

AULA DOCENTE

MESA 1

Evaluación del residente: experiencias prácticas

Moderador:

R. Ruiz Moral

Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba. Profesor Asociado de Medicina. Facultad de Medicina de Córdoba.

Ponentes:

M. Ezquerro Lezcano

Médico de familia. Coordinadora de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria del Consorci Sanitari de Terrassa.

X. Albert Ros

Médico de Familia. Centro de Salud de Montcada, Valencia. Técnico de Salud de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Valencia en el momento de la experiencia.

E. San Emeterio Martínez

Médico de Familia. Coordinadora de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Bizkaia-Vizcaya.

R. Ruiz Moral

Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba. Profesor Asociado de Medicina. Facultad de Medicina de Córdoba.

4 años de experiencia de un proyecto global de valoración formativa en las Unidades Docentes de Cataluña

M. Ezquerro Lezcano

Resumen

Este año ha finalizado la tercera cohorte de residentes que esta realizando este proyecto de evaluación formativa, se trataría de exponer aspectos organizativos, de implementación, desarrollo y evolución.

«4 Años de experiencia de un proyecto global de valoración formativa en las Unidades Docentes de Cataluña»

Evaluar es consubstancial al proceso de enseñar-aprender. La necesidad de realizar una evaluación con rigor de lo que se enseña y se aprende esta totalmente justificada, tanto desde un punto de vista individual como social y colectivo. Es necesario conocer si un determinado proceso formativo responde o no a una petición social real y si cumple o no unos estándares de calidad previamente definidos. Los procesos de evaluación deben informar acerca de la efectividad de las actuaciones de enseñanza en términos de mejoras competenciales de los discentes, así como de la pertinencia y efectividad de la organización y de los recursos destinados a la docencia, incluyendo la actuación de los tutores encargados de impartirla.

El objetivo de la evaluación/ valoración formativa es precisamente la *valoración* del progreso en el aprendizaje del discente, medir la competencia adquirida de forma progresiva en relación a los objetivos docentes planteados previamente e identificar las áreas susceptibles de mejora aportando sugerencias específicas para mejorarlas.

En 1999 en las UD. de Cataluña se gestó la iniciativa del proyecto de valoración formativa, hacía ya unos años que se había introducido el concepto de tutorización (el tutor actuaba como tal a lo largo de todo el Programa de Formación) y se empezaba a interiorizar la idea de «enseñanza basada en el que aprende». Esta evolución educativa junto a un contexto internacional con numerosas experiencias en evaluación y un entorno nacional más bien pobre lo facilitaron.

El sistema de valoración formativa responde a la idea de poner en marcha un sistema de evaluación continuada o *in-training* con los siguientes objetivos:

- Valorar y estimular el proceso de aprendizaje centrado en el discente.
- Medir de forma progresiva y objetiva la competencia en relación con los objetivos docentes planteados.
- Identificar los problemas o deficiencias de forma conjunta con los discentes y planificar los posibles cambios a introducir para mejorarlos.
- Potenciar el autoaprendizaje a partir de la reflexión sobre la práctica.
- Estimular la utilización de diferentes instrumentos de evaluación

La metodología de valoración formativa descansa sobre dos pilares fundamentales:

- La realización de sesiones semestrales de análisis del progreso competencial (APC)
- Las reuniones cuatrimestrales de feedback que tienen lugar entre el tutor y el residente

Para cada sesión APC se definen los objetivos docentes que se valoraran y los componentes competenciales, así como el/los instrumento/s más idóneos para esta valoración teniendo en cuenta criterios de viabilidad. Las sesiones se realizan en el centro de salud, 2 sesiones anuales de 1 a 2 horas de duración, participa el médico residente de forma individual acompañado de su tutor.

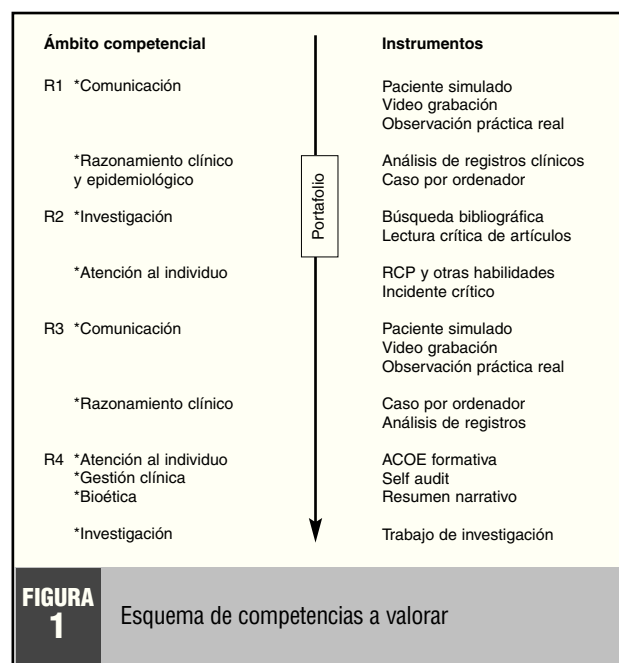


FIGURA 1

Esquema de competencias a valorar

Al finalizar cada sesión de APC todos los tutores de un mismo centro realizan una valoración de la sesión que recoge aspectos de la organización, la calidad técnica de la prueba realizada, la adecuación del instrumento, la asistencia a la sesión y propuestas de modificación de los aspectos anteriores, existe un modelo de informe prediseñado que incorpora además de estos aspectos cualitativos una escala tipo likert cuantitativa. El esquema de competencias a valorar aparece en la figura 1. Las «sesiones de feedback» tienen por objetivo el análisis conjunto de la actuación del residente en la APC inmediatamente anterior y en las diferentes estancias formativas. Estableciendo pactos de mejora del aprendizaje. Durante la entrevista se utiliza un modelo de registro predefinido para facilitar la transmisión de propuestas/problemas a la Unidad Docente o como compromiso de trabajo tutor/residente.

Desde enero de 2002 que se inició la implementación del sistema de valoración formativa han participado 3 promociones de médicos residentes que ya han finalizado su Programa de Formación y actualmente están participando 3 más, aproximadamente 1200 residentes y 400 tutores. Los elementos operativos más destacados en los que se ha fundamentado el proyecto son:

- La formación de tutores, en el año 2001 se puso en marcha el «aula del tutor» que consiste en la organización anual de actividades de formación subvencionadas parcialmente dirigidas exclusivamente a tutores, los temas prioritarios son metodología docente, metodología de investigación, calidad, ética o la enseñanza de habilidades.
- La creación de grupos promotores de las diferentes iniciativas: video grabación, autoauditorias, portafolio, atención a la comunidad... En estos grupos participan tutores motivados que acaban convirtiéndose en expertos y permiten realizar posteriormente una formación en cascada.
- La acreditación y reacreditación de tutores, se inició en Barcelona en 1991 y en Cataluña en 1996, actualmente se aplica la 4ª versión de criterios de acreditación. Habiéndose reforzado recientemente el sistema con la acreditación que realiza la administración autonómica desde 2005.
- La coordinación de las 15 Unidades Docentes de Cataluña y la organización de Jornadas de trabajo con tutores que vienen realizándose desde hace 12 años.

El sistema de valoración formativa ha ido evolucionando e introduciendo elementos de mejora, motivado por el feedback generado entre los diferentes participantes, la evolución metodológica del propio sistema o por la modificación del Programa Oficial de la Especialidad. En el momento actual los cambios a destacar serían:

- La incorporación de un experto externo como responsable operativo del proyecto.
- La puesta en marcha durante el año 2005 del nuevo POE, de 4 años de duración supuso la revisión de los ámbitos competenciales definidos inicialmente para cada APC incorporando nuevas áreas competenciales.
- La descentralización del sistema de valoración formativa se ha justificado por dos motivos principales: la viabilidad y la necesidad de dar a la tutorización la importancia que debía tener en el proyecto. Se ha creado un banco de datos que recoge toda la información necesaria para la realización de las APC al que se accede mediante una página web, la organización de la mayoría de las sesiones ha pasado a depender exclusivamente del acuerdo previo entre el tutor y el residente.

En el año 2006 la Comisión Nacional de MFyC aprobó el nuevo Libro del residente, en el cual tiene un papel destacado el portafolio, como instrumento que permite recoger elementos que demuestren el proceso de aprendizaje y estimula el aprendizaje basado en la autorreflexión. El reto del proyecto de valoración formativa es adaptar las actividades realizadas hasta ahora mejorarlas e introducir los aspectos hasta ahora no tratados. Por una parte existen unas condiciones previas que pueden facilitarlas como la formación de parte de los tutores, la experiencia en portafolio en determinados centros, la metodología utilizada en las APC puede ser perfectamente equiparable a las tareas propuestas en el Portafolio. Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente las UD. de Cataluña han realizado una adaptación propia del Portafolio propuesto, una de las características fundamentales es que recoge 4 áreas competenciales: comunicación, razonamiento clínico, atención al individuo e investigación. La incorporación más importante serán los informes de autorreflexión que debe realizar el residente de cada una de las áreas. Este nuevo

cambio debería promover la responsabilización por parte del residente de su proceso de aprendizaje, punto débil en nuestro proyecto tal y como estaba concebido anteriormente con un exceso de responsabilidad por parte del tutor

Construyendo un sistema de evaluación formativa para residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

X. Albert Ros

Resumen

El grupo de mejora concluyó que había que mejorar la evaluación formativa como requisito para mejorar la sumativa.

Propuesta inicial: LEF modificado para autovaloración de los objetivos anterior y posterior a cada rotatorio (En R3 al inicio y al final del año de todos los objetivos), registro de actividades e indicadores generales del rotatorio. Reuniones cuatrimestrales con tutor para propuestas de mejora y orientar.

Implantación: describir la cumplimentación de cada uno de los elementos del sistema.

Utilidad: análisis de las puntuaciones de las autovaloraciones, registro de actividades y propuestas de mejora cuando estaban indicadas. Se analizó la utilidad percibida y aceptabilidad del sistema mediante cuestionario en escala Likert y 4 preguntas abiertas.

Propuestas posteriores.

Grupo de mejora de la evaluación de los residentes (R)

En un contexto de no utilización del libro amarillo (debido en parte a que el formato original incluía calificaciones a los residentes, lo cual no se consideró oportuno), en Febrero de 2001 se constituyó en la UD de Valencia un grupo de trabajo con el objetivo de hacer propuestas y recomendaciones para mejorar la evaluación de los residentes.

Tras una primera fase de definir dificultades y problemas en la evaluación, el grupo decidió centrarse en la evaluación formativa, como requisito para mejorar la evaluación sumativa. A continuación se definieron unas bases o principios generales que guiaran las recomendaciones, básicamente: a) Basadas en objetivos/actividades a cumplir, es decir, contenidos que han de aprender y de qué manera (qué i cómo); b) Establecer procedimientos periódicamente en el que el tutor valore como está el residente en ese momento, en que ha de mejorar y como, siempre haciendo una devolución o feed-back al residente; c) Hay que aprovechar los tres años; d) Estos procedimientos han de poder servir para mejorar, al hacerla más objetiva, la evaluación sumativa («la nota»), pero existe el peligro de una vinculación del sistema de evaluación formativa a la evaluación sumativa, aspecto que habría que evitar. Para ello, será necesario: a) una tutorización efectiva continuada durante los 3 años. Esta función es del tutor de AP; b) Aumentar la responsabilidad de los mismos residentes en la consecución de los objetivos: la autovaloración puede ayudar; c) En cada rotatorio debería haber un tutor responsable de cada residente.

Posteriormente se obtuvo información de varias unidades docentes (Málaga, Navarra, UDD Catalunya, Mallorca y Menorca). Tras ello, y como punto de partida, el grupo hizo una propuesta en Junio del 2001, basada en la que la UD de Menorca utilizaba desde unos años antes (inicio en 1996), considerando que se adaptaba en gran medida a las bases citadas.

Explicación de la propuesta

El sistema puesto en marcha en estas dos UDD se basa en dos aspectos fundamentales:

- *Autoevaluación.* Los residentes realizan una autoevaluación o autovaloración, que incluye tanto los objetivos como las actividades, antes y después de cada rotatorio y al inicio y durante el tercer año de la residencia. Con ello se pretende hacer al residente partícipe de su formación de una forma decidida y facilitar la labor del tutor en las entrevistas, en las cuales se priorizan aquellos objetivos en que el residente se encuentra menos capacitado o no tiene tan elaborados. Los objetivos y actividades para cada área clínica de los documentos utilizados corresponden a los del libro de evaluación del especialista en formación (libro amarillo). Se elaboró un Libro para cada año.

- *Entrevistas periódicas con el tutor de Atención Primaria.* Son la base del seguimiento activo continuado. En ellas se propone hacer una valoración conjunta de las autoevaluaciones de los rotatorios ya realizados para aconsejar propuestas de mejora de los objetivos poco desarrollados (OPD). También se aconseja realizar recomendaciones sobre los objetivos de próximos rotatorios, y realizar otras actividades que ayuden a la vinculación del residente con el CS, como la asistencia a las sesiones, la realización de consultas programadas y trabajos de investigación o la interacción con otros residentes. Estas entrevistas se han propuesto con una periodicidad cuatrimestral y el resultado de las mismas debe quedar reflejado en un documento sencillo diseñado «ad hoc».

En la UD de València, en la propuesta para el año 2003-04, se ha intentado una integración en esta de los objetivos no clínicos (clásicamente objetivos del R3), utilizando un resumen de los objetivos del nuevo programa para las áreas no clínicas. Se elaboró el documento denominado Plan de mejora, en el cual cada propuesta de mejora para un déficit formativo se acompaña del método de evaluación a utilizar, y del grado de realización de las actividades previstas. En el libro para los residentes de primer y segundo año se añaden los objetivos de áreas docentes no clínicas con dos columnas para la autovaloración voluntaria.

Estas propuestas se plantean como un punto de partida de un sistema de evaluación que pretende estimular la reflexión sobre el proceso formativo del residente. Debe apoyarse en una buena formación en metodología docente y evaluativa de los tutores y en la introducción progresiva de otras herramientas docentes. Se hizo un apoyo a la implantación mediante: Cursos de Metodología docente y evaluativa, Seminarios de Self-audit y Feed-back, Explicación escrita de la propuesta, Reuniones explicativas en cada Centro de Salud y Proyecto de investigación: Analizar el grado de implantación y la utilidad del sistema.

Evaluación

Mediante un proyecto de investigación (2003) conjunto de las UDD de Valencia y Menorca se evaluó el grado de implantación y la utilidad del sistema (Análisis de un sistema de evaluación formativa en residentes de medicina familiar y comunitaria. AETS 02/10070) de las promociones 2001-02 y 2002-03. Se había repartido un libro por año de residente.

El número de residentes a los que se dió Libro fueron 446, de 10 Hospitales distintos: 174 R1 (2 años), 88 R2 (1 año) y 184 R3 (2 años). La edad media fue de 27 años y 2/3 fueron mujeres.

Entregaron el libro el 57% de los R1, el 48% de los R2 y el 33% de los R3.

En los 201 libros recogidos, la cumplimentación de las autovaloraciones de los objetivos tanto previas como posteriores fueron superiores al 70% en los R1, superiores al 80% en los R2 y alrededor del 90% en los R3.

Para R1 y R2 los rotatorios con mayor % de OPD (objetivos poco desarrollados) POST (mayor del 25%) fueron Centro de Salud, Medicina Interna, Neurología, Planificación Familiar y Salud Mental. Las propuestas de mejora cuando estaban indicadas, fueron desde un 2,2 a un 33,2%, correspondiendo el 33,2% a Salud Mental y siendo mayores del 20%, en Gine-Obstetricia y Planificación Familiar.

Para los R3, las rotatorios con mayor % de Propuestas de mejora cuando estaba indicado son Centro de Salud (37%), superando el 20% ,Cardiología, Neurología y Salud Mental. Los rotatorios con mayor % de OPD al Inicio del R3 fueron. Centro de Salud (39%), Salud Mental (31%), seguidos de Endocrino y Neurología. Tanto para R2 como para R3, la Sa-

lud Mental se encuentra tanto con uno de los mayores porcentajes de Objetivos poco desarrollados y también como uno de los mayores porcentajes de Propuestas de mejora realizadas.

La cumplimentación de las hojas de entrevista cuatrimestral para R1 y R2 fue de un 30% para el primer cuatrimestre y del 10% para los otros dos. Se analizó la utilidad percibida y aceptabilidad del sistema mediante cuestionario en escala Likert y 4 preguntas abiertas Se remitió por carta a la promoción 2002-03. Se recibieron 89 cuestionarios contestados, un 34% del total, con una tasa de respuesta de los R3 del 50% (53, incluía 10 del año anterior) frente al 19% (17) de los R2 y 22% (19) entre los R1.

En la tabla 1 vemos los resultados de 5 de los 11 ítems de los cuestionario.

Algunos de los comentarios realizados en las preguntas abiertas fueron: 1) Ventajas: Orienta, guía, analizar carencias y plantear como suplirlas, propuestas de mejora (R3), etc.; 2) inconvenientes: Objetivos: Demasiados, no se ajustan a realidad del rotatorio, a veces poco concretos. Tutores Hospitalarios: poco interés. Excesiva burocracia (papeles, perseguir a tutores, etc.), y 3) sugerencias: Tiempo para ampliar lo que queda corto, Coordinación UD-Tutores hospitalarios para acordar objetivos y actividades que se puedan cumplir, Formato de bolsillo, reuniones con tutor AP más efectivas y frecuentes,...

La valoración de los distintos ítem que hacen referencia a la utilidad de la propuesta y satisfacción con su uso, mejora en un punto (del 3 al 4 de la escala likert de cinco grados) en los R3 frente a la valoración que hacen los R1. Ambos hechos, junto a los comentarios que aportan en las preguntas abiertas, parece apuntar a una mayor concienciación o preocupación por aprovechar mejor la residencia a medida que ésta va acabándose y a valorar de forma más positiva la iniciativa planteada, en su conjunto.

Las conclusiones de la memoria del proyecto remitida al IS CARLOSIII (Marzo 2004) fueron:

- Entregan libro casi la mitad de residentes y remiten cuestionario la tercera parte. La utilización del libro del R1, R2 ó R3 se planteó como voluntaria y se dejó claro que no influiría en su calificación.
- Los 201 libros entregados tienen muy buena cumplimentación de las autovaloraciones de los objetivos, tanto previas al rotatorio como posteriores, en R1 y R2, y al Inicio del R3 y final. Baja cumplimentación de las Propuestas de mejora, aunque son un número considerable dado el gran nº de objetivos.
- Los cuestionarios de utilidad percibida y aceptabilidad presentan una aceptable valoración, sobre todo en R3, siendo el ítem con mayor puntuación «El esfuerzo ha merecido la pena». En los ítems abiertos se han realizado muchas sugerencias positivas y constructivas.
- La propuesta es un punto de partida. Parece útil y aceptable, aunque hay que simplificar.
- Hay que priorizar objetivos y definir cómo y donde conseguirlos, es decir, mejorar la definición y asignación de objetivos y actividades a cada rotación concreta .
- Para mejorar la supervisión, hay que mejorar la calidad de la relación tutor-residente, y la formación del tutor en evaluación formativa.
- Mejorar o replantear el formato de evaluación centrada en rotaciones y avanzar hacia valorar el progreso en áreas de conocimiento o habilidades. El Nuevo programa (y el nuevo LEF) supone un gran avance en todos los puntos anteriores (y en muchos otros).

TABLA 1 Resultados de 5 de los 11 ítems del cuestionario

	R1 (n = 19)	R2 (n = 17)	R3 (n = 53)
Mediana (P25-75). Escala 1 a 5			
Autoevaluación Previa útil	3 (2,5-3,5)	4 (3-4)	4* (3-4)
Autoevaluación post útil	3 (3-4)	4 (2-4)	-
Recomendaría a mis compañeros	3 (2-4)	3 (2-4)	4 (3-4)
El esfuerzo ha merecido la pena	3 (3-4)	4 (2-4)	4 (4-5)
Valoración global	3 (2,5-3,5)	4 (2-4)	4 (3-4)

Desarrollo e implementación de un modelo de evaluación de residentes inspirado en el EFQM (modelo europeo de calidad)

E. San Emeterio Martínez

Resumen

- Desarrollo del modelo de evaluación: Comisión de Evaluación, cronología, adaptación al POE...
- Etapas de implementación: Motivación de Tutores y Residentes, dinámica de realización, Procesos/Resultados, grado de satisfacción de los implicados ...
- Balance actual: propuestas de mejora

TABLA 1 Encuesta a Tutores y Residentes de tercer año**Pregunta a Tutores:****¿Qué problemas te surgen a la hora de evaluar a un Residente?**

- La subjetividad.
- La heterogeneidad dentro de la propia UD, de todo el estado y en relación a otras especialidades.
- El uso de parámetros no medibles, subjetivos, mal definidos o de difícil cuantificación. (ITEMS)
- La relación personal entre el tutor y el residente.
- Las dudas sobre las repercusiones que pueda tener en el futuro del RR.
- Dudas sobre la propia capacidad como evaluador. Inseguridad.
- Dudosos efectividad y eficacia.
- Falta Feed-back.
- Clarificación de la barrera entre APTO/NO APTO y Excelente.
- Existencia de aspectos importantes no evaluados: actitudes, capacidad de trabajo en equipo, relaciones personales con el grupo, capacidad de cambios, manejo práctico de la consulta, derivaciones....
- NINGUNO.

Pregunta a Residentes:**¿Cómo te gustaría que te evaluaran?, Que aspectos crees que serían evaluables en tu trabajo o formación?**

- Interés, empatía con pacientes, sesiones realizadas, evaluación a lo largo de todos los meses de R3.
- Me gustaría que me evaluaran para saber en qué fallo y poder mejorar.
- Que al principio del 3º año queden claros los aspectos que se van a evaluar y que cada cierto tiempo (p.e. 2-3 meses) se pongan puntos en común que se puedan mejorar.
- Me gustaría participar en la evaluación para saber lo que hago bien y mal con fin de mejorar.
- Factores a evaluación: actitud, motivación, conocimientos teóricos y prácticos, relación con el resto de los compañeros y profesionales, responsabilidad, predisposición para participar en actividades del centro y de la unidad docente y creatividad (predisposición para ajustar ideas, trabajo...) IMPLICACION
- De forma objetiva

Elaboración del modelo de evaluación

En la Unidad Docente (UD) de Medicina Familiar y Comunitaria de Bizkaia durante el año 2003 se creó una Comisión de Evaluación con el objetivo de profundizar en el tema de la evaluación e intentar crear herramientas que nos permitieran avanzar en este campo detectado como problemático para los Tutores.

Esta Comisión quedó constituida por 5 Tutores, una Técnica docente y la Coordinadora de la UD. Las primeras reuniones las dedicamos a un intenso debate interno y a la exploración de las opiniones reales de Tutores y Residentes como actores fundamentales del proceso evaluativo. La recogida de esta información la realizamos a través del envío a cada Centro de Salud (CdS) de dos encuestas dirigidas a cada uno de los dos grupos (Tutores y Residentes). Las 2 preguntas y respuestas más significativas se resumen en la tabla 1.

Con toda esta información realizamos un planteamiento general del problema que recogemos en la siguiente tabla 2.

A partir de este momento de análisis inicial nos propusimos diseñar un modelo de evaluación inspirado en el Modelo Europeo de Calidad Total (EFQM) que abarcara 2 grandes apartados: Procesos y Resultados y que aportara en un momento de Evaluación Intermedia la posibilidad de elaborar un Plan de Mejora entre Tutor y Residente que permitiera optimizar la fase final de la rotación del R3 por el CdS.

A lo largo de estos 3 años, con las dificultades propias de la actividad asistencial de los Tutores en sus EAP, hemos realizado 4-5 reuniones/año en las que hemos redactado ítems, valorando su trascendencia y aplicabili-

dad, hemos incorporado las mejoras aportadas en las jornadas monográficas realizadas en la Escuela de Tutores o en las reuniones en los CdS y sobre todo en los pilotajes. En esta dinámica de intensa actividad, un momento importante fue la aprobación del Programa Oficial de la Especialidad (POE) ya que hicimos un esfuerzo añadido por revisar todo el documento y ajustarlo en la medida de lo posible a la estructura y características fundamentales del POE.

Etapas del desarrollo e implementación

A medida que hemos ido confeccionando y revisando el documento, nos hemos propuesto como tarea fundamental para la aplicación del Modelo Europeo de Evaluación del Residente (MEER) realizar una tarea de difusión y motivación a Residentes y a Tutores sin la cual entendemos que todos nuestros esfuerzos pueden quedar en un modelo

TABLA 2 Análisis del Problema

Causas del problema	Posibles soluciones
Alto componente de subjetividad en la evaluación.	Objetivizar: desglosar en apartados independientes.
Falta de Equidad.	Sistematizar el proceso de evaluación. Incentivar su utilización.
Exceso de responsabilidad desde el punto de vista del tutor.	Repartir la responsabilidad de la evaluación. Objetivizar mediante datos.
El problema del «No Apto».	Objetivizar mediante datos.
El problema del «Excelente».	Objetivizar mediante datos.
Escasa cultura de evaluación.	Implicar a tutores y residentes. Plan de Divulgación.

TABLA 3

MEER-3	MEER-5
Criterios de Proceso: (600 puntos)	Criterios de Proceso: (600 puntos)
Criterio 1. Modelo de Médico de Familia	Criterio 1. Modelo de Médico de Familia
Criterio 2. Política de empresa	Criterio 2. Áreas Competenciales
Criterio 3. Gestión de Recursos	Criterio 3. Política sanitaria
Criterio 4. Procesos Esenciales	Criterio 4. Gestión de Recursos
	Criterio 5. Procesos Clínicos Esenciales
	Criterio 6. Procesos Administrativos
Criterios de Resultados: (400 puntos)	Criterios de Resultados: (400 puntos)
Criterio 5. Satisfacción de Tutores y JUAP	Criterio 7. Satisfacción de Tutores, JUAP y Enfermería
Criterio 6. Satisfacción de Pacientes	Criterio 8. Satisfacción de Pacientes
Criterio 7. Evaluación de Historias Clínicas	Criterio 9. Evaluación de Historias Clínicas
	Criterio 10. Actuación en consulta
TOTAL (1000 Puntos)	TOTAL (1000Puntos)

teórico no aplicable a nuestro medio. Inicialmente detectamos las habituales resistencias que las procesamos en la Comisión como «debilidades y amenazas» y las incorporamos a nuestra dinámica de trabajo.

El primer documento formal estuvo listo para junio de 2003 y en él ya se recogían las mejoras detectadas en la I Jornada de la Escuela de Tutores (mayo 2003) en la que se presentó el borrador a los Tutores, la última versión la hemos denominado MEER-5 y los Criterios de ambas se resumen en la tabla 3.

Todos los Criterios de Procesos contienen subcriterios e Ítems que ayudan a calificar de 1 a 10 los conocimientos, habilidades y actitudes de los residentes en cada apartado (La escala propuesta para cada subcriterio es la siguiente: «Escasas evidencias»: la puntuación a otorgar estará entre 0 y 2,5. «Algunas evidencias»: entre 2,6 y 5. «Claras evidencias»: entre 5,1 y 7,5. «Exhaustivas evidencias»: entre 7,6 y 10.). También se apuntan explicaciones complementarias y se solicita «Solidez» y «Sistematicidad» en el cumplimiento de los ítems por el R3.

Los Criterios de Resultados incluyen, además de subcriterios e ítems, encuestas e instrucciones de aplicación en el caso de los Criterios 7,8 y 9, y en el caso del Criterio 10, 15 subcriterios para evaluar videograbaciones. Cronológicamente, las principales Etapas han sido:

- En Junio-2003 realizamos un pilotaje en 2 CdS con los Tutores que participaban en la Comisión y sus R3, prestando especial atención a las posibles dificultades en su aplicación, incluido el coste en tiempo para los Tutores.
- En enero de 2004 pasamos por todos y cada uno de los CdS explicando ampliamente el método y realizando «Procesos» a modo de prueba voluntaria de «Evaluación Intermedia» como alternativa a la Ficha 1. Algunos Tutores ya aceptaron el reto aunque se detectaron críticas y resistencias iniciales.
- En Enero de 2005 se repite el procedimiento de Difusión/Motivación, aún con carácter voluntario. No lo realizan todos los Centros, pero sí se detecta un grado de satisfacción mayor en aquellos que lo realizaban por segunda vez (se pasa encuesta de satisfacción).
- En Enero de 2006 se propugna entre Tutores y Residentes el MEER-5 como método de evaluación Intermedia en todos los casos con un nivel de aceptación muy alto y consideraciones positivas de los que ya lo habían realizado. La dinámica consiste en que previamente revisen todo el capítulo de «Procesos» entre Tutor y R3 y elaboren juntos el Plan de mejora, posteriormente la Coordinadora de la UD asiste a cada CdS y comenta las evaluaciones con los tutores así como el Plan de mejora.
- En Junio de 2006 algunos CdS, no todos, realizan por segunda vez dentro del mismo año y residente, «Procesos» constatando las mejoras, y los criterios 7, 8 y 9 de resultados.

Conclusiones: balance actual y propuestas de mejora

- Es fundamental la motivación y el acompañamiento a los Tutores en las tareas de Evaluación, así lo hemos constatado también en el trabajo con el MEER.
- El método facilita la evaluación del residente y, aunque aparentemente costoso en un principio, mejora su aceptación por parte de los Tutores con las aplicaciones sucesivas.
- Este método en su conjunto amplía los criterios de evaluación que tenemos, permite que la responsabilidad de evaluar no recaiga sólo y exclusivamente en el Tutor, permite la participación del Residente en su autoevaluación y facilita la evaluación formativa.
- El MEER-5 incorpora con los criterios de resultados herramientas de evaluación objetivas como las revisiones de historias clínicas y las videograbaciones, también tiene elementos que posibilitan «evaluación 360°».
- Los residentes también valoran como positivo conocer el método desde el principio del R-3 y participar en su aplicación, sobre todo en la Evaluación Intermedia y en la elaboración del Plan de Mejora.
- Es necesario profundizar y valorar más la aplicabilidad de los subcriterios de evaluación de las videograbaciones que configuran el Criterio 10, para ello realizaremos un pilotaje específico.
- El sistema propuesto lo entendemos como sometido a un proceso de mejora continua. Es, por tanto, dinámico y abierto, evaluable y susceptible de mejora. Confiamos que su utilización sea una ayuda en una tarea tan compleja y de tanta responsabilidad como la de la formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria

Evaluación formativa de residentes con el nuevo LEF en la unidad docente de córdoba durante el año 2005/6

R. Ruiz Moral

Resumen

Aspectos organizativos que ha conllevado esta implementación. Grado de participación de tutores y residentes y alcance de la misma. Evaluación crítica del sistema de evaluación tipo portafolio a la luz de esta experiencia piloto: puntos fuertes, puntos débiles y sugerencias de mejora.

La Guía de portafolio del LEF

Existen muchas definiciones de portafolio pero todas ellas coinciden en calificarlo como una recopilación de información y documentación en la que es posible encontrar pruebas a través de la realización de una serie de tareas sugeridas que reflejan que un proceso de aprendizaje ha sido realizado y el nivel en el que se han alcanzado los objetivos docentes previstos. Su finalidad, en el caso del LEF, es guiar la formación del residente hacia la competencia profesional y pretende ser un instrumento de formación (evaluación formativa) que incluye el análisis y la reflexión sobre la actuación realizada promoviendo la objetivación de las competencias ya adquiridas y la identificación de áreas de mejora como punto de partida para la planificación de estrategias de mejora, elementos básicos ambos para el autoaprendizaje y la formación en la especialidad. Permitiría al que aprende mostrar qué ha aprendido y cómo lo ha aprendido de una forma muy personal y completa, documentándolo con material representativo.

Estructura

El portafolio del LEF incluye las 5 áreas competenciales de POE, subdivididas con fines operativos en los 10 campos diferenciados y para los que se priorizan unas competencias concretas (de las que se definidas en el POE). Así, el residente para cada competencia debe realizar dos actividades claves. Por una lado una/s tareas variadas (informes clínicos, casos, sesiones clínicas, incidentes críticos, videograbaciones,...) que documentan la adquisición o no de la competencia y que por tanto deben de tener una coherencia con estas y con el informe de autorreflexión que el residente realiza tras completar la tarea demostrando los aspectos satisfactorios y las áreas de mejora que el residente refleja en el informe. Para ayudar a la valoración de estas tareas en cada área competencial se incluyen unos indicadores operativos. Un informe de autorreflexión y el plan de aprendizaje, que consiste en la reflexión del proceso de aprendizaje de la competencia priorizada y que incluye la Identificación de aspectos satisfactorios, de las áreas de mejora (objetivos de aprendizaje) y de propuestas de mejora para conseguir los objetivos de aprendizaje (plan de aprendizaje). Se debe valorar el aprendizaje desde el inicio del programa de formación en los diferentes escenarios (rotaciones, sesiones, tutorizaciones, estudio personal...) Se trata por lo tanto de un portafolio con un formato semiestructurado y con una finalidad formativa.

El documento incluye también recomendaciones específicas para su aplicación en las diferentes Unidades Docentes (resaltando el papel del tutor, la importancia de estrategias de formación de tutores, de la delimitación de competencias a incluir en los distintos periodos de formación del residente, del grado de confidencialidad de sus contenidos, de su consideración en el proceso de reacreditación de tutores o de su papel en el sistema de evaluación sumativa actual y en otro futuro)

Este trabajo describe el proceso de introducir el sistema de aprendizaje mediante portafolio (cuyo modelo se diseñó para desarrollar un aprendizaje reflexivo basado en la práctica) propuesto desde la CNE en la formación de los residentes de medicina de familia de una Unidad Docente Provincial.

Objetivos de la ponencia

- Describir el proceso de introducción y monitorización de las respuestas sobre una estrategia de aprendizaje reflexivo mediante el uso de un modelo de portafolio novedoso en una Unidad Docente
- Calibrar la posible utilidad de un modelo de portafolio
- Describir el pilotaje realizado sus contenidos, formato, estrategias de aplicación,...

Descripción del Proceso

El equipo director y los tutores de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba, siguiendo las indicaciones de la

CNE se plantearon la necesidad de iniciar el proceso de pilotaje del LEF en su formato de portafolio. Aprovechando el protagonismo de alguno de sus miembros en el Grupo de trabajo del LEF y la experiencia de esta Unidad en la evaluación formativa de sus residentes, iniciamos la primera fase de este proceso en Octubre de 2005 (por lo tanto antes incluso de su presentación formal en Marzo 2006) y se concluyó en Mayo de 2006. Para ello se llevaron a cabo las siguientes actividades con tutores:

1. Actuaciones con los tutores en el sistema de evaluación formativa portafolio mediante:

1.1. Tres seminarios prácticos que abordaron la formación de tutores en 3 áreas competenciales diferentes, atención a la familia, ética y comunicación y completadas con un enfoque de evaluación formativa mediante portafolio.

1.2. Igualmente, para capacitar a los tutores en el uso de determinadas tareas del portafolio se realizaron dos seminarios sobre el uso de videocámaras para la grabación de consultas reales.

1.3. Paralelamente, en función de las diferentes áreas geográficas de la UD, se formaron 5 grupos de trabajo con tutores coordinados por 5 miembros del equipo director de la UD que abarcaron a la totalidad de los tutores con responsabilidades directas sobre RR3 en el periodo de Junio 05 a Junio 06 (28 tutores). El objetivo de estos grupos era iniciar la experiencia de evaluación formativa con el sistema portafolio. Cada uno de estos grupos mantuvo al menos 1 reunión inicial informativa y de discusión y 2 reuniones a lo largo del año para evaluar su desarrollo.

1.4. Este programa concluyó con las Jornadas anuales de los tutores de la Unidad Docente donde durante tres días cada tutor expuso su trabajo de tutorización con su residente y aportó el material cuantitativo sobre las actividades realizadas así como sus impresiones sobre esta experiencia.

2. Actuaciones con los residentes:

Igualmente se realizó al comienzo del periodo una reunión informativa para los RR3 donde se les definieron los objetivos del pilotaje y el alcance del mismo a la vez que se les facilitó el material necesario para el desarrollo de este tipo de evaluación. Posteriormente el proceso fue abierto de forma voluntaria a los RR1 que lo desearan y cuyos tutores estuvieran implicados en el proyecto con RR3

3. Estrategias para facilitar el desarrollo del pilotaje:

Además de las anteriormente referidas en las actuaciones con tutores, la Comisión Asesora de la Unidad Docente acordó que las áreas competenciales a abordar con los RR3 en el proyecto podrían ser cualquiera de las incluidas en el POE, sin embargo se trataron de priorizar las esenciales comunicación y ética, y las de docencia y atención familiar, para lo cual se sustituyeron los seminarios dirigidos a los residentes sobre estas áreas por los antes citados de formación de tutores. Igualmente para la evaluación anual del residente en estas áreas se consideró el informe del tutor del desarrollo por parte del residente del sistema de evaluación portafolio (informes de reflexión) desarrollado en las áreas específicas a lo largo del año. Estas estrategias pretendían incrementar la responsabilidad e implicación formativa de los tutores en estas áreas y en este sistema.

Resultados

Resultados de los residentes. Se recibieron encuestas de un total de 33 residentes de los que 25 eran RR3 y 8 RR1.

Las competencias trabajadas, destacan las cuatro promocionadas desde la Unidad Docente, especialmente comunicación, docencia y ética. Las diferentes tareas utilizadas, entre ellas la sesión clínica el incidente crítico y la videograbación son las más frecuentemente usadas, lo que concuerda con el tipo de competencia trabajada.

Un 72% de los RR (23) declararon que rellenaron el informe de reflexión en todos sus apartados, mientras que un 15% (5) no lo rellenaron. La implicación del tutor fue calificada como «suficiente» por 17 RR (53%), mientras que 13 (41%) consideraron que la ayuda había sido mucha. Respecto al tipo de ayuda proporcionada por el tutor, esta se distribuyó muy uniformemente entre la ayuda en la selección del problema a tratar (72%), feedback sobre la tarea realizada (67%), planificación y facilitación de la formación necesaria derivada de su actividad de reflexión (64%), orientación global sobre las diferentes partes del proceso (60%) y feedback sobre el propio informe de reflexión (54%).

A la mayoría de los RR (48%), el proceso en su conjunto: selección de la tarea, realización del informe de reflexión y feedback sobre el mismo así como planificación de nuevas actuaciones docentes, les llevó entre una se-

mana y un mes, solo un 33% lo completó en una semana o menos y hasta un 18% tardó más de un mes. La mayoría de los residentes (90%) consultaron los documentos facilitados para la elaboración del proceso (el LEF).

En relación a la frecuencia con la que habitualmente tutor y residente mantenían comentarios docentes a propósito de algún caso o incidente docente antes de utilizar el método portafolio, un 78% (25) de los RR comentaron que lo hacían con relativa frecuencia y cuando surgía un problema en la consulta, mientras que solo un 12% (4) decía tener encuentros programados con el tutor con fines docentes.

En general la gran mayoría de los RR está de acuerdo o totalmente de acuerdo en que la metodología ensayada en comparación con la forma en que habitualmente trabajaban los problemas surgidos en la práctica clínica promueve una reflexión más profunda (84%), les aclara mejor el grado en que poseen ciertas habilidades y competencias (84%), ayuda a planificar mejor la formación (80%) y mejora la relación entre el tutor y el residente (77%). En cuanto a los principales inconvenientes, el requerimiento de tiempo (83%) y esfuerzo (78%) para su realización son los que más acuerdo generan, algo menos la complejidad del formato actual (68%) y en absoluto creen que pueda ser una fuente de fricción entre tutor y residente (13%).

Finalmente desde un punto de vista global la mayoría de los residentes consideran que el LEF-portafolio es considerado un buen instrumento formativo sobre todo si se mejora su formato (87%) y los tutores están entrenados en su uso (88%), un porcentaje no despreciable (63%) lo considera bueno en su formato actual, solo un cuarto de los RR cree que será bueno si se hace obligatorio y se usa para calificar al residente y solo una pequeña parte (18%) cree que no es un buen instrumento formativo.

Resultados de los Tutores. Participaron 28 tutores de R3 (más 3 tutores de R1). Se obtuvieron 19 hicieron comentarios cualitativos y 21 entregaron un total de 67 informes de evaluación de los informes de reflexión y tareas realizadas por su R3 (media: 3 informes tutor).

De las 10 áreas competenciales del POE la más trabajada fue Comunicación (31%) seguida por ética (19%) y docencia (15%) y las menos gestión (ningún informe), grupos especiales (1,5%) y razonamiento clínico (3%). En cuanto a las tareas aportadas más frecuentemente fueron casos clínicos (31%), incidentes críticos (24%) y videograbaciones (21%) y las menos revisión bibliográfica, informe clínico y asistencia a actividad formativa (1,5% cada una).

Respecto a los informes de reflexión presentados por los RR a sus tutores estos presentaban todos descripción de aspectos reconocidos satisfactoriamente trabajados en su mayoría más de dos (57%, 38), respecto a los mejorables la mayoría presentaba dos o menos (58%, 39) y respecto a la planificación del aprendizaje, en su mayoría proponían alguna acción concreta (58%, 38) hasta en un 15% no se proponían ninguna acción concreta.

Conclusiones

De este primer pilotaje realizado en una Unidad Docente del país sobre el nuevo LEF se destaca que tanto los residentes como los tutores lo consideran viable de modo general, aunque habría que hacer modificaciones más o menos importantes especialmente en los formatos de los informes de reflexión en el sentido de simplificarlos. Lo consideran una buena metodología para la evaluación formativa que precisaría un entrenamiento específico de los tutores y el que los residentes dispusieran de suficiente información sobre lo que se les va a pedir. Los tutores y residentes confirman las ventajas, ya descritas en otras experiencias de portafolio fuera de nuestras fronteras, sobre el fortalecimiento de la relación tutor-residente o la orientación sobre el ámbito competencial, entre otras, que les aporta el uso del mismo. Se discutirán otras conclusiones así mismo importantes.

MESA 2

Desarrollo profesional-desarrollo personal, un binomio inseparable

Moderador:

G. Guerra de la Torre

Médico de Familia. Coordinadora de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Gran Canaria. Responsable de la Sección de Docencia de semFYC.

Ponentes:

M.A. Santos Guerra

Pedagogo. Experto en evaluación democrática. Catedrático de la Universidad de Málaga.

B. Pérez Franco

Médico de Familia. Centro de Salud La Estación, Talavera de la Reina (Toledo). Experto en Educación Médica y Participación Comunitaria.

J.A. Prados Castillejo

Médico de Familia. Profesor Asociado EASP. UGC Ciudad Jardín. Córdoba. Director Técnico Proyecto Portfolio semFYC.

Desarrollo profesional/desarrollo personal: un binomio inseparable

G. Guerra de la Torre

El Desarrollo Profesional Continuo es un tema de actualidad. Estamos inmersos en un cambio de cultura profesional que implica profundamente a la docencia, a la formación y a la evaluación futura de los médicos de familia. Este cambio cultural debe ser apoyado y estimulado por las Sociedades Científicas.

El DPC implica un proceso de aprendizaje continuo durante toda la vida profesional; un abordaje tanto de las necesidades de la profesión y su entorno profesional, como las personales y de nuestro entorno personal y social; un objetivo dirigido a la mejora de la calidad de lo que hacemos en nuestra práctica diaria y una visión integral y sistémica de las competencias profesionales.

El distanciamiento existente entre los contenidos teórico-prácticos programados de la Educación Médica y lo que sucede en nuestra práctica habitual como Médicos de Familia provoca frecuentemente dudas y reflexión. Aprender a resolverlas desde nuestra experiencia, utilizando la observación, la reflexión y la auto evaluación forma parte de esta nueva cultura.

Los auténticos profesionales complementan conocimientos con comportamientos. Complementan conocimientos y habilidades con sus cualidades personales, actitudes y aptitudes, y utilizan todos los recursos a su alcance para satisfacer necesidades, tanto de a quienes prestan sus servicios como las suyas propias.

Nuestra formación debe orientarse a las necesidades que surgen de nuestra práctica habitual y adaptarse a los recursos y contextos en los que la desarrollamos, así como a nuestros propios recursos y capacidades.

Necesitamos un cambio en la orientación de la Educación Médica en general y de la formación en Medicina de Familia. Necesitamos evaluar qué estamos haciendo para poder mejorar nuestro desarrollo profesional.

¿Es posible, deseable, pertinente insistir en estos cambios de cultura profesional? ¿Cómo aprender? ¿Cómo desaprender? ¿Qué instrumentos y métodos podrían ayudarnos? Procuraremos debatir y responder estas y otras cuestiones durante el desarrollo de esta mesa.

Médicos de familia: ¿clínicos o personas?

B. Pérez Franco

J.L. Turabian Fernández

Resumen

Trataremos de mostrar cómo las competencias profesionales (en negrilla y mayúscula en este texto) que se precisan para diagnosticar y tratar problemas de salud coinciden con las principales competencias personales (en negrilla y minúscula en este texto) para logra ser, por ej., buenos padres de familia. No es que las competencias personales no sean deseables en otras profesiones u otras especialidades, pero en MF constituyen la «esencia del servicio».

Comprender que nos ha tocado un cupo 6.500 millones de personas interconectadas... y sigue creciendo...

Comprender que el ser humano es complejo (interconectado) y multidimensional, así como complejos y multidimensionales son los determinantes de la salud, requiere Conciencia Sistémica (comprensión de que toda la existencia está interconectada en una red cuyos nodos se deben justicia recíproca si tienen conciencia de ello).

La división de las disciplinas imposibilita coger lo que está tejido en conjunto por lo que, para mantener esta visión sistémica, se precisa, cada vez más, un médico generalista (MF). Pero un generalista que no sume disciplinas sino que interconecte los conocimientos más significativos de cada una de ellas y, lo que es más importante aun, que estudie y valide sus postulados desde la luz de lo global.

Para crear este tipo de generalista, no precisamos ampliar más el corpus de conocimientos de nuestra especialidad sino aplicar la conciencia sistémica a la contextualización de los mismos. Para las siguientes generaciones de médicos de familia –y programas de la especialidad correspondientes– tendríamos entonces que plantearnos dos retos: 1) interconectar las disciplinas médicas desde sus nodos más significativos y 2) establecer los mini marcos teóricos o leyes del generalista que permitan estudiar las diversas partes de la medicina (las especialidades médicas) desde la visión de conjunto.

Un medio para avanzar en este camino es el desarrollo de la empatía y la generosidad que implican una visión amorosa (que enlaza) para recuperar los vínculos perdidos de los problemas de salud entre sí y de estos con la vida, a la vez que refuerza el verdadero sentido de la accesibilidad en Atención Primaria (AP): no tener nunca que decir «este problema no me incumbe».

Si nos centramos en las interrelaciones entre las partes más que en las cadenas lineales de causas y efectos, ¿hasta donde llega nuestro cupo de pacientes?; ¿quiénes tienen cabida en sus genogramas? Nuestra conciencia sistémica (nuestro sentido de la factibilidad profesional y nuestra comprensión del hecho de que la cura solidaria de los contextos es el único modo de comprender la cura de los individuos afectados por ellos y a los que afectan) y también nuestra generosidad para admitir la participación de diversos actores (que producirán diagnósticos, pronósticos y tratamientos diversos –variabilidad clínica justificada) con los que negociar –en un proceso de cooperación-tutoría–, nos permitirá seleccionar apropiadamente el contexto biopsicosocial –familiar y comunitario– que resulte significativo en un proceso clínico individual dado.

Como los sistemas humanos son infinitamente complejos, no podemos comprenderlo todo, tenemos limitaciones cognitivas. Y de ahí la temida incertidumbre en la medicina de familia. La solución convencional de la incertidumbre es el Método Científico que aproxima el zoom a la realidad para dividirla en fragmentos más manejables con el intento de comprenderla mejor. La conciencia sistémica nos ayuda a reducir la sobrecarga de información centrándose en relaciones significativas. Dado que no hay soluciones únicas para los problemas complejos, no existen el acierto ni el error absolutos (ni la culpa absoluta) por lo que, si además de conciencia sistémica, tenemos adaptabilidad (apertura y flexibilidad en el manejo de las situaciones de cambio), empatía-generosidad y confiabilidad (autenticidad, honestidad y prudencia) para entrar en la compleja vida cotidiana de los pacientes, lograremos rebajar la tensión en la toma de decisiones, desculpabilizar a los pacientes y gestionar la incertidumbre.

Cambiar el chip mental (marco conceptual) sobre el sistema sanitario y la medicina

La praxis del médico no se deriva directamente de la teoría externa de la medicina sino que se filtra a través de las competencias personales del

médico y sus modelos mentales que limitan sus modos de pensar y actuar. El médico «participa» de un sistema sanitario «enfermo» en el que a los mal llamados «trastornos somatoformos» y a los trastornos «de cura difícil» se les aborda con más fármacos, más pruebas y más derivaciones y más tecnología que ocasiona, además de consumismo sanitario que reporta beneficios económicos a determinados actores, burn-out en el médico, falsos positivos y efectos secundarios, logrando que en EEUU sea la litrogonia la tercera causa de mortalidad.

Es necesario mucho compromiso, con la profesión, la especialidad, y la institución sanitaria para identificar la racionalidad de lo que hacemos —autoconciencia— de nuestra participación en las asunciones de la organización y mucha autoestima (¡a ver quien se atreve!), adaptabilidad y autocontrol (¡a ver quien puede!) para cambiarlas.

¡Los pacientes están vivos!

A partir de la percepción de su entorno —mediante sus sistemas sensoriales— el ser vivo puede «interiorizar» la realidad externa construyendo representaciones mentales propias. ¡Los pacientes están vivos! ¡No es que haya que dar participación a los pacientes es que los pacientes participan!: incumpliendo, asistiendo a urgencias, al curandero al autoservicio de la farmacia, etc. Para que la curación sea curación es preciso que resulte «curación» para quien presenta el problema que curar. La enfermedad profesional principales del médico es la sordera (falta de empatía-generosidad) al mundo de la vida cotidiana». No se trata tanto de lograr que el paciente se ajuste a «nuestro objetivo» sino como ayudarle a encontrar el suyo recreando su contexto previo hacia uno que le resulte significativamente saludable. Facilitar que el paciente se comunique (cooperación-tutoría) y cambie sus significados puede ser nuestra contribución a un diagnóstico y un tratamiento significativos.

Por otro lado, comunicar la «vida cotidiana» de los pacientes al sistema sanitario, puede ser nuestra contribución a la cura del sistema. Sería cumplir nuestro compromiso profesional «protestar» —siempre que tengamos la suficiente autoestima (narices)— a los responsables del sistema sanitario cuando adopten decisiones no acordes con la vida cotidiana.

No existe la cura sino el proceso de curación

Nuestra conciencia sistémica nos permite ver que las redes complejas de contextos dinámicos, por definición, no tienen punto final (momento sin cambio). Es una ilusión hablar de enfermedades agudas (son fotogramas de una película). Todos los tratamientos son a la vez etiológicos y sintomáticos. El verdadero sentido de la «Atención Continuada» en AP es ver que los problemas de salud de un paciente no tienen solución de continuidad.

Los dilemas no son «problemas» sino transiciones. Es decir, cambios en donde nos movemos de una etapa a otra. Curar es facilitar el desbloqueo de una situación (adaptabilidad). El paso de un escenario a otro con nuevas perspectivas y nuevos significados. El énfasis, pues, no debe estar en el resultado final (no existe), sino en facilitar en el paciente (cooperación-tutoría) el enriquecimiento significativo de las interacciones en cada transición de los problemas de salud.

Establecer una alianza con el paciente

Según nuestra conciencia sistémica, estar conectado con otros es parte de la definición de ser humano. La degradación de esa conexión es precisamente la enfermedad. Lo primero que el médico puede hacer por su paciente, entonces, es conectarse con él (empatía-generosidad). Esta interconexión puede incluir: «estar con», «meterse en la piel del paciente (diagnóstico participante)», «acompañar», «aprender a recibir a una persona con dolor», «ser de utilidad», «aliviar»...

Para ayudar a un paciente de persona a persona (no de objeto a objeto), el propio profesional se debe convertir en el instrumento terapéutico en vez de ser el portador de esos instrumentos (cooperación-tutoría).

Puntos clave

1. La eficacia del razonamiento clínico no reside en la elaboración de conocimientos cada vez más sofisticados sino cada vez más contextualizados, por lo que no es preciso que los MIR y los MF aprendamos muchas más cosas sino que aprendamos a relacionar las que ya sabemos.
2. La investigación y el desarrollo de la especialidad debería priorizar la inducción de leyes generales desde las que estudiar el conocimiento especializado.
3. La principal competencia tanto profesional como personal que debemos cultivar para lograrlo es la Conciencia Sistémica.

Portfolio semFYC: una nueva herramienta para profesionales preocupados por su desarrollo profesional

J.A. Prados Castillejo

Idea principal

— El portfolio es una herramienta válida para favorecer la autorreflexión sobre la práctica diaria colaborando a detectar claves para un desarrollo racional y dirigido, generando durante el propio proceso un aprendizaje efectivo.

Resumen

El Portfolio es una herramienta de evaluación siempre formativa y a veces sumativa orientada al cuarto escalón de Miller (práctica profesional) y basada en la recolección de datos y productos de la práctica asistencial, profesional y/o personal en las que se pueden constatar las competencias que el profesional ya tenía o alcanza durante el proceso evaluativo, y as áreas de mejora prioritarias para cada profesional. Su impacto educativo es muy importante basado en la autorreflexión y el interés para aprender que genera en el profesional.

Sus ventajas hacen del Portfolio una herramienta nuclear dentro de las nuevas tendencias para promover y facilitar el desarrollo profesional.

El Portfolio es herramienta de evaluación que genera aprendizaje durante su desarrollo. Se enmarca por tanto de forma muy clara en un modelo de desarrollo profesional en el cual el aprendizaje y por tanto la mejora de la calidad de cada profesional, es el objetivo principal, y los sistemas de evaluación tan solo un instrumento para monitorizar ese desarrollo. Enfocado a la realidad de cada profesional, se basa en la gran cantidad de evidencias sobre nuestras competencias y áreas de mejora que se pueden encontrar en el fruto de nuestro trabajo de cada día.

¿Qué es un Portfolio?

Es una colección de evidencias que demuestran que el aprendizaje personal necesario ha sido completado (RCGP, 1993)

Es un sistema de evaluación (siempre formativa y a veces evaluativa) que consiste en una recopilación de documentos (en papel, audio o videografía y/o formato digital) con los que el profesional demuestra su desarrollo profesional en base a la existencia en los mismos de evidencias de que un determinado nivel de competencia existía previamente o se ha alcanzado durante el propio proceso de evaluación. (Portfolio semFYC, 2005)

Existen varios tipos de Portfolio

Según su objetivo: Portfolio formativo (enfocado a la evaluación formativa) y Portfolio evaluativo (que además genera evaluación sumativa).

Según su estructura: Portfolio libre (donde se define solo la competencia a demostrar y el profesional decide como demostrarlo), estructurado (o estandarizado, donde se define la competencia y la/las tareas) y semiestructurado (mezcla de ambos según la competencia o área competencial). Sus ventajas son muy evidentes y están bien contrastadas: enfocado al autoaprendizaje (genera fundamentalmente autorreflexión), importante impacto educativo, único circuito orientado al 4º escalón de millar, mas barato según nº evaluados y estructura, alta aceptabilidad profesional (autorresponsabilidad, gestiona el ritmo, enfoque a su realidad, en sitio de trabajo, no sensación de «examen»...), centrado en el que aprende, estimula la Flexibilidad y Creatividad, permite combinación de muchas técnicas, potencia la colaboración entre colegas (tutor del portfolio) y no es «foto» sino «video» de la competencia que se evalúa.

Sus desventajas también: complejo diseño, no es útil para valoración de aspectos concretos sino para la globalidad, dificultad para evaluación de habilidades poca prevalencia, menor fiabilidad (alta concordancia simple), aumenta el esfuerzo del tutor o profesores y problemas de logística en portfolio evaluativo (mucho papel, mucha documentación, organización...).

Las tareas y documentos que suele incluir son: registros clínicos (Historia, informes de derivación...), tutorías y planes docentes, plan de aprendizaje (evidencias de aprendizaje en proceso o finalizado), Autoauditorías, audio y video grabaciones, incidentes críticos, diario de reflexión (emociones y sentimientos generados por el aprendizaje), casos clínicos, evaluaciones externas (pacientes, colegas...), indicadores de la práctica (perfil farmacológico, resultados clínicos...), datos curriculares...

Su impacto educativo se potencia cuando estas tareas se realizan de for-

ma «prospectiva» frente a «retrospectiva» (es mucho mejor decir que traigan los 5 próximos diagnósticos de HTA que haga que los que ya ha hecho).

El portfolio semFYC, es una herramienta basada en toda esta metodología que se enmarca dentro del proyecto de desarrollo profesional de nuestra Sociedad cerrando el círculo Formación → Autoevaluación → Formación.

Ha sido diseñado por un grupo de 16 expertos en evaluación de competencias, acreditación y formación de diferentes autonomías, y se ha basado en las siguientes bases estratégicas:

- Portfolio dirigido a cualquier médico de familia en activo en la práctica asistencial.
- Evaluación perfil global del médico de familia.
- Nivel de calidad básico.
- Que priorice el impacto educativo (evaluación formativa).
- Diseño: bases estratégicas.
- Diseñada para autoevaluación con feed-back automático vía online.
- Portfolio semiestructurado.
- Todas las áreas de conocimiento.
- Requiera el menor tiempo posible.

Se inicia hace dos años empezando por definir el perfil competencial del médico de familia con un mapa de competencias operativo de referencia (26 Competencias: 8 Conocimiento, 13 Habilidad, 5 Actitud). Solo en esta fase han participado 26 profesionales de reconocido prestigio de semFYC, Comisión nacional y de cada una de nuestras Sociedades Autonómicas, así como una muestra de pacientes de nuestras consultas y de 10 Asociaciones pertenecientes al Foro español de Pacientes.

Partiendo de estas competencias, y gracias a la colaboración de numerosos expertos y grupos de trabajo con el programa de la CNE como referencia, se han definido y priorizado 60 Indicadores globales y 127 indicadores operativos.

Para que cada profesional se autoevalúe en todas estas competencias e indicadores se han diseñado 15 Tareas, «prospectivas» en su mayoría (de 9 tipos distintos, 3 de ellos con sub-tareas), en base a criterios de factibilidad y validez. Incluye una Videograbación: 10 entrevistas (3 aleatorias, tabaco, cefalea, depresión, HTA, EPOC, Diabetes), 3 Incidente críticos (tratamiento en mujer embarazada, no adherencia, Ética), *Peer-review* de relación con el equipo, 14 reflexiones de caso (anemia, ECG, Rx, Esguince, Dermatología, Dolor abdominal y torácico...), 13 análisis de Registro (con búsqueda de historias de patología articular rodilla, lumbalgia, exploración en HTA/Epoc/diabetes, domicilio ancianos), 5 informes de derivación urología y tiroides, 45 pacientes con intervención de educación para la salud, 2 Certificados de Defunción, algún indicadores práctica asistencial con un perfil farmacológico, autoauditoría de 55 pacientes (5 IC, 5 Asma, 5 Epoc, 20 Diabetes incluyendo obesos, 20 HTA), varios informes de autorreflexión y un certificado de Cursos RCP básico.

En muchas de estas tareas, existen tareas alternativas buscando la factibilidad (p.e. la videograbación también puede realizarse mediante audio-grabación u observación directa de un compañero).

Por último, se ha diseñado una Web y una aplicación informática que sustente todo el proceso de autoevaluación con posibilidad de tutorización voluntaria.

En estos momentos, el proyecto se encuentra en fase final de Pilotaje en la que están participando 77 profesionales de AP de toda la geografía española desarrollando de forma opcional todo el portfolio o solo parte de él.

Se presentan en este Congreso algunos de los resultados preliminares esperando pueda ser ofertado a los profesionales de la Sociedad que deseen participar en el primer semestre del próximo año.

Taller 1

Gymkhana docente: el juego como elemento clave innovador

Responsable:

J.C. Salas Hospital

Médico de Familia. Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Gran Canaria Norte-Sur.

Docentes:

G. Guerra De la Torre

Médico de Familia. Coordinadora de la Unidad Docente de MFyC de Gran Canaria Norte-Sur. Responsable de Docencia de semFYC.

V. Perera Cárdenes

Médico de Familia. Técnico en Salud Pública de la Unidad Docente de MFyC de Gran Canaria Norte-Sur.

J.L. Burgazzoli Samper

Médico de Familia. Centro de Salud de Guanarteme, Gran Canaria.

R. Redondas Marrero

Médico de Familia. Técnico de Salud Pública del Área Técnica Gerencia de Atención Primaria, Gran Canaria.

C. Corujo Díaz

Médico de Familia. Centro de Salud de Ingenio, Gran Canaria.

E. Hernández González

Médico de Familia. Directora Médico de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Resumen / Objetivos:

Se trata de una Gymkhana por equipos, en la que se exploran áreas competenciales propias del Médico de Familia.

A todos los médicos de familia participantes se les distribuirá en cinco equipos, asignándose a cada uno un itinerario (variando el orden) por el mismo número de «Casas» que responden al nombre de un ilustre médico en las que se exploran competencias del médico de familia. El tiempo máximo para resolver la actividad propuesta es de 30' en cada casa.

Previo al inicio de la actividad, se realizará una reunión con todos los asistentes a fin de explicar la metodología no así el desarrollo, presentación de objetivos y formar los equipos.

Se prevé tras la finalización de la gymkhana una nueva asamblea para evaluar la actividad, su organización, medios técnicos, cumplimiento de objetivos así como una evaluación cualitativa de los participantes al respecto de la utilidad, aplicación, participación individual y grupal. Dicha evaluación así como el desarrollo del taller quedará registrada en video.

Taller 2

Herramientas docentes para la formación en bioética

Docentes:

C. Almendro Padilla

Médico de Familia. Centro de Salud de Torrent, Valencia. Grupo de Bioética de la SVMFIC.

A.M. Costa Alcaraz

Médico de Familia. Centro de Salud de Nazaret, Valencia. Grupo de Bioética de la SVMFIC.

C. Del Castillo Casal

Médico de Familia. Centro de Salud de Segovia III, Segovia. Magíster de bioética por la Universidad Complutense de Madrid. Master de bioética por la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Resumen / Objetivos:

Dotar a los tutores de los instrumentos docentes necesarios para el desarrollo del área competencial de la bioética.

Al finalizar el taller, el alumno será capaz de:

- Conocer el área de la bioética en el nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Conocer las bases pedagógicas y organizativas para su desarrollo.
- Adaptar en su ambiente de trabajo un modelo de desarrollo del área de la bioética.
- Conocer y saber aplicar los incidentes críticos como método docente.
- Conocer la importancia de la ética narrativa dentro de la práctica clínica habitual, conocer y saber aplicar el método deliberativo, como herramienta fundamental para la resolución de cualquier conflicto dentro de la práctica asistencial.

Taller 3

¿Cómo ayudar a los residentes de MFyC a desarrollar la capacidad de razonamiento clínico y de toma de decisiones?

Docentes:

MC. Fuertes Goñi

Doctora en Medicina. Directora del Centro de Salud de Txantrea, Pamplona. Tutora de residentes de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Navarra. Profesora clínica asociada de Universidad de Navarra.

J.R. Loayssa Lara

Doctor en Psicología y Médico de Familia. Director del Centro de Salud de Noain, Navarra. Profesor clínico asociado de Universidad de Navarra.

Resumen / Objetivos:

- Ayudar a que los tutores de medicina de familia promuevan un modelo de práctica reflexiva en sus residentes y de análisis crítico de sus decisiones clínicas.

- Mejorar el proceso de razonamiento clínico que realiza el residente.

Objetivos específicos del taller:

1. Conocer:
 - Los fundamentos y características de la toma de decisiones en Atención Primaria.
 - Los límites del proceso de toma de decisiones clínicas tal como se concibe tradicionalmente.
 - Los Modelos de tomas de decisiones clínicas reconocimiento de patrones, inductivo, hipotético deductivo, lugar de cada uno de ellos.
2. Proporcionar una intervención formativa basada en la comprensión de los procesos cognitivos que el residente desarrolla en su atención clínica.
3. Aplicar una sistemática de conducción de las sesiones de supervisión que garanticen la efectividad y el carácter activo de éstas. Supervisión clínica en 6 etapas.

Taller 4

Cómo elaborar un proyecto docente

Docentes:

V. Gosalbes Soler

Médico de Familia. Centro de Salud Salvador Pau, Valencia. Grupo de Educación Médica y desarrollo profesional de la SVMFIC.

M. Álvarez Martínez

Médico de Familia. Centro de Salud Guillén de Castro, Valencia. Grupo de Educación Médica y desarrollo profesional de la SVMFIC.

Resumen / Objetivos:

- Capacitar a los asistentes en la elaboración de un proyecto docente
- Dotar a los asistentes de las herramientas necesarias para implementar un proyecto docente.

Los alumnos al finalizar el taller serán capaces de:

- Realizar la autoevaluación de su perfil profesional personal.
- Conocer y describir las características de la zona básica y puesto de trabajo.
- Desarrollar los contenidos del proceso de tutorización durante el período de residencia.
- Conocer las metodologías más útiles en el proceso de formación de residentes.
- Realizar la planificación temporal de las actividades a desarrollar.
- Evaluar el proyecto docente.

Pasillo de simuladores

Pasillo de simuladores: ver, oír y tocar

Otra importante novedad en este Congreso -el Pasillo de Simuladores del Aula Docente- nos permitirá, a través de un interesante paseo, iniciarnos o perfeccionar habilidades de exploración clínica y practicar algunas intervenciones terapéuticas en situación de bajo riesgo.

Mediante la vista, el oído y el tacto, podremos interpretar imágenes electrocardiográficas, de retina o de tímpano; auscultar sonidos respiratorios y cardiacos, tanto normales como patológicos; identificar la patología rectal o prostática más frecuente y realizar venopunciones y pequeñas intervenciones de la uña.

Estos aparatos simuladores de la patología más frecuente en nuestras consultas proporcionan un feed-back inmediato al usuario que permite comprobar si la interpretación que realizamos de los que vemos, oímos y palpamos al explorar al paciente se corresponde con la realidad de cada entidad clínica.

Esperamos que esta iniciativa se traduzca en un aprendizaje ameno y estimulante para todos.