



Jornada de Formación de Tutores. Zaragoza 22 de junio de 2011

¿Cómo Evaluar al Residente?. Una visión posibilista para entornos complejos.

Jesús M. Morán-Barrios. Jefe de la Unidad de Docencia Médica. Hospital de Cruces. 48903 Barakaldo. Bizkaia. España.

Pilar Ruiz de Gauna. Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Universidad del País Vasco- Euskal Herriko Unibertsitatea. Donostia-San Sebastian, Guipuzkoa. España.

Miembros de la Junta Directiva de la Sociedad de Educación Médica de Euskadi.

www.ehu.es/semde

Correspondencia: jesusmanuel.moranbarrios@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN.

Este breve documento, pretende ofrecer una reflexión sobre algunas de las realidades en las que se mueve nuestro sistema de Formación Sanitaria Especializada (FSE), sus contradicciones internas y externas, cómo influyen estas en la aplicación y desarrollo de un sistema de evaluación, cuyo objetivo es garantizar a la sociedad la competencia de un especialista, y plantear estrategias, basadas en nuestra experiencia, para tratar de modificar la cultura docente de nuestras organizaciones sanitarias, a fin de facilitar opciones de evaluación posibilistas para un entorno complejo. Todo ello, sin olvidar, que el Residente está recibiendo un salario por aprender trabajando y que es él, el principal responsable de su aprendizaje, punto clave de la Formación Basada en Competencias y la evaluación formativa. (Sobre estrategias de evaluación remitimos al lector al documento¹).

RENDIR CUENTAS. ENTRE LO LEGAL Y LO MORAL.

La evaluación del Residente responde a un fin principal, rendir cuentas a la sociedad sobre el resultado de un proceso formativo desarrollado en instituciones sanitarias. La sociedad pone en nuestras manos a licenciados en el área de las ciencias de la salud (medicina, farmacia, psicología, enfermería, etc.), y nos encarga que le devolvamos un especialista competente. **Dicha rendición de cuentas tiene dos aspectos básicos, uno legal y otro moral.** El legal está, lógicamente, unido al cumplimiento de la legislación correspondiente, a efectos de obtener un título de especialista en unas condiciones reguladas a nivel estatal. El moral está unido a nuestro deber con la sociedad y nuestra institución, y al derecho del residente a ser evaluado, a fin de facilitar y mejorar su aprendizaje, garantizando su competencia final. Por tanto se trata de un sistema de garantías y de responsabilidad social.

¹ Morán Barrios J. **Estrategias e instrumentos de evaluación del residente.** Valladolid, 8 y 9 de octubre de 2008: Ponencia Jornada de Tutores de Formación Sanitaria Especializada de Castilla y León.
<http://www.ehu.es/SEMDE/publi.htm>



EL ENTORNO SANITARIO. CULTURAS, CREENCIAS, Y CONTRADICCIONES EN EL PROCESO DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS.

Los responsables de la formación de especialistas, nos enfrentamos o estamos inmersos en un entorno complejo, donde se mezclan distintas culturas y creencias en el modo de ver y sentir la FSE dentro de nuestras instituciones, así como una contradicción o ausencia de coherencia en los modos y sistemas de formación y evaluación del entorno universitario, y en los criterios de contratación laboral y desarrollo o carrera profesional. **Las contradicciones dentro de la FSE, en líneas genéricas, son de dos órdenes: metodológicas y organizativas.** En lo **metodológico**, existen muchas creencias profundamente arraigadas, entre ellas, la de que para formarse basta con “seguir a esa bata blanca, ya que nosotros nos formamos así y hacemos buena medicina” (válido para las dos primeras décadas del sistema MIR), ignorando que los cambios sociosanitarios constantes, exigen nuevas competencias y nuevos métodos de aprendizaje y evaluación. La formación en el entorno laboral, profesionaliza, pero también puede desprofesionalizar si los modelos no son los adecuados y no existe reflexión acerca de lo que hacemos, cómo lo hacemos y cómo deberíamos hacerlo. También nos enfrentamos, por ejemplo, a contradicciones como la de tener que gestionar especialidades donde los programas no se han renovado en 15 años o los renovados son de máximos, e imposibles de aplicar en su totalidad (el papel lo aguanta todo). En el **orden organizativo**, nos movemos en la dificultad de crear espacios de reflexión sobre el proceso formativo, derivado de no tomar conciencia de que la acreditación docente es una responsabilidad social², que implica al conjunto de las plantilla, no sólo al tutor, y que por tanto la docencia debe estar incluida en el plan de gestión de la unidad, al mismo nivel que la asistencia, pues ambas están íntimamente ligadas. La figura del tutor es esencial como eje de la gestión docente, pero no es habitual escuchar que “esto de la docencia es cosa del tutor, yo no se nada”, y comprobar que muchos tutores continúan afirmando que los programas formativos “son desconocidos entre los compañeros de plantilla”, circunstancia que ya pusimos de manifiesto en un estudio realizado en 2004 en 15 hospitales (respondieron 156 tutores) donde comprobamos que el 25% de los tutores afirmaban que sus compañeros de plantilla desconocían totalmente el programa de formación de la especialidad y el 37% que sólo algunos lo conocían³, por lo que la formación sigue planteándose por el “lo que yo creo”. Igualmente, es excepcional que se traten en sesión clínica temas de docencia, al igual que se

² J Morán Barrios. **¿Es necesaria y compatible la existencia del tutor de médicos residentes dentro de nuestras estructuras asistenciales?** Educ Med 2003;6(3):10-1.

³ J Morán, A. Urkaregi, A Martínez., J.I. Pijoán. **Desarrollo del programa MIR en hospitales.** Educ Med 2005; 8(3): 137-161



trata un caso ingresado o un protocolo, aunque afortunadamente hay buenos ejemplos de lo contrario, gracias al liderazgo de jefaturas y tutorías.

No debemos asustarnos de estas contradicciones, que se dan en toda gran organización y que en nuestras instituciones, son fruto, entre otras razones, de la atomización en función de las diferentes especialidades y sus propias culturas, y de las “viejas costumbres”. Para paliar las deficiencias detectadas y la incoherencia interna, buscamos con ahínco, fórmulas que nos resuelvan nuestros problemas de organización y gestión, aplicamos sofisticados sistemas de calidad propios de la empresa privada o de grandes organizaciones, cuyo desarrollo se suele ver dificultado por la escasez de recursos humanos para gestionar espléndidos planes de calidad docente. Por otra parte, ignoramos o no somos conscientes de que **la base de la formación es la Pedagogía** y que esta tiene unos métodos y fundamentos, sin los cuales no es posible que funcione y se desarrolle un programa formativo. Pero ello implica un importante giro en nuestros planteamientos, un **cambio de la cultura docente en nuestras organizaciones y una adquisición de competencias pedagógicas por parte de los responsables de la formación** (Tutores y Jefes de Estudio), que estamos lejos de alcanzar. Pero no se puede ser a la vez, planificador, gestor, supervisor, evaluador, facilitador del aprendizaje y de la formación investigadora del residente⁴, y mantener la práctica clínica de alto nivel, como se le exige al tutor. O ser experto en dirección, planificación y gestión de organizaciones complejas (que incluye el binomio asistencia-docencia y la acción tutorial), más, experto en recursos humanos, en docencia, en calidad y todo ello, sumado a la promoción, fomento, definición de líneas y actividades de investigación, gestión de recursos humanos, y de la calidad, tal y como se le pide al Jefe de Estudios⁵. Y no es cuestión, sólo, de la asignación de tiempo específico para nuestras funciones, sino de un cambio total en la cultura e implicación de nuestras organizaciones en materia de Docencia.

LA EVALUACIÓN EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN UN ENTORNO INCOHERENTE.

En la evaluación de la formación especializada, pretendemos introducir pruebas de evaluación de las competencias adquiridas, lo más objetivas posibles, no existiendo coherencia y siendo contradictorio el entorno en que esta evaluación se mueve. De una parte, **el entorno universitario**, donde la evaluación se centra, salvo excepciones, en la medida de los conocimientos alcanzados, y de otra, **el mundo laboral**, donde la contratación de profesionales se basa en pertenecer a una “lista de espera” donde el título es lo único que se valora, o en el caso de las ofertas públicas de empleo, donde

⁴ Real Decreto 183/2008. Artículo 11.2

⁵ ORDEN SCO/581/2008, de 22 de febrero. III. Criterios comunes relativos a las funciones del jefe de estudios de formación especializada



se valora al profesional por pruebas de conocimiento, lo cual no garantiza el desempeño profesional adecuado. **En ambos entornos, se obvia la evaluación del resto de competencias que un profesional de la medicina (ciencias de la salud) debe demostrar para practicar su profesión, como son las relacionadas con el: Saber hacer (habilidades y destrezas), saber estar (actitudes y comportamiento) y saber ser (valores y creencias)**⁶. Un capítulo aparte, dentro del mundo laboral del sistema público, supone la evaluación del **Desarrollo Profesional Continuo**, certificación y recertificación (inexistentes), que se ha ligado a la **carrera profesional** (dinero). Su valoración en España, ha estado muy lejos, en general, de medir realmente el mantenimiento y desarrollo de competencias, llegando, en algunas Comunidades Autónomas, a equiparar la excelencia profesional con la acumulación de años de trabajo (antigüedad), lo que ha supuesto un elemento muy tóxico y distorsionador para cualquier planteamiento futuro de una evaluación rigurosa de competencias (certificación y recertificación).

Otra circunstancia a la que nos enfrentamos los formadores es a **licenciados cuyo perfil profesional está generalmente ligado modelos de enseñanza, no adaptados a las necesidades de una sociedad avanzada**, y que fomentan: 1) procesos de enseñanza-aprendizaje basados en la reproducción de conocimiento más que en su construcción; la pasividad o la ausencia de corresponsabilidad en su proceso formativo, 2) una construcción de conocimiento más ligada a la linealidad (causa-efecto) que a la gestión de la complejidad; a lo parcelado, frente a la integración, y a no preguntarse el por qué y para qué, 3) unas actitudes más tendentes a la individualidad que al trabajo en equipo, a trabajar desde la seguridad en vez que desde la incertidumbre, y 4), unos modelos que desarrollan unas capacidades más centradas en la memorización que en la argumentación, la formación dirigida frente a la autoformación o el trabajo individual frente al cooperativo.

En este panorama, donde los licenciados que se incorporan al sistema MIR, sólo están acostumbrados a pruebas de conocimiento (salvo excepciones), condicionado por el modelo de prueba MIR, y además son resistentes a cualquier prueba de evaluación para la obtención de su título de especialista (“ya hemos tenido muchos exámenes durante la carrera”, afirman), la evaluación de competencias del residente tiene una situación de difícil legitimidad. Si a ello añadimos algo que consideramos importante, que la mayoría de los problemas detectados durante la formación de residentes, están relacionados con las actitudes y comportamientos, siendo estos (tanto los individuales

⁶ P Martínez-Clares, M Martínez-Juarez, JM Muñoz-Cantero. **Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia.** RELIEVE 2008;14(2):1-23. (www.uv.es/RELIEVE)



como los colectivos) de importancia crucial en las Profesiones Sanitarias⁷, estamos sumando una complicación más a la evaluación. Y dado que, las actitudes y valores requieren modelos profesionales de referencia a los que poder imitar, implicaría también una evaluación de las habilidades y competencias docentes de profesores y tutores⁸.

En este entorno, complejo y contradictorio (sistema universitario, los criterios de contratación laboral, la evaluación de la carrera profesional y la propia cultura de las organizaciones sanitarias), es donde se mueve la formación especializada, e introducir avanzados sistemas de evaluación choca frontalmente con las culturas evaluadoras de los entornos mencionados, y de inmediato surgen preguntas y afirmaciones como: “¿y para qué evaluar con tanto rigor?, ¿qué valor se la da externamente?”, “¿se le ha suspendido a alguien?”, ¿para qué sirve puntuar al final de la residencia?”, “¿quién evalúa al evaluador?”, “siempre lo hemos hecho así”, o “a mi no me evaluaron”.

¿QUÉ EVALUAR?. LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES.

La sociedad demanda de un profesional: Una formación amplia y esencial, basada en valores éticos, hábitos y actitudes, y que abarque aspectos humanísticos, científicos y tecnológicos; un conocimiento y una práctica del método científico, unido a la gestión de la complejidad y de la incertidumbre; un manejo correcto del lenguaje científico, tecnológico e informático que facilite el aprendizaje autónomo; una capacidad de iniciativa y trabajo en equipo así como el desarrollo de habilidades para los asuntos personales y para una eficaz participación democrática en la sociedad y en las instituciones sanitarias⁹. Esto implica una **Formación Basada en Competencias (FBC)**: “Ha quedado atrás la simple idea de que un profesional competente es aquel que posee los conocimientos y habilidades que le posibilitan desempeñarse con éxito en una profesión específica, siendo sustituida por la comprensión de la competencia profesional como un fenómeno complejo, que expresa las potencialidades de la persona para orientar su actuación en el ejercicio de la profesión, con iniciativa, flexibilidad y autonomía, en escenarios heterogéneos y diversos, a partir de la integración de conocimientos, habilidades, motivos y valores que se expresan en un desempeño profesional eficiente, ético y de compromiso social” (Pilar Martínez Clarés). En un contexto de transformaciones sociales cada vez más importantes y complejas, la FBC surge para procurar una mayor adaptación y desarrollo de los profesionales⁶. **La FBC se centra en el aprendizaje y no en la enseñanza, en alcanzar**

⁷ A. Jovell. **El Futuro de la Profesión Médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI.** 2001. <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070517121543.pdf>. p.72

⁸ A. Jovell, M. Navarro. **La profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y contrato social** (2006). <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070727130419.pdf>. p. 32

⁹ J. Morán-Barrios y P. Ruiz de Gauna. **¿Reinventar la formación de médicos especialistas?.Principios y retos.** Nefrologia 2010;30(6):604-12



objetivos específicos, es decir, en **resultados de aprendizaje**, integrando el saber, saber hacer, saber estar y saber ser. Trasladado al campo de la medicina, fue el General Medical Council del Reino Unido, el que abordó el reto de definir las competencias de un profesional para resolver y adaptarse a los retos de una sociedad cambiante, editando el documento titulado “Tomorrow’s Doctor” en 1993. Son varias las organizaciones que posteriormente le siguieron (ver cita 9). Resumidamente las competencias que deben demostrarse y por tanto evaluarse están relacionadas con los siguientes Dominios:

- 1) Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética (Profesionalismo)
- 2) Comunicación.
- 3) Habilidades clínicas (experto clínico o cuidador de salud).
- 4) Fundamentos científicos de la medicina (conocimientos médicos)
- 5) Salud pública y sistemas sanitarios (promotor de la salud y gestor de recursos)
- 6) Manejo de la información
- 7) Análisis crítico, autoaprendizaje e investigación

¿CÓMO ABORDAR LA EVALUACIÓN DEL RESIDENTE EN UN ENTORNO COMPLEJO?.

LA PROPUESTA DE LA UNIDAD DE DOCENCIA MÉDICA DEL HOSPITAL DE CRUCES: PROYECTO DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA BASADA EN COMPETENCIAS 2008¹⁰.

Nuestro punto de vista, es que **no es posible abordar una evaluación formativa y mucho menos una sumativa, si la organización no ha cambiado o iniciado un cambio en su cultura docente**. Todo intento de introducir sistemas de evaluación, por muy simples que sean, fracasarán (como fracasó el sistema de las fichas 1 y 2, puesto en marcha en el año 1993-94), si no se entiende el por qué y para qué. De nada sirven los marcos normativos, si no se llenan de contenido y de un cambio de las viejas actitudes de las organizaciones. Aunque, sin lugar a dudas, las normas ayudan y están para cumplirlas. Dicho cambio de cultura, debe abarcar a todas las profesiones sanitarias de la organización, y no sólo a los médicos, ya que **evaluar significa previamente formar y para formar se precisan modelos y estos modelos deben basarse, fundamentalmente, en actitudes, comportamientos y valores ligados al profesionalismo**, y el profesionalismo debe de formar parte del estilo propio de la organización, lo que los Residentes ven e imitan. ¿Es posible cambiar a toda una organización de 40

¹⁰ J. Morán-Barrios, J. Somme, A. Basterretxea, E. Bereziartua, M. Iribarri, A. Martínez-Berriochoa, M.J. González-García. **Formación especializada basada en competencias en el Hospital de Cruces: The Competency-Based Cruces Hospital Project 2008.** Educ Med 2011; 14 (2): 97



especialidades, 800 médicos y 300 residentes?. Sí (aunque no de la noche a la mañana), si se dan las siguientes condiciones :

1. Un proyecto común, **liderado por la institución**, a través del Jefe de Estudio y tutores.
2. Una buena **gestión** de cada programa de formación en las unidades docentes.
3. Una buena **práctica docente** de los tutores.
4. Una buena **disposición** de los residentes para formarse.
5. Una colaboración de **todos los profesionales sanitarios**
6. Un buen **soporte** para la formación con disponibilidad de recursos

La Unidad de Docencia Médica del Hospital de Cruces (HC), planteó a la Comisión de Docencia en el año 2008, que era necesario marcar un rumbo, una “Visión Docente”, dentro del Plan de Gestión de la Formación Especializada. Dicha “**Visión Docente**” está definida en el **modelo de SER MEDICO/PROFESIONAL en el Hospital de Cruces¹¹** (fig 1), e introduce la FBC por primera vez en un hospital del estado. Este modelo, se basa en el planteamiento del Instituto Internacional de Educación Médica de Nueva York¹², con aportaciones de CanMEDS 2000¹³, ACGME Outcome Project¹⁴ y American Board Medical Specialties¹⁵. Las competencias se organizan en siete dominios: profesionalidad, comunicación, cuidados del paciente, conocimientos, promoción de la salud y gestión de recursos, manejo de la información, y análisis crítico e investigación. **El objetivo** es la introducción de la Formación Especializada Basada en Competencias (FEBC) como respuesta a los cambios sociales del siglo XXI, y promover un cambio de la cultura y del lenguaje de la Docencia en el HC.

Origen, desarrollo y acciones del plan:

- Año 2004: Inicio del proyecto de investigación “Percepción de las Competencias adquiridas en el periodo universitario y al final de la formación especializada”^{16, 17}. Iniciativa de introducir la FBC en la formación especializada.

¹¹ J. Morán-Barrios. **Ser Médico**.

http://www.hospitalcruces.com/documentos/actividadDocente/VISION_DOCENTE-SER_MEDICO.pdf

¹² Institute for International Medical Education, Core Committee. **Global Minimum Essential Requirements in Medical Education**. Medical Teacher 2002;24:130-5. Traducción al español en la revista Educación Médica 2003;6(Supl. 2):11-9.

¹³ CanMEDS 2000: Extract from the **CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report**. Medical Teacher 2000;22(6):549-54.

¹⁴ **An Introduction to Competency-based Residency Education**. ©2006 ACGME. A product of the ACGME Outcome Project, 2006; <http://www.acgme.org/outcome/comp/compCPRL.asp>

¹⁵ **American Board Medical Specialties. MOC Competencies and Criteria**: http://www.abms.org/Maintenance_of_Certification/ABMS_MOC.aspx

¹⁶ J. Morán y A. Sharluyan **Formación recibida en competencias en un colectivo de licenciados en medicina**. Educ Med 2005; 8(3): 138



- Año 2008: exposición y aprobación del modelo “SER MEDICO / PROFESIONAL” (Comisión de Docencia, Dirección, tutores y jefes de servicio).
- 2008-2011: Seminarios y talleres formativos para tutores y residentes de 1º (el profesorado lo forman Tutores y Residentes que han interiorizado la necesidad de la FEBC). Programa de Formación para tutores en “Evaluación de Competencias”.
- 2009: Premio Nacional 2009 Cátedra Educación Médica Fundación Lilly-Universidad Complutense de Madrid. Introducción de las reflexiones por competencias en el modelo de Memoria Formativa del HC iniciado en el año 1999. Creación del grupo tutores expertos en evaluación. Inclusión del proyecto en el Plan Estratégico del HC 2010-2014.
- 2010: Presentación en el congreso mundial de Educación Médica (AMEE; Glasgow 2010) y en la reunión anual de AREDA (Mahón 2010)
- 2011: Presentación del proyecto al conjunto del hospital, en sesión clínica general y reconocimiento por la Consejería de Sanidad. Programa de formación en Profesionalismo para Residentes de 3º año.

Los resultados son: 1) Puesta en marcha de un **nuevo formulario de evaluación formativa basada en siete dominios**, 2) **formulario para las entrevistas tutor-residente y el feedback** que incluye una autoevaluación de competencias y 3) un **portafolio (memoria) reflexivo por competencias** (de 286 residentes evaluados en 2010, 85% lo redactaron por competencias y 15% con reflexiones libres).

En conclusión: Entre otros aspectos, la FBC requiere de los Residentes: Autoaprendizaje, auto-reflexión y auto-evaluación (todo ello documentado y con la supervisión del tutor). Del proceso de aprendizaje, exige: Documentar los resultados de aprendizaje, flexibilidad en el programa (individualizado) y una evaluación formativa (feedback)¹⁷. Nuestro trabajo demuestra: 1) Que es posible poner en práctica la FEBC en residentes sin experiencia previa en sus universidades (Portafolios reflexivos); 2) que nuestra estrategia de implementación múltiple durante cuatro años, ha introducido un cambio en la cultura de los residentes y tutores, al incorporar el lenguaje de competencias. Varios tutores han tomado iniciativas piloto de nuevos sistemas de evaluación. Los nuevos formularios de evaluación basados en Competencias se pondrán en marcha, en plan piloto, para el periodo 2011-2012.

¹⁷ J. Morán-Barrios, R. Téllez, L. Martínez, M.J. González-García. **Identificación de áreas de mejora en la formación médica por competencias en el periodo de pregrado y en la formación sanitaria especializada.** Educ Med 2011; 14 (2): 97

¹⁸ William F. Iobst, et al For The International CBME Collaborators. **Competency-based medical education in postgraduate medical education.** Medical Teacher 2010; 32: 651-656

Mensaje final: Consideramos que esta primera experiencia en hospitales españoles de introducir FEBC, como un nuevo lenguaje y forzar un cambio de la cultura docente, es, junto con la formación de Tutores en Metodología Docente y Métodos de Evaluación de Competencias, el camino a seguir para avanzar en la Evaluación Formativa, evaluación que debe de ser prioritaria frente a la sumativa.

©Jesús Morán-Barrios y Pilar Ruiz de Gauna

Todos los derechos reservados. Puedes redistribuir, reenviar, copiar o citar este documento siempre que no lo modifiques y no lo uses con fines comerciales o curriculares.
Citar como:

J. Morán-Barrios y P. Ruiz de Gauna. **¿Cómo Evaluar al Residente?. Una visión posibilista para entornos complejos.** (Junio 2011). www.ehu.es/SEMDE/publi.htm

Fig 1. Visión Docente: SER MEDICO/PROFESIONAL en el Hospital de Cruces

