

Ser tutor de residentes. ¡ASERRE el aprendizaje! (? y 2)



Resumen: Como continuación de un artículo anterior sobre las funciones del tutor (DocTUTOR en marzo de 2015), se abordan aquí las responsabilidades en los ámbitos **de la Ética y profesionalismo, la Relación, la Representación institucional y la Evaluación**. Completándose así el acrónimo **ASERRE**.

J. Daniel Prados-Torres. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Distrito Málaga. docTUTOR.

En el anterior artículo del mismo título, revisamos parte de las funciones del tutor de residentes resumidas en el acrónimo **ASERRE**, es decir, las que corresponden a **A** y **S**: Aprendizaje de los residentes (como fomentarlo y desarrollarlo desde el rol de tutor) y Seguridad durante el aprendizaje (cómo garantiza el tutor la seguridad del paciente y del residente, durante la formación).

Abordamos ahora las relacionadas con **Ética y profesionalismo, Relación, Representación institucional y Evaluación**

ASERRE:

? Aprendizaje

? Seguridad

ASERRE 1: AS

? Ética y profesionalismo

? Relación

ASERRE 2: ERRE

? Representación institucional

? Evaluación

Ética y profesionalismo (E):

El tutor promueve la profesionalidad o profesionalismo, los valores, la ética asistencial, la ética en la investigación clínica?

Los principios básicos de bioética son¹ :

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

Los valores profesionales fundamentales -que constituyen la llamada **profesionalidad o profesionalismo**- han sido resaltados innumerables veces por diferentes autores. En 2006, la Confederación Internacional de Estudiantes de Medicina² presentó al hilo de la Conferencia de Bolonia un documento de consenso denominado el currículum básico europeo para los licenciados en medicina (por extensión para cualquier profesional sanitario) en el que definieron su visión del profesionalismo. Está orientado a **Construir una relación profesional positiva con el paciente**. Se resume en 6 puntos:

1. Respeto a la **autonomía** del paciente y a su capacidad de tomar decisiones informadas sobre su propia salud y su vida.
2. Respeto a la **confidencialidad** definida por las directrices relevantes legales y éticas.

3. **Puesta al día** continuada de sus conocimientos y habilidades a lo largo de la carrera profesional.
4. Disposición a **enseñar a otros colegas** el conocimiento y habilidades que ellos mismos han alcanzado.
5. Estar preparados para usar su conocimiento para educar y **dirigir a los pacientes** y a la sociedad en general.
6. **Contribución al avance** de la medicina (o por extensión de las ciencias de la salud).

Aunque la mayoría de estos principios son coincidentes con los valores profesionales resaltados por la mayoría de los autores, llama la atención que en esta propuesta en el punto 4, **se resalte claramente la enseñanza a los colegas (incluida la tutoría)** como uno de los valores fundamentales de la profesión médica. No es ninguna novedad: ya existía una clara referencia a ello en el llamado juramento Hipocrático.

En otras definiciones del profesionalismo médico o sanitario, se incluyen también dimensiones relacionadas con la **dirección**, la gestión de situaciones profesionales (adecuado manejo de las crisis y/o de los conflictos, de la incertidumbre, de los errores médicos, la adecuada gestión del tiempo, entre otros), **prescripción racional y empleo adecuado de recursos, atención oportuna, eficiente, eficaz, equitativa, y centrada en el paciente?**)

Pues bien, el conjunto de todas esas dimensiones es lo que constituye el profesionalismo.

¿Cómo pueden los tutores promover la ética y los valores profesionales entre los residentes?

Para promover el aprendizaje de la ética y la profesionalidad la actividad docente más efectiva (más trascendente además, que cualquier otra), es **servir de modelo y hacer reflexionar** al residente sobre su papel en situaciones clínicas que conlleven dilemas éticos. Esta es la mejor forma de evitar contradicciones entre lo que se habla y lo que se hace (**disonancias cognitivas**).

El cuidado que el tutor tenga en aplicar los principios éticos a su relación con el paciente es clave, pero también lo es aplicarlos a su relación con el propio residente.

El modelo de **presentación para la deliberación** de una sesión clínica, que se resume a continuación, adaptado de Jesús Cardona³ es muy clarificador.

EJEMPLO DE SESIÓN CON RESIDENTES PARA PROMOVER EL APRENDIZAJE DE BIOÉTICA: Presentación para la deliberación.

1. El tutor presenta una **sesión clínica** haciendo referencia a lo largo de ésta de algunas situaciones que puedan entrañar conflictos éticos.
2. Se les pide a los residentes que identifiquen los **problemas éticos**
3. A continuación se resaltan los **valores en conflicto** (¿qué valor? y ¿Qué principio ético? ¿Cuál es el conflicto?)
4. Se promueve una **deliberación** entre los residentes y una propuesta o argumentación de los **posibles cursos de acción**
5. Se proporcionan por el tutor una serie de consejos orientativos para la **Toma de Decisiones**
6. Se realizan Pruebas a los **posibles cursos de acción**:
 - a. Tiempo: ¿Cambiaría la decisión si esperamos más tiempo?
 - b. Legalidad: ¿Es compatible con el marco jurídico actual?
 - c. Publicidad: Los miembros del Comité de Ética Asistencial ¿podrían defender públicamente los contenidos del informe?

Hacer participar al residente en un comité de ética asistencial (**CEA**), presenciando cuando sea posible el proceso de deliberación ante determinados dilemas éticos tal y como lo hacen los expertos, también puede ser muy formativo. Aún más si el EIR realiza un buen informe de reflexión sobre lo aprendido y lo discute en las entrevistas formativas con su tutor.

Por último, también puede ser útil para el aprendizaje EIR, que asistan alguna vez a los comités de ética de la investigación (**CEIs**), incluidos los comités de valoración de ensayos clínicos.

Puntos clave (Ética y Profesionalismo:

El tutor, **tras delimitar los elementos clave de la bioética asistencial y de la investigación clínica y del profesionalismo**, puede animar al EIR a asistir a actividades formativas relacionadas con estas competencias pero -sobre todo- deberá evitar disonancias cognitivas. Es muy útil promover **sesiones clínicas sobre deliberación ética** en los centros y cuando se pueda, facilitar la **participación EIR en CEAs y CEIs**.

El modelo de Atención Centrada en el Paciente (**ACP**), **promueve la ética y la Profesionalidad**⁴, ya que fomenta la autonomía del paciente y su capacidad de tomar decisiones informadas sobre su propia salud y su vida. Evidentemente promover este modelo supone un incremento de la ética clínica.

Relación (R): Haremos referencia en este apartado, a las características humanas del tutor que facilitan el aprendizaje)

El tutor maneja con soltura la comunicación, la gestión de conflictos, la empatía, el papel de representación y promoción del paciente y del residente, en definitiva la relación tutor/residente y médico/paciente?

Carl Rogers Definió las características humanas del tutor que facilitan el aprendizaje?. Son fundamentalmente tres⁵ :

1. **Autenticidad**, sinceridad, comportamiento sin dobleces.
2. **Aceptación del otro** (como persona probablemente imperfecta pero capaz de mejorar).
3. **Comprensión empática**.

El tutor es ante todo **un modelo** y la enseñanza médica y de las profesiones sanitarias **un proceso muy complejo que requiere habilidades en comunicación y dinámica de grupos**.

Probablemente sea necesaria una suficiente **adaptación docente entre tutores y residentes**. Algunos instrumentos como p.e. el **Plan de formación Individualizado** y el **Contrato Pedagógico** o Contrato Docente (CP) de los que podemos encontrar información complementaria, por ejemplo en: Educación Médica. Manual Práctico para clínicos⁶, pueden ser muy útiles.

Utilizar **modelos de enseñanza centrados en el que aprende** y en sus necesidades concretas, promueven el aprendizaje. No hay que olvidar el papel que juega el tutor como nexo de introducción del residente al resto del equipo de trabajo del centro o unidad. Hay que conocer cuáles son los fundamentos de la **enseñanza de adultos**, o cómo se puede **aprender de la experiencia**, o cómo se puede hacer **comunicación empática o enseñanza no directiva**, también **cuáles son los fundamentos de la entrevista en docencia** o cómo dar **feedback efectivo** o **cómo fomentar la autorreflexión del que aprende**? Muchos de estos contenidos, se revisan en buenos textos sobre docencia médica.

Puntos clave (R)elación

Las características ?humanas? fundamentales del tutor son: **autenticidad, aceptación del otro y comprensión empática**. Éstas, junto con la forma de relación y comunicación tutor/residente son trascendentes en la relación y condicionan el aprendizaje.

Los modelos centrados en el que aprende mejoran el aprendizaje significativo.

Desarrollar estas características ?humanas? es posible. Se pueden aprender y ejercitar. Para ello tiene especial relevancia conocer y manejar correctamente la **entrevista clínica y la comunicación en docencia** (incluido el feedback).

Representación institucional (R)

El tutor ayuda al residente a situarse en el contexto de una institución sanitaria y docente, de la que el tutor forma parte y a la que representa: Supervisa, delega y respalda las actuaciones de los residentes y promueve una responsabilidad creciente.

La legislación salvaguarda esa representación a través de la supervisión decreciente referenciada en el RD 183/2008⁷.

Para que el proceso de aprendizaje sea efectivo y significativo, el residente debería estar suficientemente ubicado y contextualizado en la organización asistencial en la que se está formando. Para ello, el tutor debe ?introducir y representar? al residente en la institución sanitaria, aclararle la legislación y las normas específicas que regulan la relación institucional del EIR, que se resumen en la figura 1.



Figura 1

Los tutores deben conocer la legislación básica (Tanto a nivel estatal como autonómico), que regula la formación especializada e informar a los residentes. La normativa más importante -que se actualiza periódicamente- está resumida en la siguiente tabla 1:

Elementos normativos del contexto de aprendizaje EIR	
NORMATIVA	CONTENIDOS FUNDAMENTALES
Ley 462003 (L.O.P.S.), TIT. II, Capítulo III. (Formación de los profesionales sanitarios)	Formación especializada en Ciencias de la Salud. Realizar las tareas asistenciales que establece el correspondiente programa de formación y la organización funcional del centro.
Real Decreto 1146/2006 (de relación laboral especial de residencia para la Formación de E especialistas)	Regula la responsabilidad, progresiva, programada y limitada a estado supervisión docente.
Real Decreto 183 /2008 (determinación de especialidades en C. de la Salud y sus derivados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada)	Deber de supervisión del residente. Deber de responsabilidad progresiva.
Programas Oficiales de formación de Especialistas en Ciencias de la Salud	Muchos de ellos establecen la necesidad de establecer itinerarios formativos individualizados y definir competencias a alcanzar.
Contrato laboral que se establece entre los MIR y las instituciones sanitarias	Donde se promueven las responsabilidades laborales de los residentes.

Tabla 1

Aunque el papel de representante institucional del tutor es compartido por los órganos directivos y por la jefatura de estudios de las correspondientes comisiones de docencia, es al tutor al que día a día le toca resolver las dudas a los residentes. Es frecuente que los residentes pidan al tutor su opinión sobre determinados aspectos formativos, pero también suelen pedir ayuda cuando surgen conflictos laborales o formativos en su centro. Conocer la legislación básica ya citada, es de gran utilidad para poder proporcionar información bien fundamentada.

Por otra parte, la participación de los tutores en determinadas comisiones ?colegiadas?, sobre todo en la **Comisión de Docencia**, es trascendente ya que es ésta, uno de los principales ámbitos de representación de los tutores y de desarrollo de los elementos clave en la relación con la Dirección de los centros.

Puntos clave de la (R)epresentación Institucional

La supervisión y tutela de las tareas asistenciales que realiza el residente, representa una de las principales responsabilidades del tutor.

El tutor es clave para contextualizar adecuadamente al EIR. Debe facilitar que el residente conozca en profundidad el **contexto en que se forma** (y la institución sanitaria) desde un punto de vista legal e institucional, (características del centro, niveles de responsabilidad en cada momento y situación?) El conocimiento del contexto permite un aprendizaje significativo y promueve seguridad. El tutor debe asumir un rol de clarificación de las **responsabilidades del EIR** y promoverlas dentro de su marco legal.

La participación de los tutores en comisiones colegiadas relacionadas o con influencia en la formación de residentes (comisiones de docencia, comisiones de tutores o de evaluación, Juntas Facultativas, CEAs y CEIs?) son la expresión formal del rol de representación institucional del tutor.

Evaluación (E)

La evaluación acompaña siempre al acto educativo. Autores como Linn RL, o Gronlund NE, han dicho que evaluar es determinar si se lograron los objetivos del proceso de enseñanza aprendizaje e implica un proceso sistemático de acopio de información a través de la aplicación de instrumentos válidos y confiables, para analizarla objetivamente en lo cuantitativo y en lo cualitativo y así poder emitir juicios de valor sobre el grado de correspondencia entre la información y los criterios previamente establecidos, fundamentando la toma de decisiones sobre el proceso de enseñanza aprendizaje.

En docencia se suelen delimitar al menos dos tipos de evaluación, la **evaluación formativa y la sumativa**.

Evaluación formativa: Se ha definido como un proceso encaminado a valorar el logro de los objetivos y la efectividad de programas y profesores (es decir de los resultados de la enseñanza). También puede referirse a la valoración del proceso de formación y/o las estructuras implicadas en dicho proceso.

Evaluación sumativa (o de certificación): Es un modelo específico de evaluación docente, en que se determina un nivel mínimo para decidir aprobados, paso de un curso a otro o autorización para ejercer una determinada actividad o profesión. Es decir, la que pretende básicamente la calificación de los alumnos.

El tutor está implicado en la evaluación formativa (incluyendo el feedback y en la evaluación sumativa (incluyendo la evaluación certificativa ?que posibilita la obtención de un título de especialista-). También es garante o aval del EIR ante la sociedad, en tanto que certifica con el resto de responsables de la evaluación sumativa su aptitud, es decir, la adquisición por el residente de las competencias necesarias para poder ejercer su especialidad.

Miller⁸ propuso en 1990 la pirámide de la evaluación de las competencias clínicas. A partir de ella se han hecho muchas reflexiones y se han presentado muchas propuestas instrumentales, como las resumidas en la figura. El tercer escalón de la pirámide de Miller nos da una doble información: por una parte se evalúa lo que el aprendiz es capaz de mostrar; es un nivel elevado desde el punto de vista evaluativo, pero además en la figura, adaptada de Van der Vlieten⁹ , ?muestra cómo? (ver figura 2) equivale a decir es ?capaz

de demostrar a otros y por lo tanto de enseñar?. Ejercitar esos escalón de la evaluación por el residente, equivale a promover sus hábitos docentes enseñando a otros compañeros o colegas.



Figura 2

El RD 183/2008 hace referencia al papel del tutor en la evaluación, tanto formativa (libro del residente, entrevistas tutor residente, diarios de reflexión, etc.) como sumativa (evaluación de las rotaciones, evaluación anual?).

Por otra parte, la evaluación, además de un proceso técnico representa ?a veces- un dilema ético. Sin ninguna duda la ética del proceso evaluativo condiciona sus aspectos técnicos y la técnica de su desarrollo tiene implicaciones morales.

La evaluación no es un fenómeno aséptico, que se pueda realizar sin preguntarse por los valores, por el respeto a las personas, por el sentido de la justicia. La evaluación es un fenómeno moral porque tiene repercusiones importantes para las personas, para las instituciones y para la sociedad.

La evaluación sumativa tiene también un contenido social ya que garantiza - dentro de unos límites, claro está - que los profesionales que la superan, dominan los conocimientos, tienen las habilidades y disponen de las actitudes que permiten asegurar que el ejercicio de la práctica de su profesión será previsiblemente oportuno y seguro.

El tipo de evaluación que hacen los tutores se sustenta ante todo en la observación continuada (assessment) que puede ser mejorada mediante la triangulación de personas, de documentos, de métodos y de momentos de observación... La evaluación formativa debería ser participativa, buscando la implicación de evaluadores y evaluados y se beneficia cuando hay un desarrollo suficiente de una cultura evaluativa y autocrítica en las instituciones sanitarias.

Puntos clave (E)valuación

La evaluación docente de los EIR puede ser formativa y sumativa.

La sumativa debe vigilar los posibles **dilemas éticos**, ya que tiene una gran repercusión social al autorizar para el ejercicio profesional de la especialidad. Dicha evaluación -al fundamentarse ante todo en la observación continuada (assessment)- debería ser triangulada siempre que se pueda y representa una de las principales responsabilidades del tutor.

Referencias bibliográficas.

[1] Eddy DM .Clinical decision making: from theory to practice. Principles for making difficult decisions in difficult times. JAMA. 1994 Jun 8;271(22):1792-8.

[2] Hilgers, J., De Roos, P., Rigby, E., Hilgers, J., De Roos, P., & Rigby, E. (2007). European core curriculum?the students' perspective, Bristol, UK, 10 July 2006. Medical teacher, 29(2-3), 270-275.

[3] Portal EIR. IAVANTE/Consejería de salud de la Junta de Andalucía; 2-07-2015. Programa de Formación en Competencias Transversales. Módulo 1: Bioética y Profesionalismo. Unidad 1 aspectos éticos básicos de la práctica clínica.

www.portaleir.es/pefi/pfct.html

[4] Hilgers, J., De Roos, P., Rigby, E., Hilgers, J., De Roos, P., & Rigby, E. (2007). European core curriculum?the students' perspective, Bristol, UK, 10 July 2006. Medical teacher, 29(2-3), 270-275.

[5] Rogers C. To Facilitation of Significant Learning, En Siegel L. Editor. Contemporary Theories of Instruction. San Francisco, California: Chandler Publishing Co; 1996.

[6] Prados-Torres JD., Saura-Llamas J. (2010). Los planes de información individualizados y los contratos pedagógicos. En: Educación médica. Manual práctico para clínicos. Mod. 3 (45-50).

[7] 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 nº 45, (21-02-2008).

[8] Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990; 65: S63-7.

[9] Van der Vleuten CPM. A paradigm shift in education: how to proceed with assessment? 9th International Ottawa Conference on Medical Education. Cape Town, 28 February-3 March 2000.