

## HACIA LA MEJORA DEL PLAN INDIVIDUAL DE FORMACIÓN DEL RESIDENTE

### TOWARDS THE IMPROVEMENT OF INDIVIDUAL TRAINING PLAN OF RESIDENT

Eduardo **Romero Sánchez\***, Pilar **Martínez Clares\*\***, y Mirian **Martínez Juárez\*\*\***  
Universidad de Murcia  
y Jesús Miguel **Muñoz-Cantero\*\*\*\***  
Universidad de A Coruña

#### RESUMEN

Un aspecto que caracteriza la formación de postgrado de los profesionales sanitarios es el plan individual de formación. Este plan debe ser elaborado por el tutor de cada residente, a partir del Programa Oficial de la Especialidad, de las características del contexto en el que se ubica el centro sanitario, así como de las necesidades e intereses de los propios residentes. Se constituye, por tanto, en un factor más para dotar de calidad al proceso formativo de los residentes. Pero la propuesta de estos planes no es tarea fácil, por lo que en muchas ocasiones se opta por resolver los problemas o dificultades de aprendizaje del residente sobre la marcha, apoyados únicamente en el programa de la especialidad establecido a nivel estatal. Para que se establezca dicho plan, es necesario llevar a cabo un diseño y planificación del mismo, lo que implica el desarrollo de una serie de funciones y competencias por parte del tutor para las que no sabemos si se encuentra preparado.

Con este trabajo pretendemos indagar en la práctica de los tutores, para tal fin se ha diseñado y validado un cuestionario que nos permite obtener información sobre el quehacer diario de los mismos con respecto a sus residentes. Nuestra intención última es poder introducir mejoras en el diseño, planificación e implementación de los planes individuales de formación.

**Palabras clave:** Tutor, Medicina Familiar y Comunitaria, Plan Individual de Formación, Residente, Formación de Postgrado, Educación Médica.

\* Profesor Ayudante Dto. del Dpto. de Teoría e Historia de la Educación, Ftad. de Educación. Trabaja temas relacionados con la aplicación de metodología docente y evaluativa al ámbito de la educación médica. Su tesis "Análisis pedagógico del Plan de Formación Individual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria". Investiga sobre perfiles profesionales y evaluación de competencias en el contexto sanitario. E-mail: [eromero@um.es](mailto:eromero@um.es)

\*\* Profesora Titular del Dpto. de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, Ftad. de Educación. Trabaja en Orientación y Formación Profesional, temas relacionados con la identificación, desarrollo y evaluación de competencias profesionales, temas de EEES y enfoques de aprendizaje y calidad, actualmente investiga sobre perfiles profesionales y evaluación de competencias en el contexto sanitario. E-mail: [pmclares@um.es](mailto:pmclares@um.es)

\*\*\* Profesora Titular Interina de Escuela Universitaria. Dpto. de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. *Martínez Juárez*. Trabaja en temas de evaluación de competencias profesionales y EEES, actualmente investiga sobre perfiles profesionales y evaluación de competencias en el contexto sanitario. E-mail: [mmartinez@um.es](mailto:mmartinez@um.es)

\*\*\*\* Profesor Titular del Área de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Desarrolla su actividad investigadora en el campo de la evaluación, calidad educativa y atención a la diversidad en el marco de la enseñanza universitaria como no universitaria. Es el autor de contacto de este artículo. E-mail: [munoz@udc.es](mailto:munoz@udc.es)

## ABSTRACT

One aspect that characterizes the postgraduate training of health professionals is the individual training plan. This plan should be developed by the tutor of each resident, from the Specialty Official Program, the nature of the context in which the health center is located, as well as the needs and interests of the residents. It is therefore a factor to provide quality educational process for residents. But the proposal of these plans is no easy task, so often the tutors opt for resolving problems or learning difficulties in progress, supported only by the proprietary program established at the statewide. To establish such a plan, it is necessary to carry out a design and planning of it, which involves the development of a number of functions and competences by the tutor for which we don't know if the tutors are prepared.

In this paper, we investigate the practice of tutors. For this end, we has been designed and validated a questionnaire that allows us to obtain information on the daily work of the same with respect to their residents. Our ultimate intention is to make improvements to the design, planning and implementation of individual plans training.

**Keywords:** Tutor, Family and Community Medicine, Individual Training Plan, Resident, Postgraduate Training, Medical Education.

## Introducción

Este trabajo es parte de un estudio más amplio (Romero, 2008) que pretende analizar el plan de formación que se establece entre tutor y residente en el contexto profesional que ofrece el modelo MIR de formación médica especializada, desde dos ángulos diferentes, el de los médicos tutores y el de los médicos residentes.

Si bien la normativa establece que la actividad profesional de los residentes debe ser planificada por los órganos de dirección, basándose en unos programas oficiales para todo el Estado, corresponde, sin embargo, al tutor la propuesta de los planes individuales de formación para cada uno de los residentes a su cargo (Real Decreto 183/2008), es decir, el tutor, aunque dispone de un instrumento clave que es el Programa Oficial de la Especialidad, al tratarse de un programa de carácter tan general, difícilmente podrá aplicarlo sin más, de modo que deberá realizar una adaptación del mismo para adecuarlo a las características de su centro y del residente o residentes a su cargo.

Cada residente es diferente, con diferente experiencia previa, conocimientos y habilidades, por lo que estamos de acuerdo con Pérez Iglesias (2001) cuando señala que las ventajas de esta variedad se pierden al usar un conjunto predeterminado de estándares fijos en la formación.

Con este preámbulo queremos destacar la necesidad de pensar cuidadosamente cuáles son los conceptos básicos involucrados en su trabajo diario en el momento de planificar. Para ello deben prestar atención a dos puntos de vista: el que marca el Programa de la Especialidad, y el que podría

planificarse para resolver las necesidades de aprendizaje de cada residente considerado de manera individual, de forma personalizada (Pérez Hervada, 2006).

En el diseño específico del Plan de Formación Individual, partiendo del Programa de la Unidad Docente, será necesaria una nueva adaptación en la que se proponen los siguientes elementos (adaptado de Vicent, 2007):

- Información del Programa Docente de la Unidad a los residentes.
- Evaluación diagnóstica de las necesidades, los intereses y la motivación de los residentes.
- Reflexión y negociación sobre metas y objetivos con los residentes.
- Programación (cronograma) de las rotaciones internas y externas, guardias.
- Actividades y tareas específicas que hay que realizar en cada rotación.
- Preparación de sesiones clínicas generales y de servicio, sesiones bibliográficas.
- Participación en actividades de formación transversal (comunicación y relación medico-paciente, bioética...).
- Selección y programación de actividades de formación en investigación: preparación de proyectos o protocolos de investigación, comunicaciones a congresos, publicaciones.
- Organización de la supervisión a demanda mediante el establecimiento de tiempos de consulta.
- Supervisión programada mediante el desarrollo de un proceso de feedback estructurado con el residente con el establecimiento de reuniones periódicas con objetivos de supervisión.
- Formas y tipos de evaluación (diagnóstica, formativa y sumativa) relacionados con las distintas actividades.

El diseñar y desarrollar un currículum o plan de formación es una tarea de considerable trabajo, por lo que no es de extrañar que la mayoría de los tutores prefieran centrar la energía del aprendizaje sobre los problemas que surgen en el día a día, más que en definir su propio plan de formación o incluso poner en práctica el propuesto en el Programa Oficial de la Especialidad (Urruzuno, 2004)

Por tanto, para que los programas formativos de las especialidades médicas se implementen adecuadamente además de ser necesaria una compleja estructura docente, se precisa de la voluntad y preparación de los tutores de los especialistas en formación, que son los que soportan la principal responsabilidad del desarrollo de los mismos. Sin embargo, la mayor parte de

las veces el tutor acepta dicha responsabilidad sin tener quizás una formación docente y sin saber exactamente cuáles son sus funciones y con qué medios cuenta para desempeñar este cometido (Morán, 2003).

Por tanto, el objeto de este trabajo se centra en idear un instrumento que nos permita indagar en las prácticas en torno al diseño y la puesta en marcha de los procesos de formación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) para poder responder así a cuestiones como: ¿planifican los tutores la formación de sus residentes?; y si es así ¿cómo lo hacen?; ¿existen diferencias entre lo explicitado en el programa formativo de la especialidad y lo que ocurre realmente en la práctica diaria?; ¿están formados los tutores para planificar su docencia desde un punto de vista pedagógico?

## Método

### *Enfoque metodológico y diseño de la investigación*

El presente trabajo lo podemos encuadrar dentro de los estudios exploratorios de corte descriptivo que, como señalan algunos autores (Gall, Gall, y Borg, 2006; Gascón, Hashimoto y Machado, 2005; McMillan, 2005 y Bisquerra, 2004) son útiles en el conocimiento y exploración de determinados ámbitos sociales y en particular en la investigación educativa; pretenden describir, analizar e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos y las variables que les caracterizan de manera tal como se dan en el presente.

Nuestro trabajo es un estudio exploratorio-descriptivo de corte cualitativo-cuantitativo, orientado a la comprensión de los elementos básicos que configuran el programa de formación individual tutor-residente en la especialidad de medicina de familia, con la finalidad última de ayudar a mejorar la preparación profesional de los médicos de familia del mañana.

### *Objetivo*

El objetivo que nos proponemos conseguir con este trabajo es el siguiente:

- Diseñar, validar y pilotar un cuestionario para conocer y valorar cómo se desarrolla y se hace efectivo el plan individual de formación del residente de MFyC en la CC.AA. de la Región de Murcia.

### *Participantes*

En este estudio han participado todos los Centros de Salud docentes que contaban en el momento de realización del mismo con las poblaciones de tutores y residentes requeridas. Se ha contado con 26 centros distribuidos en su demarcación territorial por las distintas áreas de salud de la Comunidad y

gestionados por las cinco Gerencias de Atención Primaria (GAP) dependientes del Servicio Murciano de Salud.

1. GAP de Murcia (11 Centros)
2. GAP de Cartagena (10)
3. GAP de Lorca (3)
4. GAP de Caravaca (1)
5. GAP del Área V (1)

Por lo tanto, participan en este estudio el total de los médicos residentes R1 (promoción 2006-2010) (N=57) y R3 (2004-2007) de MFyC de la Región de Murcia (N=58) y el total de la población de sus respectivos tutores: tutores de R1 y tutores de R3. A continuación mostramos la distribución de los participantes por género (Tabla 1) y la distribución de acuerdo a las diferentes Unidades Docentes de Atención Primaria (Tabla 2):

**TABLA 1. Distribución por género**

	R1	R3	T1	T3	TOTAL
HOMBRES	37%	36%	67%	67%	111
MUJERES	63%	64%	33%	33%	120
TOTAL	100%	100%	100%	100%	<b>230</b>

**TABLA 2. Distribución de acuerdo a las diferentes Unidades Docentes de Atención Primaria**

	R1	R3	T1	T3	TOTAL
UD MURCIA	30	31	30	31	120
UD CARTAG.	20	20	20	20	80
UD LORCA	7	7	7	7	30
TOTAL	57	58	57	58	<b>230</b>

Finalmente, la distribución de los participantes en relación al centro de trabajo de procedencia la detallamos en la Tabla 3.

**TABLA 3. Distribución por Centros de Salud Docentes.**

CENTROS	R1	R3	T1	T3	TOTAL
Barrio del Carmen	4	3	4	3	14
Molina	3	5	3	5	16
Santa M <sup>a</sup> de Gracia	3	4	3	4	14
Cieza	2	0	2	0	4
Alcantarilla-Sang.	2	2	2	2	8
Lo Ñora	2	3	2	3	10
Yecla	0	3	0	3	6
Espinardo	3	5	3	5	16
Moratalla	3	2	3	2	10
San Andrés	3	4	3	4	14
Murcia-Centro	1	0	1	0	2
Vista Alegre	3	0	3	0	6
Vistabella	1	0	1	0	2
Cartagena-Casco	2	3	2	3	10
San Antón	2	2	2	2	8
Torre Pacheco	0	3	0	3	6
San Javier	4	4	4	4	16
La Unión	0	2	0	2	4
Barrio Peral	3	3	3	3	12
Cartagena-Oeste	3	3	3	3	12
Cartagena-Este	2	0	2	0	4
Los Alcázares	2	0	2	0	2
Los Barreros	2	0	2	0	2
Lorca Sur	3	3	3	3	12
Lorca Centro	3	4	3	4	14
San Diego	1	0	1	0	2
<b>TOTALES</b>	<b>57</b>	<b>58</b>	<b>57</b>	<b>58</b>	<b>230</b>

### *Instrumento de recogida de información*

El instrumento se trata de un cuestionario anónimo autoadministrado con cuatro versiones: una dirigida a residentes de primer año (R1), otra a residentes de tercer año (R3), otra a los tutores de esos mismos R1 y una cuarta y última para los tutores de los R3. Se establecen cuatro conjuntos de variables: 1) datos de identificación personal; 2) relaciones previas entre tutor y residente; 3) plan de formación y 4) valoración de la satisfacción.

### *Análisis de datos*

Para el tratamiento de los datos obtenidos en el cuestionario nos servimos del análisis estadístico, método más apropiado para presentar la información cuantitativa de manera comprensiva. Como apuntan Polit y Hungler (2000:421) *“los procedimientos estadísticos permiten al investigador reducir, resumir, organizar, evaluar, interpretar y comunicar la información numérica”*. En este caso, se diferencia la estadística descriptiva -cada cuestionario de forma independiente- y la estadística inferencial -comparando los resultados de los cuatro cuestionarios-.

Sin embargo, previo a dicho procesamiento estadístico, tuvo lugar el volcado de los datos recogidos en una base de datos diseñada específicamente para tal fin con el programa Microsoft Excell 2007. Todo el análisis estadístico se realizó con el software SPSS v.14.0 para obtener el análisis de frecuencia en porcentajes y cruzado de los datos.

## **Resultados**

Para la presentación de resultados hemos optado por dividir éstos en tres apartados, correspondientes a las distintas fases de elaboración del cuestionario (diseño, validación y pilotaje).

### *A. Diseño*

En primer lugar, se identifican cuatro conjuntos de variables que van a guiar la construcción del cuestionario y que son los siguientes:

- El primer grupo, se relaciona con información de *carácter demográfico y académico* sobre los participantes que responden al cuestionario. Se trataría, por tanto, de variables de identificación personal como: el sexo, la edad, la elección de la MFyC como primera opción, la Unidad Docente de pertenencia, el número de residentes tutorizados, el año de inicio como tutor, la fecha de acreditación del centro, el tiempo transcurrido entre la toma de posesión en la UD y la incorporación al centro y el tiempo transcurrido entre la incorporación al centro y la asignación del tutor.

- El segundo grupo agrupa aquellas variables referidas al *tipo de relaciones y/o contactos mantenidos entre el tutor y el residente de primer (R1) y tercer año (R3) durante los momentos previos a iniciar la rotación en el centro de salud*. Unas variables incluidas por la importancia, que según la literatura y los expertos consultados, pueden tener para el tema de la programación de la actividad de los residentes objeto de esta investigación.
- El tercer grupo integra todas aquellas variables que hacen alusión a los *elementos o aspectos que definen la programación de la formación MIR o el plan individual de formación del residente*. Son las que se encuentran más relacionadas con el objeto de estudio, las más difíciles de identificar debido a la diversidad de planteamientos teóricos en torno al concepto de programación didáctica y a las peculiaridades del contexto de la formación médica especializada.
- Por último, el cuarto grupo de variables se refiere a aspectos de *valoración de la satisfacción del proceso formativo y de implicación en el mismo*. Se trata de una valoración final que recoge las percepciones sobre el programa, el docente, el aprendizaje realizado, los recursos, etc.

Seguidamente, estas grandes dimensiones o constructos se van a traducir en cuestiones concretas del cuestionario. Por la variedad en la formulación de las preguntas y las alternativas de respuesta que se van a exigir podemos decir que se obtendrá una información cuantitativa y cualitativa.

### *Variables categóricas*

Haciendo una síntesis de las variables categóricas que se encuentran en los cuatro cuestionarios –tutores y residentes-, se distinguen claramente dos tipos:

#### a) Categóricas dicotómicas:

- Género (R y T)<sup>1</sup>
- Medicina de Familia como primera opción (R1 y R3).
- Reuniones de seguimiento T-R durante las rotaciones de R1 y R2 (R3 y T3).
- Documentación resultante de esas reuniones de seguimiento (R3 y T3).
- Apoyo y ayuda en los momentos difíciles (R3 y T3).
- Valoración de la necesidad o no de contacto continuado T-R (R3 y T3).
- Comunicación de los objetivos formativos (R y T).
- Cantidad de la comunicación (R y T).
- Reuniones de seguimiento para corregir los puntos débiles (R y T).

<sup>1</sup> En la presentación de variables se hace referencia a R cuando se trata de una variable de residentes y a T cuando es una variable de los tutores; si la variable es igual para los dos colectivos se presenta (R y T).



- Documentación resultante de esas reuniones de mejora (R y T).
- Calendario/cronograma de reuniones para la rotación (R y T).
- Valoración del progreso seguido por el residente (R y T).
- Clarificación de los criterios de evaluación (R y T).
- Idoneidad de los criterios de evaluación para el residente (R y T).
- Recursos del tutor para desempeñar su labor docente (R y T).

*b) Categóricas politómicas:*

- Unidad Docente de MFyC (R y T).
- Valoración de la primera acogida y orientación del R en el Centro (R1 y T1).
- Frecuencia de las reuniones-entrevistas de tutorización (R3 y T3).
- Carácter de las reuniones-entrevistas T-R (R3 y T3).
- Temas abordados en las reuniones de tutorización (R3 y T3).
- Forma en que surgió este apoyo y ayuda (R3 y T3).
- Consideración de algunas cuestiones como su experiencia previa, sus áreas más flojas, sus expectativas formativas y sus deseos de aprendizaje (R y T).
- Tipo de comunicación de los objetivos formativos (R y T).
- Calidad de la comunicación (R y T).
- Ritmo de aprendizaje del residente (R y T).
- Recursos formativos utilizados por el tutor (R y T).
- Frecuencia de utilización de determinados métodos docentes (R y T).
- Carácter de las reuniones para corregir posibles aspectos de mejora (R y T).
- Frecuencia aproximada de realización de reuniones de carácter informal (R y T).
- Temas abordados en las reuniones de seguimiento y control (R y T).
- Frecuencia de las manifestaciones referidas a la valoración del progreso seguido por el residente (R y T).
- Colaboración de otros profesionales en la formación del residente (R y T)
- Grado de satisfacción de tutores y residentes con respecto a determinados aspectos del proceso formativo (R y T)
- Grado de satisfacción general de tutores y residentes con la formación (R y T).
- Grado de implicación de tutores y residentes en el proceso formativo (R y T).

*Variables cuantitativas:*

- Edad (R y T).
- Número de residentes que ha tenido el tutor (R y T).
- Días transcurridos desde la toma de posesión del R en la Unidad Docente hasta su incorporación al Centro de Salud (R1 y T1).
- Días transcurridos entre la incorporación del R al Centro de Salud y la asignación de su tutor (R1 y T1).
- Número de reuniones de seguimiento T-R durante las rotaciones de R1 y R2 (R3 y T3).
- Peso en el diseño del plan de formación del residente de los siguientes aspectos (necesidades y expectativas del R, criterio del T y programa MFyC) (R y T).
- Número de reuniones de seguimiento para corregir los puntos débiles (R y T)
- Peso en la toma de decisiones docentes de la opinión del tutor, la opinión del residente y el acuerdo de ambos (R y T).
- Tipo de planificación de la actividad del residente (R y T).

*Variables de respuesta abierta:*

- Año de inicio como tutor de AP (T1 y T3).
- Año de inicio como docente del Centro de Salud (R y T).
- Recursos formativos utilizados por el tutor (apartado c. otros) (R y T).
- Temas abordados en las reuniones de seguimiento y control (e. otros) (R y T).
- Colaboración de otros profesionales en la formación del R (c. otros) (R y T).

**B. Validación**

El cuestionario, desde la versión inicial hasta la final, se ha sometido a una serie de procesos de validación a partir de los cuales se han introducido cambios antes de ser considerado definitivo. Primeramente se ha hecho una validación de contenido cualitativa por jueces o expertos tal y como recomiendan Argimon y Jiménez (2000) y Polit y Hungler (2000).

Para esto se ha escogido a un grupo de expertos, de los cuales, el 75% eran médicos de familia con los siguientes cargos: el Responsable del Área de Formación de la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; el Coordinador de la Unidad Docente de Lorca, el Responsable de Docencia del Centro de Salud "Lorca Sur", un tutor de AP del Centro de Salud

“Barrio del Carmen” de Murcia y dos residentes de MFyC (uno de primer año y otro de tercer año). El 25% restante lo completaban dos pedagogos expertos en metodología docente y evaluativa.

Con la consigna de *“matice, comente, cuestione, aporte, anule... todo lo que le parezca conveniente de este documento, tanto en la forma como en el contenido -relevancia, importancia, pertinencia y univocidad- ”* se hizo entrega de la primera versión del cuestionario al grupo de expertos seleccionados para que lo juzgasen.

Las aportaciones de los diferentes expertos fueron detenidamente revisadas e incorporadas cuando fue conveniente siguiendo los criterios de: grado de acuerdo de los expertos, mejor comprensión y relevancia de los objetivos de nuestra investigación.

Una vez incorporadas todas las modificaciones, se entregó la nueva versión del cuestionario a los mismos expertos para ver si aceptaban las modificaciones realizadas. Hecha esta validación, se empezó el proceso de recogida de datos para la prueba piloto de residentes y tutores antes de considerar el instrumento como definitivo.

### C. Pilotaje

Posteriormente, y siguiendo con la revisión y mejora de la validez del instrumento, se procedió a realizar un pilotaje (de las cuatro versiones del cuestionario), que permitió recoger información sobre: la comprensión de los términos utilizados, los posibles errores eventuales de significación o de formulación, las reticencias, y el rechazo o incomprensión de los ítems, antes de poder considerar el cuestionario como definitivo.

Normalmente se acostumbra a seleccionar una pequeña muestra (10%) para la prueba piloto, pero aprovechando la posibilidad de contemplar la totalidad de una de las tres zonas de salud, se sometió a dicho ensayo al Área III que se corresponde con la zona de salud de Lorca y que constituye en torno al 9% de la población total sobre la que se pretende distribuir el cuestionario. De esta manera, se puede observar mejor el grado de aceptación de la investigación y detectar los posibles errores del instrumento.

Siguiendo el consejo de expertos en metodología cuantitativa, cada cuestionario va acompañado de una carta de presentación que contiene los elementos básicos para motivar la respuesta y que son: objetivos de la investigación, importancia y beneficios de la investigación, entidades colaboradoras –si hay-, garantía de confidencialidad, instrucciones y agradecimiento por la colaboración.

La tasa de respuesta obtenida ha sido de un 96,4% (de los 28 cuestionarios repartidos nos han respondido 27). Un resultado muy elevado y más si se tiene en cuenta que en el momento en que se hizo llegar el

cuestionario, los R1 ya habían terminado su estancia inicial en el centro de salud y se encontraban realizando la rotación hospitalaria.

El porcentaje de respuestas en el pilotaje según los centros de salud queda representado en la Tabla 4:

**TABLA 4. Porcentaje de respuesta de acuerdo a los Centros de Salud.**

	R1	R3	T1	T3	TOTAL	T
Lorca Sur	3	3	3	3	12	100%
Lorca Centro	3	4	2	4	13	92,8%
San Diego	1	0	1	0	2	100%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>27</b>	
<b>TASA RESPUESTA</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>85,7%</b>	<b>100%</b>		<b>96,4%</b>

A partir de los datos obtenidos en la prueba piloto y de las sugerencias recogidas en el proceso de validación de los expertos, se proponen y se hacen algunos reajustes a la segunda versión del cuestionario.

Una vez asegurada la *validez de contenido y de construcción* del cuestionario era el momento de comprobar la fiabilidad del instrumento, es decir, la precisión con la que mide lo que dice que mide. Para ello se realizó el cálculo del Alfa de Cronbach, considerando una fiabilidad respetable a partir de 0,70 y siendo la ideal la resultante entre 0,80 y 0,90. Los valores obtenidos en cada una de las dimensiones que componen nuestro cuestionario fueron los siguientes:

1. Las relaciones previas entre tutor y residente (0,879)
2. El plan individual de formación del residente (0,425)
3. Valoración de la satisfacción y del grado de implicación en la formación (0,889)

En estos resultados se aprecian algunas diferencias importantes que requieren un comentario aclaratorio. Así, si en las dimensiones 1 y 3 los valores oscilan entre 0,87 y 0,8, la dimensión 2 presenta un alfa de Cronbach bastante menor. Esto puede deberse tanto al gran número de ítems que forman parte de esta dimensión como al formato tan variable de respuesta que presentan los ítems de esta parte del cuestionario. No obstante, en términos generales la fiabilidad global de los componentes puede ser considerada como satisfactoria.

Por último, la revisión del instrumento finaliza con la introducción de mejoras en la presentación formal.

## Conclusiones

Nuestra contribución responde a la necesidad de homogeneizar más la formación de los residentes y a aumentar la competencia docente de los tutores en materia de planificación.

Una planificación adecuada de la formación individual puede aportar muchas ventajas sobre la formación general, que básicamente se resumen en más motivación y compromiso, más conocimiento y control sobre los resultados de aprendizaje y, en definitiva, mayor calidad de la formación (Ricarte y Martínez-Carretero, 2007).

Por ello, en un primer momento, pretendemos contribuir a estos aspectos a partir de la amplia información que puede proporcionarnos el instrumento obtenido con este trabajo. Consideramos que pueden ser analizados numerosos y distintos aspectos de las prácticas del tutor con el objetivo de introducir mejoras en el proceso formativo del residente, concretamente en el diseño, planificación e implementación de planes individuales de formación.

La incorporación del residente en la actividad del centro sin un plan de formación individual, deja el aprendizaje del residente expuesto a las circunstancias azarosas del contexto, lo que se ha denominado aprendizaje oportunista, de modo que la presión asistencial, sus preferencias o temores, pueden hacer que finalice el período de residencia sin que su programa se haya completado en determinadas áreas o que no haya desarrollado alguna de las competencias básicas.

Las estrategias docentes que se basan en una mera transmisión de la información sobre la marcha sin haberlas planificado, ni preparado, no son siempre las más idóneas, es decir, el modelo por el que el residente aprende por el mero hecho de acompañar a su tutor, y seguir las actividades diarias para al cabo de cuatro años de residencia considerarse ya capacitado, no es el más conveniente (Harden y Crosby, 2000). La espontaneidad y la flexibilidad son importantes, ya que la adquisición de las competencias ha de estar por encima del método o de cómo se llegue a esa formación con las distintas rotaciones requeridas, pero se han de concretar unos objetivos, contenidos y estrategias en el proceso de aprendizaje (Risco, 2007).

Aunque las oportunidades de aprendizaje que se produzcan durante la residencia van a depender mucho de las características personales y profesionales tanto del tutor como del residente, además de los intereses de cada uno, el propio tutor, así como la organización en la que se realiza la formación, debe asumir la responsabilidad de diseñar, planificar y controlar al máximo el proceso formativo de los residentes, así como ajustarlo a las necesidades e intereses de cada uno de los especialistas en formación (Socas, 2005).

## Referencias bibliográficas

- Argimon, J. M. y Jiménez, J. (2000). *Métodos de investigación. Clínica y epidemiológica*. Madrid: Harcourt.
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la Investigación Educativa*. Madrid: La Muralla.
- Gall, M.; Gall, J. y Borg, W. (2006). *Educational Research. An introduction*. Boston: Pearson.
- Gascón, A.; Hashimoto, E. y Machado, E. (2005). *Investigar en educación. Fundamentos, aplicación y nuevas perspectivas*. Madrid: Diles.
- Harden, R. M. y Crosby, J. R. (2000). The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. *AMEE Medical Education Guide n° 20. Medical Teacher*, 22 (4), 334- 347.
- McMillan, J. (2005). *Investigación Educativa*. Madrid: Pearson Educación.
- Morán, J. M. (2003). ¿Es necesaria y compatible la existencia del tutor de médicos residentes dentro de nuestras estructuras asistenciales? *Revista Educación Médica*, 3 (6), 10- 11.
- Pérez- Hervada, A. (2006). El Perfil del Tutor. En Martínez, J. A. [Coord.]. *Documentos de Opinión para Atención Primaria. El Tutor de Medicina de Familia* (pp. 10-24). Madrid: SEMERGEN.
- Pérez Iglesias, F. (2001). Formación de especialistas sanitarios: Análisis de la situación actual y perspectivas de futuro. Conclusiones. En Jornada de Comisiones Docentes y Asesoras de la Comunidad de Madrid. *Situación actual y perspectivas de futuro de la formación de especialistas sanitarios en la Comunidad de Madrid* (pp. 48-51). Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- Polit, D. F. y Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- 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 de 21 de febrero de 2008.
- Ricarte, J. I. y Martínez Carretero, J. M. (2007). Métodos de enseñanza y aprendizaje en el residente. En Cabero, L. [Coord.]. *Manual para tutores de MIR* (pp. 103-114). Madrid: Editorial Médica Panamérica.
- Risco, G. (2007). Educación Médica: Nuevas Tendencias, desafíos y oportunidades. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 1(3), 1-20 [Artículo 1]. Extraído el 20 de julio de 2008 de [http://beta.upc.edu.pe/calidadeducativa/ridu/2007/ridu3\\_1GD.pdf](http://beta.upc.edu.pe/calidadeducativa/ridu/2007/ridu3_1GD.pdf)
- Romero, B. E. (2008). *Análisis pedagógico del Plan de Formación Individual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Pedagogía, Facultad de Educación, Universidad de Murcia, Murcia, España.

Socas, M. (2005). El punto de vista de los residentes en Europa. *Revista Educación Médica*; 3 (8), 120-127.

Urruzuno, P. (2004). El tutor MIR. *An Pediatr*, 60, 403- 405.

Vicent, M. D. (2007). Diseño del Programa de Formación Individual: del Programa Oficial de la Especialidad al Desarrollo Curricular del Residente. En Cabero, L. [Coord.]. *Manual para tutores de MIR* (pp. 73-91). Madrid: Editorial Panamericana.

**Fecha de recepción: 06-10-2008**

**Fecha de revisión: 17-01-2010**

**Fecha de aceptación: 19-01-2010**