

# Competencias de los Tutores de Aparato Digestivo

---

Posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva



## Grupo de trabajo

### Coordinador

Dr. Fernando Alberca de las Parras.  
H. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

### Autores

Dr. Fernando Alberca de las Parras.  
H. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

Dra. Sonia Alonso López.  
H. Universitario Fundación Alcorcón (Alcorcón. Madrid).

Dra. Maite Betés Ibáñez.  
H. Clínica Universitaria de Navarra (Pamplona).

Dr. Juan Luis Mendoza Hernández.  
H. Clínico Universitario San Carlos (Madrid).

### Correctores

Dr. Javier de Teresa.  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada).

Dr. Cecilio Santander.  
Hospital Universitario de la Princesa (Madrid).

## Índice

Reconocimiento a la labor del tutor.....	4
Liberación horaria y ratio de médicos residentes por tutor.....	4
Formación de tutores.....	5
Listado Nacional de Tutores de Digestivo.....	8
Establecimiento de Relaciones Institucionales.....	9
Trasfondo ético y valores.....	9
Programa PAIME (Plan de Atención Integral al Médico Enfermo).....	10
Protocolos de supervisión de residentes de aparato digestivo .....	12
Apostar por la evaluación objetiva.....	13
Evaluación 360° .....	15
Documentación estandarizada.....	17
La troncalidad en el contexto europeo.....	18
Bibliografía.....	20

## Reconocimiento a la labor del tutor

El papel de los tutores en el sistema de formación MIR es complejo, requiere esfuerzo y conlleva evolucionar hacia el profesionalismo. Por lo tanto, el nombramiento del tutor debe de ser incentivado personal y profesionalmente para generar el grado de competencia necesario para acceder a estas funciones. Este elemento de reconocimiento es absolutamente necesario para la creación de perfiles adecuados y la implementación de un sistema de acreditación de tutores. El reconocimiento debe de ser global e incluir todos los aspectos que componen el resto de las actividades profesionales del tutor (1, 2).

**Necesidad de formación:** la tutorización requiere aprender nuevas técnicas de comunicación, de planificación y de evaluación, por lo que es necesario facilitar dicha formación y dar valor a la realización de las actividades formativas del tutor.

**Tiempo:** las tutorías deben de estar reconocidas como tiempo en el horario laboral independientemente del asistencial.

**Reconocimiento documental/ curricular:** mediante certificados locales o de ámbito nacional que tengan un valor añadido diferencial en concursos u oposiciones

**Apoyo económico:** asociar complementos variables a objetivos y la necesidad de evaluación de las labores de tutorización

**Reconocimiento en la carrera profesional:** este profesionalismo debe de tener un lugar reconocido como una forma de carrera profesional independiente en el ámbito de la formación, creando niveles de acreditación y además tener un peso específico entre los méritos de la carrera profesional asistencial.

**Reconocimiento del trabajo como específico** igualándolo a otras funciones de gestión.

## Liberación horaria y ratio de médicos residentes por tutor

La necesidad de tiempo es una demanda continua de los tutores, que han visto de forma progresiva como se han incrementado las funciones y las acciones a realizar, y que se complicará aún más si finalmente en el futuro se implementa la troncalidad. La liberación horaria es necesaria y se podría realizar de diferentes formas, comenzando por darle el mismo valor que se le da al tiempo que tiene asignado el personal con tiempo dedicado a la gestión, como recoge la Ley (Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero) (3). Otra forma sería dar días libres de acuerdo al tiempo dedicado, posiblemente esta fórmula es muy arbitraria y poco práctica, aunque sería un modo de incentivar. También es importante conceder tiempo para dar soporte a la necesidad de formación específica de los tutores. Posiblemente la fórmula más justa, pero la más difícil por su variabilidad es el reconocimiento personal e individual.

lizado del trabajo de tutorización, en función del tiempo empleado en cada momento y las actividades implementadas por el tutor (actividades periódicas, métodos de evaluación realizados, implicaciones en las actividades formativas y de investigación, etc.).

Posiblemente un buen comienzo podría ser adjudicar al tutor **2.5 horas a la semana**, donde no está incluido el tiempo de formación del tutor, que debería de incrementarse en función de las actividades formativas, evaluativas y de investigación que realice el tutor con los médicos residentes y que puedan ser medidas de forma objetiva. Esta liberación horaria permitiría darle valor al esfuerzo realizado en cada momento.

La ratio de residentes, en una especialidad con 4 años, debe ser de **3-4 residentes al año** intentando que cada residente esté en un año formativo diferente y siendo el tutor del mismo residente desde el primer hasta el último año de residencia.

## Formación de tutores

La concepción de la educación y la formación ha ido cambiando significativamente en los últimos tiempos. Para poder desenvolvemos en la vida profesional no sólo son necesarios los conocimientos, debemos aprender a “saber estar con los demás y trabajar en equipo”. Enseñanza es todo lo que los docentes y las instituciones ponen al servicio del estudiante para que este se forme y aprendizaje es la construcción nueva que el alumno hace en su mente en base a las informaciones que recibe, a su capacidad de reflexión, de síntesis, a su afectividad y a sus recursos para el trabajo. Actualmente se considera la formación de los especialistas MIR una “Formación Basada en Competencias” (FBC) (4, 5). En esta manera de formar a nuestros médicos jóvenes, lo importante no es la posesión de determinados conocimientos, sino el uso que se haga de ellos. Este criterio obliga a las unidades docentes de cada hospital a replantear lo que comúnmente han considerado como formación, ya que la FBC representa una gran transformación en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En la educación tradicional el objetivo central del proceso de enseñanza–aprendizaje es la transmisión de contenidos. El profesor es el centro del proceso, mientras que el alumno tiene un rol pasivo de simple receptor. La evaluación del estudiante se basa en los contenidos adquiridos, muchas veces alejados de las verdaderas demandas del ejercicio profesional.

A diferencia del modelo tradicional, en la FBC el alumno (residente en nuestro caso) es el centro del proceso de enseñanza-aprendizaje; lo más importante es lo que él tiene que aprender. El objetivo de la FBC es que éste logre un aprendizaje complejo, que integre el saber, el saber hacer, el saber ser y el saber estar. El profesor cumple el rol de orientador y mediador del aprendizaje, es más facilitador del aprendizaje que transmisor de conocimiento. Para ello, al escoger una determinada estrategia o metodología docente hay que potenciar aquellas que aseguren una participación lo más activa posible por parte de los residentes.

El diseño del currículo se inicia con la identificación, por parte de la unidad docente, de las competencias que el mundo profesional/laboral demanda. El perfil profesional de los sanitarios, formados en las instituciones de educación superior y posteriormente en sus centros de trabajo de manera continuada, debe ser integral y constar de dos tipos de competencias:

- Competencias específicas o clínicas propias del campo profesional, las que corresponden a las siguientes áreas o dominios: 1) habilidades clínicas básicas; 2) manejo de pacientes; 3) salud pública y sistemas de salud; 4) fundamentos científicos de su especialidad; 5) investigación y aplicación del método científico.
- Competencias genéricas o transversales de formación personal, las que corresponden a las siguientes áreas o dominios: 1) comunicación; 2) sentido ético; 3) gestión de la información; 4) aprendizaje autónomo y desarrollo personal; 5) profesionalismo.

La educación tradicional está frecuentemente orientada de forma exclusiva al logro de algunas de las competencias específicas, dejando de lado las competencias genéricas, que son las que hacen del profesional no sólo un experto en su campo, sino, además, un profesional de excelencia.

Otro de los cambios importantes que provoca la implementación de la FBC es en la evaluación, con la que se ponen a prueba los resultados del proceso de enseñanza-aprendizaje. Dicho proceso debe ser sometido a un seguimiento individual, activo y continuo por parte del docente-tutor, de forma que no sólo se lleva a cabo una evaluación sumativa o final, sino también continuada o formativa, que permite un diagnóstico de las competencias dominadas por el personal y de aquellas deficitarias que precisan desarrollo, para poder tomar las medidas correctoras oportunas.

El tutor de residentes, y todos los profesionales implicados con la formación de especialistas, deben familiarizarse con las diferentes formas de evaluación formativa que incluyen metodologías diversas, según el nivel de la pirámide de Miller en la que nos encontremos (saber, saber cómo, mostrar cómo, hacer): test de conocimientos o basados en contextos clínicos, evaluación de la práctica "in vitro" con ECOE, maniqués o simulaciones, evaluación de la práctica "in vivo" con evaluaciones 360°, mini-CEX, portafolios, etc.

Ayudar a los residentes en su proceso de aprendizaje implica un cambio de mentalidad por parte de los tutores, y la necesidad de conocer estas nuevas metodologías con las que muchos de nuestros residentes ya han estado en contacto durante sus estudios previos a la formación MIR.

La formación de los tutores viene reconocida en el RD 183/2008 (3) y es un derecho de los mismos y una obligación del empleador. Sin embargo, en la mayor parte de las Comunidades Autónomas (CCAA) no se ha desarrollado adecuadamente y de forma normativa esta faceta. Dicho RD establece en su Artículo 12, sobre evaluación, incentivación y mejora de competencias del tutor, cuatro apartados:

1. De acuerdo con lo previsto en el artículo 10.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, las funciones de tutoría tienen la consideración de funciones de gestión clínica y como tales deben ser evaluadas y reconocidas. Consideramos que se debería contabilizar e incluso puntuar para bolsas de trabajo y carrera profesional, dándole un valor adecuado.

2. Las comunidades autónomas, con la finalidad de garantizar la idoneidad y el mantenimiento de las competencias de los tutores, regularán procedimientos de evaluación para su acreditación y reacreditación periódica con sujeción a lo previsto en el artículo 10.1 y 3 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre. A estos efectos, se tendrán en cuenta, entre otros factores, la experiencia profesional continuada como especialista, la experiencia docente, las actividades de formación continuada, la actividad investigadora y de mejora de calidad, la formación específica en metodologías docentes, así como el resultado de las evaluaciones de calidad y encuestas sobre el grado de satisfacción alcanzado.

3. De conformidad con lo previsto en el artículo 10.4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, las comunidades autónomas regularán sistemas de reconocimiento específico de la acción tutorial en sus respectivos servicios de salud. En los mencionados procedimientos se reconocerán las funciones de tutoría llevadas a cabo en las unidades y centros acreditados para la formación de especialistas en el ámbito de todo el sistema sanitario.

4. Las Administraciones sanitarias, a fin de facilitar la mejora de su competencia en la práctica clínica y en las metodologías docentes, favorecerán que los tutores realicen actividades de formación continuada sobre aspectos tales como los relacionados con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de la investigación, gestión de calidad, motivación, aspectos éticos de la profesión o aspectos relacionados con los contenidos del programa formativo.

Ante la evidente carencia en estos conceptos de recertificación, acreditación y formación por parte de las diferentes CCAA consideramos que se debe exigir con carácter general su normalización normativa, a ser posible con un consenso nacional.

La SEPD ha iniciado un programa de formación para tutores de digestivo y que se comentan más adelante en el dossier elaborado y volcado en nuestra página web ([www.sepd.es](http://www.sepd.es)). Sin embargo, no hay que olvidar que existen programas formativos on-line a escala nacional diseñados por la estructura formativa de la Organización Médica Colegial (OMC-Formación) (6), con la que podríamos complementarnos.

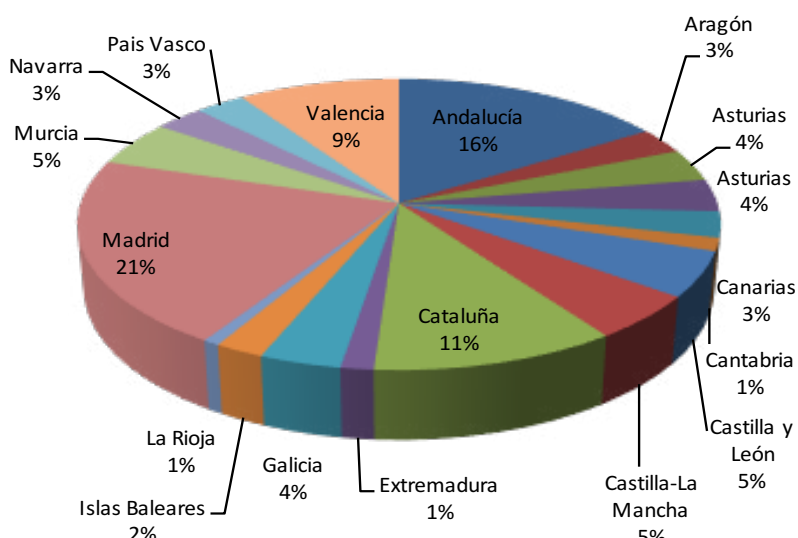
## Listado Nacional de Tutores de Digestivo

Como no existe ningún registro nacional de tutores de Aparato Digestivo, desde la SEPD se ha contactado con los centros hospitalarios y los jefes de servicio y se conseguido el feed back siguiente resultado:

- **Nº de centros registrados:** 93 Hospitales
- **Nº tutores registrados a fecha 15 mayo 2017:** 134; de este total pertenecen a la SEPD, un 60%.
- **Nº de comunicaciones realizadas con los tutores:** 8 envíos
- **Asistentes al curso de tutores:** 38 asistentes.
- **Visualizaciones en streaming del curso de tutores:** 156 visualizaciones del streaming. El pico más alto de visualizaciones en live streaming fue de 15 simultáneas.
- **En cuanto al género,** el 53% son hombres, frente a un 47% de mujeres.

Esta es la distribución geográfica de los registros de la base de datos de tutores elaborada por la SEPD.

### Tutores/ Comunidad Autónoma





## Establecimiento de Relaciones Institucionales

Existe una Vocalía Nacional de Tutores en la Organización Médica Colegial. Dicha vocalía realiza diversas actividades profesionales, entre las que destacan algunas formativas que podrían ser complementarias y compartidas con nosotros, valorando de forma mutua la difusión de actividades y conocimientos, así como la facilitación del programa formativo (6). Por otro lado, en España existe la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada (SEFSE) con una amplia oferta formativa para tutores y docentes y con la hemos estrechado lazos colaborativos (7).

## Trasfondo ético y valores

El principal papel de un buen tutor de residentes es guiar y colaborar junto a un grupo de profesionales en la construcción de un buen médico para el futuro. Para la sociedad, un buen médico, es aquel que es respetuoso con los pacientes y con sus seres queridos, que tiene la capacidad de hacerles participar en las decisiones médicas con el adecuado uso de los consentimientos informados. Colaborando con el equipo de salud, aprendiendo de otros médicos y manejando adecuadamente la información científica y que acepta la muerte como parte de la vida siendo capaz de ayudar a los pacientes y seres queridos cuando ésta llega (8). Por lo tanto, lo que la sociedad nos demanda son médicos con importantes valores y un trasfondo ético sobre el que articulan el conocimiento científico. El tutor de residentes debe de ser un modelo del profesionalismo para el residente, siendo cercano y estando disponible en todo momento, enseñando los conceptos de confidencialidad, debe aconsejar y educar a los pacientes, enseñar al residente a trabajar en equipos multidisciplinares, la necesidad de mantenerse al día desde el punto de vista científico y participar en los avances de la medicina. Además, debe de transmitir otros aspectos relacionados con la gestión de situaciones profesionales (manejo de conflictos, de la incertidumbre, del tiempo) y uso racional de los recursos. También es fundamental transmitir los valores básicos de la bioética:

- Principio de no maleficencia, el primero y fundamental. Se describe como *primum non nocere*, es decir, primero no hacer daño.
- Principio de justicia, responsabilidad del profesional para la asignación y utilización de los recursos sanitarios, tanto individual como colectivamente.
- Principio de beneficencia, implica que las decisiones y acciones profesionales busquen siempre el mejor beneficio para el paciente.
- Principio de autonomía, reconoce el derecho del paciente a participar en la toma de decisiones que le afectan directamente, incluyendo el rechazo del tratamiento.

Por lo tanto, un tutor de residentes debe de crear un ambiente seguro en el que se desarrolle la formación del residente, delimitando claramente sus competencias profesionales en

cada momento, creando escenarios de bajo riesgo, enseñando a usar los consentimientos informados para respetar la autonomía del paciente y promover la prudencia en la toma de decisiones. Además de ayudar al residente a situarse en el contexto social e institucional sanitario y hacerle conocedor de los comités de ética e investigación (9).

## Programa PAIME (Plan de Atención Integral al Médico Enfermo)

Los tutores son profesionales médicos que trabajan con otros médicos en formación, los residentes. Estos, en muchos casos están sometidos a alta presión en lo que es su primer trabajo y en estas condiciones sufren situaciones de stress que los podrían conducir a enfermar, presentando problemas psíquicos o adictivos. Los médicos son tan vulnerables a la enfermedad como sus pacientes. Sin embargo, es habitual la negación de la propia enfermedad y la automedicación. En estas circunstancias pueden incurrir en su práctica profesional en errores y negligencias.

Por ello es bueno que los tutores conozcan el programa PAIME para poder ayudar a residentes/pacientes y por ende a la sociedad.

El programa PAIME se desarrolló a partir del año 2001 desde la Organización Médica Colegial (OMC) (10) y su filosofía se basa actualmente en los contenidos del Código de Deontología de la Organización Médica Colegial, aprobado en Madrid, noviembre de 2011, Capítulo V, Calidad de la atención médica. Artículo 22 (11), que textualmente dice:

1. "El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia.
2. 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 absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional.
3. Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario."

Los objetivos de dicho programa son:

- Ayudar al mayor número posible de médicos enfermos.
- Asegurar que los médicos enfermos reciban la asistencia especializada necesaria.
- Favorecer su rehabilitación como profesionales.
- Garantizar que la práctica de la medicina se haga en las mejores condiciones posibles para la salud de los ciudadanos.

Se trata de un programa específico para médicos. Cuando un médico enferma, es esencial que tome conciencia de su propia enfermedad antes de llegar a situaciones extremas, y que cuente con las garantías suficientes de recibir una buena atención. El PAIME facilita la superación de las barreras que impiden al médico verse como paciente y le facilita el acceso a una atención sanitaria de calidad y especializada en caso de enfermedades relacionadas con trastornos psíquicos y/o conductas adictivas. La atención personalizada, la discreción, la flexibilidad en el tratamiento y el apoyo profesional especializado se acomodan a las características de cada paciente. Desde la atención individual, grupal o familiar, hasta la adaptación de horarios y asistencia en vacaciones. Además de la asistencia sanitaria, el PAIME también proporciona atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral.

Tienen derecho a recibir la asistencia del PAIME todos los médicos colegiados y en activo, es decir, que no estén en situación de invalidez o de jubilación, dado que el Programa se creó para que los médicos con problemas psíquicos y/o adictivos pudieran volver a desarrollar su tarea profesional en las mejores condiciones y con las máximas garantías para sus pacientes. El acceso se realiza a través del colegio de médicos llamando al nº de teléfono PAIME existente en cada Colegio. La llamada se derivará al responsable colegial del PAIME colegio con las máximas garantías de confidencialidad del caso. Para obtener información se puede acudir a la web ([http://www.fphomc.es/paime\\_fott](http://www.fphomc.es/paime_fott)).

El tratamiento a seguir por el médico enfermo, tras la valoración de su caso por el clínico correspondiente, puede requerir una etapa de ingreso hospitalario o realizarse de forma ambulatoria. Los programas clínicos que contempla el PAIME son: Programas para trastornos mentales: - P. para trastornos afectivos. - P. para trastornos de ansiedad. - P. para trastornos psicóticos. - P. para trastornos de somatización. Programas para patologías duales  
Programas para trastornos adictivos: - P. libres de drogas: - de desintoxicación. - de deshabituación. - Programas de mantenimiento: - con agonistas. - con antagonistas. - P. de prevención de las recaídas. - P. de exposición a estímulos. - P. de habilidades sociales. Programas adaptados: - P. en tiempo de vacaciones. - P. de hospital de noche. - P. personalizados.

## Protocolos de supervisión de residentes de aparato digestivo

Aunque el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero (3) sienta las bases de la supervisión y responsabilidad progresiva del residente, no las desarrolla de forma específica, excepto para el primer año de residencia, de tal forma que deja a las unidades docentes y a las comisiones de docencia la tarea de elaborar protocolos de supervisión en función de la especialidad y del año de residencia.

La consecución de los objetivos del residente de Aparato Digestivo se organizará siguiendo los criterios de los niveles de responsabilidad y habilidades a adquirir descritos en el programa formativo de la especialidad, elaborado por la comisión nacional de la especialidad de Aparato Digestivo (Orden SAS/2854/2009, de 9 de octubre) (12), existiendo tres niveles de responsabilidad:

- **Nivel de responsabilidad 3 o de responsabilidad máxima:** Actividades realizadas en solitario por el residente sin necesidad de supervisión directa.
- **Nivel de responsabilidad 2 o de responsabilidad media:** Actividades realizadas directamente por el residente bajo supervisión del adjunto responsable del área específica donde se actúa.
- **Nivel de responsabilidad 1 o de responsabilidad mínima:** Actividades realizadas por el personal de plantilla y observadas o asistidas por el residente.

El papel del tutor de Aparato Digestivo en la supervisión de los residentes debe incluir:

- La elaboración de protocolos de supervisión específicos, según áreas de capacitación y año de residencia, que deben ser actualizados periódicamente, aprobados por la comisión de docencia y elevados a la dirección hospitalaria. En estos debería detallarse el nivel de responsabilidad (R1-3) y de habilidad a adquirir (H1-3) para cada actividad y año de residencia.
- El tutor de Aparato digestivo debe incluir en dicho protocolo el nivel de supervisión que precisan los residentes de otras especialidades que roten en la unidad.
- El tutor debe consensuar con el responsable de la unidad la programación de las actividades asistenciales de manera que faciliten el cumplimiento de los itinerarios formativos de los residentes y su integración supervisada en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras.
- El tutor del residente podrá informar, tanto al jefe de servicio 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, según el proceso

individual de adquisición de competencias, la formación previa del residente, su especialidad de origen o la superación de pruebas o evaluaciones específicas. En este sentido la existencia de herramientas de evaluación de competencias en técnicas endoscópicas facilitaría la aplicación del nivel de supervisión mínimo cuando éstas se hubieran alcanzado.

• Los protocolos de supervisión en las unidades docentes son el mejor mecanismo de control para hacer frente a los problemas de responsabilidad legal relacionado con la actividad de los residentes, y es especialmente relevante en nuestra especialidad por el creciente desarrollo de técnicas y procedimientos invasivos.

Patologías, situaciones y procedimientos que deberían ser realizadas o supervisadas directamente por el médico especialista de aparato digestivo.

- Ingresos Judiciales.
- Situaciones de conflicto con familiares/pacientes.
- Traslados a otros centros.
- Manejo de complicaciones.
- CPRE.
- Ultrasonografía endoscópica.
- Técnicas de endoscopia avanzada.
- Endoscopia urgente.
- Manejo de pacientes críticos (deberá registrarse en la historia clínica el nombre del adjunto que supervise directa o indirectamente el caso. Orden SSI/81/2017) (13).

## Apostar por la evaluación objetiva

La evaluación del residente es formativa. Resulta imprescindible que los residentes reflexionen sobre su aprendizaje, y para ello se deben recoger todas las actividades asistenciales, docentes y de investigación realizadas y deben ser evaluados.

La Comisión de Docencia, en colaboración con los tutores, debe definir documentalmente las directrices para la realización de la evaluación formativa, a fin de realizar una valoración objetiva del residente.

Los instrumentos de la evaluación formativa deben incluir:

a) Entrevistas periódicas de tutor y residente, de carácter estructurado y pactado, que favorezcan la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista de Aparato Digestivo en formación. Estas entrevistas, en un número no inferior a cuatro por cada año formativo, se deberían realizar en la mitad de un área o bloque formativo, para

valorar los avances y déficits y posibilitar la incorporación al proceso de medidas de mejora.

b) Instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente según los objetivos del programa formativo y según el año de formación que se esté cursando.

- Observación del residente durante el desempeño.

- Incidentes críticos

- Evaluación 360°

- Hojas de evaluación por rotación que revisan el cumplimiento de objetivos de cada rotación en cuanto a conocimientos y habilidades y competencias relacionadas con actitudes y profesionalismo con información explícita del significado de cada puntuación, es decir preferiblemente con sistema de escala rúbrica.

- El alto contenido de nuestra especialidad en técnicas invasivas, exige el desarrollo y aplicación de herramientas específicas que permitan evaluar las habilidades técnicas del residente y su curva de aprendizaje en endoscopia digestiva alta y colonoscopia, de tal forma que pueda definirse el momento en que pueda realizar las técnicas sin supervisión directa.

c) El libro del residente o la Memoria del Residente como soporte operativo de la evaluación formativa del residente. Es un registro individual de actividades que evidencian el proceso de aprendizaje y acreditan la adquisición de competencias.

La Comisión Nacional de Aparato Digestivo diseñará la estructura básica del libro del residente, que será aprobado por el Ministerio de Sanidad. En tanto, las comisiones de docencia deben realizar una adaptación individual de su contenido (plan individual de formación). Sirve para acreditar la adquisición de competencias y evidenciar el proceso de aprendizaje. Debe recoger:

- Datos cuantitativos y cualitativos de la actividad asistencial por rotación incluyendo número de ingresos y altas en áreas de hospitalización y número y tipo de técnicas en áreas de endoscopias o ecografía y diagnósticos más frecuentes.

- La actividad docente e investigadora realizada a lo largo del año: sesiones, cursos, comunicaciones y publicaciones.

- Número y fechas de las entrevistas residente-tutor.

- Un análisis crítico de sus contenidos por parte del residente con reflexión sobre su desarrollo personal y profesional.

d) La hoja de evaluación anual resume todo lo anterior y recoge la media de la calificación de las rotaciones y añade el valor de la Memoria del Residente donde se plasma la información sobre las Sesiones, cursos y comunicaciones a congresos y publicaciones.

Idealmente debe ponderarse cuantitativamente el valor de la media de evaluaciones por rotación, la actividad docente e investigadora y el informe del tutor en la evaluación final.

## Evaluación 360°

La evaluación 360 grados es una herramienta de gestión de talento humano que consiste en una evaluación integral para medir las competencias de los colaboradores en una empresa. Inicialmente se utilizó para evaluar las competencias de los ejecutivos de alto nivel, pero su uso se ha generalizado en las últimas décadas, y resulta un instrumento muy útil aplicado a los residentes médicos durante su formación MIR. En los países líderes en educación médica (Reino Unido, Canadá, EEUU y Holanda) la evaluación 360 se ha establecido como un estándar para evaluar las competencias de los residentes de medicina.

Se trata de una evaluación en el contexto real de trabajo (último nivel de la pirámide de Miller, "hacer", por lo tanto, más centrada en el comportamiento que en el conocimiento, que corresponde a los primeros niveles de la pirámide, "saber, saber cómo")

Esta evaluación pone en el centro al residente, que es evaluado por sus compañeros, supervisores, jefes, personal de enfermería y administrativo, pacientes, así como por él mismo (autoevaluación). Se basa en los comportamientos y habilidades que tiene la persona en su entorno profesional. El resultado es muy rico en información ya que proporciona las debilidades, cualidades, habilidades, conocimientos, actitudes positivas y negativas que el evaluado posee al llevar a cabo sus actividades laborales. El objetivo de la evaluación es reforzar estas fortalezas y detectar sus áreas de oportunidad para trabajar en ellas y así elevar su grado de competitividad y productividad (es un instrumento de evaluación formativa) (4, 5, 14, 15, 16)

La evaluación 360° tiene muchas ventajas:

1. Permite obtener información de muchos miembros del equipo. De esta forma, se obtiene información más objetiva que cuando se realiza una autoevaluación o cuando la lleva a cabo solamente el jefe directo. Mejora la percepción de equidad y justicia en los procesos de evaluación.
2. Motiva a los residentes a trabajar en una "cultura de organización", buscando una orientación positiva hacia el cambio y la mejora continua.
3. Identifica necesidades de desarrollo de los evaluados. Permite proporcionar una retroalimentación constructiva, focalizando la atención en el potencial de cada residente y completando su formación en las habilidades necesarias para mejorar el rendimiento profesional.

Para poder obtener estos beneficios, la evaluación debe realizarse de manera sistemática y ordenada, ya que también existen potenciales desventajas:

1. Puede causar tensión entre los participantes si el evaluado no es capaz de manejar de forma correcta las críticas negativas hacia su desempeño, lo que puede ir en detrimento de su motivación y productividad. Por eso la evaluación debe ser anónima y, además, es fundamental el trabajo posterior del tutor con el residente para encauzar los resultados obtenidos de la forma que se considere más beneficiosa en cada caso (el tutor actúa como un "coach").
2. Puede fomentar la crítica no objetiva de manera que se aproveche para hacer acusaciones gracias al anonimato. O por el contrario es posible no dar una opinión honesta debido al temor a represalias. Por eso es importante establecer previamente un proceso de preparación y sensibilización.
3. Al ser una evaluación cualitativa es complejo obtener resultados y datos concretos. Es importante que el cuestionario esté diseñado de la manera más precisa para obtener la información que se requiere. La validez de la información que brinde la evaluación 360° dependerá del diseño de la encuesta y de un seguimiento del proceso para asegurar que está alineada con las competencias esperadas.

Las etapas de la evaluación de 360 grados:

### 1.- Preparación

Las competencias son combinaciones dinámicas de conocimientos, habilidades y actitud (saber hacer algo como resultado de la integración de conocimientos [saber qué], conceptos [saber cómo], habilidades [saber hacer], actitudes y cualidades personales [saber ser]). En esta etapa se definen las competencias y conductas observables que queremos evaluar.

Se han de concretar los formatos de evaluación, evaluadores, y calendario de realización. Es preciso que existan unos objetivos claramente definidos en los programas de formación. Los principales tipos de competencias que se pueden evaluar con este instrumento son: a) trabajo en equipo; b) comunicación y relación interpersonal; c) calidad de gestión de recursos; d) profesionalismo; y e) asesoramiento y educación de pacientes y familiares.

El 80% del éxito de un proyecto de evaluación 360 radica en esta etapa.

### 2.- Sensibilización

El objetivo es que tanto los evaluados como los evaluadores comprendan los beneficios de la evaluación 360. Para el éxito del proyecto, es muy importante reducir la tensión emocional que ocasiona ser observado. Es importante que tanto el residente como los evaluadores se sientan identificados y motivados con este proceso; sería inútil cualquier esfuerzo si ellos sienten que no les genera ningún valor para su trabajo. Si el proceso de sensibilización se omite, es muy probable que la evaluación no consiga los resultados deseados. La persona que lidere el proceso debe conocer el tema y ser capaz de garantizar la imparcialidad y la transparencia. En algunas empresas se buscan para esta función asesores externos a la organización.



### 3.- Proceso de evaluación

Esta es la parte del proceso en que se envían a los evaluadores los formatos de evaluación, para que puedan dar una retroalimentación objetiva. Existen programas informáticos que facilitan esta tarea, aunque puede realizarse de forma manual.

### 4.- Recolección de datos e informe de resultados

Se recogen todas las evaluaciones hechas para posteriormente procesarlas.

La información se sintetiza y se acomoda de tal manera que podamos obtener resultados. Pueden utilizarse técnicas estadísticas que permitan analizar tendencias. En cualquier caso, debemos de sintetizar la información de tal manera que se presente de manera lógica y estructurada el resultado para que tenga el impacto esperado a la hora de la retroalimentación.

### 5.- Retroalimentación y planes de desarrollo

Todo el proceso puede ser inútil si no se retroalimenta al evaluado de manera correcta y con un enfoque positivo. Los resultados de la evaluación deben ser transmitidos al residente de una forma personalizada y creando un ambiente de confianza, pues se pueden presentar casos de rechazo a la calificación. El tutor debe ayudar al residente evaluado a centrarse en las causas que pudieron generar la diferencia entre su percepción y la de los demás. Debe garantizarse la confidencialidad y no utilizar los datos para averiguar lo que piensan unos de otros. El tutor, con la ayuda del propio residente, debe desarrollar planes que le permitan desarrollar aquellas oportunidades detectadas. Las deficiencias pueden estar en 4 elementos: conocimientos, actitudes, habilidades y valores. Cualquiera puede ser modificado, siempre y cuando exista actitud.

Existe un anexo de evaluación 360° en el dossier de la web.

## Documentación estandarizada

En el área GastroMIR de la web de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) ([www.sepd.es](http://www.sepd.es)) (17) se ha desarrollado un apartado con documentación de interés para los tutores y residentes de aparato digestivo.

El objetivo de este dossier es facilitar un repositorio de documentación de utilidad para el tutor y el residente con documentación de utilidad ya utilizada en otros Centros y adaptada para los socios de la SEPD. Además, la intención de esta documentación por su concepto es que pueda ser utilizada como base y ser adaptada a las peculiaridades de cada centro. Es un modelo para facilitar el trabajo de tutores y residentes.

- Guía itinerario del residente
- Evaluaciones
  - o Encuesta de evaluación del servicio
  - o Hojas de recogida de datos

- o Libro del Residente
- o Evaluación de rotaciones externas (Recomendación que no se entregue al residente si no que vaya de responsable de rotaciones a tutor)
- o Evaluación 360°
- Legislación
- Curso de tutores
  - o Funciones del tutor y Formación necesaria. Análisis de la Legislación Actual. Acreditación. Dr. Juan Luis Mendoza Hernández - Tutor de Aparato Digestivo H. Clínico (Madrid)
  - o Relación entre el Jefe de Servicio y el Tutor. Arbitraje y papel del Jefe de Estudios. Dr. Javier de Teresa Galván. Jefe del Servicio del Virgen de las Nieves (Granada). Presidente de la Comisión de Formación y Docencia de la SEPD
  - o Responsabilidad legal del residente. Medidas de control. Mecanismos y causas de suspensión de la residencia. Dra. Sonia Alonso López - Tutora de Aparato Digestivo H. Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)
  - o Sistemas de Evaluación del Residente ¿Qué podemos y debemos aplicar? Sistema de Portfolio. Libro del Residente. En Europa ¿qué hay?. Dr. Miguel Fernández Bermejo - Complejo Hospitalario de Cáceres
  - o Recopilación de un dossier para tutores de AD. Elaboración de documento de consenso. Dra. Verónica Martín Domínguez - H de la Princesa (Madrid) / Dr. Fernando Alberca de las Parras- Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).
- Documentación clínica
  - o Manual de algoritmos
  - o Plantillas para sesiones clínicas
  - o Calculadoras
  - o Clasificaciones y escalas en endoscopia
- Bibliografía de interés

## La troncalidad en el contexto europeo

El actual modelo de formación de especialistas en Ciencias de la Salud avanza de forma paralela a la necesaria adecuación a la demanda asistencial de la población, a la evolución de los conocimientos científicos, incorporación de elementos de innovación docente y del uso de las tecnologías de la información y comunicación y al objetivo de seguridad de los pacientes.

La Directiva 2005/36/CE estableció el mecanismo de reconocimiento mutuo automático de las cualificaciones de los médicos según los requisitos de formación en todos los Estados miembros. The European Union of Medical Specialists (UEMS) se compromete a promover la libre circulación de médicos especialistas en toda Europa, garantizando el más alto nivel de formación cumpliendo su objetivo de mejorar la calidad de la atención sanitaria ofrecida a los ciudadanos europeos. Los objetivos del European Section and Board of Gastroen-

terology and Hepatology de la UEMS en materia de formación son garantizar que se alcancen los estándares mínimos para la cualificación de los especialistas de Aparato Digestivo europeos en todos los países de la Unión Europea y otros países asociados (18).

La Comisión Nacional de la especialidad de Aparato Digestivo, al igual que The European Section and Board of Gastroenterology and Hepatology, comparten el objetivo de alcanzar una mayor eficacia y eficiencia en el proceso de adquisición de las competencias necesarias para el adecuado ejercicio de las profesiones sanitarias. La adquisición de competencias comunes a varias especialidades en ciencias de la salud se plantea realizarla a través de un periodo de formación uniforme, denominado tronco, en convergencia con la estructura de la formación especializada de otros países miembros de la Unión Europea. La incorporación de la troncalidad en la formación de especialistas en Ciencias de la Salud tiene la finalidad de que los residentes adquieran las competencias profesionales determinadas en el programa formativo oficial de la correspondiente especialidad con un enfoque interdisciplinar y pluridisciplinar de las especialidades adscritas al mismo tronco que favorezca el trabajo en equipo y la atención integral del paciente en los procesos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores. El tronco se define como el conjunto de competencias nucleares y comunes a varias especialidades en Ciencias de la Salud que se adquieren a través de un periodo de formación especializada, denominado periodo troncal. La formación comprenderá dos periodos sucesivos de formación programada: uno, de carácter troncal, y otro, de formación específica.

Durante los primeros años de residencia de Aparato Digestivo, el médico residente debe lograr una formación científica en medicina clínica y especialidades y en la sistemática de la organización del trabajo clínico-asistencial, deben alcanzarse el conjunto de competencias comunes a las 21 especialidades médicas (del tronco médico). En el periodo de formación específico en Aparato Digestivo se consolidarán las competencias propias de la especialidad, que de forma general incluirán competencias en gastroenterología general, trastornos funcionales, enfermedad inflamatoria Intestinal, hepatología básica, endoscopia, ecografía, nutrición, oncología digestiva, patología bilio-pancreática y proctología.

Todos los objetivos en materia de formación en la especialidad de Aparato Digestivo son compartidos y apoyados por la Sociedad Española de Patología Digestiva SEPD e incorporados a los objetivos estratégicos del Comité de Formación y Docencia de la SEPD, comprometido en satisfacer las necesidades y expectativas de los Médicos especialistas en Aparato Digestivo, con el propósito de mejorar la competencia profesional, entendida como la aptitud del Médico para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a la buena práctica de su asistencia clínica.

## Bibliografía

- 1- Martín Zurro A. Acreditación y reconocimiento de los tutores. Incentivación de la acción tutorial. Educ. méd. vol.6 no.3 jul./sep. 2003
- 2- Sabater Ortí L. Hacia un nuevo modelo de tutor de residentes. Cir Esp 2006;80:121-2
- 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. Obtenido en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-3176>
- 4- Morán-Barrios J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 1ª Parte: principios y métodos, ventajas y desventajas. Educ Med 2016;17(4): 130-139.
- 5- Morán-Barrios J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 2ª Parte: tipos de formularios, diseño, errores en su uso, principios y planificación de la evaluación. Educ Med 2017;18(1): 2-12.
- 6- <http://www.ffomc.org/tutoresmir>
- 7- <https://sefse-areda.com/formacion/oferta-formativa/>
- 8- Enkin M. What's a good doctor and how do you make one?: Doctors should be good companions for people. BMJ : British Medical Journal 2002; 325(7366):711.
- 9.- Prados-Torres J D. Ser tutor de residentes. ¡ASERRE el aprendizaje!. de Formación Docentes y Tutores Clínicos / Bol docTutor educ med. / ISSN 2173-8262 [<http://www.doctutor.es/2015/03/11/ser-tutor-de-residentes-aserre-el-aprendizaje/>]
- 10-Código de Deontología de la Organización Médica Colegial, aprobado en Madrid, noviembre de 2011, Capítulo V, Calidad de la atención médica. Artículo 22
- 11- [http://www.fphomc.es/paime\\_fott](http://www.fphomc.es/paime_fott)
- 12- Orden SAS/2854/2009, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Aparato Digestivo. Obtenido en <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-16993>
- 13- 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. Obtenido en [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-1200](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-1200)
- 14- Shumway JM, Harden RM. AMEE Guide No. 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. Med Teach 2003; 25(6):569-584.
- 15- Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990; 65 (Suppl):S63-S67
- 16- Guadalajara JF, Durante I, Ortigoza JL, Sánchez M. Evaluación y supervisión en educación médica. Seminario: El ejercicio actual de la medicina. 2006. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/sep\\_02\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/sep_02_ponencia.html).
- 17- [www.sepd.es](http://www.sepd.es)
- 18-<http://www.eubogh.org>

