



Viernes 10 de febrero de 2012

Taller:

**Objetivos y organización
de la consulta docente**

Ponentes/monitores:

- **Juana María Ledesma Albarrán**
Grupo de Docencia MIR y Grupo de Investigación de la AEPap. Pediatra. CS Delicias. Málaga.
- **Isabel Hinojosa Picón**
Grupo de Docencia MIR de la AEPap. Pediatra. CS Pino Montano B. Sevilla.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Ledesma Albarrán JM, Hinojosa Picón I. Objetivos y organización de la consulta docente. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 245-256

Objetivos y organización de la consulta docente

Juana María Ledesma Albarrán

*Grupo de Docencia MIR y Grupo de Investigación de la AEPap
Pediatra. CS Delicias. Málaga.
mayledesma@ono.com*

Isabel Hinojosa Picón

*Grupo de Docencia MIR de la AEPap
Pediatra. CS Pino Montano B. Sevilla*

RESUMEN

El nuevo programa de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, define la rotación obligatoria por Atención Primaria (AP) y propone una guía de conocimientos aplicables a las rotaciones de residentes en los centros de salud acreditados. El sistema de formación será siempre tutorizado y basado en el autoaprendizaje; por tanto, la figura del tutor cobra especial relevancia en el proceso formativo y debe ser una figura que protagonice todo el conjunto de actuaciones dirigidas a la orientación continua del proceso de aprendizaje del residente, al refuerzo de sus fortalezas y a la prevención y/o detección precoz de sus problemas o deficiencias. Es lo que podríamos denominar la tutorización activa continuada (TAC)¹.

Surge entonces la necesidad de profesionales pediatras de AP formados en competencias docentes: los tutores de la rotación específica de Pediatría de AP².

En el taller se revisan el modelo formativo basado en la tutorización y los elementos de la estructura docente, los puntos claves del proceso de formación y las herramientas para llevarlo a cabo. Se analiza el papel del tutor de Pediatría de AP y la tutorización del residente (el contacto inicial, la planificación de la rotación, el *feedback* docente y el proceso de evaluación).

EL PROCESO DOCENTE

Su objetivo es la formación de los especialistas en Pediatría, que no sólo adquirirán los conocimientos y habilidades necesarios para la práctica pediátrica, sino que también serán capaces de pensar, de tomar decisiones, de buscar la información relevante, adaptándose a los nuevos conocimientos, y mantener relaciones adecuadas con el resto de colectivos implicados en la atención a la población infantil³.

La enseñanza-aprendizaje de los especialistas en medicina en nuestro país ha de realizarse por el sistema MIR, siendo los pilares, el residente y el tutor; en este proceso es importante tener en cuenta: los objetivos, la metodología docente, la legislación que regula el sistema de enseñanza, el lugar de trabajo en que se lleva a cabo el aprendizaje, las herramientas y recursos y el sistema de evaluación de las competencias obtenidas⁴.

¿QUÉ ES UNA ESTRUCTURA DOCENTE?

La estructura docente constituye el amazón en el que se apoya el proceso de formación de residentes de cualquier especialidad dentro del sistema MIR. Revisar sus elementos permite conocer las bases de las que surge y en las que se apoya el modelo formativo del residente de Pediatría² (tabla 1).

La legislación específica. Las normas básicas

La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias⁵ (LOPS) de 2003 regula la formación de especialistas y específica

Tabla 1. Elementos de la estructura docente

La legislación específica. Las normas básicas.
La Comisión Nacional de la especialidad correspondiente.
El programa docente de la especialidad.
Las unidades docentes y las comisiones de docencia.
Los hospitales y centros de salud.
Los tutores acreditados.
Los instrumentos y herramientas docentes.
El sistema de evaluación de la docencia.
Los residentes.

que "la formación especializada en Ciencias de la Salud es una formación reglada... y tendrá lugar por el sistema de MIR en centros acreditados".

El ejercicio de la Pediatría en Atención Primaria

El Real Decreto 127/1984 de 11 de enero de Estructuras Básicas de Salud⁶ y la Ley General de Sanidad 14/1986⁷ de 25 de abril, definen las bases de la actual red de Atención Primaria. La Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud⁸ define la prestación de atención primaria como el nivel básico e inicial de atención y plantea que toda la estructura asistencial del sistema sanitario será utilizada en la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales".

El programa docente de la especialidad de Pediatría

El programa docente es la guía por donde deben transitar el tutor y el residente para llevar a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje. Es un documento oficial de conocimiento y uso obligatorio tanto para los tutores como para los residentes.

En la Orden SCO/3148/2006 de 20 de septiembre⁹ se aprueba y publica el vigente programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, donde se establece por primera vez la rotación obligatoria por Atención Primaria durante 3 meses.

Las Unidades Docentes y Comisiones de Docencia

En julio de 2002, la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría reconoce a los centros de salud como "unidades docentes asociadas" para la formación MIR en Pediatría y un año después lo ratifica el Consejo Nacional de Especialidades. Dependen de la Unidad Docente Multiprofesional, único supervisor de la formación¹⁰. El Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero¹¹ publica la

normativa que regula el proceso de formación MIR de pediatría (MIR-P) durante su rotación por AP. Se establecen los requisitos de acreditación generales y específicos de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Pediatría (UDMP), que incluyen a la enfermería pediátrica, y que han sido aprobados en la resolución conjunta de los Ministerios de Educación y de Sanidad de junio de 2011¹²; la información se encuentra en: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/Acre_DocCnt_UniForSanEsp.htm y la que regula los requisitos de acreditación de las UDMP en: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Requistos_UDM_Pediatria.pdf

La rotación del residente por AP se realizará en los centros de salud acreditados

Tras la resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación de 10 de mayo de 2006¹³, que estableció los requisitos generales para la acreditación de centros de salud vinculados a unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas, la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría¹⁴ comenzó el proceso de acreditación en el año 2007 y hasta el momento se han acreditado 243 Centros de 14 Comunidades Autónomas (CC.AA.)¹⁵. Se puede acceder a la base de datos en: http://www.aepap.org/docencia/centros_acreditados.htm. Los pasos necesarios están en: http://www.aepap.org/docencia/pasos_acreditacion.htm.

En octubre de 2011 se ha iniciado la nueva acreditación de centros de salud dependientes de las UDMP, que finalizará en enero de 2012 y cuya solicitud puede obtenerse en http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/FE_UDM_Pediatria_CS.doc, en la que destaca que ya no es necesario que los centros de salud que soliciten la acreditación para pediatría lo estén previamente para la docencia en Medicina de Familia.

Los tutores acreditados

La rotación del MIR-P por AP es una etapa formativa nueva que precisa una normativa específica. En determi-

nadas CC.AA. se propone acreditar al pediatra de AP como "colaborador docente" que, si bien, parece adecuado para la participación de los pediatras de AP en la docencia de los MIR de medicina familiar y comunitaria, no es idóneo para la rotación de residentes de Pediatría¹⁶. Las diferentes CC.AA. convocarán, concurso de méritos para la acreditación de tutores de residentes de Pediatría. Los pediatras de centros que ya han sido acreditados podrán solicitarlo a la Comisión de Docencia del hospital de referencia y a los responsables de docencia de las Consejerías de Salud, pudiendo utilizar el modelo del Grupo de Docencia AEPap: <http://www.aepap.org/docencia/solicitudtutor.doc>.

La rotación por AP es una "colaboración significativa en la formación de los especialistas en Pediatría", sugerimos que se cree la figura de "Tutores de rotación específica de Pediatría de AP"².

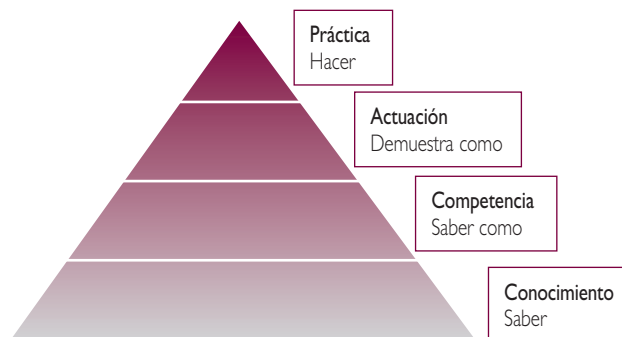
Herramientas docentes

Las principales herramientas docentes son:

- El tutor.
- El programa de formación MIR de Pediatría de AP¹⁷.

El Grupo de Docencia de la AEPap ha elaborado el programa de formación de la rotación por AP (a partir de la guía del programa oficial de la especialidad de la Comisión Nacional), que describe: el perfil del pediatra de AP; los objetivos a alcanzar durante la rotación; la metodología docente y estrategias educativas. Se establecen los conocimientos y habilidades que deberán adquirirse para cada una de las áreas competenciales: competencias esenciales; competencias en relación con la atención a la población infantil, a la familia y a la comunidad; la docencia e investigación, y la función tutorial y evaluación del residente.

- La Guía Abreviada para la rotación del residente de Pediatría por Atención Primaria¹⁸, diseñada para la planificación de la rotación, puede ser utilizada, tanto por el MIR-P para realizar una autovaloración

Figura 1. Pirámide de Miller.

de sus conocimientos al inicio y al final de su rotación, como por el tutor para programar la actividad docente. Incluye los objetivos a alcanzar en las diferentes áreas competenciales y en las técnicas diagnósticas y terapéuticas.

EL MODELO FORMATIVO

El modelo formativo MIR en España es el basado en la tutorización

La formación especializada o de postgrado se refiere al "conjunto de actuaciones que un titulado (en este caso, en medicina) realiza en un contexto natural (el Centro de Salud y el Hospital), relacionado con el ejercicio de una profesión"¹⁹. Se precisa, por tanto, de una figura –el tutor– para que el titulado obtenga las competencias definidas en el perfil profesional²⁰.

El sistema de formación es tutorizado y basado en el autoaprendizaje; así, la figura del tutor cobra especial relevancia y protagoniza las actuaciones dirigidas a la orientación continua del proceso de aprendizaje del residente, al refuerzo o de sus fortalezas y a la prevención y/o detección precoz de sus problemas o deficiencias: es la denominada tutorización activa continuada^{21,22}.

La pirámide de Miller representa las diferentes etapas en el proceso del aprendizaje²³ (figura 1).

EL TUTOR

Una educación médica que implique y motive a las partes no puede ser exclusivamente la transmisión de los conocimientos de los médicos veteranos a los médicos noveles. Es el discente, o residente en este caso, quien es el centro. En cualquier proceso de aprendizaje es el alumno quien es el centro y es partiendo de sus fortalezas, cuando el docente puede llegar a conseguir o reforzar determinadas conductas o aptitudes, como es la de mantenerse en situación de continuo aprendizaje²⁴. Es esencial una alianza estrecha, una comunicación profunda, entre tutor y tutorizado, donde el valor del tutor para el tutorizado se derive de la confianza que en él logre despertar como modelo, como guía y como facilitador²⁵.

Los pediatras no hemos sido preparados para ejercer nuestra profesión como docentes. Una cosa es saber un oficio, otra saber enseñarlo y otra más compleja saber despertar el interés por aprenderlo²⁶. Lo ideal es que el tutor tenga una buena formación en dos grandes áreas:

1. **En contenidos del programa de la especialidad.** Se puede utilizar la "Guía Abreviada para la rotación del residente por Pediatría de AP" o el Programa de Formación en Pediatría de AP, donde se recoge el marco conceptual, y el conjunto de conocimientos que nos define y distingue del resto de subespecialidades pediátricas.

2. **En metodología docente.** La formación no es lo único que nos hace llegar a ser un buen tutor; pero es necesaria. Un buen tutor es el que es un docente efectivo, es decir, es el que hace que el residente aprenda, no el que enseña o intenta enseñar. Ha de ser un buen clínico y un buen docente además de ser capaz de mantener una buena relación con el residente²⁷.

El aprendizaje efectivo debe ser individualizado, debe contar con el imprescindible interés y la motivación del aprendiz a través de un proceso activo, centrado en el aprendizaje significativo.

Es recomendable reflexionar sobre lo que hemos llamado el decálogo para enseñar en la consulta (tabla 2)²⁸:

Las funciones que debe desarrollar el tutor en su labor como docente son:

- Estimular (incentivar, impulsar e ilusionar) al residente en su proceso de aprendizaje.
- Orientar al residente durante todo el período formativo. Debe ayudarlo a identificar cuáles son sus necesidades de aprendizaje y cuáles son los objetivos de la rotación.
- Supervisar la formación del residente. Asesoría continua, reflexiva, planeada y sistematizada. Establecer

un calendario de reuniones periódicas para analizar entre ambos cómo se está realizando la formación e intentar corregir los puntos débiles.

- Ser el referente-interlocutor del residente y realizar una labor de acogida y de información.
- Favorecer el autoaprendizaje y la responsabilidad progresiva del residente.
- Fomentar la autonomía en la gestión de su propio proceso de formación.
- Fomentar la actividad docente e investigadora del residente.
- Practicar la evaluación formativa o continuada del residente, que se basará en el seguimiento del cumplimiento de los objetivos docentes del programa.

No se trata de que el tutor maneje todas las áreas señaladas desde un principio, sino que, según su propio ritmo formativo, interés, motivación personal, disponibilidad de tiempo y capacidad intelectual, vaya capacitándose de forma integral a lo largo de su vida como tutor.

El tutor, según el modelo de Branda, puede adoptar diferentes tipos de intervención que van desde el autoritario al facilitador. En este continuo se identifican seis tipos de intervenciones: dirige, informa, confronta, desafía, educa y comparte²⁹ (figura 2).

Tabla 2. Decálogo para enseñar en la consulta

1. Tenga confianza en usted mismo.
2. El protagonista del aprendizaje es el alumno, no el maestro.
3. Favorezca un clima humano cordial y de camaradería.
4. Usted es la herramienta docente más poderosa.
5. Utilice los acontecimientos de la práctica diaria.
6. Esté presente y aprenda a observar.
7. Cuando enseñe algo, sea consciente de que enseña varias cosas.
8. Defina y aclare previamente lo que quiere tratar, enseñar o decir.
9. Facilite la autorreflexión y esté dispuesto a dar sugerencias.
10. Usted no lo sabe todo.

Figura 2. Intervención del tutor.



La relación entre el tutor y residente debe ser una relación interpersonal, individualizada y adaptada a las expectativas de cada residente, permitiendo que participe en la definición de objetivos y en el establecimiento de un plan de trabajo conjunto, que derive en el intercambio progresivo de funciones a medida que avanza en el proceso de aprendizaje. Los cuatro puntos de apoyo fundamentales de esta relación serán:

- Respeto: reconocer al MIR como tal, en su doble situación de aprendiz y de compañero.
- Confianza: implica considerar al tutor como verdadero referente.
- Diálogo: favorecer la escucha activa.
- Responsabilidad: los tutores se comprometerán a cumplir lo pactado, a unar teoría y práctica, adjudicar actividades y tareas concretas y después revisarlas.

PLANIFICAR LA ROTACIÓN

La tutorización activa comienza con el planteamiento que debe hacerse el tutor respecto a lo que el residente debe aprender durante su estancia en AP; debe recogerse en un documento, el proyecto docente, que debe elaborarse previamente a la llegada del residente.

El objetivo es capacitar al futuro pediatra para la atención a los problemas clínicos prevalentes en la infancia y, principalmente, en los temas que son más específicos de nuestro trabajo, comparado con otras rotaciones, como son la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en la infancia y adolescencia, y dotándolo de los conocimientos suficientes sobre la estructura, organización y herramientas específicas de la AP³⁰.

El periodo formativo por AP, ha de estar lo más minuciosamente programado, con el objeto de que tanto para el MIR como para el tutor sea lo más provechoso posible, tanto en el aspecto científico-formativo como en el personal³¹.

La coherencia y utilidad de un proceso formativo vienen condicionadas por la existencia de tres momentos o tres preguntas que debemos responder³²:

1. ¿Qué debemos enseñar? ¿Qué quiero conseguir de mi residente?

Representa el "antes" del proceso y marca la intencionalidad. Los objetivos deben servir de guía y orientación para establecer los contenidos, las actividades y los criterios de evaluación.

- Deben ser pertinentes, claros, precisos, comprensibles y evaluables: mensurables.
- Deben estar relacionados con las competencias que se espera que el residente obtenga, las cuales estarán relacionadas con los diferentes tipos de competencias.
- Deberán estar formulados con un verbo de acción en infinitivo.

2. ¿Cómo voy a conseguirlo? ¿Con qué? ¿Y cuándo?: Actividades y Cronograma.

Marca el "durante" del proceso formativo. Los tutores deben conocer y utilizar unos métodos y técnicas docentes que les permitan llevar a cabo su tarea docente y conseguir establecer una interacción eficaz a lo largo de la rotación³³.

3. ¿Cómo constatar que se han obtenido los resultados deseados?

Representa el "después" del proceso. Mediante la evaluación se pretende conocer los resultados reales del aprendizaje, detectando puntos débiles, para así introducir medidas de mejora, y por otra parte, garantizar la posesión de conocimientos y habilidades necesarios para ejercer correctamente la práctica profesional.

ACOGIDA DEL RESIDENTE EN EL CENTRO DE SALUD

El tutor de Pediatría de AP, lejos de ser docente a tiempo completo, desempeña un trabajo fundamentalmente clínico. Los primeros días de la rotación pueden ser críticos

a la hora de facilitar la adaptación del residente al centro de salud, a la consulta y al tutor, por lo que es muy útil disponer de una sistemática que ayude a conocer al residente y dar a conocer el entorno en que se desarrolla el trabajo del pediatra de AP²⁴.

Comentar los aspectos prácticos del centro de salud, de la consulta y de la rotación

Es importante desarrollar una estrategia de aproximación durante los primeros días que sea progresiva y centrada en el residente. Orientar al residente sobre el conocimiento del centro de salud (presentación a los profesionales, lugar de trabajo, claves informáticas, oportunidades de aprendizaje que ofrece el centro, etc.) y el conocimiento de la comunidad/la población atendida.

Hay que conocer al residente, en qué año de residencia está, cómo encaja la rotación en sus planes profesionales, qué rotaciones ha realizado, con qué experiencia cuenta, qué habilidades domina y en qué áreas se siente más flojo.

El reto de ejercer la tutorización consiste en integrar la docencia y la asistencia, consiguiendo una sinergia que estimule al tutor y mantenga la carga de trabajo en límites manejables.

Existen cinco elementos clave para integrar al residente en la consulta³⁵:

- Situar y orientar al residente en la consulta.
- Animar a los pacientes a que acepten la docencia y a los residentes.
- Adaptar la agenda a los condicionantes docentes.
- Mantener el funcionamiento de la consulta, con medidas que eviten el retraso.
- Encontrar tiempo para dedicar a la docencia. Lo mejor es proponerse dedicar un tiempo a la docencia todos los días, centrarse de forma breve en los aspectos más destacables de lo que se observe en la actuación del residente y en sus comentarios.

Conocer las expectativas del residente

Hay que aclarar con qué expectativas viene a la rotación, qué espera aprender con nosotros. Es importante que tutor y residente hablen del tema, el tutor tiene el compromiso de guiar el proceso de aprendizaje clínico del residente y que complete su rotación.

Acordar unos objetivos para la rotación

La "Guía Abreviada para la rotación del residente de Pediatría por AP", permite ayudar en el diseño de los objetivos. Las características básicas de los objetivos de la rotación son:

- No más de 5-7 objetivos, ya que pueden ser difíciles de abordar.
- Deben reflejar las expectativas de todas las partes implicadas (programa, residente y tutor).
- Diseñados sobre la base de las competencias que se espera que adquiera el residente.
- Deben incluir estrategias concretas para alcanzar cada objetivo.
- Deben basarse y diseñarse para cada individuo.

Es necesario hacer un seguimiento de los objetivos planteados. Para ello, el tutor cuenta con herramientas que le sirven para informar al residente de como realiza su trabajo y para ayudarlo a descubrir e incorporar aquellos comportamientos que son adecuados para desempeñar correctamente su función; una de ellas es el *feedback* docente

FEEDBACK EN LA DOCENCIA DEL RESIDENTE

¿De qué se trata?

Se define el *feedback* docente como el conjunto de indicaciones que el tutor da a un residente sobre su actuación

en una tarea de aprendizaje, y consiste en comentarios verbales que contribuyen a que el residente tenga una verificación de sus resultados. Desempeña un papel esencial en los procesos de aprendizaje, no emite un juicio de valor final y no debe confundirse con la evaluación sumativa; es más bien una valoración formativa³⁶.

¿Por qué, cómo, cuándo, dónde y de qué manera, damos *feedback* a nuestros residentes?

Para empezar a dar un *feedback*, es conveniente que el tutor comunique, desde sus primeros contactos con el residente, la utilidad del proceso y cómo efectuará la retroalimentación.

El residente debe percibir que junto al tutor, forman un equipo que tiene como objetivo su propio aprendizaje. El residente no sólo debe recibir retroalimentación negativa, que tiene el propósito de corregir las conductas inadecuadas, sino también una retroalimentación positiva, con el objeto de tomar conciencia que una conducta específica es adecuada, lo que tiende a reforzarla. Por tanto hay que ser cuidadosos, e intentar proporcionar un *feedback* constructivo que no es más que la combinación de *feedback* positivo y negativo.

Hay que tener cuidado para que nuestro *feedback* negativo no resulte una simple crítica.

No debemos confundir el *feedback* con una evaluación sumativa. Estas evaluaciones tienen como fin calificar a los residentes y, como se dan al final de un año de rotación, no pueden modificar el aprendizaje de ese año o período.

Las características más importantes de un tutor para poder proporcionar un *feedback* efectivo son:

- Empatía, es decir, comprender las emociones del residente.
- Respeto y aceptación de las características positivas y negativas del residente.

- Calidez, expresada en preocupación por sus necesidades y dificultades.
- Claridad en la expresión de las necesidades de los residentes y recomendaciones del tutor:
- Autenticidad: que exista una congruencia entre la preocupación del profesor y la actitud.
- Confianza, que haga posible que el tutor comparta sus sentimientos y experiencias.
- Dedicación, que haga posible que el tutor tenga el deseo de abordar los problemas difíciles.

EVALUACIÓN

La evaluación es un elemento fundamental del proceso formativo. La evaluación no sólo debe alcanzar al residente, sino también a la estructura docente.

Su objeto fundamental es conocer los resultados reales del aprendizaje para introducir medidas de mejora y además garantizar la posesión de los conocimientos y habilidades necesarios para ejercer correctamente la práctica profesional³⁷.

Lo ideal sería que la evaluación de la competencia (lo que el residente es capaz de hacer) reflejara la práctica real (lo que hace habitualmente cuando no se siente observado) y su capacidad de adaptación a las circunstancias cambiantes³⁸.

TIPOS DE EVALUACIÓN

Según el Real Decreto 183/2008, el seguimiento de la adquisición de competencias durante el período formativo se llevará a cabo mediante tres tipos de evaluación: formativa, anual y final.

Evaluación formativa

La evaluación formativa o continuada consiste en el seguimiento del proceso de aprendizaje, evaluando su

progreso y la adquisición de competencias en relación con los objetivos del programa, al tiempo que permite identificar áreas y competencias susceptibles de mejora sobre las que habrá que incidir a fin de corregirlas.

Entre los instrumentos que pueden ser utilizados para realizarla, cabe citar³⁹:

- Entrevistas periódicas estructuradas entre tutor y residente.
- Instrumentos específicos, establecidos por cada programa formativo, de valoración objetiva de las competencias adquiridas por el residente.
- El libro del residente. Además de las rotaciones realizadas, deben quedar registradas en él todas las actividades que el especialista en formación realice durante su período formativo que atestiguan su aprendizaje.
- Portafolio docente⁴⁰ (también para la evaluación sumativa). Se trata de una colección de pruebas o evidencias que demuestran que el aprendizaje personal necesario para ejercer determinadas competencias ha sido completado. Aunque también se utiliza para la evaluación acreditativa, se trata fundamentalmente de un instrumento de tutorización continuada. Entre los elementos que pueden incluirse en el portafolio docente se incluyen: datos curriculares, cursos, jornadas y comunicaciones, plan de aprendizaje, registros clínicos e incidentes críticos (sucesos de la práctica profesional que nos han causado dudas, sorpresa o inquietud por su falta de coherencia o resultado inesperado); mención especial merece el informe de autorreflexión: se trata del elemento fundamental y consiste en una reflexión realizada por el residente sobre algún aspecto de su aprendizaje.
- Otros (también susceptibles de ser utilizados en la evaluación sumativa).

- Observación real. Sin duda el mejor instrumento de evaluación formativa, siempre que se acompañe de un adecuado *feedback*, precisa un tiempo de observación de la interacción del residente con el paciente, no siempre suficiente.
- Análisis de videograbaciones de la práctica en la consulta, cada vez más utilizado.
- Pacientes estandarizados: actores que simulan situaciones clínicas o pacientes que permiten ser manipulados con fines docentes.

Evaluación sumativa o acreditativa

La evaluación sumativa se hace al final del aprendizaje y su fin es acreditar requisitos de titulación o de capacitación profesional. Incluye la evaluación anual y la evaluación final.

Entre los posibles instrumentos de evaluación sumativa se encuentran³⁹: análisis curricular, examen escrito tipo test o de preguntas cortas, imágenes clínicas, examen oral tradicional, revisiones de historias clínicas, paciente estandarizado, Evaluación Clínica Objetiva Estandarizada –ECO– (es un formato de examen que incorpora diversos instrumentos evaluativos simulando situaciones clínicas y tratando de reproducir lo que el profesional haría en las condiciones reales de la práctica clínica ante evaluadores externos) o la evaluación 360° o integral (consiste en recabar la opinión de otros actores del proceso formativo diferentes del tutor, como pueden ser otros tutores, enfermeras, compañeros residentes e incluso pacientes, entre otros).

Normativa referente a la evaluación acreditativa

Actualmente, la evaluación de la rotación del residente se realiza en una ficha oficial que recoge el nivel de adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes generales. El informe anual del tutor constituye el instrumento básico y fundamental para realizar la evaluación anual del

residente; debe contener los informes de la evaluación formativa, los informes de los distintos servicios por los que ha rotado, los resultados de las valoraciones objetivas que se hayan realizado y la participación en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas.

Las evaluaciones anuales y finales serán llevadas a cabo por los comités de evaluación, específicos para cada una de las especialidades que se desarrollen en cada centro docente.

Para la evaluación final se tendrá en cuenta el expediente completo del residente. La calificación otorgada podrá ser: positiva, positiva destacada o negativa.

La normativa oficial no contempla una prueba final de la rotación, salvo de manera optativa para aquellos que quieran acreditar un nivel de excelencia superior; que pudiera servir posteriormente como mérito para la carrera profesional.

EVALUACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DE LA ESTRUCTURA DOCENTE

La evaluación de la estructura docente es un proceso fundamental para mejorar la calidad de la enseñanza. La evaluación no debe limitarse a comprobar el aprendizaje realizado sino también tratar de explicar, en su caso, por qué no se ha producido de manera adecuada. Siempre se tiende a atribuir en exclusiva la causa de la ausencia de aprendizaje al evaluado, pero no se puede obviar la responsabilidad de las estructuras docentes y particularmente del tutor; por lo que la evaluación debería servir como instrumento de reflexión y mejora. En este proceso es importante conocer la opinión del residente y también comparar las evaluaciones de los distintos tutores y unidades docentes.

Las unidades docentes y los centros acreditados para la formación de especialistas se someterán a medidas de control de calidad y evaluación, con la finalidad de comprobar su adecuación a los requisitos generales de acreditación y se contará también para ello con la participación de los residentes, que evaluarán anualmente de manera anónima su funcionamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saura Llamas J. Cómo puede convertirse un tutor en un docente efectivo. *Aten Primaria*. 2007; 39(3):151-5.
2. Domínguez Aurrecoechea B, García Rebollar C, Villaizán Pérez C. ¿Qué se necesita para ser tutor? Herramientas y recursos docentes. En: *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.309-22.
3. Saura Llamas J, Romero Sánchez E. Herramientas docentes para el tutor de Medicina de Familia. *DPM*. 2008;1(1):24-39.
4. Real Decreto 2015/1978 de 15 de julio, por el que se regulan las especialidades médicas, los requisitos para obtener el título de médico especialista y por el que se crea la Comisión Nacional de Especialidades. *Boletín Oficial del Estado*, nº 206, (29/08/1978):20172-4.
5. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, nº 280, (22/11/2003):41442-58.
6. Real Decreto 127/1984 de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. *Boletín Oficial del Estado*, nº 26, (31/01/1984):2524-8.
7. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, nº 102, (29/04/1986):15207-24.
8. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, nº 128, (29/05/2003):20567-88.
9. Orden SCO/3148/2006 de 20 de septiembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. *Boletín Oficial del Estado*, nº 246, (14/10/2006):35657-61.

10. García Puga JM. Residentes, rotación por Atención Primaria y reconocimiento de Centros de Salud como "Unidades Docentes Asociadas". *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:369-74.
11. Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado*, nº 45, (21/02/2008):10020-35. [Fecha de acceso 29 oct 2011]. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>
12. Resolución conjunta de los Ministerios de Educación y de Sanidad y Política Social e Igualdad por la que se establecen los requisitos de Acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Pediatría. 28 de junio de 2011. [Fecha de acceso 30 Oct 2011]. Disponible en http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Requisitos_UDM_Pediatría.pdf
13. Domínguez Aurrecoechea B. Importancia de la rotación MIR/Pediatría en Atención Primaria. [Fecha de acceso 30 oct 2011]. Disponible en <http://www.aepap.org/docencia/documentos.htm>
14. Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas. Reconocimiento de Centros de Salud de Atención Primaria como "Unidades Docentes Asociadas para la formación MIR- Pediatría. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:17-20.
15. Praena Crespo M. Docencia en Pediatría de Atención Primaria. Acreditación de centros de salud y tutores. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2010;3(4):251-60.
16. Domínguez Aurrecoechea B, Grupo de docencia de la AEPap. Docencia en Pediatría de Atención Primaria, pasado presente y ¿futuro? [Fecha de acceso 30 oct 2011]. Disponible en <http://www.spapex.es/pdf/docencia.pdf>
17. Grupo de Docencia MIR de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de formación. Área de Capacitación específica en Pediatría de Atención Primaria. 1ª ed. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. [Fecha de acceso 30 oct 2011]. Disponible en http://www.aepap.org/docencia/programa_formacion_AEPap.pdf
18. Domínguez Aurrecoechea B, Hijano Bandera F, Fernández-Cuesta Valcarce MA, Villaizán Pérez C, García Rebollar C, Gutiérrez Sigler MD. Guía abreviada para la rotación del residente de pediatría por Atención Primaria 2009. [Fecha de acceso 30 oct 2011]. Disponible en <http://www.aepap.org/docencia/documentos.htm>
19. Saura Llamas J, Romero Sánchez E. Herramientas docentes para el tutor de Medicina de Familia. *DPM*. 2008;1(1):24-39.
20. Fernández Casalderrey C. Herramientas de tutorización de residentes: el proyecto docente del tutor de pediatría. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2009;2(2):117-20.
21. Gutiérrez Sigler MD, Fernández-Cuesta Valcarce MÁ. Taller para pediatras docentes. Enseñando a aprender. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9 Supl 2:S91-100.
22. Hijano Bandera F, Saura Llamas J. Desarrollando el programa oficial de la especialidad de Pediatría en Atención Primaria. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2008*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 375-82.
23. Pérez Franco B, Turabián JL. Ejercer de modelo: supervisor, tutor, mentor o coach. En: Ruiz Moral R, ed. *Educación Médica. Manual práctico para clínicos*. 1ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 23-5.
24. Cabero L. Manual para tutores de MIR (Fundación para la formación de la Organización Médica Colegial). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.

25. Saura Llamas J. El tutor de atención primaria. *Aten Primaria*. 1993;11:273-4.
26. Molina Durán F, Díez Espino J, Echaui Ozcoidi M, Fuertes Goñi C, Loayssa Lara JR, Martínez Ros MT, y cols. *La docencia en la práctica clínica*. Barcelona: semFYC; 1998.
27. Saura-Llamas J. La oferta formativa individualizada por tareas de cada tutor a su residente. *Tribuna Docente*. 2003; 4:56-9.
28. Ruiz Moral R, Loayssa Lara JR. Decálogo básico para pediatras que deseen enseñar en la consulta. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2011;4(1):59-63.
29. Pérez-Hervada Payá A. Perfil del tutor. Documentos de opinión para Atención Primaria. [Fecha de acceso: 30 oct 2011]. Disponible en <http://www.semergen.es/semergen/microsites/opinion/opinion6/perfil.pdf>
30. Callejas Pozo JE, García Puga JM. El residente en Atención Primaria. Cómo planificar su rotación. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10:719-33.
31. Prados Torres JD, Saura Llamas J. Los planes de formación individualizados y los contratos pedagógicos. En: Ruiz Moral R, ed. *Educación Médica. Manual Práctico para clínicos*. 1ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 45-50.
32. Fernández Casalderrey C. Herramientas de tutorización de residentes: el proyecto docente de tutor de pediatría. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2009; 2(2): 117-20.
33. Saura Llamas J, Saturno Hernández P, Romero Sánchez E. Propuesta de un "mapa" de métodos y técnicas docentes para ayudar a los tutores a "viajar por el programa docente". *Aten Primaria*. 2007;39(9):497-505.
34. Pérez Franco B, Turabian JL, Loayssa JR, Molina F, Prados D, Rodríguez JJ, y cols. *Aprender a ser tutor. Curso práctico para mejorar tus habilidades*. Barcelona: semFYC; 2008.
35. Fernández-Cuesta Valcarce MA, Gutierrez Sigler MD, Lafuente Mesanza P. ¿Qué se necesita para ser tutor? Herramientas y recursos docentes. 2ª edición. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2011*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 341-52.
36. Fernández Casalderrey C, Segovia Monteagudo C. Herramientas de tutorización de residentes: el *feedback* docente. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2009;2(1):60-63.
37. Prados JD, Santos MA. La evaluación de los MIR como un proceso de aprendizaje. *Med Fam (And)*. 2000;1:78-83.
38. Epstein R, Hundert E. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287:225-35.
39. Fernández-Cuesta Valcarce MA. El proceso de evaluación docente del residente. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2009;2(3):178-180.
40. Torán-Montserrat P, Amau i Figueras J. El portfolio como instrumento de valoración del residente. *Aten Primaria*. 2006;37:371-3.