materia.

Si un médico observara que, por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional.

Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fuera advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio Oficial de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. Esta actuación no supone faltar al deber de confraternidad porque el bien de los pacientes es siempre prioritario.”

Los estatutos de los Colegios Oficiales de Médicos tienen en su articulado normas que consolidan la función primordial de la Institución: salvaguardar y defender la buena praxis médica en el marco de una plena autorregulación profesional. Se reconoce pues la existencia que el fenómeno del médico enfermo es un problema potencial de mala praxis.

Se enfatiza el imperativo que el médico enfermo deba seguir las recomendaciones que le fueran realizadas. Al mismo tiempo, destaca el deber de los colegas a ser proactivos y evitar un corporativismo mal entendido, que sólo lleva a la ocultación, al silencio y/o a ignorar la evidencia.

4. EL ÉXITO DEL PAIME

El éxito del PAIME se basa en los principios:

- La asistencia integral, el abordaje de los trastornos mentales en su sentido más amplio.
- El carácter no persecutorio, no punitivo.
- El acceso voluntario (salvo en aquellos casos de riesgo grave para el paciente).
- La actuación preventiva.
- La promoción de la rehabilitación.
- La confidencialidad, garantizando de forma absoluta el anonimato del médico atendido.

5. SERVICIOS

El PAIME ofrece los siguientes servicios:

- Ambulatorio: 1ª visitas y visitas de seguimiento, psicoterapias individuales, así como control de tóxicos, estudios neuropsicológicos y psicométricos.
- Hospital de Día, según la disponibilidad territorial.
- Hospitalización en las Unidades de Ingreso propias del PAIME, en los casos más graves.

6. ¿QUÉ DEBO HACER?

Cuando se detecta un potencial problema de trastorno mental y/o adicción en el profesional sanitario, éste debe ponerse en contacto con el COM.

A partir de la recepción de la llamada, se asignará un coordinador del Colegio que activará el protocolo de atención y organizará un primer contacto presencial con el terapeuta, en la mayor brevedad posible y de forma totalmente confidencial.

Si el caso requiere actuación por parte del equipo terapeuta se firmará el llamado Contrato Terapéutico entre ambas partes: un documento que obliga a la confidencialidad, al sometimiento del médico enfermo a las indicaciones terapéuticas y a los controles que se requieran, y al compromiso de llevar a cabo su actividad profesional con restricciones si así se indicara.

7. ¿CUÁNDO SE DEBE NOTIFICAR UN CASO CON RIESGO PARA LA PRAXIS PROFESIONAL?

En el caso que el médico enfermo negara padecer un problema y no aceptara la demanda voluntaria de tratamiento, el compañero, colega, deberá presentar escrito a la Secretaría del COM correspondiente. Éste tiene potestad para iniciar diligencias e incoar una citación con el médico potencialmente enfermo en las dependencias colegiales. Si después de dicha conversación el médico acepta su problemática, se accede directamente al programa PAIME.

Si rehúsa la existencia del problema se propondrá una evaluación psiquiátrica, si el resultado de la cual fuere patológico, la Junta de Gobierno del COM puede proceder a una inhabilitación temporal del ejercicio profesional del colegiado, hasta que acepte ser tratado. **(Figura 1)**

5.6 LA SALUD DEL MIR. RESPONSABILIDAD IMPLICACIÓN DEL MÉDICO TUTOR DOCENTE PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO (PAIME)

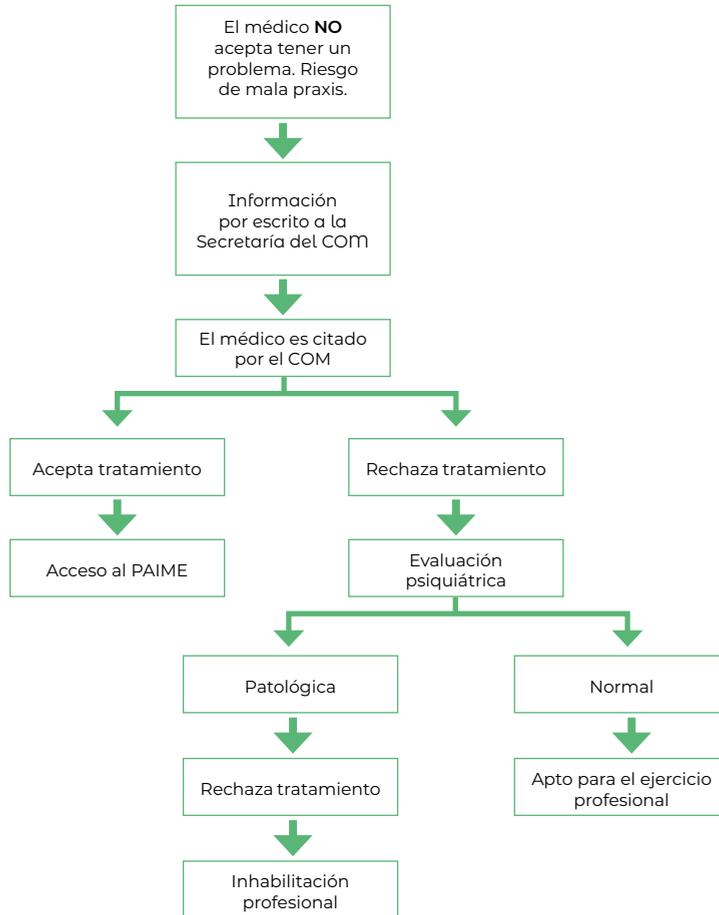


Figura 1: Secuencia de pasos del médico enfermo posible PAIME que NO acepta tener un problema de salud mental y/o adicción.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Guía PAIME. Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias. 2016. Disponible en: http://www.fphomc.es/sites/default/files/guia_paime.pdf.*
2. *Mingote-Adan JC, Garrote-Díaz JM, Romero-Agüit S y PAIME working group. La experiencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) de la Organización Médica Colegial en España. Med Clin.2019;152(8):324–328*
3. *Programa atención integral al médico enfermo (PAIME), 20 años. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB). www.paimm.fgalatea.org*
4. *Programa Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME). Fundación Protección Social de la Organización Médica Colegial de España (FPSOMC). www.cgcom.es*



PATROCINADO POR:

