

**“TE MIRO, ME MIRÁS...TRABAJANDO JUNTOS...
CUERPO A CUERPO...NO HAY OTRA MANERA...”**

**TRABAJO DE INVESTIGACION SOBRE LA PERCEPCIÓN QUE
TIENEN RESIDENTES Y MEDICOS GENERALISTAS SOBRE
LOS PROCESOS EVALUATIVOS EN RESIDENCIAS DE
MEDICINA GENERAL.**

Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer”

Trabajo inédito

Enero 2017-Agosto 2017

Categoría temática

Gestión/Administración de servicios de salud

Tipo de trabajo:

Investigación Cualitativa-Cuantitativa

ARIZAGA, LUCÍA *	DNI 31.208.452	OTAMENDI, FLORENCIA S. *	DNI 28.802.873
CASTILLO, DANIEL S. *	DNI 31.937.659	PROSPERI, CAMILA S. *	DNI 32.009.473
FERNANDEZ, MARÍA ROSA	DNI 26.943.271	QUEVEDO, MARIÁNGELES *	DNI 32.034.506
HAVLICEK, PATRICIA G. *	DNI 13.137.754	SACCHIERO, MARÍA S. *	DNI 32.951.817
JENKINS, CLAUDIA A. *	DNI 32.489.594	SVOBODA, MARÍA A. *	DNI 31.789.281
LEDESMA, AGUSTÍN *	DNI 29.591.728	VASSALLO, JESICA Y. *	DNI 33.516.260

* Médicos/as Residentes de Medicina General del Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer”

Domicilio Institucional: Ruta Provincial Nº24, KM 23,5. General Rodríguez (C.P. 1748). Buenos Aires. Tel: (0237) 4050800, int. 165.

Contacto: Havlicek, Patricia, El Ombú 1962, Jáuregui, (CP 6706), Pcia. de Buenos Aires
Tel: 011 15 64553595. E-mail: patogr123@hotmail.com

"TE MIRO, ME MIRÁS...TRABAJANDO JUNTOS...CUERPO A CUERPO...NO HAY OTRA MANERA..."
ARIZAGA, Lucia; CASTILLO, Daniel S; FERNANDEZ, María Rosa; HAVLICEK, Patricia G; JENKINS, Claudia A; LEDESMA, Agustín; OTAMENDI, Florencia, S; PROSPERI, Camila, S; QUEVEDO, Mariángeles; SACCHIERO, María, S; <u>SVOBODA, María, A</u> ; VASSALLO, Jesica, Y.
Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer". Ruta Provincial N° 24, KM 23,5, General Rodríguez, Buenos Aires. CP: 1748. (0237) 4050800, interno 165 patogr123@hotmail.com
Trabajo de investigación con abordaje cuali-cuantitativo
Gestión/Administración de servicios de salud
El presente trabajo de investigación pretende abordar el eje de la formación del / la residente de medicina general, profundizando en sus procesos evaluativos, a través de un análisis y reflexión crítica de los datos obtenidos en relación a la Evaluación del Aprendizaje, contribuyendo a la transformación de dichos procesos, incidiendo de manera constructiva en la formación y aprendizaje de los/las residentes de Medicina General. Construir un análisis reflexivo acerca de los procesos evaluativos en las residencias de medicina general. Conocer la concepción de los profesionales vinculados al rol de educadores enmarcados en la residencia de medicina general sobre los procesos evaluativos y su visión crítica acerca de cómo sería un modelo evaluativo superador. Conocer según la experiencia de los/as residentes distintos aspectos de los instrumentos y procesos evaluativos llevados a cabo en las residencias de Medicina General. Se utilizó una triangulación de métodos, entre los resultados obtenidos de las encuestas a residentes y ex residentes de medicina general y las entrevistas a médicos generalistas con actividad como educadores. El análisis posterior fue a través de hermenéutica- dialéctica. Las entrevistadas concuerdan en la importancia de la formación docente de los/as evaluadores/as, no habiendo coincidencia con respecto al resultado que se desprende de las encuestas, donde es el/la jefe/a de residentes la persona encargada de la evaluación, y a su vez, quien tiene menos formación didáctica. Creemos fehacientemente que el cambio comienza desde el microambiente, siendo el/la residente "el proceso mismo o parte del proceso" para generar transformaciones a gran escala.
Palabras claves: EVALUACIONES-APRENDIZAJE-RESIDENCIAS-MEDICINA GENERAL
Soporte técnico: PROYECTOR Y PANTALLA

Nadie educa a nadie.

Nadie se educa a sí mismo.

*Los hombres se educan entre sí con la mediación
del mundo.*

(Paulo Freire; Pedagogía del Oprimido)

ACERCA DE LOS AUTORES

El equipo de investigación lo conforma la totalidad de la Residencia de Medicina General del Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer, ubicada en la localidad de General Rodríguez en la Provincia de Buenos Aires.

FUNDAMENTACION

..." Cómo y con quien se forma el residente de medicina general? ¿Tenemos referentes generalistas? ¿Por qué no? Porque no hay médicos generalistas o ¿Por qué no nos estamos formando para ser referentes? ¿Qué sucede con la identidad de nuestra especialidad? ¿Cómo es la formación? Quien/es son el/los responsables de asegurarla? ¿Jefe de residentes? ¿Instructor de residentes? ¿Médicos generalistas? ¿Organismos gubernamentales? ¿Existe formación docente? ¿Debería? ¿Quién evalúa a los residentes? ¿Cómo? ¿Con qué instrumentos? ¿Quién la supervisa? ¿Permite reflejar el fiel aprendizaje del residente? ¿Qué sucede en otras residencias? ¿Otros, se preguntan lo mismo que nosotros?" ...

El cuestionar y reflexionar sobre esta realidad por la que estamos atravesados, nos lleva a preguntarnos si nosotros, como residentes, tenemos injerencia en estas temáticas. Si somos parte de las respuestas a nuestras propias preguntas. Y si, como residentes per sé, nos consideramos agentes de cambio.

En nuestra estructura de residencia, existe una reflexión crítica constante de las diferentes instancias de aprendizaje. La posibilidad de elegir y cambiar. Y volver a elegir. Siendo actores activos en ese recorrido, buscando y auto-gestionando recursos que impliquen una mejoría en nuestra formación. Desde ahí nos paramos. De nuestra mirada activa, participe.

Para comenzar a generar respuestas, a través del presente trabajo de investigación, la residencia quiso abordar la temática de la formación del/la residente de Medicina General (MG), profundizando en sus procesos evaluativos.

Lo que se pretende con este trabajo es realizar un análisis y reflexión crítica de los datos obtenidos en relación a la Evaluación del Aprendizaje (EA), para de esta manera incidir de manera constructiva en la formación y aprendizaje de los/las residentes de MG.

MARCO TEÓRICO

Evolución Histórica de la Medicina General en Argentina

En la Argentina, los primeros antecedentes de capacitación de postgrado en Medicina General y/o Familiar se remontan a fines de los '60 y comienzos de los '70 constituyendo las residencias médicas de la Provincia de Neuquén, Misiones, Córdoba, Jujuy y Buenos Aires, las primeras referencias de sistemas formales de formación en la especialidad.

En la década del '60, mediante la resolución ministerial 1778/60 se dispone la creación del Sistema de Residencias Médicas, hecho importante en la expansión de los cargos de residentes de todo el país. Es significativa la experiencia de la provincia de Neuquén que a partir de la década del '70 rediseñó y desarrolló el sistema público de salud conforme a los valores y principios de la estrategia de APS, jerarquizando fuertemente el rol del/la Médico General y/o Familiar.

Recién en el año 1979 se sanciona la Ley 22.127 que establece el Sistema Nacional de Residencias de Salud después de 20 años de funcionamiento en los hechos.

En los años '80, con el regreso de la democracia, se comienza a dar especial importancia a la construcción de un Sistema de Salud que garantice el derecho a la misma, con calidad y accesibilidad para todos los sectores de la población, lo cual se constituye en la misión principal del/la Médico General y/o Familiar.

La especialidad M G y/o Familiar, fue reconocida como especialidad por el Ministerio de Salud de la Nación, mediante Resolución N° 1923/06. En la actualidad existen sedes de Residencia de la especialidad en todo el país. (RMG Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer, 2011).

Evaluación del Aprendizaje

La EA ha sido objeto de numerosos análisis que evidencian su importancia no sólo dentro del campo de la pedagogía sino también como instrumento de control, selección y estratificación social. Frecuentemente, estas últimas funciones no son abiertamente reconocidas, pero persisten a pesar de la búsqueda y propuesta de cambios que enriquezcan y amplíen esta visión. Como señala Santos Guerra (1995) *“existe una clara diferencia entre quienes impulsan los cambios y quienes los efectúan”* (Ahumada Acevedo, 2001).

Su definición etimológica considera al término “evaluación” como el acto de “fijar el valor de una cosa, hecho o fenómeno”. Esta estrecha definición conduce a que se la identifique muchas veces como sinónimo de aplicar exámenes y otorgar una calificación (González Perez, 2001).

Lejos de ello, debería considerarse como un PROCESO o ACCIÓN EVALUATIVA, que implique el concepto del cumplimiento de varios pasos en continua retroalimentación.

Como una aproximación básica, se reconocen los siguientes procesos:

- Recogida de Información
- Emisión de Juicios Valorativos
- Toma de Decisiones
- Ejecución de dichas Decisiones

Como todo proceso comunicacional, debe tomarse en cuenta el tipo de vínculo y la calidad del mismo. Implica una interrelación Sujeto-Objeto, donde el Objeto es un Sujeto: el Sujeto Evaluado; que a su vez debería cumplir la meta de devenir en Sujeto Evaluador.

Scriven (Stufflebeam, 1985) considera que la EA tiene siempre una misma meta: la *“determinación sistemática y objetiva de un valor”*, pero lo que varía son las funciones y las finalidades que cumplen. Es decir, la utilización que se le va a dar a los datos obtenidos.

El mismo autor (Scriven, 1966) desarrolla los conceptos de **Evaluación formativa**, que ayuda a desarrollar programas y otros objetos; y la **Evaluación Sumativa**, que calcula el valor del objeto una vez que ha sido desarrollado.

La **Evaluación Formativa** es concebida como un proceso inserto dentro del desarrollo del aprendizaje, que permite una retroalimentación continua a fin de perfeccionar la planificación, otorgar validez, evaluar utilidad y contribuir a la generación de nuevos proyectos, etc.(Stufflebeam, 1985).

La **Evaluación Sumativa**, tiene como objetivo la evaluación de resultados. idealmente realizada por un evaluador externo, su producto final es asignación de un valor. Permite evidenciar los progresos logrados, comparar con los objetivos propuestos y apreciar si cambios generados previamente tuvieron el resultado esperado (Stufflebeam, 1985).

Deseamos profundizar sobre los términos “Función” y “Finalidad”

Finalidad se refiere al propósito con que se realiza una acción. La EA puede ser un requisito para la aceptación en una institución o para el otorgamiento de una acreditación; o en el otro extremo, pensarse como una herramienta de construcción de conocimiento y transformación.

La *función* está relacionada con el papel que desempeña la EA en la sociedad, en una institución, etc.

“La finalidad y la función... no son necesariamente coincidentes. y no siempre son abiertamente asumidas o reconocidas” (González Pérez, 2001). Están estrechamente vinculadas con la concepción ideológica de la enseñanza y con el modelo que aprendizaje que se pretende promover.

Numerosos trabajos en el campo de la investigación pedagógica, han desarrollado diversos modelos que analizan la EA en base a sus funciones. Miriam González Pérez (2001) propone seis funciones: (González Pérez, 2001).

1. Función social: Atribuye a los resultados de la evaluación, un valor social como individuo. El “título” o la “acreditación” simbolizan la posesión de saber y capacidad. Otorga una garantía de competencia, pero es necesario tener en cuenta que nada asegura la veracidad ni adecuados estándares de dicha garantía (Bourdieu 1988). Toda esta valoración se halla enmarcada por los valores dominantes en una sociedad o por los del grupo social hegemónico.

2. Función de control: Esta es la función más frecuentemente oculta ya sea en forma voluntaria o inadvertida. Parte de la base de una concepción del aprendizaje como un acto entre sujetos relacionados en forma asimétrica.

La toma de decisiones unilateral, la elección de métodos, contenidos y otorgamiento de valores en forma arbitraria y no consensuada, pone en manos de limitados actores un poder que tiene implicancias fundamentales en la vida de los individuos.

Al respecto, y específicamente en referencia a las Residencias Médicas, es interesante la primera conclusión relevante del estudio que realizó BORRELL, (2005), que consiste en que en las residencias médicas estudiadas predomina el currículo oculto al margen de un programa escrito. Desarrollaremos posteriormente este concepto.

Ya Freire (Freire, 1970) tuvo como eje de sus trabajos, la consideración de la pedagogía tradicional (y por ende los procesos evaluativos), como una relación entre opresores y oprimidos y postula que una pedagogía superadora deber ser elaborada **con** los individuos y/o pueblos y no **para** ellos.

3. Función pedagógica: La EA, desde esta perspectiva, desempeñaría funciones *“orientadoras, de diagnóstico, de pronóstico (...) de afianzamiento del aprendizaje(...) de retroalimentación, de motivación (...)”* etc.

4. Función de comprobación de resultados: La comprobación de los resultados permite evaluar si los mismos concuerdan con los objetivos planteados en el momento de la planificación.

En la mayoría de los países latinoamericanos los procesos evaluativos son llamados heteroevaluaciones, lo cual significa que son a partir del profesor, siempre enfatizando los resultados y determinaciones finales, entendiendo a la evaluación como un suceso independiente del aprendizaje (Ahumada Acevedo, 2001)

La falta de coincidencia no siempre tiene implicancias negativas. Una mirada abierta puede descubrir en muchos casos que los resultados obtenidos pueden discrepar, pero a su vez mostrar nuevos horizontes o caminos por recorrer.

5. Obtención de información para orientación y regulación de los procesos enseñanza-aprendizaje: Permite una retroalimentación crítica de las acciones desarrolladas, así como la generación de ideas y propuestas renovadoras. Forma parte de una espiral de crecimiento en que el diálogo evaluador-evaluado y recíproco, crea nuevos entornos educativos de crecimiento individual y social.

6. Función formativa: Desde este punto de vista, centramos nuestra mirada de la EA como parte de un todo: del proceso evaluación-aprendizaje. No pensamos en la evaluación como cierre, ni como un instrumento para generar una calificación que certifique un título o una competencia. La EA como función formativa tiene la intencionalidad de estar integrada dentro del proceso de enseñanza. Permite la autorregulación y la autovaloración personal; estimula la interacción y la valoración recíproca de los integrantes.

En resumen: *“la evaluación debería estar al servicio del proceso de enseñanza y no a la inversa”* (González Perez, 2001).

Entendemos que, dentro de la formación en el sistema de Residencias Médicas, la EA debería comportarse como un proceso con función diagnóstica y formativa más que como un suceso aislado, de manera tal que esté inserto en el proceso de aprendizaje como una herramienta de construcción de conocimiento, posibilitando así la mejora continua del programa de formación, más que convertirse en un mero resultado o producto (Ahumada Acevedo, 2001), (Rodríguez, 2011).

Ahumada Acevedo (2001) manifiesta, que los actores involucrados en procesos evaluativos deben primero dominar los conceptos que les corresponde desarrollar, así como también conocer las diversas formas en que los/las estudiantes asimilan dichos conceptos,

para que finalmente puedan efectuar un análisis crítico de sus prácticas diarias a fin de reconocer cuales han favorecido el aprendizaje y cuáles no (Ahumada Acevedo, 2001).

De lo mencionado antes, se desprende que el rol de quien interviene en la enseñanza debe ser activo, continuo y en permanente dialógica con el/la estudiante (Ahumada Acevedo, 2001).

En la actualidad se postula una nueva forma, la auto evaluación o coevaluación, centrándonos en el proceso de “aprender a aprender”. Este concepto trae consigo una propuesta evaluativa consustancial e inherente al aprendizaje, sin tomarlo de forma paralela o anexo, para lograr una evaluación centrada en la construcción de conocimientos (Ahumada Acevedo, 2001).

Rodríguez (2011) señala el concepto de supervisión capacitante o formadora que supera la visión controladora y considera fundamental la reflexión conjunta con el evaluado en el proceso de adquisición de conocimiento y la participación activa del/la mismo/a en el proceso evaluativo (Rodríguez, 2011).

En la formación de residentes de una misma especialidad se plantea como desafío consensuar los criterios de evaluación en base a un perfil similar (Rodríguez, 2011).

A tal fin, debe considerarse la adecuada EA en diferentes competencias, entendiéndose las mismas tienen tres componentes:

- ✓ Conocimientos (Saber)
- ✓ Habilidades (Saber hacer)
- ✓ Valores y Actitudes (Valorar las consecuencias de ese Saber hacer)

Según Rodríguez (2011), las competencias podrían agruparse de la siguiente manera

COMPETENCIAS

Competencias técnicas:

Pertenecientes al dominio cognitivo o habilidad técnica propias de una profesión.

Competencias organizacionales:

Posibilidad de gestionar, conducir y coordinar procesos de atención, prevención y promoción de la salud en distintos niveles de atención. Desempeño adecuado a normas y reglas que aseguren la calidad de la atención, prevención y promoción de la salud.

Competencias relacionales y comunicacionales:

Capacidad de escucha, expresión y comunicación con los equipos de salud y la comunidad. Desarrollo de trabajo en equipo, habilidad para la negociación y relaciones interpersonales.

Competencias de adaptación:

Saber manejar situaciones reales de forma diversa, de acuerdo a las diferencias y contingencias.

Competencias personales:

Responsabilidad, toma de iniciativas, ejercicio de la creatividad en la resolución de problemas, manejo de la interculturalidad. Flexibilidad ante el cambio y los contextos de incertidumbre.

Competencias relacionadas con la ética profesional:

Posibilidad de enfrentar la realidad, manteniéndose dentro de los límites morales impuestos por la profesión y por la sociedad.

Competencias para el trabajo interdisciplinario:

Disposición para el trabajo interdisciplinario. Epidemiología, técnica e interpretación. Consideración del contexto socio histórico y las necesidades de la población atendida

Competencias docentes:

Capacidad para promover, orientar y supervisar el aprendizaje de las competencias profesionales de los residentes. Identificación de ámbitos y situaciones de aprendizaje. Capacidad para evaluar y autoevaluar el desempeño profesional.

Competencias para la investigación:

Identificación de problemas de investigación relevantes para la comunidad, e integración del trabajo de campo a la práctica profesional. Cumplimiento de roles de gradual responsabilidad dentro de equipos de investigación.

Además de las competencias generales queremos mencionar las competencias específicas del/la médico generalista mencionadas en el documento WONCA Europe 2005 (Academia Europea de Profesores de Medicina General, 2005) ([Anexo 1](#)).

Referente a las **Características de la Evaluación**, Rodríguez (2011) postula que una evaluación adecuada debería tener las siguientes características:

- Integral, toma en cuenta la mayoría de aspectos a la hora de evaluar.
- Continuo, diferentes modalidades en distintos ciclos que prevén la retroalimentación.
- Diverso, evaluar diferentes aspectos, con distintas modalidades y por más de un evaluador recabando aspectos cuantitativos y cualitativos.
- Orgánico, consensuado por los/las responsables de la formación (Rodríguez, 2011).

Hemos mencionado previamente la primera conclusión del documento de Borrell Bentz (2005), en referencia a la existencia de un “currículo oculto” en las residencias médicas.

La segunda conclusión a destacar es que la práctica educativa dominante en las residencias médicas analizadas es el “saber hacer” y como estrategia domina la imitación y la socialización.

La tercera, es que la racionalidad burocrática del hospital se impone en los residentes como modelo de servicio focalizado esencialmente en la curación y rehabilitación y como modelo de aprendizaje de una práctica profesional.

Es importante profundizar sobre el concepto de Currículo Oculto. El mismo significa que domina un enfoque curricular determinado fundamentalmente por las rutinas, los rituales, las tradiciones, la ideología de grupo y las redes de interés. Este tipo de desarrollo curricular sin los acuerdos escritos, reducen ampliamente la capacidad de conciencia reflexiva de los/las docentes/ instructores/as, sin definición de los perfiles médicos que se desea formar (Borrell Bentz, 2005).

El predominio del currículo oculto está esencialmente ligado a esas características del modelo médico hegemónico, ya que cumple con una serie de funciones relacionadas con los aspectos de control, normalización, medicalización y legitimación, considerados científicamente válidos, los cuales son transmitidos a través de pautas de comportamientos considerados correctos y a partir del desarrollo de la profesionalización médica que refuerza su identidad y poder profesional a través de legitimar y normar (Borrell Bentz, 2005).

La autora rescata el planteamiento de diversos autores acerca de los nuevos conceptos sobre el Currículo como objeto social, en tanto expresa el equilibrio de intereses y fuerzas puestas a disposición de un sistema educativo en un momento determinado. Esto va más allá de los planes de estudio o propuesta escrita de formación, no siendo indiferente al contexto donde se desarrolla (Borrell Bentz, 2005).

Desde esta mirada, las teorías sobre el currículo han evolucionado y cambiado y se ha dejado de considerar como algo cerrado, terminado y dogmático, para conceptualizarlo como una herramienta poderosa que permite estimular y orientar las capacidades activas de aprendizaje, determinando de esta manera lo que pasa entre los/las docentes y los/las alumnos/as (Borrell Bentz, 2005).

Volviendo a la segunda conclusión, respecto a que la práctica educativa dominante en las residencias médicas analizadas es el “saber hacer”, el mismo nace de los conceptos fundamentales, expresados a principios del siglo pasado por el educador J. Dewey y su teoría del “aprender haciendo” y de las recomendaciones que en el campo de la educación médica hiciera Flexner para que “el estudiante se le entrenara haciendo cosas” (Borrell Bentz, 2005).

La selección y organización de los contenidos curriculares de la mayoría de los programas, no se cambian con la regularidad que se espera de cualquier programa de estudio,

a pesar de los vertiginosos cambios científicos y tecnológicos que hoy día suceden en la ciencia médica. Se observa entonces una especie de “territorialización” del conocimiento, donde cada especialidad delimita su parcela, pone sus condiciones y se vuelven muy desconfiados ante aquellos que no pertenecen a la misma (Borrell Bentz, 2005).

Citando a Bunge (1986). Borrell expresa que *“cuanto más familiarizado esté una persona con determinada teoría y su correspondiente modo de pensar, tanto más difícil le será adoptar una teoría rival que implique una manera de pensar diferente. En general, la posesión de conocimientos da alas en un aspecto y las recorta en otro”* (Borrell Bentz, 2005).

El aprender sobre la base de la “repetición” implica diseñar otras alternativas de aprendizaje que acompañen dicha repetición, tales como la reflexión y sistematización de cada caso y de los casos similares, la investigación epidemiológica y la búsqueda de referencias teóricas y epistemológicas sobre los mismos, así como el planteamiento de preguntas o problemas no resueltos, las propias lagunas de conocimientos que tengan los residentes, la definición de posibles tratamientos a seguir hasta la definición de investigaciones de mayor alcance. Si esta práctica se obvia, el/la profesional puede perder, como dice Schön, importantes oportunidades para pensar lo que está haciendo (Borrell Bentz, 2005).

La tercera conclusión general que se destaca según lo abordado por Borrell, es que la racionalidad burocrática del hospital se impone en los/las residentes como modelo de servicio focalizado esencialmente en la curación y rehabilitación y como modelo de aprendizaje de una práctica.

Orientación para la evaluación en el contexto actual de las Residencias según Guía de evaluación del desempeño de las residencias (Davini, Rodríguez, & Colaboradores, 2015).

Las Residencias presentan un importante dispositivo para la formación de los/las jóvenes profesionales, muchas veces la dinámica de las prácticas y la organización de los servicios ha llevado a dar predominancia a un proceso de trabajo intensivo, donde la formación misma queda relegada o supeditada a lo inmediato, a la urgencia o al devenir, pudiendo fragmentarla y debilitarla, aun así, siguen siendo el mejor ámbito de formación.

Los Programas de Residencias, en sus distintas especialidades, asumen un significativo compromiso con la buena formación, lo que conlleva la certificación de las competencias de los/las profesionales que atenderán a los/las pacientes. Desde esta perspectiva, la evaluación adquiere gran importancia, reuniendo informaciones en forma

sistemática para el seguimiento del desempeño a lo largo de la formación y por ende, en la certificación final.

El registro y seguimiento del desempeño de cada residente puede ser realizado por todo el equipo formador; no sólo por cada tutor en una situación específica. Esto favorece una mirada integral sobre las competencias construidas por cada residente y sobre el proceso formativo. Cada residente cuenta con datos sistematizados para cotejar sus logros según lo propuesto en el programa de formación, así mismo la evaluación es de importancia crucial para motivar, mejorar y afianzar sus aprendizajes, a través del diálogo y retroalimentación (feedback). El tipo de evaluación influye en el modo en que los estudiantes aprenden.

A los/las docentes, la evaluación les permite conocer mejor a los residentes, apoyarlos en sus dificultades y reconocer sus logros, también les permite corregir la marcha de las actividades cuando lo observa necesario. Para el Programa, la evaluación brinda informaciones para mejorar y enriquecer la gestión dentro del servicio y las prácticas docentes. De este modo, la evaluación siempre está orientada al perfeccionamiento de los aprendizajes.

La evaluación no puede (o no debería) ser improvisada. Por más creativos y experimentados que sean los/las docentes, es necesario que programen previamente su desarrollo. Existen distintas funciones de la evaluación: la diagnóstica, la formativa y la recapituladora o de síntesis (sumativa), que no representan etapas sucesivas en el tiempo, en sentido lineal, sino manifestaciones distintas y complementarias de un mismo proceso, respondiendo a distintos propósitos. Cada una de ellas está presente en la enseñanza, con mayor o menor peso.

Los/las novatos/as, aprenden el oficio a partir de su participación en las mismas con grados crecientes de responsabilidad hace suponer que el acompañamiento permanente es suficiente para definir la competencia del/la aprendiz en su área de desempeño profesional, sin embargo, en residencias, este acompañamiento tiene particularidades según las sedes, de acuerdo con variables como: cantidad de residentes, cantidad de formadores, diversidad de los/las formadores/as según rotaciones y actividades, duración de la formación, entre otros aspectos. Por tanto, suele ser más de un experto el que acompaña al residente y varios residentes acompañados por los/las mismos/as expertos/as. En este sentido, la certificación de la competencia no puede quedar librada a la mirada del/la maestro/a, ya que ninguno de ellos acompaña todo el proceso. Si bien se reconoce que la evaluación en residencias es

permanente, la formalización de la misma es una necesidad porque permite: Objetivar la información, evaluar en distintos momentos del proceso formativo, ampliar las miradas sobre los mismos objetos de evaluación, prever la mayor cantidad de variables involucradas en las instancias evaluativas, considerar los mismos estándares para todos los sujetos evaluados, evitar la discrecionalidad en los juicios.

Considerando que el sentido educativo de la evaluación del desempeño es apoyar la enseñanza y el perfeccionamiento de las prácticas profesionales en los distintos niveles de responsabilidad y la mejora de los aprendizajes mismos a lo largo del proceso formativo un solo instrumento no es suficiente para involucrar la variedad y riqueza de las prácticas en el proceso formativo, así como de las competencias profesionales a desarrollar.

La evaluación tiene un rol central para apuntalar el permanente perfeccionamiento de las prácticas profesionales, integrándose así a la enseñanza.

El valor educativo de la evaluación se hace efectivo en la instancia de devolución del/la evaluador/a al/el evaluado acerca de sus avances, logros, dificultades y lo que requiere mejorar, apoyando el aprendizaje, la enseñanza y completando el círculo del proceso formativo.

Una vez realizadas las experiencias de aprendizaje y de evaluación, los formadores deben realizar una devolución constructiva a cada residente en una situación de diálogo reflexivo, revisar en conjunto con el residente las fortalezas y puntos a mejorar en el desempeño de esa práctica.

El proceso de aprendizaje desarrollado y sus resultados no son sólo una consecuencia de los residentes, sino un producto del programa de Residencia. Ello implica potenciar la evaluación como estrategia permanente de mejora y perfeccionamiento del Programa. Luego, la evaluación recapituladora permite ponderar sobre el valor y pertinencia de la programación y su adecuación al contexto, los/las alumnos/as y al ambiente de enseñanza. En especial, facilita el análisis de la secuencia metódica, de las estrategias de enseñanza y de las actividades propuestas para el aprendizaje. Es bueno que los/las docentes puedan enseñar bien y obtener logros educativos de sus acciones. Pero más valioso aún es que los/las docentes puedan reflexionar sobre lo que hacen, sobre sus propios compromisos educativos y analizar las prácticas como base para el desarrollo de los Programas.

Como conclusión, y como propuesta superadora, adherimos a lo expresado por Rodríguez (2011) en referencia al concepto de Educación Permanente, “aprendizaje para el

trabajo y en el trabajo”. El/la trabajador/a es considerado como sujeto reflexivo que identifica y analiza problemas, genera conocimientos y los vincula contribuyendo a la transformación de sus prácticas. Desde esta perspectiva, la EA se toma como un proceso continuo relacionado al contexto en el que da lugar, dejando ver que la misma sigue una lógica interna estructurándose en una identidad propia que la singulariza en cada lugar (Rodriguez, 2011).

OBJETIVOS GENERALES

Construir un análisis reflexivo acerca de los procesos evaluativos en las residencias de medicina general.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer, desde la experiencia de los/las residentes, los instrumentos y métodos evaluativos utilizados en las residencias de medicina general en las diferentes instancias de formación: espacio académico, centro de salud y rotaciones externas y si, para ellos, éstos reflejan fielmente su aprendizaje.

Conocer, según la experiencia de los/las residentes, los actores involucrados en el proceso evaluativo, su formación docente y su acompañamiento para con el/la residente en las diferentes instancias de formación: espacio académico, centro de salud y rotaciones externas.

Conocer si los/las residentes de medicina general, durante su formación, tuvieron Jefes/as de residentes y la figura de instructor y si consideran que éste llevó a cabo un rol activo relacionado con el proceso evaluativo de los/las residentes.

Conocer la concepción de los/las profesionales vinculados/as al rol de educadores enmarcados en la residencia de medicina general sobre los procesos evaluativos y su visión crítica acerca de cómo sería un modelo evaluativo superador.

Analizar los procesos evaluativos de las residencias de medicina general.

PROPUESTA METODOLOGICA

Este trabajo de investigación fue enfocado con un abordaje cuali-cuantitativo, en el que realizamos una triangulación de métodos a fin de integrar distintas técnicas que permitan procesar y analizar los datos desde diferentes perspectivas para responder a los objetivos planteados en esta oportunidad.

Destacamos desde esta forma, la posibilidad de analizar regularidades, frecuencias, así como también relaciones, historias, puntos de vista y representaciones de los sujetos en acción, para obtener así aspectos subjetivos de la realidad social, reconociendo la realidad dual entre lo cuantitativo y cualitativo. Es de esta manera como conceptos disciplinares esenciales para la investigación podrán ser confrontados y enriquecidos transversalmente.

Mediante la dinámica elegida para esta investigación, podremos integrar el análisis de estructuras, procesos y resultados, así como también la comprensión de las relaciones involucradas en la implementación de las acciones y la visión de los actores diferenciados que construyen sobre dicho proyecto, identificándonos a su vez tanto como objetos de análisis y sujetos de autoevaluación. Según Samaja, “La integración sucede por razones prácticas en la medida que se intenta superar la dicotomía entre cuantitativo versus cualitativo” (Souza Minayo, 2009).

Con el objetivo de realizar un análisis y descripción de los procesos evaluativos en el contexto de las residencias de MG a partir de los/las mismos/as residentes y, además, por profesionales vinculados al rol de educadores en el mismo contexto, nos separamos en dos grupos de trabajo para la generación de herramientas de recolección de datos.

El grupo que abordó la temática dentro de las residencias (GRUPO A), tuvo como criterio de exclusión a los/las residentes de primer año y ex residentes egresados/as con más de 5 años. Dichos criterios tuvieron como fundamento respectivamente, que los/las residentes de primer año no tenían experiencia en el tema por el corto periodo de tiempo que llevan dentro de una residencia y que los/las especialistas que tenían más años desde su egreso podían tener un sesgo de memoria y no recordar acerca de su paso por la residencia, así como también inferimos que podrían haberse sucedido cambios en los modelos evaluativos. En cuanto al otro grupo (GRUPO B) consideramos como condición necesaria de inclusión que los profesionales tengan un rol activo como educadores vinculados a las residencias en salud, ya sea como partícipes activos de la formación o en cuestiones de administración/gestión de residencias.

Con respecto a la recolección de datos, el GRUPO A diseñó una encuesta semi-estructurada ad hoc (Anexo 2). La misma fue anónima y presentaba una sección inicial con consentimiento informado, seguido de ubicación de residencia y cargo en el que se desempeña con opciones de variables nominales.

Las secciones subsiguientes enfocaron las actividades relacionadas con EA dentro de las siguientes áreas: área académica, área centro de salud, área rotaciones externas. La división se gestó, tratando de agrupar conceptos relacionados con los diversos ejes tenidos en cuenta, para la conformación de las competencias del/la médico/a residente según nuestro marco teórico. Finalmente, una sección abordó el área educativa respecto a los/las formadores/as de las residencias.

Las preguntas que abordaron la EA en diversas áreas, tuvieron la misma estructura: la pregunta en referencia a los instrumentos evaluativos utilizados y la relacionada con los ítems a tener en cuenta en la evaluación, que permitían varias respuestas de tipo nominales. Respecto a quien realizó la evaluación se dio la opción de una respuesta abierta. El resto de los ítems investigados (devolución sobre las EA, formación docente del evaluador, acompañamiento en el proceso formativo y reflejo del aprendizaje) consistieron en preguntas cerradas con escala de Likert.

Por su parte la sección referente al área educativa consistió en su mayoría, en preguntas cerradas donde se consultaba si existía un instructor en su residencia, si éste cumplía su función, si presentaban jefe/a de residentes, si las evaluaciones eran parte de un proceso continuo o no, si se permitían críticas constructivas de parte del residente, si los usuarios/as del centro de salud eran tenidos en cuenta en la evaluación de los residentes y si dicha temática era relevante para los/las encuestados/as. Esta sección tuvo sólo una pregunta abierta para indicar qué otro espacio no era tenido en cuenta en las evaluaciones, mientras que tuvo otra pregunta con opción de múltiples respuestas en lo que respecta a las funciones de la evaluación.

Por otra parte, al GRUPO B se le realizó una entrevista abierta para la que confeccionamos una guía semi-estructurada de preguntas abiertas que tenía como ejes centrales, en primer lugar, la evaluación del aprendizaje, luego la adecuación de la misma en el contexto de la medicina general ([Anexo 3](#)).

En ella participaron tres personas. La Entrevistada 1(E1), médica generalista que realizó residencia y posterior jefatura en el interior de la Pcia. Buenos Aires. Realizó una maestría en salud pública, epidemiología, gestión y políticas de salud dependiente de la Universidad de Lanús, además de la carrera de formación docente llamada “Educación Médica Innovada”. Actualmente, se encuentra realizando la carrera docente de la Universidad de Buenos Aires y participa activamente en la dirección de capacitación del curso de actualización

de MG organizado por la Pcia. de Buenos Aires. La Entrevistada 2(E2), también médica generalista, hizo su residencia en el interior de la Pcia. de Buenos Aires y se desempeñó luego como instructora. Actualmente y desde hace muchos años, trabaja como docente en el pregrado en la materia denominada “Salud y Medicina Comunitaria”, y en la práctica final obligatoria de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de La Plata. Además, desempeña el cargo de directora del centro de salud Villa Hudson teniendo participación activa en la residencia que tiene su sede en dicho centro. Y por último la Entrevistada 3(E3), es médica generalista, realizó su residencia en la Provincia de Chubut y se desempeña actualmente en el Ministerio de Salud de la Nación, en el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias.

Para el registro de las mismas se utilizaron grabadores de voz de celulares y, simultáneamente, se tomaron notas escritas. Luego fueron íntegramente transcritas.

Una vez obtenidos los datos, nos abocamos al análisis de los mismos.

En los aspectos cuantitativos la muestra intenta representar numéricamente al universo de individuos en estudio. En cambio, en los cualitativos, el objetivo no sería que cada unidad en estudio tenga la misma posibilidad de ser incorporada, sino que, dado que la relevancia está dada por la capacidad -o posibilidad- de dar significado a la realidad, lo primordial sería la calidad y diversidad de la información que se pueden entender a partir de ellas. Lo que importa en los aspectos cualitativos, no es tanto que sean representativos, sino que sean significativos -con capacidad de expresar significado- .es decir que aporten características nuevas que contribuyan a la comprensión de la situación en estudio.

El análisis cualitativo de las encuestas y entrevistas fue realizado a través de un análisis temático con conteo de la frecuencia de unidades de significación, definiendo el carácter del discurso. A la hora de analizar significados, la presencia de determinados temas denota estructuras de relevancia, valores de referencia y modelos de comportamiento dentro del discurso, que significan algo para el objeto analítico apuntado. Según Bardin: *“el tema es la unidad de significación que se libera naturalmente de un texto analizado según criterios relativos a la teoría que sirve de guía a la lectura”* (Souza Minayo, 2009).

Una vez obtenidas las unidades de significación, la hermenéutica-dialéctica fue la forma elegida para el análisis de las mismas. Por hermenéutica entendemos lo que propone Souza Minayo (2009), citando a Gadamer y Habermas: *“la búsqueda de comprensión de sentido que se da en la comunicación entre seres humanos, siendo el lenguaje su núcleo*

central...". Adentrándonos en la metodología de este trabajo, a través de la hermenéutica buscamos aclarar el contexto de los diferentes actores y las propuestas que producen, teniendo en cuenta los hechos, relatos y observaciones, y el tenor y responsabilidad de los mismos que sirven como vehículo de comunicación. La dialéctica, por su parte, "busca en los hechos, en el lenguaje, en los símbolos y en la cultura los núcleos oscuros y contradictorios para realizar una crítica informada sobre ellos" (Souza Minayo, 2009). Según lo que postula Souza Minayo (2009), citando a Habermas: "la misma razón que comprende, esclarece y reúne, también contesta, disocia y critica". La hermenéutica-dialéctica no propone una metodología de trabajo en particular, sino que da algunas orientaciones que Souza Minayo (2009) sintetiza: "a) ambas traen en su núcleo la idea fecunda de los condicionamientos históricos del lenguaje de las relaciones y de las prácticas; b) ambas parten del supuesto de que no existe un observador imparcial; c) ambas cuestionan el subjetivismo a favor del proceso intersubjetivo de comprensión y de crítica; d) ambas superan la tarea de ser simples herramientas para el pensamiento y e) ambas están referidas a la praxis estructurada por la tradición, el lenguaje, el poder y el trabajo. Sin embargo, mientras que la hermenéutica enfatiza el significado de lo consensual, de la mediación del acuerdo y de la unidad de sentido, la dialéctica se orienta hacia la diferencia, el contraste, el disenso, la ruptura de sentido y, por lo tanto, hacia la crítica".

Teniendo en cuenta que nuestro nivel de anclaje para realizar este trabajo son los procesos evaluativos, obtuvimos 2 unidades de análisis (UA) diferentes: 1) médicos/as residentes de 2º, 3º y 4º año de MG y médicos/as especialistas en MG que realizaron una residencia hace menos de 5 años; 2) Médicos/as Especialistas en MG, con un rol activo de educador dentro de las residencias vinculadas al área de la salud, tanto sea como partícipes en la formación del/la residente, o en la planificación y coordinación de la residencia. Para cada una de ellas, generamos categorías analíticas y categorías operacionales. En el caso de las categorías empíricas, solo fueron generadas en el caso de la UA 2.

En el caso de la UA 1, las categorías fueron de tipo cuantitativo. Las analíticas fueron: ubicación de su residencia y cargo actual. Las categorías operacionales se repiten en las primeras tres áreas a consecuencia de lo explicado anteriormente, pero fueron analizadas por separado en un primer momento. Entre las mismas se aprecian: 1) Instrumentos utilizados para la EA, la cual permitía más de una opción, por lo que generamos una categoría por cada instrumento, mientras que las variables eran por orden de relevancia; 2) Evaluador más relevante; 3) Recepción de devolución respecto al instrumento evaluativo más relevante; 4)

Formación docente del evaluador; 5) Acompañamiento del proceso formativo por el evaluador; 6) Ítems evaluados con mayor preponderancia, la cual permitía más de una opción por lo que realizamos lo mismo que para la categoría 1, respecto a que cada ítem era una categoría particular; 7) Evaluación como reflejo del aprendizaje.

En cuanto al área educativa obtuvimos las siguientes categorías: 1) Existencia de instructor; 2) Cumplimiento de su rol activo como evaluador; 3) Existencia de jefe de residentes; 4) Percepción de existencia de aprendizajes que quedaron fuera de las evaluaciones; 5) Aprendizajes excluidos de las evaluaciones; 6) Función preponderante de las evaluaciones; 7) Evaluación como suceso o proceso; 8) Apertura de la residencia a recibir nuevas propuestas y/o críticas constructivas por parte de los residentes; 9) Concreción de propuestas realizadas por los residentes; 10) Inclusión de la opinión de los usuarios del centro de salud en la evaluación del residente; 11) Importancia de la temática de las evaluaciones en la formación de residente.

Cabe destacar que algunas de las categorías creadas en base a nuestras herramientas de recolección, no pudieron ser analizadas por varias limitaciones que nos encontramos una vez obtenidos los datos, serán detalladas más adelante. Para visualizar esto, realizamos la operacionalización de las variables ([Anexo 4](#)).

En cuanto a la UA2, las categorías analíticas fueron: profesión, lugar de residencia, formación y vínculo con la formación en las residencias. Las categorías operacionales, se crearon a partir de los ejes que abordaba la entrevista, son las siguientes : 1) Importancia de la EA en la formación del aprendizaje; 2) Finalidad de la EA; 3) Función de la EA; 4) Actores involucrados; 5) Receptividad frente a la crítica de los residentes de MG respecto a las EA; 6) Visión de la EA como foto o proceso; 7) Formación docente de los evaluadores; 8) Adecuación de la EA en rotaciones externas; 9) Usuarios involucrados en la EA; 10) Relevancia de la interdisciplina en la EA; 11) Modelo superador en las EA. Se detalla en la operacionalización, los tipos de categorías con sus respectivas variables. ([Anexo 5](#)).

Una vez analizadas ambas unidades procedimos a realizar una triangulación de métodos, no con la idea de sumar resultados disciplinares, sino como generador de un colectivo de la investigación, en forma de síntesis. Con la siguiente propuesta, pretendemos que resultados diversos sean iluminados por la contribución del otro.

RESULTADOS

ENCUESTAS DIRIGIDAS A RESIDENTES Y EX RESIDENTES MEDICINA GENERAL

Resultados cuantitativos

El número de respuestas recibidas ascendió a 89. Considerando nuestros criterios de exclusión, no fueron tomadas las respuestas realizadas por Residentes de 1er Año y Médicos Generalistas egresados hace más de cinco años. Por lo tanto, como evidencia la Tabla nro. 1, fueron excluidas 3 encuestas., quedando un N= 86 para el análisis de resultados.

Tabla 1: Distribución y frecuencia de encuestados según Formación. HNBS. General Rodríguez. 2017

n: 89	n	%
Residente 1er. Año	1	1
Residente 2do.Año	19	21
Residente 3er. Año	19	21
Residente 4to.Año	16	18
Médico Generalista hasta 5 años de recibido	32	36
Médico Generalista más de 5 años de recibido	2	3
Total general	89	100

Fuente: Elaboración propia RMG –HNBS

En referencia a la ubicación geográfica de los encuestados, recibimos respuestas en forma mayoritaria, de la Provincia de Buenos Aires, en segundo lugar, de CABA y finalmente, un 15% de otras provincias del país.

Las preguntas realizadas comienzan con tres secciones, que abordan los mismos temas en referencia al espacio de Formación Académica (FA), al Centro de Salud (CS) y a las Rotaciones Externas (RE). Sólo en este último espacio, se agrega una pregunta específica al mismo.

Cabe aclarar que los resultados obtenidos a partir de preguntas donde se utilizó la escala de Likert, se agruparon en respuestas negativas 1 y 2 de la escala (1 equivalente a “Nunca”), y las positivas 4 y 5 de la escala (5 equivalente a “Siempre”).

Referente a la pregunta “¿Qué instrumentos/técnicas se utilizan/utilizaban en este espacio para la evaluación? (Marque los tres más relevantes según su criterio)” no recibimos respuestas coincidentes con el propósito de la misma. Interpretamos esto como un error en la construcción de la pregunta, que daba lugar a interpretaciones ambiguas. Respecto a la pregunta de “instrumentos evaluativos” consideramos, debido a la limitación explicada anteriormente, sólo destacar, en valor absoluto, los más relevantes de acuerdo al área donde se menciona, aun sabiendo que el n es mayor al total de encuestados. Dicho resultado nos dice que en el área FA y CS, el instrumento más utilizado es el de exámenes de desarrollo/preguntas abiertas (n: 56-55 respectivamente), mientras que para el área RE es la

planilla mensual de desempeño la más usada (n: 34), según preponderancia. Cabe destacar que en esta área es donde encontramos el mayor número de respuestas “no se realizan evaluaciones en esta área”.

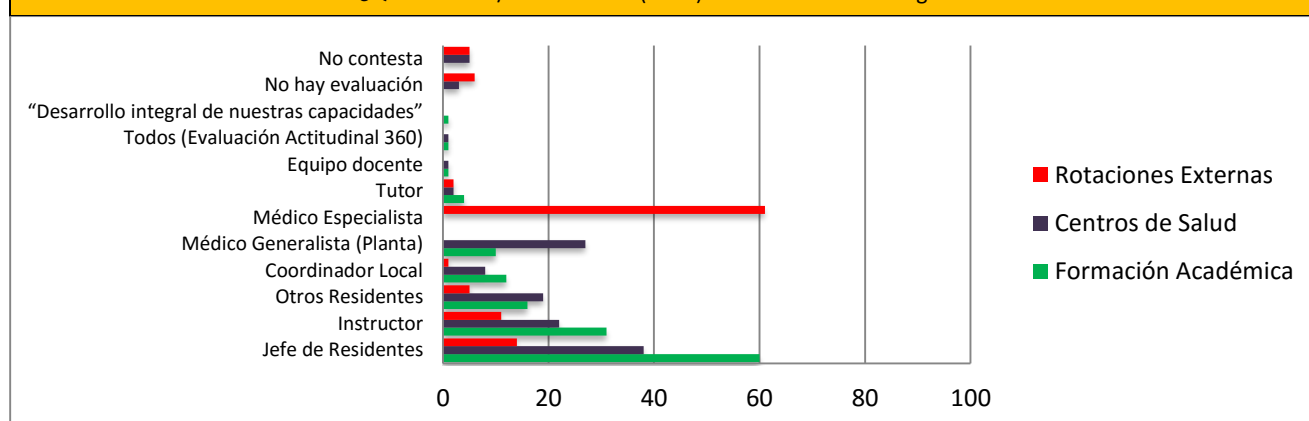
Respecto a la pregunta “Según instrumento evaluativo más relevante: ¿Quién evalúa/evaluaba?”, encontramos que en FA un 70% de los encuestados fue evaluado por el Jefe de Residentes., mientras que en RE interviene predominantemente el Médico Especialista no Generalista. (Tabla 2 y Gráfico 1). Cabe aclarar, que la opción de respuesta fue abierta por lo que, en algunos casos, se mencionó a más de una persona.

Tabla 2: Distribución y frecuencia del cargo del Evaluador según respuesta a la pregunta: “Según instrumento evaluativo más relevante: ¿Quién evalúa/evaluaba?” - (n: 86)- HNBS. General Rodríguez. 2017

	Espacio de Formación Académica		Centro de Salud		Rotaciones Externas	
	n	% de encuestados	n	% de encuestados	n	% de encuestados
Jefe de Residentes	60	70%	38	44%	14	16%
Instructor	31	36%	22	26%	11	13%
Otros Residentes	16	19%	19	22%	5	6%
Coordinador Local	12	14%	8	9%	1	1%
Médico Generalista (Planta)	10	12%	27	31%	0	0%
Médico Especialista	0	0%	0	0%	61	71%
Tutor	4	5%	2	2%	2	2%
Equipo docente	1	1%	1	1%	0	0%
Todos (Evaluación Actitudinal 360)	1	1%	1	1%	0	0%
“Desarrollo integral de nuestras capacidades”	1	1%	0	0%	0	0%
No hay evaluación	0	0%	3	3%	6	7%
No contesta	0	0%	5	6%	5	6%

Fuente: Elaboración propia RMG –HNBS

Gráfico 1: Distribución y frecuencia del cargo del Evaluador según respuesta a la pregunta: “Según instrumento evaluativo más relevante: ¿Quién evalúa/evaluaba?” - (n: 86)- HNBS. General Rodríguez. 2017



Fuente: Elaboración propia RMG –HNBS

En relación a la pregunta “Según el elemento evaluativo más relevante ¿Recibe/recibió devolución?”, se observa que en el espacio de FA un importante porcentaje (76%) manifiesta que ha recibido devoluciones, mientras que en el CS ese porcentaje es del 58% y en RE sólo 29%. (Gráficos 2,3,4).

Gráfico 2: Distribución y frecuencia de Recepción de Devoluciones de Evaluaciones en el espacio de Formación Académica (n:86) – HNBS General Rodríguez, 2017

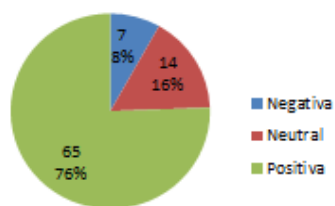


Gráfico 3: Distribución y frecuencia de Recepción de Devoluciones de Evaluaciones en el Centro de Salud (n:86) – HNBS General Rodríguez, 2017

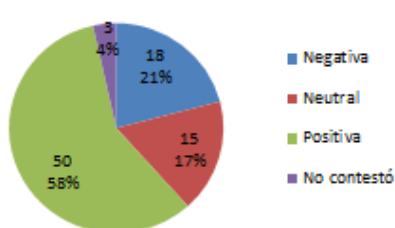
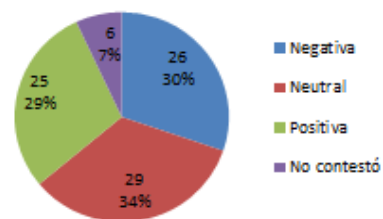


Gráfico 4: Distribución y frecuencia de Recepción de Devoluciones de Evaluaciones en Rotaciones Externas (n:86) – HNBS General Rodríguez, 2017



Fuente: Elaboración propia RMG –HNBS

Respecto a la pregunta “Según el instrumento evaluativo más relevante: La persona que evalúa/evaluaba ¿Recibió formación docente?” 48 % de los encuestados respondieron que la persona que les evaluó en FA no tuvo formación docente. En forma similar, en los CS el 43% no la tuvo, mientras que, en las RE, un 61% no lo sabe. Debe considerarse igualmente que los porcentajes de desconocimiento sobre el tema fueron importantes en los dos primeros espacios (27% y 35% respectivamente).

En cuanto a la pregunta referida a “Según el instrumento evaluativo más relevante: La persona que evalúa/evaluaba ¿Acompañó su proceso formativo?”, En FA, el mayor número (69,0%) opinó de forma positiva, porcentaje que desciende en CS y más aún en RE donde sólo el 32% percibió este acompañamiento (Gráficos 5,6,7).

Gráfico 5: Distribución y frecuencia respecto a percepción de Acompañamiento proceso formativo en el espacio de Formación Académica – (n: 86) – HNBS General Rodríguez, 2017

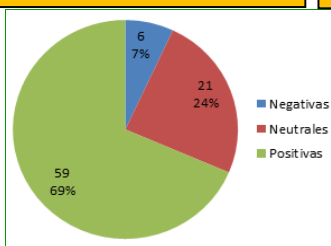


Gráfico 6: Distribución y frecuencia respecto a percepción de Acompañamiento proceso formativo en Centros de Salud – (n: 86) – HNBS General Rodríguez, 2017

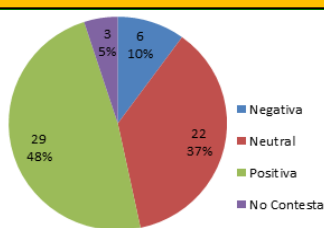
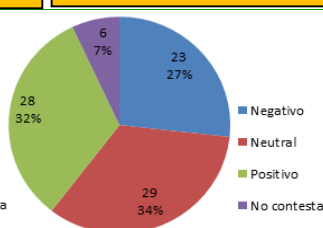


Gráfico 7: Distribución y frecuencia respecto a percepción de Acompañamiento proceso formativo en Rotaciones Externas – (n: 86) – HNBS General Rodríguez, 2017



En referencia a la pregunta “¿Cuál de los siguientes ítems es/fue evaluado con mayor preponderancia en este espacio? (Puede marcar más de una opción)” dado que se permitió contestar más de una opción, el total de respuestas excede al de los encuestados. Se objetiva que en FA la opción más elegida fue la de Contenido teórico con Objetivos de Generalista (94% de los encuestados), mientras que las Habilidades Relacionales preponderan en CS (83%). Finalmente, en RE se evalúan más frecuentemente, en forma similar, Prácticas y Procedimientos, Asistencia y Puntualidad y Contenidos con objetivo de Especialista no Generalista. (Tabla 3 y Gráfico 8)

La variable “Otros” mencionó varios ítems:

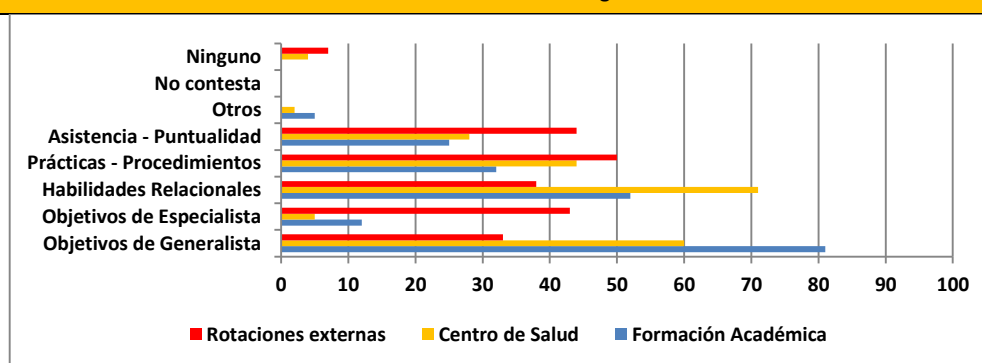
- Ejecución de clases, desempeño en la consulta, desempeño en el ámbito comunitario.
- Actitud hacia el aprendizaje
- Contenido orientado a la resolución de problemas puntuales en base a recursos disponibles
- Integración de teoría y práctica, desempeño con los pacientes.
- Docencia
- Generación de ideas y proyectos por parte del residente en la comunidad.

Tabla 3: Distribución y frecuencia sobre encuestados en referencia a los ítems evaluados con mayor preponderancia (n: 86): HNBS. General Rodríguez. 2017

	Espacio de Formación Académica		Centro de Salud		Rotaciones Externas	
	n	% de encuestados	n	% de encuestados	n	% de encuestados
Objetivos de Generalista	81	94%	60	70%	33	38%
Objetivos de Especialista	12	14%	5	6%	43	50%
Habilidades Relacionales	52	60%	71	83%	38	44%
Prácticas - Procedimientos	32	37%	44	51%	50	58%
Asistencia - Puntualidad	25	29%	28	33%	44	51%
Otros	5	6%	2	2%	0	0%
No contesta	0	0%	0	0%	0	0%
Ninguno	0	0%	4	5%	7	8%

Fuente: Elaboración propia RMG –HNBS

Gráfico 8: Distribución y frecuencia sobre encuestados en referencia a los ítems evaluados con mayor preponderancia - (n: 86)- HNBS. General Rodríguez. 2017

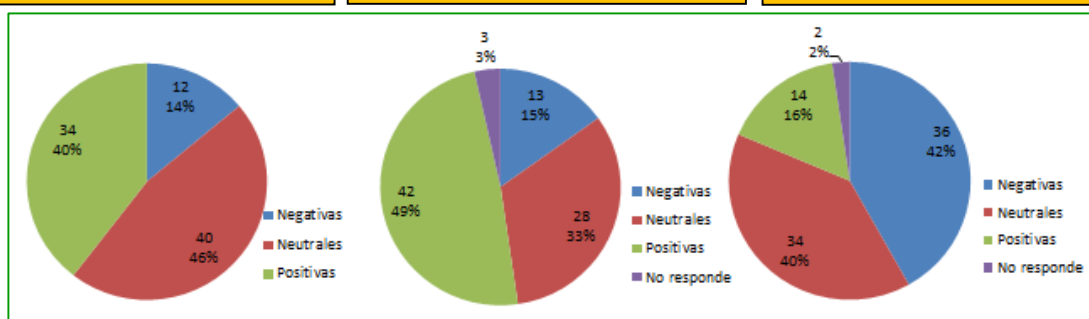


Respecto a la pregunta “¿Considera que los métodos de evaluación utilizados permitieron reflejar fielmente su aprendizaje?”, fue en el espacio del CS donde los encuestados percibieron en mayor porcentaje en forma positiva este tema (49%), mientras que en las RE sólo el 16% lo asociaron positivamente. Importantes porcentajes en los tres espacios consideraron el tema en forma neutral. (Gráficos 9,10,11).

Gráfico 9: Distribución y frecuencia respecto a percepción sobre las evaluaciones como reflejo del aprendizaje en el espacio de Formación Académica – (n: 86) – HNBS General Rodríguez, 2017

Gráfico 10: Distribución y frecuencia respecto a percepción sobre las evaluaciones como reflejo del aprendizaje en los Centros de Salud– (n: 86) – HNBS General Rodríguez, 2017

Gráfico 11: Distribución y frecuencia respecto a percepción sobre las evaluaciones como reflejo del aprendizaje en Rotaciones Externas– (n: 86) – HNBS General Rodríguez, 2017



Fuente: Elaboración propia RMG –HNBS

En relación a las evaluaciones durante las RE, cerca de la mitad (42 encuestados) manifiesta que se entregan siempre o casi siempre los objetivos de cada la rotación por escrito, mientras que el resto no lo hace o lo hace en forma irregular.

A continuación, se investiga sobre diversos temas generales del área educativa:

Instructor: Un 64% de los encuestados (55) refiere ser o haber sido integrante de una residencia con Instructor. De ellos, un 66% responde que el Instructor cumple un rol activo relacionado con el proceso evaluativo.

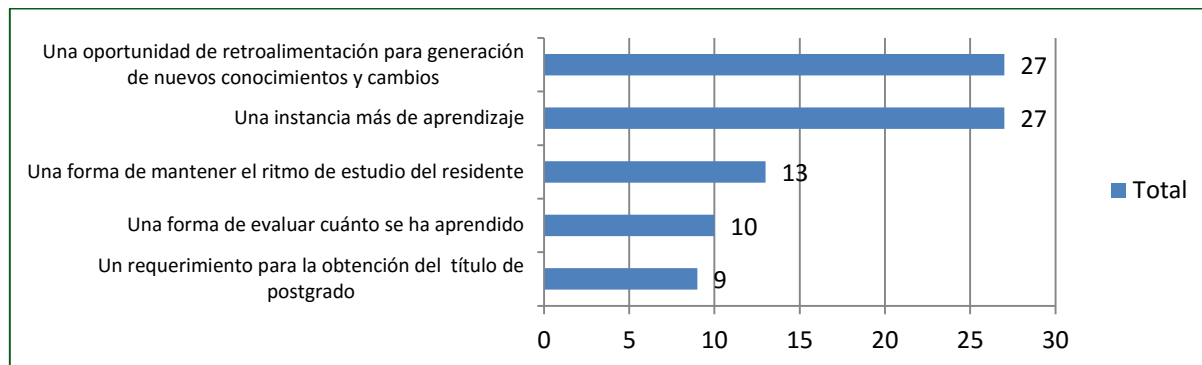
Jefes de Residentes: Un 94% de los encuestados refiere pertenecer o haber pertenecido a una residencia con Jefe de Residentes

Aprendizajes evaluados: Poco más de la mitad (55%) de los encuestados considera que existieron aprendizajes no evaluados, entre ellos los principalmente mencionados son las participaciones en Jornadas, Congresos y Trabajos de Investigación.

Función de las evaluaciones: Los encuestados consideraron que las evaluaciones tenían las funciones descritas en el siguiente gráfico (Gráfico 12). Se observa que las interpretaciones que las consideraban con una instancia más de aprendizaje y las que las

interpretaban como una oportunidad de retroalimentación para generación de nuevos conocimientos y cambios, fueron las opiniones que preponderaron.

Gráfico 12: Frecuencia respecto a consideración de la Función preponderante de las Evaluaciones – (n: 86) – HNBS General Rodríguez, 2017



A la pregunta de si las consideran un proceso continuo e integrado al aprendizaje, o como un suceso aislado del mismo, las respuestas fueron prácticamente equivalentes (45 y 41 encuestados respectivamente).

Apertura a nuevas propuestas: La mayoría (81 encuestados) perciben a su residencia como un espacio abierto a la recepción de propuestas y/o críticas. De ellos, 50 (62%) refieren que sus propuestas pudieron llevarse a cabo.

Usuarios del Centro de Salud: De los 86 encuestados, sólo 9 consideraron que se tiene en cuenta la opinión de los usuarios al momento de evaluar.

Importancia de la temática: Finalmente, 86% los encuestados consideran que la temática abordada por esta encuesta es de relevancia.

ENTREVISTAS DIRIGIDAS A PROFESIONALES VINCULADOS AL ROL DE EDUCADOR EN EL CONTEXTO DE LAS RESIDENCIAS DE MEDICINA GENERAL:

Resultados cualitativos:

Para el análisis del discurso, hicimos una lectura global de las respuestas. Es decir que no analizamos cada una de las respuestas por separado, sino que todas las respuestas de cada profesional conformaron una unidad (aun cuando fueran internamente incoherentes) para el análisis. De esta forma, utilizando las categorías descriptas en el apartado metodológico, estudiamos el discurso de cada uno de los/as entrevistados/as buscando las “unidades de significación” (Anexo 6).

Comentaremos a continuación los resultados obtenidos en las entrevistas a partir del análisis temático de las mismas.

Respecto a la categoría “Importancia de la EA”, se desprende de lo referido por las entrevistadas, que las evaluaciones no pueden dissociarse del proceso formativo lo que denota la relevancia en dichos procesos. (*“A la evaluación le doy mucha importancia. Pero no puede estar descontextualizada de la estructuración del aprendizaje”*).

Por otro lado, en la categoría “Finalidad de las EA”, las tres entrevistadas coinciden en que la finalidad de realizar evaluaciones en el contexto de la formación del residente es comprobar la adquisición de competencias y acompañar el aprendizaje (*“Para mí el propósito principal es el de acompañar el aprendizaje y lograr que la gente que se egresa con la residencia adquiera las competencias que dicen que tiene que adquirir, ese sería el propósito, es teórico, pero es un propósito”*).

Teniendo en cuenta la categoría “Función de las EA”, las tres personas consultadas concuerdan en otorgarle a las evaluaciones una función social, entendiendo por esto la posesión de saber y capacidad, y una garantía de competencia, pero siendo necesario tener en cuenta que nada asegura la veracidad de dicha garantía (*“Nos sometemos a la evaluación central de provincia que es el requisito que tienen que cumplir los residentes para pasar de año”*).

En lo que respecta a “Actores Involucrados”, dos de las disertantes coinciden en que la determinación de la finalidad y la función de las EA están establecidas por instituciones gubernamentales (*“El responsable burocrático administrativo es el que debe garantizar, es el que hace la rectoría de estos procesos y tiene la responsabilidad de hacer la rectoría de que estos procesos ocurran”*).

Considerando la “Receptividad de la crítica del Residente de Medicina General”, una de las entrevistadas que se encuentra involucrada en el ámbito de gestión de las residencias de MG y sus procesos evaluativos, afirma que no son tomadas en cuenta las críticas a las EA por parte de residentes de manera directa (*“En el caso de la modificación de este examen y esta forma, y es un trabajo que estamos haciendo con los instructores, no directamente con los residentes porque no tenemos la oportunidad de juntarnos con todos, pero a través de los instructores, con los residentes”*). En cambio, la entrevistada que comparte a diario las actividades con residentes en el centro de salud, manifiesta que desde su trabajo cotidiano si las tiene en cuenta.

De acuerdo con la “Visión de la EA como Foto/Proceso”, las tres entrevistadas coinciden en que actualmente, se desarrolla la evaluación como un suceso aislado,

manifestando su disconformidad. En contra posición, afirman que la Evaluación debiera ser un proceso permanente, continuo e integral (*“Dos problemas: una es que la evaluación se está tomando generalmente, en las residencias, como un hecho aislado, como un momento aislado. Como un momento aislado de lo que es la gestión de la residencia. Y eso no es una evaluación. Uno evalúa algo que hace, no algo que no hace”*).

Con respecto a la categoría “Formación Docente”, una de las referentes expresa la importancia de la formación docente en quienes evalúan, para una mejor utilización de las herramientas evaluativas por competencias (*“Hay un montón de cosas en el proceso de evaluación que a veces se nos escapan que generan mucho lío, eso sí yo vi en vivo que cuando hay herramientas de evaluación por competencias que no se saben aplicar, el producto de eso puede ser muy complicado para el grupo, sobre todo arma quilombo adentro de los grupos”*).

Teniendo en cuenta la “Adecuación en Rotaciones Externas”, las personas entrevistadas manifiestan la importancia de que el referente de rotación conozca los objetivos y programa de aprendizaje del residente de MG, debido a que, por poseer una especialidad diferente, evaluarían de acuerdo a su propio programa (*“Entonces te va a tener que evaluar acerca de eso, tiene que tener una referencia para la evaluación, qué va a valorar de eso, tiene que conocer tu programa de aprendizaje”*).

Considerando la categoría “Usuarios involucrados en EA” las personas consultadas coinciden en que formalmente no se tiene en cuenta la opinión de los/as usuarios/as. Sin embargo, consideran que sería oportuno tenerlo en cuenta siempre y cuando se haga bien.

En cuanto a la siguiente categoría, “Interdisciplina involucrada en la EA”, las tres coinciden en que no se tiene en cuenta.

Por ultimo respecto a la categoría: “Proceso Superador”, coinciden en un proceso evaluativo tutorado, permanente y continuo, trabajando juntos cuerpo a cuerpo. Se menciona la importancia de comprometer médicos/as experimentados/as, con un rol activo. Una de las entrevistadas que interviene en un nivel institucional jerárquico manifiesta la importancia de feed-back de los/las residentes y médicos/as hacia la gestión (*“Voy a evaluar tus habilidades, tus conocimientos, tu actitud. Una competencia tiene esos tres componentes. Conocimiento, actitud y habilidad”*; *“Yo voto porque los generalistas formen los generalistas, que los generalistas acompañen a los generalistas en su formación y que sean responsables de su evaluación”*; *“Una evaluación bien hecha involucra tres dimensiones. La evaluación de los*

docentes hacia los residentes, la evaluación de los residentes hacia los docentes y la evaluación de todos hacia el sistema. Hacia la gestión del sistema”).

A la hora de analizar los resultados anteriores, nos encontramos con algunas frases que se repetían reiteradas veces en las entrevistas y tuvimos la necesidad de generar cuatro categorías empíricas en base a dicha situación (Anexo7).

Una de ellas fue, “Aspectos relevantes en la EA”, en relación a las cuestiones de importancia al momento de evaluar a un residente de medicina general, y entre lo mencionado se destacó que, dentro de las competencias del residente de medicina general es relevante tener una visión social, haciendo hincapié en la protección de derechos, el acceso a la salud y la capacidad de armado de redes de salud (*“Que haya adquirido las competencias que a nuestro juicio debería tener un generalista. Que tenga la capacidad de respetar los derechos de la persona, de comunicarse, la libertad de respetar la diversidad y la cultura, los saberes, de trabajar con otros, otras disciplinas, otros actores, de sumarse a espacios de participación, de tener el conocimiento para obtener la resolutiveidad o de no obtener la resolutiveidad en el primer nivel poder tener las herramientas para articular con otros actores necesarios. En resumen, poder de comunicación, de trabajar con otros y de resolutiveidad”).*

Otra fue la de “Crítica a la EA”, mencionando en ella aspectos críticos a las EA, en la cual todas critican a la evaluación sumativa, ya que el contenido que se evalúa desde esta mirada, no es suficiente para evaluar competencias; frente a lo que destacamos que en la mayoría de nuestras instancias de aprendizaje tuvimos evaluaciones sumativas (*“Hay una evaluación que se llama sumativa, y hay una evaluación que se llama formativa. Tienen ejes absolutamente distintos. La evaluación sumativa, es la evaluación tradicional, a la que estamos acostumbrados en la facultad, escuela. En donde vos lees hipertensión, y alguien te toma sobre la hipertensión, los contenidos. Y de alguna manera el docente asume que vos ante un hipertenso sabes qué hacer. Cosa que no es real. O sea, el contenido no es suficiente para adquirir competencias. La evaluación sumativa para mí no existe, o sea, no sirve, y la hemos atravesado a lo largo de todas nuestras instancias educativas, en la escuela, en la secundaria, en la facultad absolutamente...y en la residencia, lo que se plantea desde el nivel central, es eso también”).*

La tercera categoría empírica fue: “Identidad/Perfil del MG involucrado en la EA”, haciendo referencia a si dicho aspecto es tenido en cuenta a la hora de la evaluación, lo cual según nuestro marco teórico es una condición necesaria para las instancias evaluativas (*“Cada*

uno, en medicina general, viste, pareciera que hacemos arte. Y hacemos arte, en un punto, porque uno tiene que adecuar sus decisiones, al contexto, y creo que, es la especialidad que más trabaja con la determinación social de la salud”).

En última instancia, se destaca entre las entrevistadas la necesidad de no disociar los procesos evaluativos del aprendizaje, por lo que obtuvimos la categoría “Procesos de aprendizaje”, de donde se destacan las siguientes frases: *“Aprendizaje, es un proceso de las personas. Vos aprendes. Yo no te enseño. Lo que hace el docente es generar el contexto para que vos puedas aprender y apuntalar ese proceso. Sobre todo, en una residencia donde no te estoy enseñando a escribir. Te estoy enseñando otras cosas. Estoy acompañando el aprendizaje tuyo en otras cuestiones que tienen que ver con un ejercicio profesional. Entonces es vincular el aprendizaje, siempre es vincular”; “Los espacios de aprendizaje son espacios significativos. El solo espacio donde vos te formas, ya es un espacio de aprendizaje, vos estás en un lugar donde nadie da bola, donde nadie se compromete, nadie habla, nadie se vincula, bueno vos te formas así, vos sos eso. No importa que después discutas y reflexiones. El ambiente se transforma en un espacio significativo de aprendizaje y eso te modela, no sólo en las clases te modelan”; “La mejor forma para mi es la praxis, sentarme a leer de la temática a partir de la problemática”.*

Se desprende, triangulando ambas herramientas que:

En el área FA, evidenciamos a partir de los resultados de la encuesta que, la Ciudad de Buenos Aires, fue la única jurisdicción que manifestó de forma uniforme, haber recibido devoluciones de las evaluaciones y en casi su totalidad, haber sido acompañados/as a lo largo de su proceso formativo. Además, dichos encuestados/as, consideraron que las evaluaciones que tuvieron fueron reflejo de su aprendizaje.

Se desprende en cuanto al área RE que, a pesar de presentar el instrumento de evaluación más integral y uniforme en cuanto a competencias, es el que menos refleja el aprendizaje acorde a las respuestas de los encuestados.

Un aspecto relevante en cuanto al área CS es que del total de encuestados/as que fueron evaluados/as por profesionales con formación docente, también afirmaron que sus evaluaciones reflejaron fielmente su aprendizaje. Respecto a los/as que fueron evaluados/as por médicos/as sin formación docente, más del 50% manifestó no haber recibido devolución. De la categoría “Formación docente” abordada en las 2 herramientas, destacamos que

coinciden en la importancia de que los/as formadores tengan formación docente, para favorecer al aprendizaje.

En cuanto a la pregunta “Quien te evalúa/evaluaba”, encontramos que en el área FA y CS es el/la jefe/a de residentes quien lleva el mayor porcentaje. Por otro lado, en el área RE es el/la médico/a especialista el/la encargado/a de dicha función, que además priorizó la evaluación *“contenidos teóricos con objetivos de especialista”*.

Con respecto al párrafo anterior nos parece importante destacar que, teniendo en cuenta que las entrevistadas concuerdan en la importancia de la formación docente de los/as evaluadores/as, no hay coincidencia con respecto al resultado que se desprende de las encuestas, donde es el/la jefe/a de residentes la persona encargada de la evaluación, y a su vez, quien tiene menos formación didáctica.

En relación a la categoría “Adecuación en RE”, destacamos que la mitad de los/as encuestados/as dice no presentar objetivos al comienzo de las RE. Esto, contrasta con lo expuesto por las consultadas, quienes refieren la importancia de presentar objetivos definidos de acuerdo al perfil del MG.

Respecto a la “Receptividad de la crítica de los/as residentes”, los/as encuestados/as coinciden en que son tenidos en cuenta, mientras que las entrevistadas dicen que esto no ocurre de manera directa.

Con respecto a si la “EA es un suceso o proceso” no hay datos significativos en los/as encuestados/as mientras que las entrevistadas consideran que actualmente se desarrolla como suceso. Pero, coinciden en que debería realizarse como proceso.

Por último, en cuanto al “Rol de otras disciplinas y los/as usuarios/as del centro de salud en la EA”, las entrevistadas coinciden que sería conveniente pero que no se lleva a cabo a la actualidad.

DISCUSIÓN

LIMITACIONES

En cuanto al marco teórico, podemos mencionar que mucha de la información utilizada corresponde al conjunto de residencias sin hacer diferenciación con respecto a la Residencia de Medicina General.

También encontramos que la estrategia para realizar la encuesta generó una muestra no probabilística e intencional. Presentó el sesgo de accesibilidad, ya que solamente pudieron contestar dicho instrumento quienes tuvieran acceso a internet.

Encontramos en el instrumento “encuesta”, que la pregunta referida a los instrumentos evaluativos arrojó datos discordantes con el objetivo con el cual fue propuesta. Por esta razón se la desestimó a la hora de interpretar los resultados.

Algunas preguntas daban como posibilidad múltiples respuestas, por lo cual al analizar e interpretar los datos obtuvimos un N diferente al de encuestas realizadas. Relacionado también con el N de la muestra, entendemos que el hecho de haber realizado la encuesta de manera individual y no a cada residencia de manera colectiva, los resultados pudieron haber potenciado los datos de manera significativa.

Tanto la falta de conocimiento en la temática, como de apoyo pedagógico, limitó el abordaje integral del proceso de evaluación del aprendizaje, entendiendo que la formación pedagógica es fundamental para la formación profesional.

CONCLUSIONES

EL presente trabajo nos lleva a reflexionar y a conocer sobre la situación actual de los procesos evaluativos de los/as residentes de medicina general.

Se pudo identificar con respecto a los actores implicados en la evaluación, que quienes tienen formación docente, generan una mejora en el aprendizaje del/la residente. No obstante, se identificó que el actor que prevalece es el/la jefe/a de residentes, principalmente en la FA y el CS, quien no tiene una formación docente y su experiencia como referente educador para con los/as residentes es mínima. Así mismo, en el espacio de las RE se identificó que el/la evaluador/a que prevalece es el especialista no generalista. A esto, se suma que la mayoría de los/as residentes afirmaron que al concurrir a las RE no presentan los objetivos por escrito. Además, se reveló que el instrumento de evaluación utilizado en esa instancia, considerado el más integral y uniforme en cuanto a las competencias, es el que menos refleja el aprendizaje de los resultados. Por parte de los/as encuestados/as se halló que el CS consta con agentes responsables de los procesos evaluativos que no poseen una formación pedagógica adecuada dificultando el acompañamiento de los/as residentes.

Por otro lado, se observó que el CS consta con actores de otras disciplinas que si bien forman parte de nuestro trabajo diario no forman parte de nuestro proceso evaluativo, al igual

que los/as usuarios/as del mismo. Consideramos que sería importante modificar esta situación, incorporando a dichos actores a nuestra EA en concordancia con el perfil del MG.

Esto nos lleva a preguntarnos quiénes garantizan o debieran garantizar el verdadero proceso evaluativo del/la residente.

Se encontró una marcada contradicción entre la realidad y lo ideal, con respecto a los procesos evaluativos. Las personas encuestadas en conjunto con las entrevistadas coinciden en que la evaluación actual es de tipo Sumativa. Estas últimas, proponen un modelo evaluativo superador de tipo Formativo, profundizando en la evaluación por competencias (conocimientos, actitudes y habilidades), a través de tutorías personales y colectivas, como instrumento.

Concluimos que nos resultó muy dificultoso avocarnos exclusivamente a los procesos evaluativos, por lo que creemos fuertemente que los procesos formativos no pueden estar disociados de los mismos.

Para finalizar, consideramos de vital importancia incorporar a los/as residentes en la toma de decisiones respecto a los procesos evaluativos. No obstante, nos parece necesario realizar un trabajo personal y colectivo con el objeto de visibilizar estas problemáticas para no considerar al/la residente como mero receptor/a de directivas sino como sujeto crítico y reflexivo capaz de ser partícipe del cambio.

Sabemos que para generar cambios estructurales es necesario comenzar desde el interior de cada residencia.

Creemos fehacientemente que el cambio comienza desde el microambiente, siendo el/la residente *“el proceso mismo o parte del proceso”* para generar transformaciones a gran escala.

PROPUESTAS

Incluir a profesionales con rol de evaluadores en trabajos futuros para ampliar el conocimiento sobre evaluación del aprendizaje.

Ampliar el conocimiento vinculado a los procesos evaluativos desde una perspectiva del aprendizaje como proceso y trabajar bajo este concepto acciones futuras.

Incorporar a la formación de los/las residentes de Medicina General, temáticas relacionadas con formación pedagógica para poder ejercer el rol de educadores-educandos de una manera más provechosa para sí y para el colectivo.

BIBLIOGRAFIA

- Academia Europea de Profesores de Medicina General. (2005). La definición europea de Medicina General /Medicina de Familia. Red dentro de WONCA Europe.
- Ahumada Acevedo, P. (2001). *La Evaluación en una Concepción de Aprendizaje Significativo*. Santiago de Chile: Ediciones Universitarias de Valparaíso de la Universidad Católica de Valparaíso.
- Borrell Bentz, M. R. (2005). *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Organización Panamericana de la Salud.
- Davini, C., Rodriguez, G., & Colaboradores. (2015). Guía para el desarrollo de la Evaluación del desempeño en las Residencias del Equipo de Salud. *Guía*. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del Oprimido*. Montevideo: Tierra Nueva. Recuperado el 14 de Junio de 2017, de <http://www.ensayistas.org/critica/liberacion/varios/freire.pdf>
- González Perez, M. (2001). La evaluación del aprendizaje: tendencias y reflexión crítica. *Revista Cubana Educación Med Super*, 15(1)85-96.
- RMG Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer. (2011). ¿Qué opinan nuestros colegas de nosotros, los generalistas? General Rodriguez.
- Rodriguez, P. (2011). La Evaluación en los sistemas de residencia en salud. Hacia la construcción de criterios comunes. Buenos Aires.
- Scriven, M. (1966). *The Methodology of Evaluation*. Lafayette, Ind. : Purdue University, [1966].
- Souza Minayo, M. (2009). *La artesanía de la investigacion cualitativa*. Lugar.
- Stufflebeam, D. y. (1985). *El Método evaluativo de Scriven orientado hacia el consumidor. Evaluación Sistemática. Guía Teórica y práctica . Colección Temas de Educación. Barcelona: Paidós (Compilación con fines instruccionales)*. Obtenido de <http://postgrado.una.edu.ve/evaluacionaprendizajes/paginas/stufflebeamcap10.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

Competencias centrales del Médico de Familia

Las once características de la disciplina están relacionadas con once capacidades que todo médico especialista en medicina de familia debería dominar. A causa de su interrelación, se las agrupa en seis categorías independientes de competencias centrales:

- **Gestión de la Atención Primaria:** Incluye la habilidad de: gestionar el contacto inicial con los pacientes, ocupándose de problemas no seleccionados; cubrir todo el abanico de estados de salud; coordinar la atención con otros profesionales de la atención primaria y con otros especialistas; dominar efectiva y apropiadamente la asistencia médica y la utilización del servicio sanitario; poner a disposición del paciente los servicios apropiados dentro del sistema de atención sanitaria; actuar como defensor del paciente.
- **Atención centrada en la persona:** Incluye la habilidad de: adoptar un enfoque centrado en la persona al ocuparse de pacientes y problemas en el contexto de las circunstancias del paciente; desarrollar y aplicar la consulta de la medicina generalista, a fin de provocar una relación doctor-paciente efectiva, con respeto por la autonomía del paciente; comunicar, establecer prioridades y actuar en colaboración; proporcionar la continuidad longitudinal de la atención, según lo determinado por las necesidades del paciente y remitiéndose a una gestión permanente y coordinada de la atención médica.
- **Capacidades específicas para la solución de problemas:** Incluyen la habilidad de: relacionar los procesos específicos de toma de decisiones con el predominio y la incidencia de la enfermedad en la comunidad; reunir selectivamente e interpretar información de los exámenes físicos que constan en los historiales médicos y en las investigaciones y aplicarlos a un plan de gestión apropiado, en colaboración con el paciente; adoptar principios de trabajo apropiados (por ejemplo, la investigación acumulativa, utilizando el tiempo como herramienta, y tolerar la incertidumbre); intervenir con urgencia cuando sea necesario; gestionar condiciones que se pueden presentar de forma temprana y no clara; hacer un uso efectivo y eficiente de los diagnósticos y las intervenciones terapéuticas.
- **Enfoque integral:** Incluye la habilidad de: gestionar simultáneamente múltiples problemas y patologías, y problemas de salud del individuo tanto agudos como crónicos; promover la salud y el bienestar aplicando apropiadamente estrategias de fomento de la salud y de prevención de enfermedades; gestionar y coordinar la promoción de la salud, la prevención, las curas, la atención y los cuidados paliativos, y la rehabilitación.
- **Orientación comunitaria:** Incluye la habilidad de: reconciliar las necesidades sanitarias de los pacientes individuales y las necesidades sanitarias de la comunidad en la que viven, en equilibrio con los recursos disponibles.
- **Enfoque global:** Incluye la habilidad de: utilizar un modelo bio-psico-social teniendo en cuenta las dimensiones cultural y existencial.

Aplicación de Competencias:

En la aplicación de competencias a la enseñanza, el aprendizaje y el ejercicio de la medicina de familia hay que considerar tres características adicionales esenciales: contextuales, de actitud y científicas.

Aspectos contextuales:

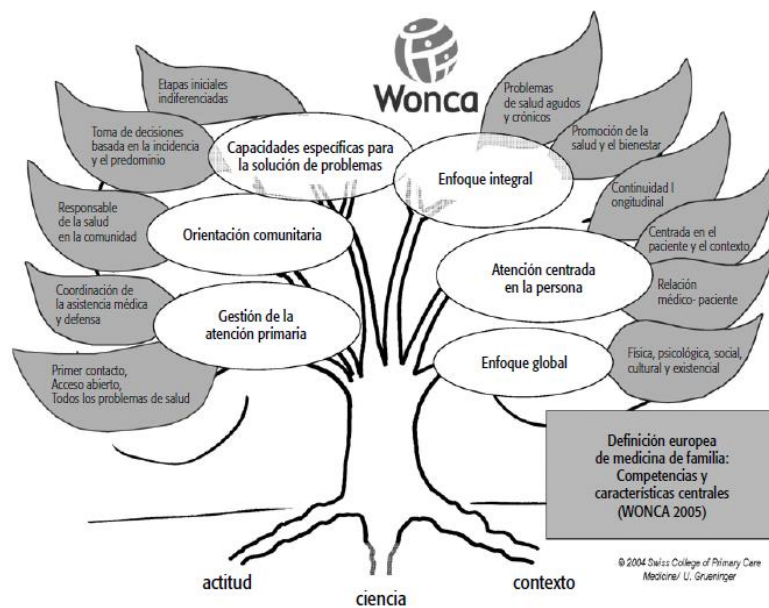
- Entender el contexto de los médicos mismos y el entorno en el que trabajan, incluidas sus condiciones de trabajo, su comunidad, su cultura, y sus marcos financieros y normativos.
- Comprender el impacto de la comunidad local, incluidos factores socioeconómicos, geografía y cultura, en el lugar de trabajo y en la atención a los pacientes;
- Ser consciente del impacto de toda la carga de trabajo en la atención prestada al paciente individual y de la disponibilidad de servicios (p. e., personal, equipos) para prestar dicha atención;
- Comprender los marcos financiero y jurídico en los que se presta la atención sanitaria al nivel de la consulta;
- Comprender el impacto de los entornos personales doméstico y laboral del médico en la atención que proporciona.

Aspectos de actitud:

- Basados en las capacidades profesionales, valores, sentimientos y ética del médico-
- Ser consciente de las propias capacidades y valores, identificando los aspectos éticos de la práctica clínica (prevención / diagnóstico / terapia / factores que influyen en los estilos de vida);
- Ser consciente de uno mismo; comprender que las propias actitudes y sentimientos son determinantes importantes de cómo se ejerce;
- Justificar y clarificar la ética personal;
- Ser consciente de la interacción mutua de vida laboral y privada, y esforzarse por establecer un buen equilibrio entre ambas.

Aspectos científicos:

- Adoptar en la práctica médica un enfoque crítico y basado en la investigación, y mantenerlo a través del aprendizaje permanente y la mejora de la calidad.
- Estar familiarizado con los principios generales, métodos, conceptos de la investigación científica, y con los aspectos estadísticos fundamentales (incidencia, predominio, valor estimado, etc.);
- Tener un conocimiento en profundidad de fundamentos científicos de patología, síntomas y diagnósticos, terapia y prognosis, epidemiología, teorías de la decisión, teorías de la formulación de hipótesis y solución de problemas, atención sanitaria preventiva;
- Ser capaz de acceder a literatura médica y de leerla y juzgarla críticamente;
- Desarrollar y mantener el aprendizaje permanente y la mejora de la calidad.
- La interrelación de competencias centrales y aplicación de características esenciales caracteriza la disciplina y pone de relieve la complejidad de la especialidad. Esta compleja interrelación debería guiar el desarrollo (y verse reflejada en él) de las agendas relacionadas de la enseñanza, la investigación y la mejora de la calidad.



ANEXO 2

Encuesta sobre evaluaciones sobre residencias en medicina general.

30/8/2017

Encuesta sobre Evaluaciones en las residencias de Medicina General

Encuesta sobre Evaluaciones en las residencias de Medicina General

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La presente es una encuesta anónima.

Su participación es totalmente voluntaria, pudiendo aceptar o rechazar el presente documento.

El uso de datos para fines científicos no le significará ningún tipo de retribución económica.

Los datos obtenidos serán analizados estadísticamente y podrán ser presentados en reuniones y publicaciones científicas respetando el anonimato de los participantes.

Si tiene alguna consulta, puede acercarse al Área Programática del Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer o comunicarse con: residencia.sommer@gmail.com

*Obligatorio

1. Acepto los términos del Consentimiento Informado *

Marca solo un óvalo.

☐ SI

☐ NO

2. Formación *

Marca solo un óvalo.

☐ Residente 1er. Año Medicina General

☐ Residente 2do. Año Medicina General

☐ Residente 3er. Año Medicina General

☐ Residente 4to. Año Medicina General

☐ Médico Generalista hasta 5 años de recibido

☐ Médico Generalista más de 5 años de recibido

<https://docs.google.com/forms/d/1gWOkvzjO4T0GjSfufw2HfipGy-dzfCAyWHPFHGG8ymE/edit>

1/9

3. Ubicación Residencia **Marca solo un óvalo.*

- ☐ CABA
- ☐ BUENOS AIRES
- ☐ CATAMARCA
- ☐ CHACO
- ☐ CHUBUT
- ☐ CÓRDOBA
- ☐ CORRIENTES
- ☐ ENTRE RÍOS
- ☐ FORMOSA
- ☐ JUJUY
- ☐ LA PAMPA
- ☐ LA RIOJA
- ☐ MENDOZA
- ☐ MISIONES
- ☐ NEUQUÉN
- ☐ RIO NEGRO
- ☐ SALTA
- ☐ SAN JUAN
- ☐ SAN LUIS
- ☐ SANTA CRUZ
- ☐ SANTA FE
- ☐ SANTIAGO DEL ESTERO
- ☐ TIERRA DEL FUEGO
- ☐ TUCUMÁN

Las siguientes tres Secciones presentan la misma estructura de preguntas, relacionadas cada una de ellas con los diferentes espacios de aprendizaje que atraviesa el residente de Medicina General en el transcurso de su formación.

*Pasa a la pregunta 4.***Formación académica**

Contenidos académicos dictados dentro de la Residencia

4. ¿Qué instrumentos/técnicas se utilizan/utilizaban en este espacio para la evaluación? (Marque los tres más relevantes según su criterio)

Selecciona todos los que correspondan.

	Instrumento/técnica más relevante	Segundo en relevancia	Tercero en relevancia
Exámenes de desarrollo/preguntas abiertas	☐	☐	☐
Exámenes de selección múltiple	☐	☐	☐
Examen oral	☐	☐	☐
Preparación de clases	☐	☐	☐
Simulación (Ej. SOAP, ABP, Role Playing, ECOE)	☐	☐	☐
Ejecución de prácticas/procedimientos	☐	☐	☐
Evaluación en consulta con paciente	☐	☐	☐
Ateneos	☐	☐	☐
Planilla mensual de desempeño	☐	☐	☐
Otros	☐	☐	☐
No se realizan/realizaban evaluaciones en esta Área	☐	☐	☐

5. Según el instrumento evaluativo más relevante: ¿Quién evalúa/evaluaba?

6. Según el instrumento evaluativo más relevante: ¿Recibe/recibió devolución ?

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	Siempre

7. Según el instrumento evaluativo más relevante: La persona que evalúa/evaluaba ¿Recibió formación docente ?

Marca solo un óvalo.

- ☐ SI
☐ NO
☐ NO SÉ

8. Según el instrumento evaluativo más relevante: La persona que evalúa/evaluaba ¿Acompañó su proceso formativo?

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

9. ¿Cuál de los siguientes ítems es/fue evaluado con mayor preponderancia en este espacio? (Puede marcar más de una opción) *

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Contenido teórico con objetivos de Generalista
- ☐ Contenido teórico con objetivos de Especialista
- ☐ Asistencia-Puntualidad
- ☐ Habilidades relacionales (Pacientes, grupo familiar, equipo de salud)
- ☐ Prácticas, Procedimientos
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro: _____

10. ¿Considera que los métodos de evaluación utilizados permitieron reflejar fielmente su aprendizaje?

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

Pasa a la pregunta 11.

Centro de salud

Gestión, participación comunitaria, actividades asistenciales, procedimientos, prácticas, etc.

11. ¿Qué instrumentos/técnicas se utilizan/utilizaban en este espacio para la evaluación? (Marque los tres más relevantes según su criterio)

Selecciona todos los que correspondan.

	Instrumento/técnica más relevante	Segundo en Relevancia	Tercero en Relevancia
Exámenes de desarrollo/preguntas abiertas	☐	☐	☐
Exámenes de selección múltiple	☐	☐	☐
Examen oral	☐	☐	☐
Preparación de clases	☐	☐	☐
Simulación (Ej. SOAP, ABP, Role Playing, ECOE)	☐	☐	☐
Ejecución de prácticas/procedimientos	☐	☐	☐
Evaluación en consulta con paciente	☐	☐	☐
Ateneos	☐	☐	☐
Planilla mensual de desempeño	☐	☐	☐
Otros	☐	☐	☐
No se realizan/realizaban evaluaciones en esta Área	☐	☐	☐

<https://docs.google.com/forms/d/1gWOkvzJO4T0GjSfufw2HfipGy-dzfCAyWHPFHGG8ymE/edit>

12. Según el instrumento evaluativo más relevante: ¿Quién evalúa/evaluaba?

13. Según el instrumento evaluativo más relevante: ¿Recibe/recibía devolución ?*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	Siempre

14. Según el instrumento evaluativo más relevante: La persona que evalúa/evaluaba ¿Recibió formación docente ?*Marca solo un óvalo.*

- ☐ SI
☐ NO
☐ NO SÉ

15. Según el instrumento evaluativo más relevante: La persona que evalúa/evaluaba ¿Acompañó su proceso formativo?*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

16. ¿Cuál de los siguientes ítems es/fue evaluado con mayor preponderancia en este espacio? (Puede marcar más de una opción) **Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ Contenido teórico con objetivos de generalista
☐ Contenido teórico con objetivos de especialista
☐ Asistencia- puntualidad
☐ Habilidades relacionales (Pacientes, grupo familiar, equipo de salud)
☐ Prácticas/ procedimientos
☐ Ninguno
☐ Otro: _____

17. ¿Considera que los métodos de evaluación utilizados permitieron reflejar fielmente su aprendizaje?*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

Pasa a la pregunta 18.

Rotaciones externas

Rotaciones por otras especialidades, rotaciones libres, etc

18. ¿Qué instrumentos/técnicas se utilizan/utilizaban durante sus rotaciones externas para la evaluación? (Marque los tres más relevantes según su criterio)

Selecciona todos los que correspondan.

	Instrumento/técnica más relevante	Segundo en relevancia	Tercero en relevancia
Exámenes de desarrollo/preguntas abiertas	☐	☐	☐
Exámenes de selección múltiple	☐	☐	☐
Examen oral	☐	☐	☐
Preparación de clases	☐	☐	☐
Simulación (Ej. SOAP, ABP, Role Playing, ECOE, etc)	☐	☐	☐
Ejecución de prácticas/procedimientos	☐	☐	☐
Evaluación en consulta con paciente	☐	☐	☐
Ateneos	☐	☐	☐
Planilla mensual de desempeño	☐	☐	☐
Otros	☐	☐	☐
No se realizan/realizaban evaluaciones en esta Área	☐	☐	☐

19. Según el instrumento evaluativo más relevante: ¿Quién evalúa/evaluaba?

20. Según el instrumento evaluativo más relevante: ¿Recibió/recibía devolución ?

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	Siempre

21. Según el instrumento evaluativo más relevante: La persona que evalúa/evaluaba ¿Recibió formación docente ?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No
☐ NO SÉ

22. Según el instrumento evaluativo más relevante: La persona que evalúa/evaluaba ¿Compartió su proceso formativo?*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

23. ¿Cuál de los siguientes ítems es/fue evaluado con mayor preponderancia en este espacio? (Puede marcar más de una opción **Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ Contenido teórico con objetivos de generalista
- ☐ Contenido teórico con objetivos de especialista
- ☐ Asistencia- puntualidad
- ☐ Habilidades relacionales (Pacientes, grupo familiar, equipo de salud)
- ☐ Prácticas/ procedimientos
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro: _____

24. Cuando Ud. comienza/comenzaba una rotación, ¿Se presentan/presentaban a los responsables de las diferentes rotaciones, los objetivos acorde a su especialidad por escrito? **Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	Siempre

25. ¿Considera que los métodos de evaluación utilizados permitieron reflejar fielmente su aprendizaje?*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

*Pasa a la pregunta 26.***Area educativa****26. ¿Tiene su residencia la figura de "Instructor"? ****Marca solo un óvalo.*

- ☐ SI
- ☐ NO

27. En caso de respuesta afirmativa, ¿Este cumple un rol activo relacionado con el proceso evaluativo?*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

28. ¿Tiene/tenía en su residencia Jefe/s de residentes? **Marca solo un óvalo.*

- ☐ SI
☐ NO

29. ¿Considera que tuvo aprendizajes que quedaron fuera de las evaluaciones registradas y que deberían tenerse en cuenta? (Ejemplo: participación en jornadas, congresos, actividades de investigación, etc). **Marca solo un óvalo.*

- ☐ SI
☐ NO

30. Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta anterior ¿Cuáles?**31. Desde su experiencia en la residencia, ¿Cuál es/fue la función preponderante que cumplen/cumplieron las evaluaciones?:(Marque sólo una respuesta) ****Marca solo un óvalo.*

- ☐ Una instancia más de aprendizaje
☐ Una forma de evaluar cuánto se ha aprendido
☐ Una forma de mantener el ritmo de estudio del residente
☐ Un requerimiento para la obtención del título de postgrado
☐ Una oportunidad de retroalimentación para generación de nuevos conocimientos y cambios
☐ Otro: _____

32. Desde su experiencia en la residencia ¿Las evaluaciones son/fueron?: **Marca solo un óvalo.*

- ☐ Procesos integrados y continuos al aprendizaje
☐ Sucesos aislados (fotografía) del aprendizaje

33. ¿Su residencia está abierta a recibir nuevas propuestas y/o críticas constructivas por parte de los residentes? **Marca solo un óvalo.*

- ☐ SI
☐ NO

30/8/2017

Encuesta sobre Evaluaciones en las residencias de Medicina General

34. Si su respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa ¿Se pudieron llevar a cabo?

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	Siempre

35. En la evaluación del residente, ¿Se tiene en cuenta la opinión de los usuarios del Centro de Salud? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	Siempre

36. ¿Piensa que la temática abordada en esta encuesta es importante para la formación del residente? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muy Relevante

Con la tecnología de
 Google Forms

ANEXO 3

ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES QUE PRESENTAN UN ROL COMO EDUCADORES EN LAS RESIDENCIAS DE MEDICINA GENERAL:

Eje Evaluación del aprendizaje (EA):

- ¿Qué importancia tiene para Ud. la EA en la formación del médico generalista?
- ¿Cuál cree que sería la finalidad de realizar evaluaciones en el contexto de la formación del residente? ¿Y la función de las mismas?
- ¿Considera a la EA como un suceso (fotografía) ó como un proceso?
- ¿Cuáles considera que son los actores que determinan la finalidad y función de la EA en las residencias?
- ¿Considera que se tiene en cuenta la opinión de los residentes en dichos procesos?

-Eje Adecuación de las EA en las Residencias de Medicina General:

- Teniendo en cuenta el perfil del médico generalista, ¿Qué relevancia le daría a la evaluación interdisciplinaria en la formación del residente?
- ¿Se involucra a los usuarios del sistema de salud en la EA del residente? ¿Cómo?
- Observamos que en residencias que poseen rotaciones con especialistas no generalistas, éstos evalúan a los residentes rotantes de manera diversa. ¿Cómo cree usted que podría implementarse este proceso de manera adecuada a las necesidades de formación del médico generalista?
- ¿Cómo sería un proceso evaluativo superador a su criterio?
- ¿Qué considera de importancia a la hora de evaluar al residente de Medicina general?

ANEXO 4

UNIDAD DE ANALISIS: RESIDENTES Y EX RESIDENTES DE MEDICINA GENERAL Herramienta de Recolección: Encuesta		TIPO	CARACTERÍSTICAS	DESCRIPCIÓN	
CATEGORÍAS ANALÍTICAS	FORMACIÓN	ORDINAL	1: Residente de 1er Año / 2: Residente de 2do Año / 3: Residente de 3er Año / 4: Residente de 4to Año / 5: Médico Generalista hasta 5 años de recibido / 6: Médico Generalista más de 5 años de recibido	1 - 6	
	UBICACIÓN	NOMINAL	1: CABA / 2: BUENOS AIRES / 3: CATAMARCA / 4: CHACO / 5: CHUBUT / 6: CÓRDOBA / 7: CORRIENTES / 8: ENTRE RÍOS / 9: FORMOSA / 10: JUJUY / 11:- LA PAMPA / 12: LA RIOJA / 13: MENDOZA / 14: MISIONES / 15: NEUQUÉN / 16: RIO NEGRO / 17: SALTA / 18: SAN JUAN / 19: SAN LUIS / 20: SANTA CRUZ / 21: SANTA FE / 22: SANTIAGO DEL ESTERO / 23: TIERRA DEL FUEGO / 24: TUCUMÁN	1-24	
CATEGORIAS OPERACIONALES CUANTITATIVAS	SECCIÓN FORMACIÓN ACADÉMICA (FA)				
	Instrumentos Utilizados (Permite más de una opción)	FA: Exámenes de desarrollo/preguntas abiertas	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		FA: Exámenes de selección múltiple	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		FA: Examen oral	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		FA: Preparación de clases	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		FA: Simulación	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		FA: Prácticas/procedimientos	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		FA: Evaluación en consulta con paciente	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		FA: Ateneos	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		FA: Planilla mensual de desempeño	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		FA: Otros	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		FA: No se realizan/realizaban en esta Área	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
	FA: Evaluador más relevante	NOMINAL	Según el instrumento evaluativo más relevante, ¿Quién evalúa/evaluaba?	Pregunta abierta	
	FA: Recepción devolución del instrumento evaluativo más relevante	ORDINAL	1: Nunca ... 5: Siempre (Escala de Likert)	1 - 5	
	FA: Formación docente del evaluador	NOMINAL	1: SI 2: NO 3: NO SÉ	1 -3	
	FA: Acompañamiento proceso formativo por el evaluador	ORDINAL	1: Totalmente en desacuerdo...5: Totalmente de acuerdo (Escala de Likert)	1 – 5	

Herramienta de Recolección: Encuesta		TIPO	CARACTERÍSTICAS	DESCRIPCIÓN	
CATEGORIAS OPERACIONALES CUANTITATIVAS (cont)	Ítems evaluados con mayor preponderancia en este espacio (Puede marcar más de una opción)	FA: Contenido teórico con objetivos de Generalista	NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2
		FA: Contenido teórico con objetivos de Especialista	NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2
		FA: Asistencia-Puntualidad	NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2
		FA: Habilidades Relacionales	NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2
		FA: Prácticas. Procedimientos	NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2
		FA: Ninguno	NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2
		FA: Otro	NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2
	FA: Evaluación como reflejo del aprendizaje		ORDINAL	1: Totalmente en desacuerdo...5: Totalmente de acuerdo (Escala de Likert)	1 – 5
	SECCIÓN CENTRO DE SALUD (CS)				
	Instrumentos Utilizados (Permite más de una opción)	CS: Exámenes de desarrollo/preguntas abiertas	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		CS: Exámenes de selección múltiple	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		CS: Examen oral	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		CS: Preparación de clases	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		CS: Simulación	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		CS: Prácticas/procedimientos	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		CS: Evaluación en consulta con paciente	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		CS: Ateneos	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		CS: Planilla mensual de desempeño	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		CS: Otros	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		CS: No se realizan/realizaban en esta Área	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia	1-3
		CS: Evaluador más relevante		NOMINAL	Según el instrumento evaluativo más relevante, ¿Quién evalúa/evaluaba?
	CS: Recepción devolución del instrumento evaluativo más relevante		ORDINAL	1: Nunca ... 5: Siempre (Escala de Likert)	1 - 5
	CS: Formación docente del evaluador		NOMINAL	1: SI 2: NO 3: NO SÉ	1 -3
	CS: Acompañamiento proceso formativo por el evaluador		ORDINAL	1: Totalmente en desacuerdo...5: Totalmente de acuerdo (Escala de Likert)	1–5
	Ítems evaluados con mayor preponderancia en este espacio (Puede marcar más de una opción)	CS: Contenido teórico con objetivos de Generalista	NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2
		CS: Contenido teórico con objetivos de Especialista	NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2
		CS: Asistencia-Puntualidad	NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2
CS: Habilidades Relacionales		NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2	
CS: Prácticas. Procedimientos		NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2	
CS: Ninguno		NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2	
CS: Otro		NOMINAL	1: SI 2: NO	1-2	
CS: Evaluación como reflejo del aprendizaje		ORDINAL	1: Totalmente en desacuerdo...5: Totalmente de acuerdo (Escala de Likert)	1–5	

Herramienta de Recolección: Encuesta		TIPO	CARACTERÍSTICAS	DESCRIPCIÓN
CATEGORÍAS OPERACIONALES CUANTITATIVAS (cont.)	SECCIÓN ROTACIONES EXTERNAS (RE)			
	Instrumentos Utilizados (Permite más de una opción)	RE: Exámenes de desarrollo/preguntas abiertas	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia 1-3
		RE: Exámenes de selección múltiple	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia 1-3
		RE: Examen oral	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia 1-3
		RE: Preparación de clases	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia 1-3
		RE: Simulación	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia 1-3
		RE: Prácticas/procedimientos	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia 1-3
		RE: Evaluación en consulta con paciente	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia 1-3
		RE: Ateneos	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia 1-3
		RE: Planilla mensual de desempeño	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia 1-3
		RE: Otros	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia 1-3
		CS: No se realizan/realizaban en esta Área	NOMINAL	1 – Instrumento más relevante 2 – Segundo en relevancia 3 – Tercero en relevancia 1-3
		RE: Evaluador más relevante	NOMINAL	Según el instrumento evaluativo más relevante, ¿Quién evalúa/evaluaba? Pregunta abierta
	RE: Recepción devolución del instrumento evaluativo más relevante		ORDINAL	1: Nunca ... 5: Siempre (Escala de Likert) 1 - 5
	RE: Formación docente del evaluador		NOMINAL	1: SI 2: NO 3: NO SÉ 1 - 3
	RE: Acompañamiento proceso formativo por el evaluador		ORDINAL	1: Totalmente en desacuerdo...5: Totalmente de acuerdo (Escala de Likert) 1-5
	Ítems evaluados con mayor preponderancia en este espacio (Puede marcar más de una opción)	RE: Contenido teórico con objetivos de Generalista	NOMINAL	1: SI 2: NO 1-2
		RE: Contenido teórico con objetivos de Especialista	NOMINAL	1: SI 2: NO 1-2
		RE: Asistencia-Puntualidad	NOMINAL	1: SI 2: NO 1-2
		RE: Habilidades Relacionales	NOMINAL	1: SI 2: NO 1-2
		RE: Prácticas. Procedimientos	NOMINAL	1: SI 2: NO 1-2
		RE: Ninguno	NOMINAL	1: SI 2: NO 1-2
		RE: Otro	NOMINAL	1: SI 2: NO 1-2
	RE: Presentación a los responsables de diferentes rotaciones, los objetivos por escrito		ORDINAL	1: Nunca ... 5: Siempre (Escala de Likert) 1 - 5
	RE: Evaluación como reflejo del aprendizaje		ORDINAL	1: Totalmente en desacuerdo...5: Totalmente de acuerdo (Escala de Likert) 1-5
	SECCIÓN AREA EDUCATIVA			
	Existencia de Instructor en la Residencia		NOMINAL	1: SI 2: NO 1-2
	Cumplimiento de rol activo por parte del instructor		ORDINAL	1: Totalmente en desacuerdo...5: Totalmente de acuerdo (Escala de Likert) 1 - 5
	Existencia de Jefe de Residentes en la Residencia		NOMINAL	1: SI 2: NO 1-2
	Percepción de existencia de Aprendizajes que quedaron fuera de las evaluaciones		NOMINAL	1: SI 2: NO 1-2

Herramienta de Recolección: Encuesta		TIPO	CARACTERÍSTICAS	DESCRIPCIÓN
CATEGORIAS OPERACIONALES CUANTITATIVAS (cont.)	Aprendizajes excluidos de evaluaciones	NOMINAL	Si respuesta anterior fue positiva: ¿Cuáles fueron esos aprendizajes excluidos de las evaluaciones??	Pregunta abierta
	Función preponderante de las evaluaciones	NOMINAL	1: Una instancia más de aprendizaje. / 2: Una forma de evaluar cuánto se ha aprendido. / 3: Una forma de mantener el ritmo de estudio del residente. / 4: Un requerimiento para la obtención del título de postgrado / 5: Una oportunidad de retroalimentación para la generación de nuevos conocimientos y cambios./ 6: Otros	1-6
	Evaluación como proceso o suceso	NOMINAL	1: Procesos integrados y continuos al aprendizaje./ 2: Sucesos aislados (fotografía) de aprendizaje.	1-2
	Apertura de la residencia a recibir nuevas propuestas y/o críticas constructivas por parte de los residentes	NOMINAL	1: SI 2: NO	1–2
	Concreción de propuestas realizadas por residentes.	ORDINAL	1: Nunca ... 5: Siempre (Escala de Likert)	1 - 5
	Inclusión de la opinión de los usuarios del Centro de Salud en la evaluación del residente	ORDINAL	1: Nunca ... 5: Siempre (Escala de Likert)	1 - 5
	Importancia de la temática de las Evaluaciones en la formación del residente.	ORDINAL	1: Nada relevante ... 5: Muy relevante (Escala de Likert)	1 - 5

ANEXO 5

Operacionalización de variables:

Unidad de análisis: profesionales con rol de educadores vinculados a las residencias de medicina general. Herramienta de recolección: entrevista.

CATEGORIAS ANALITICAS:	-PROFESION: -LUGAR DE RESIDENCIA: -FORMACION: -VINCULO CON RMG:	NOMINALES
CATEGORIAS OPERACIONALES:	-IMPORTANCIA DE LA EA EN LA FORMACION DEL RMG: -FINALIDAD DE LA EA: -FUNCION DE EA: -ACTORES INVOLUCRADOS: -RECEPTIVIDAD FRENTE A LA CRITICA DEL RMG: -VISION COMO FOTO/ PROCESO: -FORMACION DOCENTE: -ADECUACION DE R.E: -USUARIOS INVOLUCRADOS EN LA EA: -RELEVANCIA DE LA INTERDISCIPLINA EN LA EA: -MODO SUPERADOR DE LA EA:	NOMINALES
CATEGORIAS EMPIRICAS:	-ASPECTOS RELEVANTES DE LA EA EN EL RMG: -CRITICA FRENTE A LA EA: -IDENTIDAD DEL MG INVOLUCRADO EN LA EA: -APRENDIZAJE COMO PARTE DEL PROCESO:	NOMINALES

ANEXO 6

Cuadro de categorías operacionales según unidades de significación:

CATEGORIAS OPERACIONALES	ENTREVISTADAS	CITAS TEXTUALES
IMPORTANCIA DE EA EN LA FORMACION	E1	“La mayor importancia de la evaluación tiene que ver con el proceso formativo que se produce en la cotidianeidad, en el día a día de cualquier co-equiper que uno tenga en el proceso de formación.”
	E2	
	E3	“A la evaluación le doy mucha importancia. Pero no puede estar descontextualizada de la estructuración del aprendizaje.”
FINALIDAD DE LAS EA	E1	“Tener un proceso de evaluación, para poder ver si se están cumpliendo los objetivos que uno se propuso.”
	E2	“Yo creo en la adquisición de competencias. Para mí, la finalidad de evaluar es ir visualizando que adquiere competencias para resolver los problemas que se espera que resuelva.”
	E3	“Para mí el propósito principal es el de acompañar el aprendizaje y lograr que la gente que se egresa con la residencia adquiera las competencias que dicen que tiene que adquirir, ese sería el propósito, es teórico, pero es un propósito.”
FUNCION DE LA EA	E1	“Uno cuando da un título, tiene que garantizar determinadas competencias, que define que ese profesional es el profesional.”
	E2	“Nos sometemos a la evaluación central de provincia que es el requisito que tienen que cumplir los residentes para pasar de año.”
	E3	“Asegura la calidad. Las evaluaciones tienen que ver con eso.”

ACTORES INVOLUCRADOS	E1	“El responsable burocrático administrativo es el que debe garantizar, es el que hace la rectoría de estos procesos y tiene la responsabilidad de hacer la rectoría de que estos procesos ocurran.”
	E2	“Nosotros nos sometemos a la evaluación central de provincia que es el requisito que tienen que cumplir los residentes para pasar de año.”
	E3	
RECEPTIVIDAD DE LA CRITICA DEL RMG	E1	“En el caso de la modificación de este examen y esta forma, y es un trabajo que estamos haciendo con los instructores, no directamente con los residentes porque no tenemos la oportunidad de juntarnos con todos, pero a través de los instructores, con los residentes.”
	E2	“Ellos van a hacer el examen de provincia, después hacemos una instancia colectiva y la ponemos a discusión, esto estuvo bien, esto estuvo mal, esta pregunta es buena, esta pregunta es mala, sirvió, para qué, la respuesta cuál era la más correcta. Muchas veces ponemos a discusión las preguntas -y a vos qué te parece, qué pensás, y entonces se genera esta identidad colectiva que favorece la aceptación de los procesos-. Porque vos sos el proceso mismo, sos parte del proceso. De hecho, los residentes han generado transformaciones en el centro que son realmente poderosas.”
	E3	
VISION DE EA COMO FOTO/PROCESO	E1	“Por eso, la evaluación es un proceso absolutamente integral, que no tiene que ser pensado como el final ni como lo sumativo ni como lo punitivo, sino como un proceso permanente que nos ayuda a aprender.”
	E2	“Yo creo eso, que esa instancia que está planteada como final de un proceso es una falacia. Yo creo que la evaluación es el inicio de un proceso y a partir del momento que vos ingresaste, empezaste a ser evaluado y ese intercambio es constante. Pero si alguien te dice ahora tenés que ponerle una nota sí o sí a esta persona, te digo anota, no necesito un instrumento.”

	E3	“Dos problemas: una es que la evaluación se está tomando generalmente, en las residencias, como un hecho aislado, como un momento aislado. Como un momento aislado de lo que es la gestión de la residencia. Y eso no es una evaluación. Uno evalúa algo que hace, no algo que no hace.”
FORMACION DOCENTE	E1	
	E2	“Ella (instructora) no tiene formación docente. Igual, todo más o menos que lo trabajamos entre todos en forma colectiva.”
	E3	“Hay un montón de cosas en el proceso de evaluación que a veces se nos escapan que generan mucho lío, eso sí yo vi en vivo que cuando hay herramientas de evaluación por competencias que no se saben aplicar, el producto de eso puede ser muy complicado para el grupo, sobre todo arma quilombo adentro de los grupos.”
ADECUACION EN R.E	E1	
	E2	“Ahora, también esto implica un generalista a cargo. Eso no se logra ni con un clínico, ni con un pediatra, ni con un ginecólogo, ni con un cirujano, porque cada uno va a verlo desde su formación y la formación de cada uno, es muy diferente, el clínico está formado para la internación, tiene una especialidad que llamamos lineal, está formado para dar respuesta a la enfermedad en el ámbito de la internación, hace también la medicina ambulatoria, pero ese no es su eje, por lo tanto un clínico en un centro de salud, o un pediatra en un centro de salud o un ginecólogo, excepto que el tiempo lo haya ido transformando, no tiene ese elemento para acompañar. No lo tiene porque es otra la especialidad, no es porque sabe más o sabe menos, es otra especialidad.”
	E3	“Entonces te va a tener que evaluar acerca de eso, tiene que tener una referencia para la evaluación, qué va a valorar de eso, tiene que conocer tu programa de aprendizaje.”
USUARIOS INVOLUC	E1	“No. Formalmente, no.”

	E2	“Los usuarios evalúan también de una manera permanente eligiéndote, viniendo, dando un poco respuesta.”
	E3	“Así como te puede evaluar un enfermero te puede evaluar un agente sanitario, cualquiera te puede evaluar dependiendo de qué es lo que te va a evaluar.”
INTERDISCIPLINA INVOLUCRADA EN LA EA	E1	“Formalmente no se evalúa.”
	E2	“Desde lo formal no, pero sí están vinculados porque trabajan juntos, desde lo formal decirle a la trabajadora social danos tu opinión para evaluar no, porque ya te digo nosotros nos sometemos a la evaluación de la provincia.”
	E3	
PROCESO SUPERADOR	E1	“Decís lo ideal, es una evaluación como cuerpo a cuerpo, tutorada.”
	E2	“No se evalúa a través de preguntas. Se evalúa trabajando juntos, no hay otra manera. Entonces si trabajamos juntas, tengo la oportuna la oportunidad de verte, yo puedo decir de cada residente quien es cada uno, que sabe cada uno, cuáles son sus debilidades y cuáles son sus fortalezas, porque estoy todos los días con ellos. Digamos, cuando uno percibe cual es la debilidad, entonces puede trabajar intensamente, ahora eso no se logra, ni con una pregunta ni con dos, ni con un caso, tampoco con un caso, un caso lo puede aproximar un poco más, depende de cómo uno lo evalué, pero se logra tutorando, se logra con... te miro, me miras, comparto hablamos, te veo me ves, hacemos cosas juntos, las ponemos a discusión, las repensamos las modificamos, las arreglamos, no hay otra manera eso es una tutoría. No creo que eso se pueda traducir en un examen final de varios puntos, no es traducible, que se logra con una cosa, más permanente, más cotidiana y con acompañamiento continuo.” “Voy a evaluar tus habilidades, tus conocimientos, tu actitud. Una competencia tiene esos tres componentes. Conocimiento, actitud y habilidad.” “Yo voto porque los generalistas formen los generalistas, que los generalistas acompañen a los generalistas en su formación y que sean responsables de su evaluación.”

	E3	“Una evaluación bien hecha involucra tres dimensiones. La evaluación de los docentes hacia los residentes, la evaluación de los residentes hacia los docentes y la evaluación de todos hacia el sistema. Hacia la gestión del sistema.” “Para hacer buenas evaluaciones se necesita tener un buen ambiente de aprendizaje” “Necesitamos comprometer médicos grandes, necesitamos ser más médicos generalistas.”
--	----	--

ANEXO 7

Cuadro de categorías empíricas según unidades de significación:

CATEGORIAS EMPIRICAS	ENTREVISTADO	CITAS TEXTUALES
ASPECTOS RELEVANTES EN LA EA DEL RMG	E1	“Incorporar quizás esta cuestión (...) donde se incorpora el valor de la misión social del lugar de un médico, me parece que podría ser una competencia que no está escrita.”
	E2	“Que haya adquirido las competencias que a nuestro juicio debería tener un generalista. Que tenga la capacidad de respetar los derechos de la persona, de comunicarse, la libertad de respetar la diversidad y la cultura, los saberes, de trabajar con otros, otras disciplinas, otros actores, de sumarse a espacios de participación, de tener el conocimiento para obtener la resolutiveidad o de no obtener la resolutiveidad en el primer nivel poder tener las herramientas para articular con otros actores necesarios. En resumen, poder de comunicación, de trabajar con otros y de resolutiveidad.”
	E3	
CRITICA A EA	E1	“La evaluación es formativa, o podemos tener estos criterios más sumativos, respecto a si voy, o no voy, si estoy o no estoy, la asistencia, el horario, el cumplimiento de determinados... atendiendo tantos consultorios, tantos pacientes, tantas actividades, tantas rotaciones.”

	E2	“Hay una evaluación que se llama sumativa, y hay una evaluación que se llama formativa. Tienen ejes absolutamente distintos. La evaluación sumativa, es la evaluación tradicional, a la que estamos acostumbrados en la facultad, escuela. En donde vos lees hipertensión, y alguien te toma sobre la hipertensión, los contenidos. Y de alguna manera el docente asume que vos ante un hipertenso sabes qué hacer. Cosa que no es real. O sea, el contenido no es suficiente para adquirir competencias. La evaluación sumativa para mí no existe, o sea, no sirve, y la hemos atravesado a lo largo de todas nuestras instancias educativas, en la escuela, en la secundaria, en la facultad absolutamente...y en la residencia, lo que se plantea desde el nivel central, es eso también la evaluación formativa toma la evaluación cómo un punto inicial. Entonces, yo te conozco a vos como residente, y a partir de ahora voy a tutorear todo lo que vos haces. Y voy a evaluar tus habilidades, tus conocimientos, tu actitud. Una competencia tiene esos tres componentes. Conocimiento, actitud y habilidad. Entonces, yo le doy mucha bola a las competencias. Porque evalúa de manera mucho más compleja. Evalúa el conocimiento, como decíamos, la actitud, y la habilidad. Eso no se evalúa en un cuestionario. No se evalúa a través de preguntas.”
	E3	“Lo que veo en acreditación de residencias la evaluación toma es muy difícil salirse del “multiple choice” que evalúa contenidos y como se arma eso.” “Después en términos teóricos hay dos tipos de evaluación, evaluaciones sumativas y formativas, sería una pura evaluación sumativa para decirte si pasaste de año o no sobre cuatro conceptos teóricos, como son el examen de ingreso a medicina, pero no estoy evaluando competencias. Y en medicina general eso es un tema porque nosotros estamos acostumbrados a evaluar cuánto sabes vos del protocolo de ILE o del protocolo de cualquier cosa o la atención inicial del paciente traumatizado o de la hipertensión, pero no evaluamos competencia.”

IDENTIDAD/ PERFIL DEL MG INVOLUCRADO EN LA EA	E1	“Cada uno, en medicina general, viste, pareciera que hacemos arte. Y hacemos arte, en un punto, porque uno tiene que adecuar sus decisiones, al contexto, y creo que, es la especialidad que más trabaja con la determinación social de la salud.”
	E2	“Es un personaje que está instalado en el lugar que trabaja en función de su comunidad y del desarrollo de su comunidad en donde la salud es un punto. Entonces, que no solo debe prepararse para atender, debe prepararse para participar de todas las instancias que incluyen el desarrollo de su comunidad. Esto no lo puede hacer solo lo tiene que hacer con otras disciplinas y lo tiene que hacer con otros actores. Por lo tanto, lo primero es constituirse en un equipo.”
	E3	
APRENDIZAJE COMO PROCESO	E1	“En relación con la residencia, pero para mí, esa formación intensiva y tutorada. Sobre todo, el proceso de estar tutorado, es, sigue siendo el mejor proceso de formación. No solo para un médico.”
	E2	“Los espacios de aprendizaje son espacios significativos. El solo espacio donde vos te formás, ya es un espacio de aprendizaje, vos estás en un lugar donde nadie da bola, donde nadie se compromete, nadie habla, nadie se vincula, bueno vos te formas así, vos sos eso. No importa que después discutas y reflexiones. El ambiente se transforma en un espacio significativo de aprendizaje y eso te modela, no sólo en las clases te modelan.” “La mejor forma para mi es la praxis, sentarme a leer de la temática a partir de la problemática.”

	E3	“Aprendizaje, es un proceso de las personas. Vos aprendes. Yo no te enseño. Lo que hace el docente es generar el contexto para que vos puedas aprender y apuntalar ese proceso. Sobre todo, en una residencia donde no te estoy enseñando a escribir. Te estoy enseñando otras cosas. Estoy acompañando el aprendizaje tuyo en otras cuestiones que tienen que ver con un ejercicio profesional. Entonces es vincular el aprendizaje, siempre es vincular.”
--	----	--