

Mesa 2, V.3.3, definitiva



V Encuentro de Tutores:

Desarrollo Docente Continuo (DDC) de los Tutores de la formación especializada.

Arcadi Gual Sala, Jorge Palés Argullós, José Maria Fornells Vallés
Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), Fundación Educación
Médica (FEM), Universidad de Barcelona (UB),
Institut d'Estudis de la Salut (IES)

Encuentro patrocinado por:

Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)

y con la participación de la

Asociación de Redes Docentes y Asesoras (AREDA)

Mahón, 20 y 21 de Septiembre de 2007

20-21 de Septiembre

Mesa y Grupo 2: Evaluación de residentes-II

Coordinador: Juan D. Tutosaus, HospitalesUVRocío
y AREDA por REDECA

Ponentes:

- **Dra. Matilde Ezquerra.** Medicina Familiar y Comunitaria y Presidencia AREDA.
- **Dra. M^a.Luisa Cañete.** Presidencia Comisión de Docencia del Hospital de Toledo.
- **Dr. Jordi Forteza.** Sociedad Española de Medicina Interna.
- **Dra. Leire Gil.** Residente Hospital Son Dureta: Opiniones de los residentes.
- **Dr. Josep M^a. Fornells.** Fundamentos docentes, IES, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

JD Tutosaus, J. Fornells, M Ezquerra

En el IV Encuentro de Tutores de Mahón, celebrado en 2006, se desarrolló la primera parte de esta mesa sobre evaluación de residentes. En ella se tocaron los siguientes temas:

1. Programas Oficiales de especialidades
2. Sistema de evaluación formativa de las CsNsEs.
3. Libro del Residente.
4. Aplicación del sistema de evaluación formativa.
5. Informes-registro al respecto.
6. Mecanismos de control y de la calidad.
7. Cronología de la aplicación.

Todo esto forma parte del **objetivo primordial de AREDA** de promover e impulsar **actividades destinadas a mejorar la formación** de especialistas en ciencias de la salud, primordialmente a través de las actuaciones realizadas por las diferentes Redes Autonómicas. Además, es también un objetivo el generar opinión y difundirla, elaborar al respecto **propuestas específicas** de actuación y vehicularlas hacia las instituciones, los organismos y las personas responsables de ejecutarlas, así como promover **investigación** en los aspectos de la formación trabajados.

El Encuentro de Tutores, que se viene celebrando ininterrumpidamente desde hace 5 años en Mahón, es un evento adecuado para el contraste de opiniones entre los miembros de AREDA y expertos en formación sanitaria especializada (FSE). Basándonos en los planteamientos y conclusiones previas al respecto, obtenidas de Encuentros anteriores, elaboramos el presente documento que este año, en lo referente a evaluación de residentes pretende, centrándose en las exposiciones y conclusiones del año pasado, **recoger lo que se ha puesto en práctica desde el anterior encuentro de 2006 a éste de 2007.**

En los comienzos del verano del siete ha aparecido una noticia en relación a un **acuerdo de 9 sociedades científicas** acerca de la evaluación de residentes, , no disponemos de más información. Sin embargo, desde el **Consejo Nacional de Especialidades** nos anuncia su presidente el **retraso** que está experimentando en la convergencia de las especialidades troncales hacia una postura común y acorde con las indicaciones europeas en la materia. Mientras celebramos este encuentro, el Consejo de Ministros del día 21 de septiembre tiene previsto aprobar el **Decreto Formativo** en el que se contemplan importantes puntos respecto a la evaluación pero se descarta la realización de una prueba final pedida por los expertos y pos los residentes.

En relación con esta segunda Mesa de Evaluación de Residentes, se proponen a los participantes del Encuentro 2007 los siguientes objetivos:

1. Definir los **instrumentos de evaluación utilizados en la práctica**, durante el periodo 2006-2007 identificando qué actividades están dando resultado, cuales deben ser ampliadas, cuales incorporadas y cuales deben simplificarse o incluso dejarse de momento aparcados.
2. **Incorporar estos instrumentos** al naciente “cuerpo de doctrina” de AREDA sobre la Evaluación de la FSE, que pueda ser difundida con posterioridad.
3. Elaborar **líneas de trabajo concretas para desarrollarlas durante 2007-8**, a la vista de los resultados 2006-7, centradas en las ponencias previamente expuestas.
4. Identificar **áreas de investigación en evaluación**, pendientes y realizables, promoviendo la puesta en marcha de un proyecto en Red.

Como elementos básicos para la discusión que, a nivel de grupo de trabajo y plenario, se desarrollará en el Encuentro, se propone el presente documento con las presentaciones de los Ponentes a la mesa.

Elementos de evaluación de la FSE.

Empezaremos recordando, una vez más, algunos conceptos, entre ellos que la disponibilidad de los recursos necesarios, empieza por el principal, **el tiempo**, que es lo que más condiciona la evaluación práctica que se está desarrollando en nuestros centros.

El actual sistema de evaluación contempla la evaluación de los siguientes aspectos:

- Actitudes.
- Conocimientos.
- Habilidades.

Figuran en las fichas ministeriales 1 y 2. Otra cuestión, o precisamente "la cuestión", es cómo se evalúan éstas competencias.

La evaluación se realiza al nivel local de las Unidades Docentes por:

- Especialistas, Jefes y Tutores (a residentes, ficha 1)
- Residentes (a Unidades, encuestas, fichas "e")
- Comités de Evaluación (Especialista, Tutor, Vocal CD y Jefe de Estudios a Residentes, ficha 2)

Algunas Comisiones Nacionales de algunas especialidades en casos extremos o especiales utiliza instrumentos distintos de evaluación (ECOES, examen tipo text).

Evaluación formativa: propuesta de aplicación práctica elaborada en el Encuentro de Tutores 2006:

1. En el **Programa Oficial de cada especialidad** deberían constar las **competencias** que cada residente debe adquirir a lo largo de su formación, expresadas de forma concreta y precisa, así como una propuesta cronológica para su adquisición. Estas competencias a adquirir deben ser expuestas en forma de **objetivos de aprendizaje**, tanto generales como específicos. La responsabilidad de la elaboración es de cada Comisión Nacional, aunque las Comisiones Docentes (locales) pueden especificarlos, si a nivel nacional no está hecho. Igualmente, si en los Programas de reciente aprobación no constaran estos objetivos, se podrían incluir en el nuevo Libro del Residente que también debe elaborar cada CN.

2. Cada Comisión Nacional debe elaborar el **sistema de evaluación formativa** que propone, teniendo en cuenta su Programa Oficial y siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad (Comisión de RRHH, Consejo Nacional en Ciencias de la Salud...). Un instrumento que se propone como útil para recoger esta propuesta es el **Libro del residente**, como ya se ha dicho. El sistema de evaluación formativa propuesto debe

incluir una estrategia de aplicación progresiva del proceso, en grandes líneas de trabajo, sin necesidad de entrar en detalles que deben quedar para cada tutor.

El método o sistema de evaluación formativa no puede ser único para todas las especialidades.

3. Cada especialidad debe tener un **Libro del Residente** propio aunque el esquema general de partida pueda ser común a todas o por bloques en función de la similitud de las diferentes especialidades. Habría que aclarar qué se entiende por Libro del Residente: ¿Sólo un registro de actividades? ¿Ese mismo registro ampliado con comentarios y juicios, es decir, un Portafolio? ¿Sólo estos comentarios y Juicios? La LOPS lo define con bastante claridad, pero habría que entenderlo igualmente así por todos. El Libro del Residente se define en la LOPS como el registro de actividades del especialista en formación que debería cumplir dos objetivos: registrar el programa de formación que ha realizado el residente y recoger su evaluación formativa, que reflejará su proceso de aprendizaje. En cualquier caso el Libro es sólo un instrumento de evaluación, no un fin en si mismo, y no sustituye a la Evaluación Formativa que deben desarrollar los tutores y docentes en general.

4. Cada Unidad Docente debe **aplicar el sistema de evaluación formativa** propuesto por su CNE **y presentarlo en la Comisión de Docencia o Asesora** anualmente, igual que hace con el Programa de Formación.

5. La aplicación de esta evaluación formativa se realiza de forma individual, por tanto debe constar un **informe-registro** en el expediente personal de cada especialista en formación. Las personas responsables son en primera instancia los tutores y en un segundo nivel los jefes de estudios hospitalarios o los coordinadores de las Unidades Docentes de atención primaria. Se puede proponer un modelo tipo de informe-registro.

Se discutió si una copia de este informe-registro debería enviarse al Ministerio de Sanidad.

6. Los **mecanismos de control y de la calidad** de la estructura docente deben incluir este aspecto, **la evaluación formativa, como indicador** fundamental de la metodología utilizada en el proceso de aprendizaje de los residentes.

7. La **cronología** de la aplicación quedó pendiente de desarrollar.

Evaluación sumativa y final:

Entre otros muchos problemas se planteó quien tiene que realizar la evaluación. Para cumplir con los objetivos, cada Comunidad Autónoma tendrá un comité de prueba de cada especialidad. En el caso de especialidades cuyo número de especialistas en formación sea pequeño se podría crear un solo comité a nivel nacional.

Los comités de prueba autonómicos mantendrían unas reuniones de coordinación entre ellos.

El Comité de Prueba debería estar formado por:

- Coordinadores de M. Familiar y C. y Jefes de Estudios.
- Tutores especialistas de la especialidad a evaluar.
- Técnicos expertos en metodologías docentes y de evaluación.
- Especialistas no tutores.

Sus funciones operativas se podrían definir localmente, pero los criterios deben ser definidos a nivel estatal y ser específicos para cada especialidad.

En general, respecto a la evaluación: Se plantearon varias propuestas de actuación que podrían ser asumidas por AREDA:

- Un objetivo importante de AREDA es incrementar su peso y el de las Redes y Comisiones que la forman, en las decisiones de las autoridades estatales y autonómicas, que en buena medida atañen a la Evaluación de la FSE. Se propuso diseñar una **estrategia para**

establecer contactos con la administración central y unas líneas generales que enmarquen la relación de cada Red con la administración autonómica.

- AREDA y sus Redes debe **trasmitir de forma periódica su opinión** y sugerencias sobre evaluación de la FSE a las autoridades estatales y autonómicas y a los medios de comunicación.
- Se propuso la elaboración de un **documento básico para transmitir** a las Direcciones de los Hospitales y Centros con las opiniones y sugerencias de AREDA sobre la Evaluación de la FSE a dicho nivel, diferenciando claramente la evaluación formativa de la sumativa; en esta última se debería avanzar en un modelo estatal.
- **Contenidos:** Definición de la evaluación/valoración formativa, evaluación continuada, objetivos, condiciones necesarias previas, características, instrumentos posibles, propuesta de aplicación, evaluación anual y final, responsables implicados y marco legal.
- Se propuso que desde AREDA se estimule el desarrollo de **nuevas formas de evaluación** de la enseñanza, basadas en resolución de problemas y en la mejor evidencia disponible.
- Se propuso la identificación de áreas concretas de interés para la **investigación en Red**.

PROPUESTAS 2007 DE AREDA PARA LA EVALUACIÓN DE LA FSE.

Se plantea nuevamente el trabajo de discusión del tema en dos fases:

1. Exposición de experiencias prácticas que se estén desarrollando actualmente.
2. Discusión y elaboración de consensos y propuestas de futuro.

Experiencias de valoración formativa de diferentes especialidades:

1- **Medicina Familiar y Comunitaria (M. Ezquerra)**

El Programa Oficial de la Especialidad (POE) de MFyC aprobado en marzo de 2005 incluye:

- a) Los valores y perfil profesional del médico de familia
- b) Las áreas competenciales (10), en cada una de ellas están delimitados los objetivos docentes, las actividades docentes agrupadas por prioridad, la metodología docente, el lugar y tiempo de aprendizaje recomendado.
- c) La metodología docente y de evaluación
- d) Un cronograma formativo orientativo

El POE fue aprobado por la CNE con anterioridad, de forma que pudo ser trabajado a nivel de las comisiones asesoras de cada unidad docente o de una agrupación de estas, para concretar todavía más su aplicación en el territorio. Este programa se aplicó a la promoción de residentes que inició su formación el 2005 y por tanto todavía podemos considerar que esta en fase de análisis, la estructuración por competencias ha clarificado mucho más los objetivos de aprendizaje pero una de los aspectos negativos es que sigue siendo muy extenso y fácilmente cae en la visión de ser un programa de máximos....

Respecto a la inclusión de las **competencias en los nuevos Libros del Residente**, el Libro del Residente de MFyC fue aprobado el pasado mes de mayo por el Ministerio de Sanidad e incluye una Guía de competencias que recoge las mismas áreas competenciales del POE y un registro del cronograma de aprendizaje del residente. Esta guía de competencias tiene como objetivo principal guiar el aprendizaje en cuanto que concreta y simplifica las competencias que debe adquirir el residente de cada área formativa; se recomienda además como instrumento de autoevaluación del propio residente, debiendo realizar ésta al inicio y final de cada estancia formativa o anualmente. El papel del tutor es de supervisor, facilitador y acompañante del proceso.

Además del Libro del Residente, la Comisión Nacional de MFyC propone desde el año 2006 la utilización de un **Portafolio** como instrumento de evaluación formativa. Este portafolio se encuentra en fase de pilotaje, la implementación se está realizando de forma desigual en las diferentes unidades docentes, dependiendo de sus características, de la formación de los tutores, de la experiencia previa en la metodología portafolio etc. El portafolio propuesto tiene como marco las áreas competenciales del POE y debe incluir elementos objetivos que permitan realizar una evaluación formativa. Se estructura mediante tareas (material en diferentes formatos que documenta la adquisición o no de la competencia) e informes de reflexión (reflexión del proceso de aprendizaje de la competencia y posterior elaboración del plan de aprendizaje). En Cataluña se realiza una propuesta coordinada y común de implementación de este Portafolio aprovechando la experiencia que ha aportado el proyecto de evaluación formativa de las UDD de Cataluña que se inició en el año 2001.

En relación al **esquema general** de partida, que pueda ser común a todas o varias, en función de la similitud de las diferentes especialidades, tenemos que tal y como se señala en el capítulo sobre “importancia del libro del residente (log-book) del Manual para Tutores de Mir (Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2007), el objetivo principal del **Libro del Residente**, es ser una herramienta que facilite el proceso de aprendizaje del residente hacia la adquisición de la competencia profesional, básicamente siendo el soporte de la aplicación práctica del Programa de Formación. Para poder cumplir con este objetivo principal es imprescindible que se delimiten las competencias, que se trabajaran y evaluaran, definiendo si es necesario los estándares que se consideraran aceptables.

Objetivos Específicos:

- Ser el instrumento operativo de la evaluación/ valoración formativa.
- Registrar la actividad clínica y no clínica realizada por el especialista en formación, este aspecto tiene una importancia destacable en las

especialidades quirúrgicas pues permite analizar la actividad quirúrgica desarrollada por los residentes y comparar posteriormente con los estándares previstos en su Programa de Formación

- Ser un instrumento de autoevaluación que favorezca la reflexión individual y conjunta con el tutor

La **estructura común de un Libro de Residente de cualquier especialidad** debería incluir:

- Datos personales
- Actividad Clínica
- Presentaciones formales que realiza el residente
- Publicaciones
- Participación en cursos, congresos etc.
- Cronograma de la aplicación concreta del Programa Docente

Tal y como exponía anteriormente **en muchas Unidades Docentes de MFyC** se esta realizando la **implementación del Portafolio** propuesto, diferentes coordinadores de diferentes Unidades Docentes explicaron su experiencia en la reunión de coordinadores que convocó en mayo la CN. Además esta publicada la experiencia de la Unidad Docente de Córdoba y presentada en diferentes foros la experiencia de las Unidades Docentes de Cataluña.

Respecto a la aplicación de esta evaluación formativa el portafolio de MFyC incluye un **informe anual** para evaluar el portafolio realizado por el residente, se valora la aplicación del instrumento. Estos informes los realiza el tutor y posteriormente los envía a la Unidad Docente, formando parte del expediente del residente. No, considero que no se deban remitir al Ministerio los informes de aplicación individual, son instrumentos de evaluación formativa.

Otra cosa distinta es que el Ministerio, la Comisión Nacional, el Sistema de Auditorias o la Comunidad Autónoma solicite al responsable de la Unidad docente la aplicación del Libro del Residente o el sistema de evaluación formativa que se aplica en su Unidad, etc.

El portafolio es un posible tipo de Libro de Residente pero tiene unos objetivos y características que lo diferencian de los anteriormente expuestos. El portafolio de aprendizaje es una técnica de aprendizaje personal. Según la definición del Royal College of General Practitioners *es una recopilación de evidencias o pruebas que demuestran que determinados aprendizajes han sido realizados*- Los elementos clave de un portafolio de aprendizaje son según Challis M.: **la experiencia** (que ha ocurrido, que se ha hecho, que se ha visto), **el aprendizaje** (el descubrimiento que se recuerda, tendrá suficiente impacto para hacer o cambiar cosas en el futuro), **la evidencia** (la demostración de cómo el aprendizaje esta siendo aplicado en un contexto apropiado), **las necesidades de aprendizaje** (la identificación de hacia se debe ir), **las oportunidades de aprendizaje** (un plan de acciones educativas que identifica los caminos en los que se encontraran las respuestas a las necesidades de aprendizaje).

Según citaba en el capítulo sobre “importancia del libro del residente (log-book) del Manual para Tutores de MIR (Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007), el Portafolio como sistema de evaluación aporta **elementos objetivos** además de los elementos subjetivos por parte de los tutores y de los colaboradores docentes. También aporta elementos en relación a como se ha producido el proceso de aprendizaje, no es solo un conjunto de evidencias sino que incluye también **el cómo y el porqué** se han adquirido estas evidencias, el elemento esencial es la **reflexión** del especialista en formación. La reflexión y el análisis influirá en futuros cambios en la práctica y en la identificación de necesidades de formación individuales que se traducirán en pactos de aprendizaje entre tutor y residente. Permite utilizar un estilo de aprendizaje propio de acuerdo con las preferencias de los discentes e incorporar evidencias de diferentes contextos formativos.

2- Especialidades Quirúrgicas (M^a. Luisa Cañete)

Las especialidades quirúrgicas con nuevos Programas de Formación publicados hasta la fecha son: Angiología y Cirugía Vasculuar, Cirugía General y de Aparato Digestivo, Traumatología, Cirugía Pediátrica, Urología y Otorrinolaringología (ORL).

En los diferentes programas, hay gran variabilidad con respecto a la definición de competencias y a la pormenorización de las habilidades requeridas, que los residentes deben ir adquiriendo paulatinamente. Los programas de ORL y Cirugía General, son los que con más detalle describen las competencias y habilidades describiendo incluso en cada técnica el número de cirugías que deben realizar. Creo que estos dos programas son un ejemplo a seguir por el resto de Comisiones Nacionales como ejemplo de lo que debe ser la "Guía de la Especialidad" para ser más exhaustivos a la hora de la Evaluación de los Residentes.

Hablamos de competencias expresadas de forma concreta, precisa y con una propuesta cronológica para su adquisición. La responsabilidad de la elaboración es de cada Comisión Nacional y, en su defecto, de cada Comisión Local de Docencia que quiera avanzar.

En el Complejo Hospitalario de Toledo, utilizamos un formato estandarizado, colgado en nuestra página Web, que sustituye al libro del Residente. Cada año, el residente se lo descarga y rellena los datos de la actividad docente e investigadora. El año pasado, establecimos un modelo en el que el Residente de Especialidades Quirúrgicas especifica el tipo de Intervención y si actúa como cirujano principal, ayudante o solamente observador (Nivel I, II o III de los nuevos planes de Especilidades), la actividad asistencial, docente e investigadora, está firmada por el Tutor y el Jefe de Servicio.

Este año, hemos realizado una **experiencia piloto**, que podremos valorar, en cuanto a la capacidad de generar cambio y estimular a los residentes, en los próximos años:

Se ha establecido una evaluación de dos aspectos diferenciados, que este año han supuesto el 50% cada uno (aceptado en la Comisión de Docencia, y este próximo curso se valorará si se cambia el porcentaje):

- La parte asistencial (50%): se han utilizado en los Comités de Evaluación las hojas del Ministerio con los criterios que están establecidos. Es aquí donde los Residentes Quirúrgicos (este año se ha hecho con ORL y Traumatología) aportan los datos de la actividad quirúrgica, según el nivel de competencia.

- La actividad Docente e Investigadora (50%): se ha elaborado en la Comisión de Docencia un baremo específico para Residentes, en el que han intervenido los Tutores de todas las Especialidades.

Las notas medias han salido publicadas en tablón, (como propone el borrador del nuevo Decreto Formativo de los Residentes) y se han otorgado 5 premios a los mejores Residentes, en función de las notas.

Como todo cambio, entre los Residentes, hay diferentes opiniones. En la encuesta que les hago al final de cada año de Residencia hay dos parámetros que se les pregunta, uno sobre la puntuación que ellos se dan, en su dedicación a la Residencia y este año se introducirá otra pregunta sobre su valoración de la baremación objetiva de la actividad Docente e Investigadora en sus años de Residencia.

La experiencia que hemos tenido este año, no es más que un intento de aproximación a las recomendaciones dadas por la CNE, en cuanto a discriminar y evaluar de forma objetiva competencias.

No hemos enviado al Ministerio informes-registro del expediente personal de cada especialista en formación, pero me he puesto en contacto, con el Responsable de Docencia de mi Comunidad Autónoma, para transmitirle nuestra experiencia y que el sea el vehículo transmisor al Ministerio. Sobre todo, teniendo en cuenta que estaban en la elaboración del Real Decreto Formativo. Se lo hemos transmitido, porque en la Comisión de Docencia creemos que este tipo de evaluaciones, son más objetivas, más estimulantes para el cambio en los Residentes, en cuanto a estimular y objetivar por una parte la adquisición de competencias y por otra la baremación (respetando los intereses de los residentes) de la actividad Docente e Investigadora.

Si hemos propuesto algún modelo tipo de informe-registro. Nosotros tenemos, la baremación aceptada en Comisión de Docencia (que creo puede ser interesante) y el informe-registro en el que se recogen todos los datos.

3- Medicina Interna (Jordi Forteza Rey)

Estas líneas son a modo “collage” de documentos, reuniones, debates de reflexiones de Tutores, Residentes y miembros del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) sobre el Portafolio.

No enumeramos a todos ellos pero si es imprescindible mencionar a Blanca Pinilla y Ramón Pujol por parte de la SEMI y a Josep Arnau y Josep Maria Martinez Carretero por parte del IES como los alma *mater* de este proyecto en el que han puesto toda su ilusión y capacidad de trabajo.

A mi se me ha propuesto en tanto que Coordinador del Grupo que lleve a este encuentro de Mahon 2007 nuestra experiencia para ser sometida a debate.

Quede claro pues que no es un documento para la ocasión sino un punto de partida para la discusión.

*PORTAFOLIO SEMI: De las ilusiones a la realidades.
Aprendiendo de nuestros errores.*

Primer periodo: Ilusiones.

En el año 2005 el Grupo de Formación de la SEMI y el IES (Institut d’Estudis de la Salut) elaboro un proyecto piloto de portafolio para los residentes y tutores que de forma voluntaria quisiesen participar.

Propuestas de mejora de la formación de los residentes de Medicina Interna: el portafolio. (Documento “Guía y Evaluación de Residentes de Medicina Interna” , Madrid 2-3 de junio y 24-25 de noviembre del 2005)

“Con respecto a los “Sistemas de Evaluación del Proceso Docente y de los Resultados”, la SEMI está trabajando activamente en este terreno. Propone la elaboración de un portafolio que incluya aspectos de mejora formativa, así como fomentar las reuniones entre tutor y residente con un contenido estructurado de dichas entrevistas (feed back formativo), independientemente de realizar las evaluaciones oficiales actualmente vigentes.....

Se plantea la elaboración de un portafolio piloto para residentes de Medicina Interna, que podéis encontrar a continuación, con un objetivo inicial de **tipo formativo, no sumativo**, con el fin de mejorar la formación de los residentes, a la vez que proporcionar estrategias de autoevaluación y autoaprendizaje, aplicables al resto de la vida profesional.

Se propone comenzar la experiencia piloto del portafolio con un número reducido de competencias y de instrumentos de evaluación, para ir ampliándolo progresivamente, en años sucesivos, con nuevas competencias y sus correspondientes sistemas de evaluación.

Este portafolio irá dirigido inicialmente a un número reducido de residentes de primer año, para en los próximos años aplicarlo a todos los residentes de Medicina Interna.

Introducción

Los profesionales somos adultos y nuestra manera de aprender no es la misma que la de los niños. Nunca partimos de cero; siempre construimos el conocimiento desde alguna base previa. Nuestra motivación, además, es muy inmediata: **queremos aprender a hacer aquellas cosas que necesitamos para mejorar nuestro trabajo diario**. Esto hace que nuestra experiencia en el día a día sea una fuente inagotable de aprendizaje. No hay mejor maestro que la propia experiencia.

La **reflexión** sobre los problemas o las dudas que nos aparecen en cualquier momento de la práctica asistencial será nuestra guía como aprendices.

El trabajo personal sobre las oportunidades para aprender que nos ofrece la actividad profesional se ha de fundamentar en **cuatro cuestiones básicas** a las cuales tenemos que responder, hasta que alcancemos nuestros objetivos de aprendizaje. Las preguntas que nos tenemos que hacer son:

- ¿Qué he aprendido?
- ¿Cómo lo he aprendido?
- ¿Cómo lo he aplicado en mi práctica?
- ¿Qué me falta por aprender y qué haré para alcanzar este aprendizaje?

El **cuaderno de aprendizaje** que construiremos es un ejercicio de autodisciplina en la práctica de esta reflexión sobre los problemas que surgen en nuestro trabajo diario. Se trata de anotar y registrar de forma estructurada estas situaciones que nos permiten aprender y, una vez anotadas, obligarnos a pensar qué podemos aprender, de qué manera y con qué mecanismos para resolver el problema de aprendizaje e incrementar nuestra expertise.

Este cuaderno es una herramienta que nos ayudará en un aprendizaje reflexivo a partir de las experiencias de nuestra práctica; su finalidad es formativa y potenciadora del desarrollo profesional como mecanismo de identificación de áreas de mejora y de planificación de la propia formación.

Objetivo:

El objetivo de este cuaderno es proporcionar al residente, acompañado por su tutor, un instrumento de mejora del aprendizaje, basado en el pensamiento crítico sobre hechos de la práctica diaria y que permita la adquisición de conocimientos y habilidades de manera reflexiva, autodirigida y personalizada; será también un instrumento para el seguimiento del progreso competencial y para el desarrollo profesional.

Se trata pues de un instrumento con finalidad **FORMATIVA** (no sumativa), siendo su Contenido **confidencial**, propiedad del residente, accesible, exclusivamente y con la autorización de éste, para su tutor.

Componentes:

Los elementos que incorporará el PORTAFOLIO del Residente serán:

1. Reflexión sobre **3 incidentes críticos**, entendiendo por incidentes críticos *“aquellos hechos de la práctica profesional que nos han trastornado, nos han creado dudas, nos han causado sorpresa, o nos han molestado o inquietado por su falta de coherencia o por haber presentado resultados inesperados, aquel incidente en el cual una intervención personal implicó una diferencia en los resultados para el paciente, un proceso se desarrolló particularmente bien, las cosas no ocurrieron tal como se había previsto, se apprehendió cuál es la esencia global de la práctica médica o se planteó un reto particularmente intenso. Episodios con un desarrollo particularmente positivo o negativo, que proporcionan la oportunidad de reflexionar sobre la propia práctica y, por ello, de mejorarla”*.
2. **Resumen clínico de 1 paciente con procesos patológicos múltiples e ingresos hospitalarios repetidos**, con incorporación de elementos de reflexión sobre las intervenciones y abordajes efectuados en la atención del caso seleccionado.
3. **Audit (1) y selfaudit (2) de historias clínicas**: se puede definir el *audit* médico como la evaluación retrospectiva de la práctica asistencial, mediante la revisión de las historias clínicas, realizada por los propios profesionales responsables de la asistencia y encaminada a encontrar

soluciones prácticas de los déficits que se detectan. Puede ser externo o interno y, en el segundo caso, puede ser realizado por el propio médico (*selfaudit*) o por sus colegas (*peer-review*).

4. **Valoración de 360 grados:** realizada mediante cuestionarios estandarizados anónimos y confidenciales, sobre dos competencias globales básicas (Comunicación con el paciente e interprofesional y Manejo psicosocial) que, para cada año de residencia, debe alcanzar el residente de medicina interna y que completan: el propio residente, 1 médico residente compañero del propio residente, 2 enfermeras / auxiliares de enfermería, 8 pacientes atendidos por el residente (o sus familiares), y el adjunto de cada rotación por la que pase el residente.

SEGUNDO PERIODO: La reacción.

Principio físico: a toda acción corresponde una reacción igual y de sentido contrario.

REUNION DE TUTORES con la participación de Residentes que participaron en el proyecto piloto. Sevilla noviembre 2006.

Participantes En el proyecto	29 residentes de 1r. M. I. + tutores
Período	Curso académico 2005- 2006
Ámbito	18 hospitales

RESULTADOS DE PARTICIPACION

ELEMENTOS DEL PORTAFOLIO / RESIDENTES (29)	NÚMERO	%
INCIDENTE CRÍTICO	29 (1 – 5)	100%
CASO CLÍNICO PLURIPATOLÓGICO	19 (1 – 2)	68%
SELF AUDIT	11 (1 – 2)	39%

	4	
AUDIT EXTERNO	-1	14%
CUESTIONARIO 360 °		
Adjunto / Otro residente	11 (1 – 3)	39%
Enfermería	9 (1 – 4)	32%
Paciente / Familiar	8 (1 – 8)	29%
Autoevaluación residente	8	29%
Valoración del residente	9	32%
Análisis conjunto cuestionarios 360 °	4	14%
REVISIÓN GLOBAL DEL APRENDIZAJE	3	11%

RESULTADOS CUALITATIVOS.-

- Priorización competencial de los casos de los portafolios:
 1. Manejo diagnóstico y terapéutico
 2. Anamnesis y exploración física
 3. Manejo psicosocial y comunicación
- Cantidad y calidad del trabajo muy desigual
- Poca cumplimentación de los elementos mínimos previstos
- Objetivos de aprendizaje genéricos, poco concretos
- Estrategias de aprendizaje genéricas, poco concretas
- Explotación insuficiente de los diferentes elementos competenciales que se pueden trabajar en un mismo caso (IC, CC...)
- Poco uso del *audit* y de la valoración de 360 °, aunque muy bien valorados por los que los han utilizado
- Con frecuencia se ha trabajado sin tener presentes las competencias que se querían valorar
- Pocos residentes han realizado el análisis del conjunto de cuestionarios de 360° (4) y la revisión global del aprendizaje (3)

- Pocos tutores han valorado, al menos por escrito, los elementos elaborados por su/s residente/s.

TERCER PERIODO: Promoción Residentes 2007.

Tras la reflexión posterior al debate que hubo en la jornada de Sevilla, las opiniones manifestadas en el foro TUTOR_medicina (rediris) y una reunión ampliada del comité de dirección del Grupo de Formación se decidió modificar el proyecto inicial del portafolio con los siguientes elementos

1. Unificar Portafolio y el libro del Residente
2. Mantener el formato web y sub-sanar los problemas técnicos informáticos que desanimaron a muchos de los participantes
3. Mantener el Incidente crítico y el audit y eliminar la valoración 360º y el paciente pluripatológico con reingresos
4. Incorporar los resúmenes de las reuniones del residente con el Tutor
5. Introducir en el mismo portal la incorporación de los elementos que constituyen la memoria anual (rotaciones, técnicas, habilidades, seminarios, sesiones, publicaciones...)

A modo de resumen:

En nuestro entorno y especialmente en el ámbito de la formación MIR “lo que se dice” que hay que hacer para mejorar la formación y “lo que se hace” en la vida real es como Dr Jekyll y Mister Hyde.

Los residentes son rápidamente concientes de esta dicotomía y cuando los responsables de la formación señalan la Luna los residentes ven el dedo.

La implicación de las sociedades científicas, en nuestro caso la SEMI, pueden hacer que los proyectos ministeriales, las comisiones de especialidades, las CCAA, y la red de comisiones de docencia tengan un tejido que sustente el cambio cultural que creemos todos precisa el Sistema MIR de nuestro País.

El proyecto del portafolio es un ejemplo de ello.

4. Encuesta realizada a residentes (Leire Gil Alonso)

En un encuentro de tutores dirigido a analizar la utilidad de las herramientas de evaluación vigentes para valorar el trabajo y la formación de los residentes de medicina interna, hemos hecho una pequeña encuesta, 10 personas en varios hospitales del país (una muestra no significativa) utilizando varias preguntas para analizar la validez o no de los métodos actuales de evaluación, detectando los fallos y recogiendo propuestas de mejora.

Los residentes encuestados son residentes de especialidades médicas, médico-quirúrgicas y quirúrgicas de los siguientes hospitales:

- H. MEIXOEIRO (VIGO) H.CLINIC (BCN)
- H.GERMANS TRIAS I PUJOL (BCN) H. DEL MAR (BCN)
- H. SON DURETA (PALMA) H.VIRGEN DE LA SALUD (TOLEDO)
- H. PUERTA DE HIERRO(MADRID) H.MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

1. Relación con el tutor

Únicamente 2 personas de las 10 encuestadas mantiene horarios de tutorías con el tutor (máx. 2 veces al año), los demás mantienen tutorías de pasillo, es decir momentos de reunión puntuales cuando hay algo que comentar, generalmente problemas con las rotaciones.

Únicamente 4 de cada 10 actualizan su programa de formación, el resto desconoce si ha variado desde el momento que iniciaron el periodo de residencia. El análisis de los resultados de la evaluación se comenta sólo en 2 casos.

Comentar que 1 de las 10 personas encuestadas, carece de tutor como tal, sino que adjuntos se reparten la atención a los residentes.

2. Formas de evaluación del residente

5 de 10 residentes encuestados utilizan la combinación del libro azul y la memoria para ser evaluados, 3 únicamente la memoria. Otra persona hace un listado con intervenciones técnicas, sesiones, publicaciones, etc., siguiendo un esquema establecido que se puntúa con un baremo interno del hospital, publicándose los resultados. La persona restante no toma ninguna actitud activa frente a las evaluaciones y desconoce si es evaluada de alguna manera.

El 90% sabe que es evaluado en cada rotación y conoce que el resultado va a docencia, pero desconoce exactamente los ítemes que se valoran.

Únicamente 2 de las 10 personas comentan los resultados finales con sus tutores, analizando problemas.

3. Utilidad de las evaluaciones

El 90% (excepto la persona que se evalúa por baremo interno según actividades realizadas) no considera útil el modo actual de evaluación, y por lo tanto no confía en sus resultados.

Los principales problemas son que el método de evaluación:

- No se ajusta a cada especialidad ni a sus objetivos.
- Es muy generalista.
- Los encuestados piensan que las valoraciones de las rotaciones son “estándares”, es decir no se personalizan con cada residente.

Por todo esto, la evaluación con los métodos actuales no se considera necesaria para la formación del residente.

Todos los encuestados estarían de acuerdo en que una evaluación adecuada impulsaría una mejora académica y de formación asistencial.

Las diferentes propuestas planteadas, aunque claro, a pequeña escala, serían las siguientes.

- **Examen anual teórico- práctico:** 30 %. Donde se evalúen los objetivos y competencias adquiridas.
- Establecimiento de **objetivos más claros** a cumplir, con tutorías más frecuentes y establecidas para mantener una evaluación continua. 20%
- 4 personas (40%) **no saben o no contestan.**
- 1 persona se muestra **de acuerdo** con su método de evaluación.

Desde la SEMI, (Sociedad Española de Medicina Interna) se ha propuesto un modelo de actividad en la web “**PORTAFOLIO**” que pretende reunir en un portal un reflejo de la actividad (asistencial y académica), el aprendizaje y la evaluación continua del residente, utilizando para esto auditorías clínicas y la autocrítica constructiva. Todo ello se iría reflejando en una especie de expediente multidisciplinar para el que se intentaría conseguir un valor curricular.

De un primer modelo que se utilizó de forma “piloto” hace un año, que no tuvo una buena aceptación por su forma y complejidad inicial, se está trabajando en otro esquema que de forma más sencilla cubra estos objetivos y refleje la evolución de la formación del residente.

Consultar:

http://www.fesemi.org/grupos/formacion/proyectos/propuesta_portafolio.doc

(propuesta antigua, aún no publicado el nuevo formato)

Concluyendo:

1 . **Los residentes no consideramos actualmente válida la pauta de evaluación**, carece para nosotros de validez interna, y por supuesto, externa.

2. Encontrar un **nuevo método** útil conllevaría una mejora de formación académica y asistencial, dando el método **de evaluación continua real** un impulso a la actividad diaria.

3. La mejora de la formación y un buen criterio de evaluación sería, además de la **evaluación global y práctica cada cierto tiempo**, de una mayor **especificidad para los objetivos** a cumplir, donde el **contacto con los tutores** cobraría mayor importancia.

5. Obstetricia y Ginecología (Angeles Orta Cuevas)

En el Programa Docente de Obstetricia y Ginecología, modificado en 2005 y aprobado por nuestra Comisión de Docencia, intentamos dar respuesta a la primera premisa detallando las competencias esenciales mínimas en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes que debe adquirir un especialista, en este caso de Obstetricia y Ginecología, y que suponen el núcleo que define el ejercicio de nuestra Especialidad.

Los cinco grandes bloques de formación de nuestra Especialidad son Obstetricia, Ginecología, Medicina de la Reproducción, Oncología Ginecológica y Patología Mamaria y Actividad de Urgencias.

Para cada uno de ellos, definimos las competencias que debían adquirir tanto de forma general a lo largo de todo el período de formación como de forma específica, según el año de Residente.

Posteriormente, intentamos desarrollar herramientas que nos permitieran poner en práctica sistemas de evaluación ágiles, reproducibles y de fácil uso, definiendo unos criterios más objetivos, imparciales y unificados de evaluación continuada de nuestros Residentes, basados y adaptados al sistema de evaluación actualmente vigente.

Como todos sabemos, desde la última revisión de las Comisiones Nacionales de Docencia, el sistema de evaluación se sostiene en dos pilares: la realización de las fichas evaluadoras de las rotaciones (Fichas 1) y ficha de evaluación anual (Ficha 2) y el seguimiento por medio del Libro de Residentes. Y estas son las herramientas de las que disponíamos y a las que nos intentamos adaptar.

Si bien es cierto que existe un componente de subjetividad, esto no desautoriza el modelo sino que en base a él, ideamos planes de mejora que lo hicieran más objetivo, entendible, aplicable de forma global, que reflejara la realidad de la actividad evaluada y que permitiera modificar actitudes y comportamientos.

Probablemente, infrutilizamos tanto las Fichas como el Libro de Residentes. Rentabilizándolos son un instrumento de evaluación mucho más valioso y poderoso de lo que creemos; realizando algunas modificaciones y asociándolos a nuevas herramientas de valoración docente pueden adaptarse a los requerimientos actuales.

Quizá nuestra mayor aportación ha sido en la forma de cumplimentar y evaluar el **Libro de Residentes**, intentando seguir el modelo de portafolio. Para ello, partimos de una serie de premisas:

- × El Libro de Residentes debía adaptarse algo más a nuestra propia Especialidad. Manteniendo la misma estructura, hemos especificado y ampliado qué actividades se deben reflejar. Esas actividades están íntimamente relacionadas con los objetivos marcados en el Programa de Obstetricia y Ginecología y con las competencias asistenciales, docentes e investigadoras que deben ir adquiriendo los Residentes según el año de formación.

Por ejemplo, en el apartado 1.2.4. Técnicas Especiales

<u>Tipo de Técnica</u>	<u>Grado de Responsabilidad</u>	
	<u>Responsable</u>	<u>Ayudante</u>
<u>Actividad obstétrica</u>		
<u>Ecografías obstétricas 1^{er}-2^o nivel</u>		
<u>Ecografías obstétricas 3^{er} nivel</u>		
<u>Amniocentesis precoces</u>		
<u>Amniocentesis tardías</u>		
<u>Biopsias coriales</u>		
<u>Amnioinfusiones</u>		
<u>Otras</u>		
<u>Actividad ginecológica - Planificación</u>		
<u>Ecografías ginecológicas</u>		
<u>Inserciones de DIU</u>		
<u>Inserciones Mirena</u>		
<u>Polipeptomías/biopsia endometrial</u>		
<u>Histeroscopias diagnósticas</u>		
<u>Otras</u>		

<i>Actividad Reproducción</i>		
Inseminaciones		
Punciones foliculares		
Transferencias embrionarias		
Otras		

- × Las máximas puntuaciones no debían corresponder al cumplimiento de los mínimos establecidos; en general, las máximas puntuaciones corresponderán a quien destaque, a quien se esfuerce, a quien supere los mínimos.
- × Debíamos diseñar un sistema de ponderación objetivo, que se refleja en el Anexo 1 y se desarrolla en la exposición.
 - Las puntuaciones se distribuyen en
 - 50% Actividad asistencial
 - 25% Actividad docente
 - 25% Actividad investigadora
 - Los distintos apartados corresponden a los que se reflejan en el Libro de Residentes
- × Los Residentes están informados tanto de cómo deben cumplimentar el libro como de cuáles son los criterios de valoración y su ponderación.

El resultado se refleja en el anexo 1.

Tras su aplicación en las evaluaciones 2005 y 2006, hemos ido modificando y esperamos que mejorando el sistema.

El siguiente paso, pretende ser ***añadir elementos específicos de portafolio***: diseño, definición y recogida de evidencias de conocimientos teóricos, de procedimientos, de actitudes, de reflexión. de toma de decisiones...

Por último y durante 2006, hemos incorporado el ***Feed back*** como instrumento de valoración formativa bidireccional.

Objetivos.

- × El objetivo primario fue realizar una valoración formativa individualizada de los Residentes de Obstetricia y Ginecología y de la propia Tutoría y Unidad Docente de cara a aplicar planes de mejora.
- × Los objetivos secundarios fueron:
 - Valorar en ritmo de aprendizaje de cada Residente
 - Evaluar si los períodos de rotaciones son adecuados y se adaptan a la consecución de los objetivos planteados

Metodología.

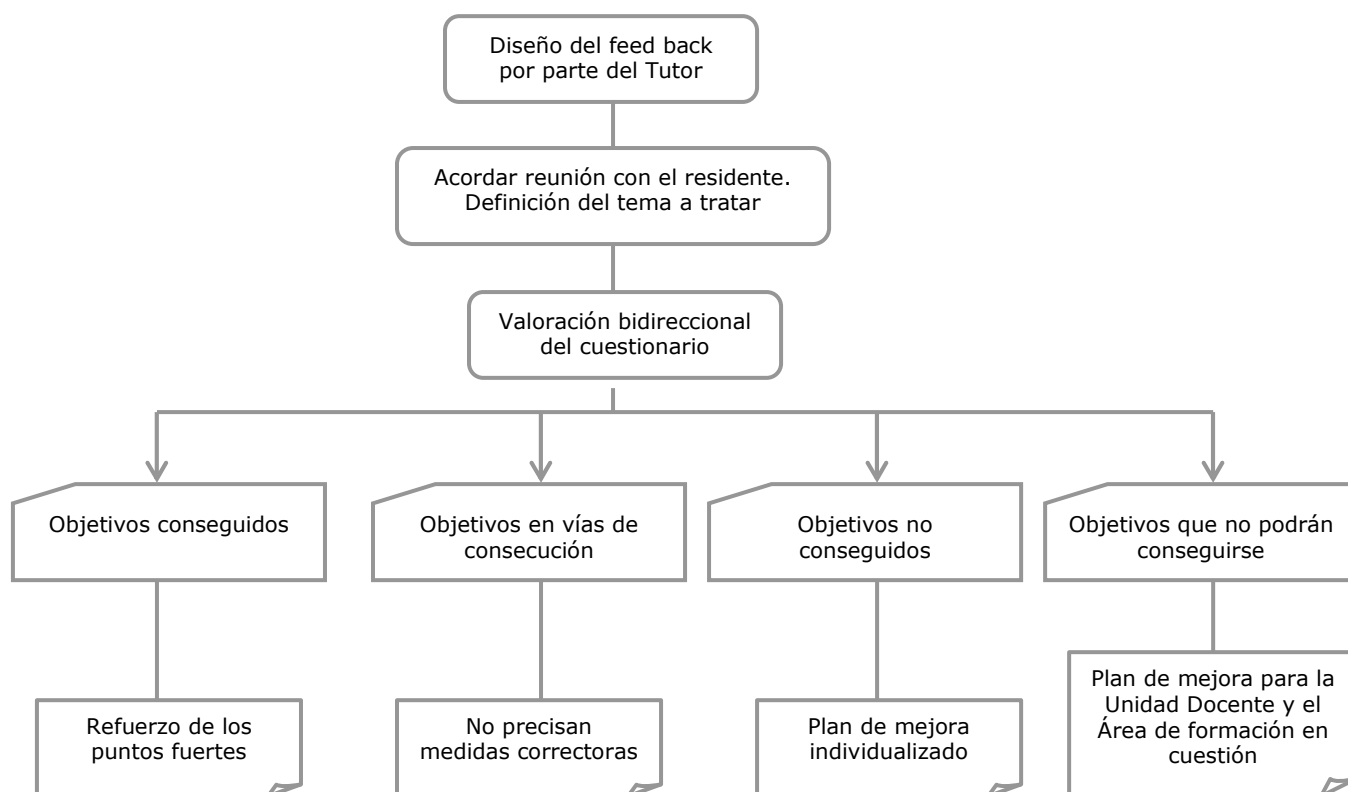
- ✖ Reuniones formales individuales con cada uno de los Residentes de Obstetricia y Ginecología.
- ✖ Previamente, se acordó el tema que se iba a tratar: el desarrollo del período formativo y de la adquisición de competencias clínicas.
- ✖ Realizado a finales de Diciembre-primeros de Enero: a los 6 meses del año de formación en curso, para poder aplicar los planes de mejora que se plantaran.
- ✖ Preparación previa por parte del Tutor: diseño de cuatro cuestionarios con las competencias y objetivos docentes que deben alcanzar en cada uno de los cuatro años de formación. El cuestionario no se entregó para su cumplimentación sino que sirvió de guía para el desarrollo del feed back.
- ✖ En su estructura y tras hablar sobre el cuestionario, se intentaron reforzar los puntos fuertes del Residente por parte del tutor y se definieron de forma conjunta los puntos a mejorar y los planes de mejora que se iban a aplicar.
- ✖ Así mismo, se definieron posibles déficits por parte de la tutoría y de la Unidad Docente y se definieron igualmente planes de mejora.

Resultados.

Los feed back han permitido objetivar la evolución formativa de nuestros residentes, analizar el grado de cumplimentación de objetivos de cada uno de ellos, evidenciar que el ritmo de aprendizaje marcado es adecuado y sobre todo, ha posibilitado la identificación de carencias personales e institucionales que permiten definir planes de mejora individuales y generales.

En los apartados de las memorias de los Residentes de la presente memoria, se transcriben los cuestionarios y sus resultados así como los planes de mejora y las medidas aplicadas para su consecución.

En el último capítulo de la Memoria, se reflejan los planes de mejora definidos para la Tutoría y para la Unidad Docente y sus Áreas Clínicas.



Para apreciar como se realizó, en el Anexo 2, se adjunta un cuestionario real aplicado a uno de nuestros Residentes de primer año.

Para finalizar y retomando la idea inicial, debemos aunar nuestros esfuerzos y aportaciones, desarrollando nuevos Programas Docentes desde las Comisiones Nacionales que contemplen adecuadamente:

- Los objetivos docentes
- Las competencias esenciales mínimas (conocimientos, habilidades, actitudes) que debe obtener un Residente para obtener el título de Especialista
- Niveles de Responsabilidad
- Sistemas de evaluación adaptados a valorar de la mejor forma esos objetivos, competencias y Niveles de Responsabilidad.

Anexo 1. Valoración del Libro de Residentes de Obstetricia y Ginecología

Cumplimentación Libro de Residentes		0,6	<i>Pulcritud Grado de cumplimentación Facilidad valoración de la actividad Buena referencia cursos, publicaciones, comunicaciones...</i>	Resta 0,1 si algún item negativo 0 si no lo presenta
Actividad Asistencial		1,2		(50%)
Rotaciones			Grado de Cumplimentación de las rotaciones programadas	0.2 si cumple las establecidas 0.1 si las modifica a voluntad pero sigue el esquema general 0 si no las cumple
Actividad Programada	Intervenciones Programadas		Cumplimentación de mínimos Comparado con los R de su año	0.2 si sobrepasa mín. Y media de R de su año 0.15 cumple mín y media R de su año 0.1 cumple mín pero por debajo de los R de su año 0 si no cumple mínimos
	Técnicas Especiales		Cumplimentación de mínimos Comparado con los R de su año	0.2 si sobrepasa mín. Y media de R de su año 0.15 cumple mín y media R de su año 0.1 cumple mín pero por debajo de los R de su año 0 si no cumple mínimos
Actividad Urgente	Guardias		Cumplimentación de mínimos Comparado con los R de su año	0.2 si sobrepasa mín. Y media de R de su año 0.15 cumple mín y media R de su año 0.1 cumple mín pero por debajo de los R de su año 0 si no cumple mínimos
	Actividad de Tocófono		Cumplimentación de mínimos Comparado con los R de su año	0.2 si sobrepasa mín. Y media de R de su año 0.15 cumple mín y media R de su año 0.1 cumple mín pero por debajo de los R de su año 0 si no cumple mínimos
	Intervenciones Urgentes		Cumplimentación de mínimos Comparado con los R de su año	0.2 si sobrepasa mín. Y media de R de su año 0.15 cumple mín y media R de su año 0.1 cumple mín pero por debajo de los R de su año 0 si no cumple mínimos
Actividad Docente		0,6		(25%)
Sesiones Clínicas			Realiza las sesiones programadas Realiza extras voluntariamente Asistencia	0.15 si realiza voluntarias y asiste regularmente 0.1 si realiza las programadas y asiste regularmente 0.05 si realiza programadas y no asiste regularmente 0 si básicamente no asiste
Cursos Diplomas, Master			R1-R2, cursos de formación R3-R4, diplomas, master, recomendados Más de 3/año	0.15 más de 3 al año de mínimo 30 horas 0.1 de 1 a 3 al año de mínimo 30 horas 0 ninguno Si imparten algún curso, se sube una centésima
Niveles de Ecografía			Nivel I R1/R2 Nivel II R2/R3 Nivel III R3/R4	0.15 cumple el objetivo 0.1 cumple el objetivo con retraso 0 no obtiene los Niveles
Congresos, Reuniones			Asistencia a eventos recomendados	0.15 asistencia a alguno recomendado 0.1 asistencia a alguno no recomendado 0 no asiste a ninguno
Actividad Docente		0,6		(25%)
Comunicaciones			Primer autor Segundo autor Tercero o más Ninguna	0.2 si realiza más de los mínimos establecidos o si obtienen algún premio 0.1 si realiza los mínimos establecidos 0.05 si realiza menos de los mínimos 0 si no realiza ninguna (salvo R1)
Publicaciones			Primer autor Segundo autor Tercero o más Ninguna	0.2 si realiza más de los mínimos establecidos o alguna en revista extranjera 0.1 si realiza los mínimos establecidos 0.05 si realiza menos de los mínimos 0 si no realiza nada (salvo R1)
Tesis			R1/R2 Programa de Tercer Ciclo R2/R3 Suficiencia Investigadora R3/R4 Realización - Inscripción Nada	0.2 si cumple el objetivo 0.1 si cumple el objetivo con retraso 0 si no realiza doctorado
				Por cada línea de investigación en la que participen o premio de científico, suman una décima

Anexo 2. FEED BACK R1: Nombre Apellidos Cosecuación de objetivos

OBJETIVOS DE FORMACIÓN TEÓRICA	
Cursos de Formación Continuada	En vías consecución
Asistencia a Sesiones Clínicas generales y de Residentes	Conseguido
Exposición de sesiones clínicas (Mínimo 3/año)	En vías consecución
Nivel I de Ecografía de la SEGO	En vías consecución
OBJETIVOS DE FORMACIÓN PRÁCTICA	
Rotaciones definidas	Conseguido
Conocimientos generales de la organización del hospital	Conseguido
Realización de guardias de presencia física	Conseguido
Objetivos específicos de la Unidad de Obstetricia	
Elaborar una historia clínica obstétrica correcta	Conseguido
Efectuar adecuadamente la exploración obstétrica: <ul style="list-style-type: none"> * Maniobras de Leopold. * Auscultación fetal (tanto con estetoscopio de Pinard como con ultrasonidos). * Tactos vaginales (identificación de la situación, presentación fetal). * Efectuar a interpretar de manera correcta una amnioscopia 	Conseguido
Interpretación de los Test de bienestar fetal no estresantes	Conseguido
Interpretación de las pruebas de la oxitocina	Conseguido
Interpretación de pruebas analíticas	Conseguido
Interpretación de los resultados ecográficos	Conseguido
Información sobre los consejos propios de la embarazada (dieta, ejercicio, medicaciones, diagnóstico prenatal, suplementos vitamínicos, motivos de consulta, etc.).	Conseguido
Control y seguimiento del embarazo no complicado	En vías consecución
Manejo del puerperio precoz, inmediato y tardío	Conseguido
Interpretación de los resultados ecográficos básicos	Conseguido
Objetivos específicos del Área de Urgencias	
Realización de la Historia Clínica de urgencias. Correcta Anamnesis	Conseguido
Exploración básica obstétrica y de las mujeres en trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> * Maniobras de Leopold, auscultación fetal, control clínico de la dinámica uterina. * Tactos vaginales: maduración cervical y dilatación, presentación fetal, estado de la bolsa, amnioscopia. * Pruebas de diagnóstico de rotura prematura de membranas 	Conseguido Conseguido Conseguido
Exploración bimanual ginecológica	En vías consecución
Indicar e interpretar pruebas de bienestar fetal	Conseguido
Ecografía obstétrica y Ginecológica básica	Conseguido
Redacción de hojas de parto (tocograma), hojas de intervención quirúrgica y laparoscopias	Conseguido
Realización de certificados de nacimiento y defunción	En vías consecución
Redacción de hojas de tratamiento	Conseguido
Redacción de informes de alta	Conseguido
Valoración y petición de pruebas complementarias diagnósticas	Conseguido
Colocación de sonda urinaria	Conseguido
Conocer los protocolos asistenciales y de procedimientos del área de urgencias, dilatación y paritorio	Conseguido
Partorio: <ul style="list-style-type: none"> * Técnicas de asepsia y antisepsia en el área tocúrgica. * Aplicación de anestesia local en periné. * Episiotomías media y mediolateral. Episiorrafia. * Sutura de desgarros de I-II grado y al final del primer año, de III-IV grado, vaginales y de cuello uterino. * Realización de parto eutócico. * Al final del primer año, instrumentación del parto mediante ventosa obstétrica. * Extracción manual de placenta. * Revisión de cavidad uterina y canal del parto 	Conseguido Conseguido Conseguido Conseguido Conseguido Conseguido Conseguido Conseguido
Quirófano: <ul style="list-style-type: none"> * Preparación del campo quirúrgico. * Primer ayudante en cesáreas. Al final del primer año, primer cirujano tutorizado en cesáreas. * Apertura y cierre de laparotomías. * Realización de legrados por aborto de menos de 10 semanas. * Realización de legrados biopsia, drenaje de abscesos de Bartholino 	Conseguido Conseguido Conseguido Conseguido Conseguido
Realizar adecuadamente profilaxis y/o tratamiento antibióticos	En vías consecución
Profilaxis antitrombótica	No Conseguido
Control postoperatorio y del puerperio. Diagnóstico de sus complicaciones	Conseguido
Realización de guardias: Mínimo 5/mes	En vías consecución
OBJETIVOS DE FORMACIÓN INVESTIGADORA	
Presentación de dos comunicaciones como mínimo como primer, segundo o tercer firmante	Conseguido
Presentación de un artículo original o dos casos clínicos en revistas del Índice Médico Español como mínimo como primer, segundo o tercer firmante	Aún no Conseguido

Plan de mejora individual: Nombre Apellidos

- * Mejorar su formación en cirugía obstétrica. Se realizará durante el rotatorio definido por urgencias y potenciando la cumplimentación de este objetivo por parte de los facultativos de guardia más allegados.
 - * Completar su formación en técnicas de exploración obstétrica clásicas. Se realizará una sesión práctica por parte del Tutor, con pacientes reales, dirigida a los R1 para realizar esta formación.
 - * Potenciar y facilitar la actividad investigadora.
 - * Se definen planes generales de mejora para el período de formación de R1.
-

EVALUACIÓN-II: CONCLUSIONES

(Consensuadas con los tres grupos de asistentes)

A partir de la exposición de las experiencias y teniendo como marco el nuevo Real Decreto que regulará los aspectos formativos se acordaron las siguientes conclusiones:

1. Es necesario un sistema de evaluación sumativa que evalúe las competencias. Por tanto es imprescindible que éstas consten en los Programas Oficiales de las diferentes especialidades incluyendo unos criterios mínimos de cumplimiento.

2. El sistema de evaluación sumativo debería utilizar instrumentos objetivos de evaluación, este aspecto está contemplado para la evaluación formativa en el RD pero no para la sumativa.

3. El **informe del Tutor** sobre la evaluación sumativa del residente, además de incluir las evaluaciones de las rotaciones, debe contemplar una valoración global del residente mediante listados de competencias adquiridas por el mismo y especificadas en su programa docente. Las evaluaciones de las rotaciones también deben utilizar esta metodología. Este informe debe incluir la evaluación formativa en cuanto que se está realizando, no los resultados competenciales del residente.

4. El **Tutor** debe conocer el avance en la adquisición de competencias del residente mediante el plan de evaluación formativa que está desarrollando con su residente. El seguimiento de este se hará mediante **reuniones con el residente** formalmente establecidas; al menos serán una por rotación y a mitad de la misma.

5. **Libros de Residentes** y similares son necesarios para evaluar formativamente.

6. Para la evaluación se necesitan **recursos**, que deben estar contemplados en los servicios y otras instancias del Sistema Sanitario.

7. Es necesario una propuesta concreta de desarrollo de la evaluación formativa prevista en el nuevo RD que contemple los POE con competencias definidas, los sistemas de evaluación formativa y los nuevos Libros del residente.

8. Es necesario la creación de un grupo de trabajo desde el Ministerio de Sanidad en relación a la elaboración de una propuesta de evaluación sumativa con elementos objetivos. Este grupo debería incorporar expertos en metodologías docentes y representantes de los diferentes implicados.

3. Participantes:

Anía, Olinda
Antón Pastor, Carlos
Arranz Calvo, Ana Isabel
Blazquez Mateo, Juan
Bundo Vidiella, Magdalena
Campelo Barcia, Encarnación
Cañete Palomo, Maria Luisa
Carrillo Ojeda, Patricia
Casado, Verónica
Cerqueira, Maria José
de Serdio Romero, Epifanio
Domingo Uriarte, Luis Ignacio
Ezquerria Lezcano, Matilde
Fernández Alonso, Miriam
Ferrer de Sant Jordi Montaner, Pilar
Figuerola Roig, Antonio
Fonseca Alfons, Montserrat
Fornells Valles, José Maria
Forteza-Rey Borralleras, Jordi
García López, Concepción
García López, Pablo
García Olmos, Luis
Garriga Puerto, Ascensión
Gil Alonso, Leyre
Gual Sala, Arcadi
Hernández Flix, Salvador
Jorquera Plaza, Francisco
Manuel Moran Barrios, Jesús
Martínez Landeras, Víctor
Martínez Roche, M ^a Emilia
Merino Sáenz de Magarola, Maria Victoria
Muñoz Muñoz, Rosa
Navarro Mateu, Fernando
Nolla Domenjo, Maria
Obrador Navarro, Esther
Olmos Naranjo, Carmen

Orfila Timoner, Jaime
Pales Argullos, Jorge
Palmer Juaneda, Rafael
Peñate Bolaños, Mónica
Pérez Iglesias, Fernando
Pinilla Llorente, Blanca
Portuburu Izaguirre, Maite
Puig Domingo, Jordi
Puig Valls, Bartomeu
Pujalte Martínez, M ^a Luisa
Ramil Hermida, José Luis
Rodríguez Espinosa, Alexis Francisco
Romeo Martínez de Lecea, Ignacio
Romero Pérez, Enrique
Salas Hospital, José Carlos
San Emeterio Martínez, Encarnación
Sánchez González, Elena
Sancho, Eva
Sans Boix, Antonia
Seco Muñoz, Elena
Tortosa Sánchez, Antonio
Tutosaus, Juan David
Uterga Valiente, Juan
Valcarcel Saavedra, Josefa
Vicent García, M Dolores
Vidal Puigserver, Joan