

AFACIMERA

Asociación de Facultades de Ciencias Médicas
de la República Argentina



**EVALUACIÓN
EDUCACIONAL**

**Evaluación de las competencias adquiridas
por los estudiantes**

Evaluación de la enseñanza

Módulo N° 3

- 2002 -

AFACIMERA

Dr. Acosta, Abraham	Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Adventista del Plata
Dr. Adamo, José	Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta
Dr. Beveraggi, Enrique	Decano de la Escuela de Medicina del Hospital Italiano
Dr. Cerini, Carlos	Decano del Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de la Fundación Favaloro
Dr. Cherjovsky, Roberto	Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana
Dra. Chiara, Raquel Madis	Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario
Dr. De Michele, Daniel	Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Entre Ríos
Dr. Deza, Horacio	Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán
Dr. Escobar, José	Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Formosa
Dr. Feldstein, Carlos	Decano de la Facultad de Medicina de la Fundación Barceló
Dr. Ferreira, Luis	Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ciencias empresariales y sociales -UCES-
Dr. Hernández, Rodolfo	Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata
Dr. Liotta, Domingo	Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Morón
Dr. Lizarraga, Adolfo	Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador
Dra. Magnelli, Norma	Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo
Dr. Mazzaro, Baltazar	Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste
Dr. Calvo, Hernán	Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue
Dr. Saracho Cornet, Pedro	Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba
Dr. Sonis, Abraham	Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Maimónides
Dr. Trakal, Esteban	Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba
Dr. Turin, Mario	Decano del Instituto Universitario Hospital CEMIC
Dr. Villar, Marcelo	Decano de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral

Evaluación Educativa

Dirección: Lic. Amanda Galli

Secretaría Administrativa: Hugo Garavaglia

Diagramación: Martín Sesini

Impresión: Enrique Titakis

ISBN:

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la dirección de este Curso. Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente de AFACIMERA.

Evaluación Educativa

Austria 2277 P.B. "B" (C1425EGK) - Buenos Aires, Argentina.

Tel/Fax: (54-11) 4805-5965

E-mail: grupoag@interserver.com.ar

Índice

Objetivos Generales	7
Esquema Conceptual	8
EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS POR LOS ESTUDIANTES	
Introducción	9
¿Qué evaluar?	14
Ejercicio N° 1	19
¿Cómo evaluar las destrezas, habilidades y actitudes que forman parte de las competencias?	20
Observación sistemática	20
Listas de cotejo.	21
Ejercicio N° 2	25
Escalas de evaluación	27
Ejercicio N° 3	32
ECEO	33
EECR	38
Comunicación de los resultados. Brindar feed-back	42
EVALUACIÓN DE LA ENSEÑANZA	
Introducción	47
Evaluación del programa	48
1.- elaboración del plan de trabajo	48
2.- revisión de la documentación	50
3.- análisis de la ejecución	52
4.- análisis de los resultados del programa	56
Selección y promoción de profesores	57
CONCLUSIONES GENERALES	68

Clave de Respuestas	73
---------------------------	----

ANEXOS

1.- Ejemplos de Listas de Control	79
2.- Ejemplos de Escalas evaluativas	83
3.- Ejemplo ECEO en Pediatría	85
4.- Comunicación de los resultados. Feed-back	91
5.- Revisión de cursos por pares evaluadores	97
6.- Encuestas y Entrevistas. Ejemplos de cuestionarios para evaluar cursos.	103
7.- Derechos y deberes de los docentes universitarios. Ley N° 24.521	113

Módulo N° 3

**Evaluación de las
competencias adquiridas
por los estudiantes**

Evaluación de la enseñanza

Lic. Claudia Castro*

Lic. Amanda Galli**

* Licenciada en Ciencias de la Educación. UBA.
Consultora en Educación Médica.

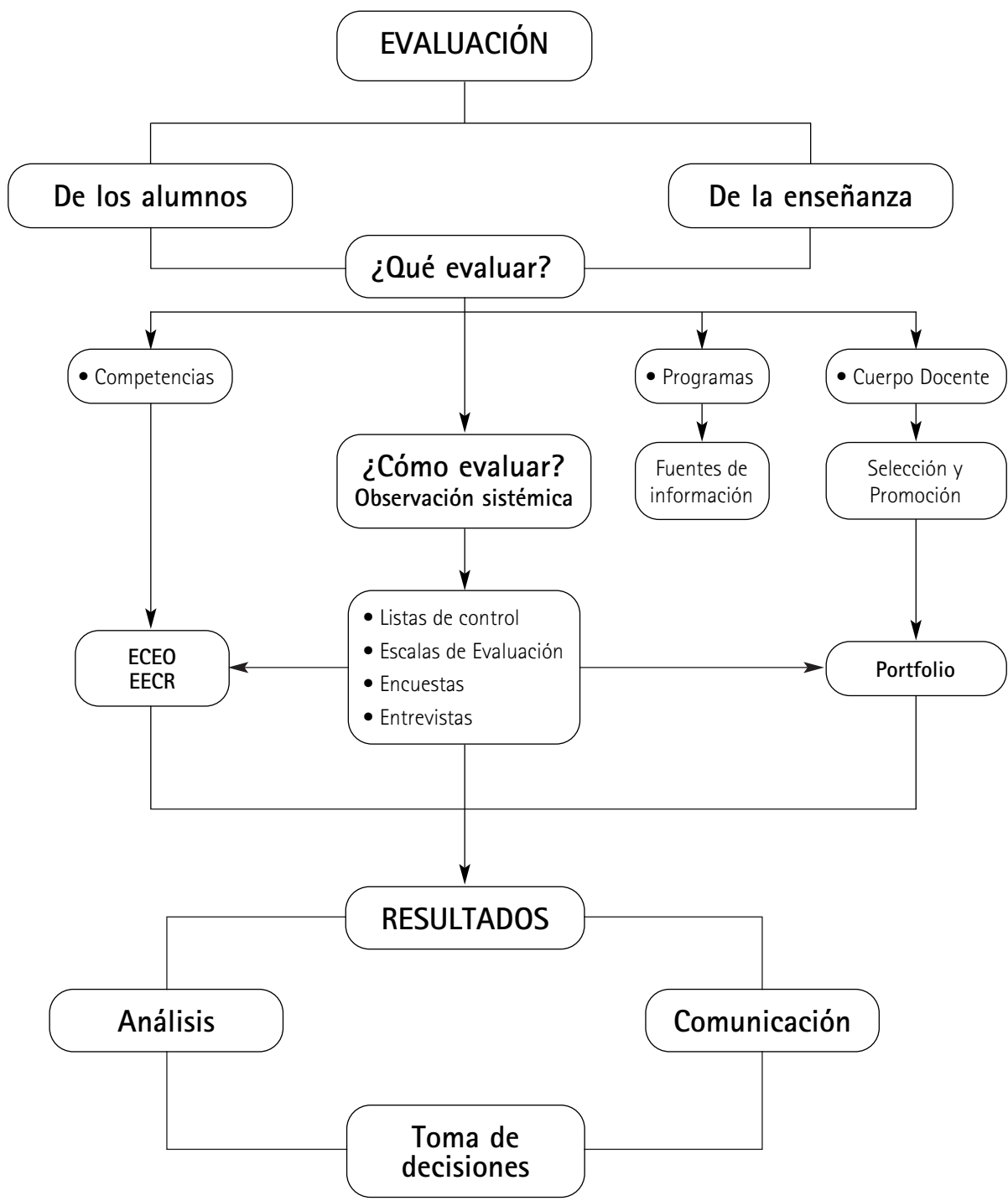
** Licenciada en Ciencias de la Educación. UBA.
Sociedad Argentina de Investigación y
Desarrollo de la Educación Médica (SAIDEM)

Objetivos Generales

Esperamos que al finalizar este módulo Ud. sea capaz de:

- ✓ identificar los instrumentos adecuados para la evaluación de las competencias adquiridas por los estudiantes
- ✓ recoger información a través de la observación sistemática utilizando listas de control y escalas evaluativas
- ✓ analizar las posibilidades y limitaciones de los exámenes de competencias: ECEO y EECR
- ✓ brindar feed-back efectivo utilizando la información obtenida
- ✓ reflexionar sobre sus prácticas de evaluación con el propósito de mejorarlas
- ✓ reconocer los propósitos de la evaluación de la enseñanza
- ✓ identificar posibles fuentes de información para evaluar los programas de enseñanza y el desempeño docente
- ✓ analizar las posibilidades y limitaciones de la evaluación realizada por estudiantes y por pares evaluadores
- ✓ identificar dimensiones e indicadores que se pueden utilizar en la selección y promoción de profesores
- ✓ reconocer la importancia de estructurar una carrera académica en la que se jerarquice el desempeño docente
- ✓ tomar decisiones en función de los propósitos de la evaluación y de los resultados obtenidos

Esquema de contenidos



Evaluación de las competencias adquiridas por los estudiantes

Introducción

Ud. ya sabe cómo diseñar, aplicar y corregir exámenes para evaluar los aprendizajes correspondientes al dominio cognoscitivo.

Los resultados de los exámenes nos permiten conocer y juzgar lo que los sujetos "saben". Pero el desempeño profesional demanda también competencia en la ejecución de procedimientos y una predisposición a actuar respetando determinados principios y valores generales identificados como ética profesional.



*"¿Qué se incluye en la competencia clínica? (...)
¿Cómo debe el médico manejar el posible conflicto de valores sobre las prioridades de la gestión clínica, o el empleo de recursos finitos? Al médico le resulta bastante difícil conciliar las diferentes opiniones sobre lo que debe hacerse, pero esta complicación aumenta en cuanto más de una persona tiene intereses en la decisión. Considérese quién tiene intereses en cuestiones tales como:*

- ¿Reanimación intensiva de un paciente anciano o muerte con dignidad?

- ¿A quién se admite su ingreso en el hospital, al paciente que requiere cuidados de enfermería a causa de un cáncer terminal o al paciente que podría llevar una vida más independiente después de una prótesis de cadera o de una extirpación de cataratas?


- ¿Una unidad de asistencia coronaria o un programa de reducción de lípidos en la dieta?

- ¿Un trasplante de hígado para un niño o vacunas para 100.000?


Todos estos temas inciden en las decisiones clínicas cotidianas, ya sea de modo explícito o implícito. El profesor de medicina debe decidir la conveniencia de enseñar y examinar todas éstas áreas para que el graduado sea clínicamente competente para actuar de modo adecuado en una sociedad cambiante."

Ken Cox ¹

¹ Cox K y Ewan C (1990) La Docencia en Medicina. Barcelona, Doyma. P 92.

 "Para comenzar me parece necesario precisar qué es la competencia, puesto que si no se define qué es la competencia, es decir, lo que se desea medir, es imposible hacerlo. La competencia es un constructo complejo, multifacético, multivariado, multidimensional, a menudo en relación con una situación multidisciplinaria, en particular en el campo de la medicina"

Carlos Brailovsky ²

 "...Lo que es nuevo en este concepto es que, primero ellas no se reducen a la semiología sino a un amplio número de habilidades y, segundo, ellas deben ser consideradas integradamente y como la expresión práctica de una profesión"

José Venturelli ³

.....
Antes de comenzar el desarrollo de los temas de este módulo le proponemos que reflexione sobre las siguientes situaciones:

A usted le gusta cantar y se entera que en el coro del colegio de sus hijos, están buscando nuevas voces y decide presentarse a una selección que organiza la profesora de música. ¿Cómo supone que será esa prueba?

► ¿Le tomarán un choice en el que indaguen, por ejemplo, la biografía de Mozart, o la lista de sinfonías de Beethoven?, ¿Le preguntarán qué música escucha o cuáles son sus cantantes favoritos? O quizás ¿qué opina de Wagner? ¿O lo harán cantar? ¿Por qué?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

² Brailovsky C (2001) Educación Médica, evaluación de las competencias. En: Aportes para un cambio Curricular en Argentina. Buenos Aires, Facultad de Medicina UBA - OPS

³ Venturelli J (1997) Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos. Paltext. OMS/OPS

Imaginemos una segunda posibilidad de evaluación de competencias: Usted es convocado para seleccionar entre un grupo de 500 postulantes a los 10 que mejor juegan al fútbol (también podría seleccionar a postulantes para una residencia) y le solicitan que colabore en la elaboración de la prueba.

- ▶ ¿Qué aspectos tendrá en cuenta en esta evaluación y qué propondría como instrumento?

.....
.....
.....
.....
.....

Seguramente que no habrá pensado en un examen oral o escrito en el que se exploren conocimientos tales como ganadores de los últimos 20 campeonatos nacionales, reglamento del deporte, materiales con los que se confeccionan las camisetas, colores oficiales y alternativos de los diferentes clubes, etc. Apostamos a que el instrumento tendrá que ver con una cancha de fútbol, una situación de juego en equipo y una pelota y que algunas de las variables que observará serán habilidad, precisión, rapidez, estado físico, "llegada al gol", "actitud", "garra", juego en equipo, posibilidad de anticipar el juego, etc.

- ▶ ¿En qué medida cree que evaluando los conocimientos de los estudiantes Ud. puede predecir que serán buenos profesionales?

.....
.....
.....

- ▶ ¿En qué medida cree Ud. que con los instrumentos que utiliza para evaluar puede asegurar la competencia de los estudiantes?

.....
.....
.....

- ▶ ¿Cómo evalúa la velocidad y precisión con la que sus estudiantes realizan un procedimiento?

.....
.....
.....

► ¿Qué importancia le otorga a la enseñanza de actitudes?
¿Cómo "enseña" este tipo de resultados?

.....
.....
.....
.....

► ¿Cómo evalúa las actitudes que cada estudiante desarrolla o perfecciona a lo largo de la formación profesional?

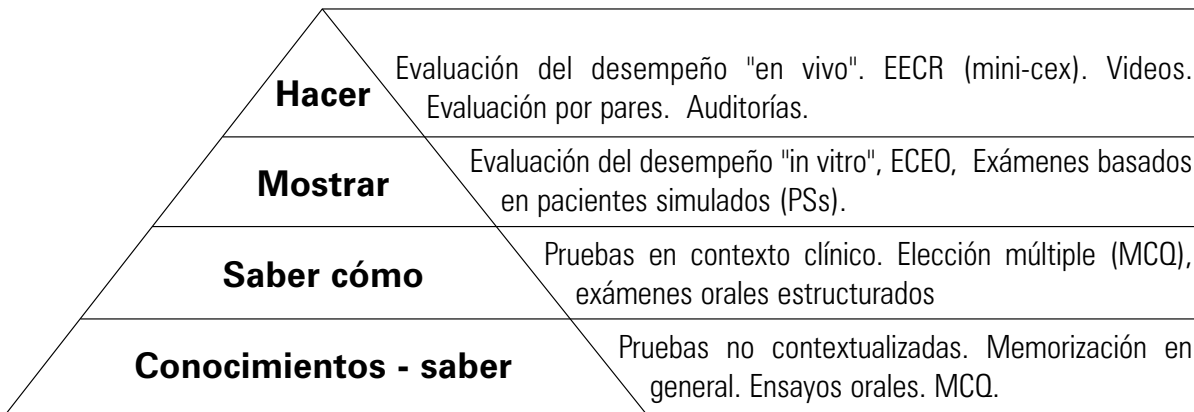
.....
.....
.....
.....

.....

Recuerde

- La competencia profesional se define como la capacidad del egresado para utilizar los conocimientos, las habilidades, las actitudes y la capacidad de juicio para solucionar problemas (complejos) que se presentan en el campo de su actividad profesional.
- La evaluación del desempeño significa esencialmente la evaluación del comportamiento del sujeto en una situación concreta de trabajo.

En el módulo anterior ya se han visto estos conceptos, ¿Los recuerda?





"Es fundamental, para realizar un buen trabajo en evaluación, cubrir toda la pirámide de la competencia. Si los evaluadores se limitan a los dos estratos inferiores de la pirámide estarán infiriendo erróneamente a partir de los resultados observados. Es necesario estar muy sensibilizado con esta cuestión o problema. Muy a menudo se cree estar evaluando niveles superiores de la competencia cuando en realidad no es lo que se está haciendo".

Carlos Brailovsky⁴

Se debe evaluar lo que los estudiantes pueden hacer además de lo que ellos pueden decir o escribir. Se trata de evaluar la **competencia clínica** que es definida como el conjunto identificable y evaluable de conocimientos, actitudes, valores y habilidades relacionados entre sí, que permite desempeños satisfactorios en situaciones reales de trabajo, según estándares utilizados en el área ocupacional correspondiente.

En este módulo se presentan procedimientos y recursos para sistematizar la observación con el propósito de obtener información válida y confiable, en base a la cual tomar decisiones.

También se plantean algunas pautas y recomendaciones para elaborar encuestas y estructurar una entrevista que son instrumentos que permiten obtener información sobre maneras de pensar, actitudes y valores que tienen las personas. Las encuestas y entrevistas son utilizadas para explorar el dominio socioafectivo.

En este módulo se ha incluido también el tema de la evaluación de la enseñanza. Para obtener información sobre la calidad de un programa de enseñanza se utilizan la observación, las entrevistas y las encuestas.

La "evaluación del programa" puede tener como objeto de evaluación un curso de pre-grado, por ejemplo un curso de Farmacología; una carrera de especialización o un curso de actualización y también puede aplicarse a una Residencia que se desarrolla en un determinado servicio de salud.

Los instrumentos que se presentan en este módulo son útiles incluso para evaluar un servicio de salud con el propósito de acreditarlo como centro de formación.

Si somos capaces de sistematizar la observación, podremos obtener información confiable para evaluar:

- el desempeño de los alumnos
- el desempeño de los docentes
- el desempeño del personal (supervisión)

Una buena evaluación del desempeño ayuda a identificar la/s causa/s de un rendimiento insatisfactorio.

Recordemos que si una persona en su lugar de trabajo no se comporta como se espera que lo haga, puede ser porque:

- **no sabe** cuál es el procedimiento correcto

La observación directa de la forma de actuar de una persona en la práctica, en el laboratorio y/o en la consulta, es la manera de obtener información sobre las destrezas, las habilidades y las actitudes que esa persona tiene.

⁴ Brailovsky C, Ob. Cit. pp. 120.

- **no puede** porque carece de los materiales o equipamiento necesario
- **no quiere** hacerlo por determinadas motivaciones

La capacitación del personal puede modificar sólo la primera situación.

Hay que ser riguroso en la etapa de evaluación diagnóstica para identificar claramente las necesidades de capacitación. No se puede esperar que los procesos educativos compensen dificultades generadas por la falta de equipamiento y/o por condiciones de trabajo desfavorables.

¿Qué evaluar?

La evaluación del desempeño significa, esencialmente, la evaluación del comportamiento del sujeto en una situación concreta de trabajo.

Los conocimientos que el estudiante posee y que pueden ser evaluados en exámenes orales o escritos, son un requisito necesario para un buen desempeño, pero **no son suficientes**.

Un examen escrito puede estar muy bien construido para explorar la calidad y cantidad de información que el alumno posee pero tiene grandes limitaciones para la evaluación del desempeño.

¿Un examen puede explorar las siguientes competencias necesarias para un desempeño satisfactorio?:

- Realizar un examen físico.
- Realizar una anamnesis.
- Registrar datos de manera confiable en Historias Clínicas.
- Brindar consejos generales a un paciente.
- Educar al paciente sobre uso de medicamentos y/o dispositivos.
- Informar al paciente para obtener el consentimiento informado.
- Establecer una buena comunicación con otros miembros del equipo de salud.
- Establecer una buena comunicación con la familia de los pacientes.
- Realizar procedimientos diagnósticos.
- Interpretar hallazgos de estudios por imágenes.
- Responder una consulta telefónica.
- Escribir una receta.
- Asumir responsabilidades.
- Respetar las normas institucionales.
- Etc.

Sin duda alguna, todos los docentes coinciden en que éstos, y muchos otros similares, son importantes resultados esperados de la formación.

No siempre este tipo de resultados esperados se explicitan como objetivos de aprendizaje. No siempre estas habilidades, destrezas y actitudes son enseñadas en forma planificada y casi nunca son evaluadas con instrumentos pertinentes.

La evaluación debe ser diseñada a partir de los objetivos que se hayan definido y los exámenes y pruebas a utilizar deben ser pertinentes al tipo de conducta que se pretende evaluar.

El docente debe evaluar aquello que se propuso como resultado del aprendizaje.

Qué evaluar	Tipos de exámenes y pruebas	
AREA COGNOSCITIVA (conocimientos)	Pruebas orales	Individuales Grupales (coloquio)
	Pruebas escritas	De desarrollo (ensayo) Semi - estructuradas Estructuradas Monografías, Informes, etc.
AREA PSICOMOTRIZ (destrezas)	Observación Directa	Listas de cotejo o de control Entrevistas-Encuestas Escalas de evaluación
AREA AFECTIVA (actitudes)		ECEO Otros

La evaluación de las competencias profesionales toma en cuenta las tres áreas.

Para controlar la subjetividad del observador, es preciso elaborar **pautas o guías de observación** lo más estrictas posibles; utilizando estas guías, los evaluadores dirigirán su observación a los mismos hechos o conductas.

La evaluación del dominio psicomotor, del dominio socio-afectivo y de las habilidades para la comunicación presenta especiales dificultades y requiere la cuidadosa tarea de definir qué conductas serán aceptadas como indicadores de un buen desempeño (estándares).

En el caso de la evaluación de destrezas, es indispensable establecer, por consenso, cuáles son los pasos específicos y la secuencia de los mismos que deben ser respetados para valorar como "correcta" la ejecución de un procedimiento o maniobra.

Ejemplo:

¿En la realización de un examen físico del paciente debe respetarse un orden céfalo-caudal en todos los casos o debe iniciarse el examen por la zona corporal en la que el paciente refiere síntomas?

Si en un Servicio de Salud todos los procedimientos están normalizados, las mismas normas pueden servir de guías que orienten la observación.

Los procedimientos de enfermería suelen estar bastante pautados y están bien definidos los pasos a seguir en la ejecución de las distintas tareas: baño del paciente en cama; esterilización de instrumental, etc.

Una estrategia de enseñanza especialmente adecuada para promover el aprendizaje de destrezas es **la demostración didáctica**.

Cuando se trata de procedimientos complejos, se los debe fragmentar en "pasos". En demostraciones sucesivas, precedidas por explicaciones y seguidas de aplicaciones específicas, se irá practicando cada paso. Pero esta fragmentación se deberá hacer manteniendo a la vista de los alumnos, en lugar bien visible, un esquema o cuadro sinóptico de toda la operación o proceso.



Si le interesa profundizar en las estrategias de enseñanza de procedimientos le sugerimos la lectura del Módulo 5 de Metodología Docente en Ciencias de la Salud. Páginas 63-71

Este tipo de segmentación o de desglose de un procedimiento en sus componentes se llama **"análisis de tarea"**.

El análisis de tarea es un recurso particularmente útil para orientar el aprendizaje, en aquellas situaciones en las que ciertas manipulaciones pueden causar daño al paciente.

Enseñar los procedimientos y maniobras paso a paso...

En el momento de evaluar la ejecución de una tarea, también conviene observar paso por paso.

Ejemplo:

Si se desea evaluar el logro del objetivo; "Realizar un examen de mamas de una mujer embarazada", es conveniente descomponer este procedimiento, en sus conductas constitutivas.

- *en posición sentada y con los brazos caídos a ambos lados del cuerpo, comparar simetría de ambas mamas y pezones.*
- *en posición sentada y brazos alrededor de la cabeza observar modificaciones en los pezones a través de dos movimientos sucesivos.*
- *contra la parrilla costal, palpar ambas mamas, axilas y huesos supraclaviculares.*
- *a lo largo de tres franjas verticales efectuar corrimiento de manos con palmas extendidas.*
- *Etc.*

El detalle de estos pasos que integrados constituyen el "examen de mamas", permite observarlos con precisión y brinda retroalimentación a la persona evaluada, informándole en cual de esos pasos necesitará practicar un poco más.

En el caso particular de las **actitudes** también es necesario una especificación.

La evaluación de algunos comportamientos tales como "respeto por el paciente"; "responsabilidad en el trabajo", "trabajo colaborativo", "tolerancia a la crítica", "conciencia de las propias limitaciones", que son particularmente valorados por los docentes y por los supervisores, resultan difíciles de evaluar porque no son variables directamente observables.

La inteligencia tampoco es directamente observable; para evaluar la inteligencia de un sujeto se han diseñado situaciones (rompecabezas, cuestionarios, diferentes pruebas agrupadas en test, etc.) tales que, al resolverlas, el sujeto muestra o evidencia su inteligencia.

La mayoría de los docentes "conocen" a sus estudiantes y tienen una "idea de cómo son". Cuando se les pregunta por sus alumnos, generalmente, además de decir cosas tales como "Martín es muy inteligente, es brillante", "Analía es dedicada y estudiosa"; agregan otras descripciones: "es muy buena persona"; "es un estudiante muy colaborador con el grupo"; "es un "tiro al aire", "no le importa nada". Muchas veces estas percepciones son construidas por el docente de una manera asistemática e incompleta, por lo que no se puede afirmar que las mismas sean correctas o no. Puede ocurrir que una sola vez en toda la cursada algún estudiante no haya leído la bibliografía recomendada y puede ocurrir también que esa única vez el docente le haya preguntado a ese estudiante el tema. Con esta información ¿Se podría afirmar que ese alumno no es estudioso?

Un recurso muy simple para sistematizar la observación del docente y documentar los hallazgos es el **registro anecdótico**.

El registro anecdótico permite al docente documentar los hechos más significativos observados durante un período de tiempo.

Son registros directos de **varios incidentes** significativos de la actuación del estudiante en un momento o situación particular. Permite a través de un período de tiempo tener una representación del comportamiento del alumno o de pequeños grupos.

Un buen registro anecdótico incluye una oración o dos que describen hechos observados. Se pueden hacer anotaciones semanalmente o cuando se produce un incidente. Es importante el registro de los aspectos positivos y de los negativos.

La información registrada permite advertir la evolución del estudiante a través del tiempo ya que representa su actuación en distintas circunstancias.

Análisis de tarea: desglosar un procedimiento en conductas más sencillas para ser observadas específicamente.

En la evaluación del desempeño de los estudiantes y trabajadores, es muy importante documentar las observaciones realizadas y las orientaciones brindadas para el mejoramiento.

Ejemplo:

Fecha	Conducta observada
8-6-97	Los estudiantes X, Z e Y, sostienen un altercado con la enfermera de la sala. Son los mismos alumnos que durante la clase teórica participaron con actitudes impertinentes.
9-7-99	La estudiante V. F. ha sido la única que recordó realizar la búsqueda bibliográfica pedida en el trabajo práctico de la semana pasada.
7-9-97	El residente de 1º año (Dr. H.L.) por tercera vez consecutiva no asiste al ateneo bibliográfico.

Los registros anecdóticos son particularmente útiles en el contexto de las residencias médicas que es un sistema de formación con un fuerte componente incidental: se aprende y se enseña según las circunstancias, en situación. El jefe de residentes podría llevar un registro anecdótico para cada residente y periódicamente hacer con cada uno un encuentro de reflexión sobre la práctica en base a las observaciones y comentarios asentados en el registro anecdótico. En muchas cátedras o unidades académicas se pide que los docentes elaboren una "nota de concepto" de los estudiantes al finalizar el periodo de formación. Los docentes, en general, no tienen demasiadas dudas en la calificación conceptual de los "muy buenos estudiantes" o de los "muy malos". Sin embargo, suele ocurrir que existe un grupo de estudiantes, aquellos que se encuentran entre los dos extremos, de los que no se tiene demasiado registro o una clara representación mental de sus logros y déficit. Registrar cuidadosamente los comportamientos de los estudiantes ayudará a tener información confiable para la toma de decisiones.

Para evaluar sistemáticamente las actitudes es necesario definir qué conductas observables serán representativas de determinadas actitudes. Es decir que hay que realizar una **definición operacional** de lo que significa responsabilidad, compromiso, capacidad de autocrítica, etc.

Esta definición operacional debe ser realizada en forma conjunta por todos los docentes, debe ser producto de un consenso y debe ser comunicada a los alumnos para que conozcan los criterios con los cuales serán evaluados.

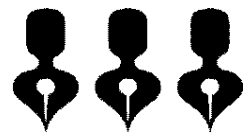
Del mismo modo todos los supervisores deben consensuar acerca de qué conductas tomarán como expresión de estas actitudes en el personal de salud.

Ejemplo:

Un grupo de profesores de una cátedra estableció que tomaría como indicadores de la responsabilidad del estudiante las siguientes conductas observables:

- puntualidad
- historias clínicas completas y actualizadas,
- tener los elementos o materiales necesarios en todos los trabajos prácticos (estetoscopio, martillo para reflejos, delantal, etc.).
- entrega a tiempo de los trabajos e informes solicitados quincenalmente

El análisis de tareas y la definición operacional de las actitudes y habilidades ayudan a definir **QUÉ observar**.



EJERCICIO N° 1

Revise el programa de la materia en la que Ud. es docente

- Identifique y copie los objetivos relacionados a la adquisición de actitudes. Si en el programa de su materia no aparecen objetivos de estas áreas, elabore algunos que considere resultados deseables de la formación.

.....
.....
.....
.....

- Le proponemos que operacionalice alguna actitud. Enumere por lo menos cinco conductas concretas, directamente observables, que indiquen y/o representen una buena relación médico-paciente.

.....
.....
.....
.....

- Compare su respuesta con otro docente o miembro del equipo de salud. Reflexione sobre las similitudes y discrepancias en las respuestas.

.....
.....
.....
.....

- Redacte o seleccione un objetivo del área psicomotriz. Si es necesario reformúlelo para que quede claramente enunciada una destreza que Ud. considere importante en la formación profesional. Realice el análisis de tarea.

.....
.....
.....
.....

Este ejercicio no tiene clave, el objetivo es que pueda aplicar lo aprendido en su práctica docente cotidiana.

¿Cómo evaluar destrezas, habilidades y actitudes que forman parte de la competencia profesional?

La observación sistemática

La evaluación del desempeño de los estudiantes y de los trabajadores ya en funciones se hace a través de la observación.

Observación de la ejecución	Por ejemplo: el docente o el supervisor observa el desarrollo de la consulta, cómo hace el interrogatorio para confeccionar la Historia Clínica. En una consulta odontológica, el docente observa cómo toma las impresiones dentarias para diseñar una prótesis.
Observación del producto	Por ejemplo: el supervisor revisa la Historia Clínica y controla los datos obtenidos en la anamnesis. Se controlan las características y calidad de las impresiones obtenidas.

La observación libre, ingenua, no requiere más instrumentos que los ojos y los oídos del observador. La observación sistemática requiere, en cambio, de ciertas pautas para tornarse más estricta.



"Observar es un proceso que requiere atención voluntaria e inteligente, orientado por un objetivo y dirigido hacia un objeto con el fin de obtener información. El buen observador en el campo perceptivo que se ofrece, selecciona una pequeña cantidad de información pertinente entre el gran abanico de informaciones posibles. Se trata de un acto inteligente que hace referencia de forma constante a la experiencia anterior y que está orientado por un objetivo: cuanto más claro y explícito sea el objetivo, más fácil será este proceso de selección, más circunscripto estará el objeto sobre el cual dirigimos la atención".

De Ketele ⁵

¿Cómo hacer las observaciones?

Se pueden diseñar distintos tipos de guías para orientar la observación y para registrar lo observado.

⁵ De Ketele J M, Observar para educar. Aprendizaje Visor. 1989.

Listas de cotejo

Son particularmente útiles para evaluar objetivos de aprendizaje de procedimientos, maniobras y habilidades. También se las denomina "listas de comprobación" y en la literatura internacional aparecen como "checklist".

Es una lista de palabras, oraciones, frases, o párrafos que describe aspectos específicos del comportamiento a controlar durante la observación. La lista brinda información descriptiva de lo que el estudiante debe hacer en determinada situación.

La construcción de una lista de cotejo o control comienza cuando el docente realiza el análisis de la tarea del procedimiento que desea evaluar. Se registra exclusivamente la presencia o ausencia de la conducta descripta.

Ejemplo⁶:

ALUMNO:..... FECHA:		
<i>Objetivo: en la consulta prenatal, el estudiante, será capaz de medir la tensión arterial.</i>		
<i>Conductas a observar:</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
1. <i>Explica a la paciente lo que va a hacer (por ej., "esto le apretará el brazo, pero no le hará daño", y pregunta si se ha medido alguna vez la presión sanguínea.</i>		
2. <i>Explica la presión sanguínea con términos que la paciente pueda comprender.</i>		
3. <i>Comprueba el tamaño del manguito del aparato:</i>		
<i>a) Compara la anchura del manguito con el diámetro del brazo.</i>		
<i>b) Selecciona un manguito del tamaño apropiado: un 29% aproximadamente más grande que el diámetro del brazo.</i>		
4. <i>Controla que el brazo esté descubierto.</i>		
5. <i>Centra la vejiga del manguito sobre la arteria braquial.</i>		
6. <i>Coloca, convenientemente apoyado, el brazo al nivel del corazón.</i>		
7. <i>Toma el pulso por palpación:</i>		
<i>a) Palpa la arteria braquial o radial.</i>		
<i>b) Infla el manguito hasta que no percibe el pulso arterial.</i>		
<i>c) Infla el manguito más de 1,33 kPa (10 mmHg).</i>		
<i>d) Desinfla el manguito a una velocidad de menos de 0,4 kPa (3mmHg)/ seg.</i>		
<i>e) Registra el valor en kPa cuando se palpa de nuevo el pulso arterial.</i>		
<i>f) Desinfla completamente el manguito.</i>		
8. <i>Espera 30 segundos dejando el brazo en descanso (puede medir el ritmo cardíaco en este período).</i>		
9. <i>Coloca de nuevo el brazo al nivel del corazón.</i>		
10. <i>Coloca el diafragma del estetoscopio sobre la arteria braquial.</i>		
11. <i>Infla el manguito hasta 2,67 kPa (20 mmHg) por encima de palpación.</i>		
12. <i>Registra la presión sanguínea por auscultación.</i>		
<i>a) Registra los kPa cuando se oye el 1er. sonido cardíaco.</i>		
<i>b) Registra los kPa cuando el sonido se apaga.</i>		
<i>c) Registra los kPa cuando desaparece el sonido.</i>		
13. <i>Coloca de nuevo el brazo en descanso.</i>		
14. <i>Ofrece a la paciente la oportunidad de formular preguntas.</i>		

⁶Katz FM, Snow R. Evaluación del rendimiento de los trabajadores del salud. Cuadernos de salud pública N° 72. OMS. Ginebra 1981

¿Cómo se utiliza una lista de control?

- ▶ El docente debe conocer muy bien la lista que expresa la secuencia del procedimiento. Esto facilitará que no tenga que leer todo el instrumento mientras esté observando el desempeño y no "se pierda detalles" importantes, especialmente referidos a la comunicación no verbal.
- ▶ Tildará **Si** cuando realice correctamente la acción descrita y **No** cuando no la realice o cuando la realice incorrectamente. Una manera de simplificar el registro es agregar una sola columna a cada una de las conductas específicas y tildar o poner una cruz en el caso en que la misma aparezca y se realice de forma correcta.
- ▶ El docente deberá fijar previamente el nivel de exigencia. En general es del **100% de acierto**. Es decir que tiene que realizar todas las acciones descritas para considerar que se ha logrado el objetivo.
- ▶ Es importante que el alumno sepa siempre cuál es el criterio con el que se lo está evaluando y que esté familiarizado con los instrumentos que se utilizan para observar su desempeño.

El docente observará **varias veces** la conducta del estudiante en distintas oportunidades. En una misma lista se pueden colocar casilleros para registrar las observaciones realizadas en distintas oportunidades.

Ejemplo:

ALUMNO:								
Objetivo	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tarea:								
1.								
2.								
3.								
etc.								

Las listas de cotejo o control dan información muy precisa sobre los errores cometidos; información útil tanto para el docente como para el alumno para orientar el aprendizaje.

Supongamos que se ha observado un alumno con la lista de Medición de la tensión arterial y se han obtenido los siguientes resultados:

Ítem 1,2,9 y 14: No

Ítem 3,4,5,6,7,8,10,11 y 13: Sí

En el sentido de dar feedback a un alumno no es lo mismo decirle que se ha desempeñado "más o menos bien" que informarle que "deberá fijarse siempre que el brazo del paciente se encuentre al nivel del corazón ya que lo ha tenido en cuenta sólo la primera vez que realizó la maniobra". O que "el procedimiento técnicamente ha estado correcto pero que ha fallado en los aspectos que hacen a la comunicación con el paciente ya que no ha ofrecido oportunidades para la formulación de preguntas".

Luego de analizar los resultados el docente debe tomar decisiones que ayuden a optimizar el aprendizaje: explicar la significación que tiene la postura del brazo, la importancia de establecer una buena relación con el paciente, programar más tiempo de prácticas, trabajar con material bibliográfico, realizar nuevas demostraciones didácticas, etc.

Si el docente advierte que el logro de un objetivo presenta muchas dificultades que se repiten en varios estudiantes, tendrá que decidir si es necesario enseñar nuevamente el procedimiento y volver a evaluar, hacer hincapié en los pasos en los que ha fallado la mayoría, proponer, a los estudiantes con mayores dificultades nuevas prácticas supervisadas por los alumnos más aventajados, etc.

Estas orientaciones y reajustes se hacen a lo largo del proceso en función de los distintos ritmos de aprendizaje de cada alumno. La intención es que la mayoría de los estudiantes lleguen a la evaluación final con el máximo de rendimiento posible.

Si el alumno realiza satisfactoriamente todo el procedimiento o maniobra, el docente decide que el objetivo correspondiente ha sido logrado.

Recuerde:

Como en cualquier instrumento de evaluación para aumentar la objetividad es conveniente que los docentes que utilicen una misma lista para evaluar desempeño, se pongan de acuerdo en los componentes de la destreza a observar, en la secuencia de la ejecución y en la valoración (cuando una ejecución se considerará correcta).

Ejemplo⁷:

Objetivo: El estudiante será capaz de enseñar a una madre a administrar la medicación a su hijo. Califique, colocando una X, el desempeño en cada paso o tarea utilizando los siguientes criterios:

SI = Satisfactorio: realiza el paso o tarea de acuerdo con los procedimientos o pautas estándar

NO = Insatisfactorio: no realiza el paso o tarea de acuerdo con los procedimientos o pautas estándar

N/C = No observado: no corresponde la realización del paso o tarea

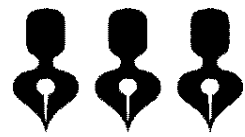
PASO/ TAREA	SI	NO	N/C
1. <i>Determina los medicamentos y dosis apropiados para la edad o el peso del niño. Utiliza la cartilla TRATAMIENTO PEDIÁTRICO.</i>			
2. <i>Señala a la madre el motivo de la administración del medicamento, incluyendo: por qué prescribió el medicamento y qué problema solucionará.</i>			
3. <i>Demuestra cómo se mide la dosis.</i>			
4. <i>Observa a la madre mientras practica la medición.</i>			
5. <i>Solicita a la madre que administre la primera dosis.</i>			
6. <i>Explica cómo administrar el medicamento, rotula y envasa el producto. Indica a la madre la dosis, el número de dosis por día, el momento de administración (a la mañana, con el almuerzo o la cena, antes de acostarse) y durante cuántos días. Escribe la información en el rótulo. Formula preguntas para verificar si la madre comprendió cómo debe proceder.</i>			
7. <i>Si es preciso administrar más de un medicamento, prepara, cuenta y envasa cada uno por separado. Explica a la madre la finalidad de cada medicamento.</i>			
8. <i>Explica que para completar el tratamiento, el niño debe recibir todos los comprimidos o cucharadas de jarabe, aun cuando mejore.</i>			
9. <i>Verifica si la madre comprendió las instrucciones. Formula preguntas de control.</i>			

El uso de listas de cotejo o control se plantea aquí como recurso para la evaluación pero es necesario tener en cuenta que también es un instrumento idóneo para orientar y ajustar el proceso de aprendizaje, especialmente en los Trabajos Prácticos.



*En el Anexo 1
encontrará otros
ejemplos de listas de
control*

⁷ Modificado de Manual in improving teaching skills WHO/OPS (en prensa) 2002



EJERCICIO N° 2

Para reafirmar la importancia de la utilización de las listas de control le proponemos las siguientes reflexiones:

- ▶ ¿A cuál de las siguientes profesiones u ocupaciones se encuentra más cercano la tarea de un médico, un cirujano por ejemplo?
 - a) Cantante
 - b) Jugador de fútbol
 - c) Piloto de avión
 - d) Vendedor de indumentaria¿Por qué?

- ▶ Lea el siguiente artículo aparecido en Clarín a propósito del accidente aéreo en Aeropuerto del 31 de agosto de 2000 y responda:

¿Qué similitudes y diferencias puede establecer entre la enseñanza y evaluación de las competencias de un piloto de avión y las de un profesional de la salud?

Miércoles 26 de abril de 2000

EL INFORME SOBRE LA CARRERA DEL COMANDANTE DEL BOEING QUE SE ESTRELLÓ EN LA COSTANERA

LAPA dice que su piloto era estándar

El director de la línea dijo que cualquiera puede tener tropezones en su carrera. Y admitió que algunas veces los pilotos con problemas vuelan con supervisores, pero que Gustavo Weigel no lo había hecho.

SILVINA SCHUCHNER

Los informes negativos sobre el piloto Gustavo Weigel, que demuestran que en varias oportunidades no realizaba los chequeos obligatorios - omisión que habría causado el accidente del vuelo que se estrelló en la Costanera y dejó 67 muertos, el 31 de agosto pasado-, no son para LAPA más que "comentarios aislados sacados de contexto". El director general de la línea aérea, Ronnie Boyd, insistió ayer que Weigel "cumplía con los requerimientos y estaba habilitado para volar".

De acuerdo con el informe de antecedentes laborales del piloto, que fue secuestrado el mes pasado de las oficinas de

LAPA -y que publicó ayer **Clarín-**, unos de los problemas que más se reiteran son el **incumplimiento de distintas listas de chequeos obligatorios y el desconocimiento de la lista de emergencia, que es indispensable conocer de memoria, porque si ocurre algo inesperado no hay tiempo de leerla.**

"Lento", así lo catalogó el informe. "Piloto estándar", es como lo definió el director de Lapa.

-¿Qué es un piloto estándar?

-Un piloto promedio, que cumple con los requerimientos y está perfectamente habilitado para volar.

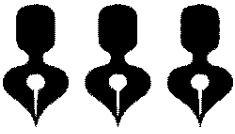
-¿Cuántos de los pilotos Lapa considera que son estándar?

-El 80 por ciento.

-¿No les preocupó las pruebas reprobadas y recomendaciones que le hacían al piloto Weigel después de los exámenes?

-Cualquiera puede tener tropezones en algún examen. Pero los resultados que se conocieron estaban sacados de contexto y dichos por un perito que ni siquiera daba su nombre. Todo profesional a lo largo de su carrera tiene mejores y peores calificaciones en alguna que otra materia. Los señalamientos que se hacen son positivos, para que mejore. Hasta a un atleta olímpico se le señalan cosas que puede mejorar.

-Estamos hablando de un



piloto que había reprobado más de una vez e incluso había bajado de categoría, a copiloto.

-El hecho de tener una dificultad no lo descalifica para que luego vuelva a intentarlo, se complemente o se enriquezca su conocimiento y luego pase esa materia.

-¿Qué hace la empresa cuando recibe informes negativos, o con recomendaciones, de alguno de sus pilotos?

-El piloto tiene que reforzar los puntos que se le señalan y en ciertas circunstancias vuela con un supervisor.

-¿Weigel voló con supervisor?

-No, no necesariamente.

-Según fuentes de la investigación, hay algunos puntos oscuros en la foja de servicios del piloto. Por ejemplo, ¿por qué voló en 1996 un avión que otro piloto había rechazado por severos problemas de mantenimiento? o ¿por qué no figura el examen para pilotear Boeing 737, como el que provocó el accidente?

-Los pilotos tienen la atribución de rechazar un vuelo. Este hombre aceptó el vuelo después que otro lo había rechazado. El piloto estaba perfectamente habilitado para ser comandante de un 737-200.

- A partir del accidente, ¿LAPA ajustó los controles?

-Todos los procedimientos de habilitaciones recurrentes se cumplían y se siguen cumpliendo de la misma manera. Todo accidente es un llamado de atención. Fue el peor accidente que tuvo la línea. La empresa tomó nota de lo que ocurrió.

-¿Las secuelas del accidente repercuten en las ventas?

-No, en los pasajes ya no se notan. Para Semana Santa vendimos un 3,5% más que el año pasado, mientras el mercado declinó entre un 3% y 4% en lo que va del año.



Compare sus respuestas con las que figuran en la clave de respuestas.

Compendio

Escalas de evaluación

Ayudan al observador, del mismo modo que las listas, a centrarse en aspectos específicos y observables.

Están estrechamente ligadas a las listas de control en cuanto a forma, aplicación y utilidad.

La diferencia consiste en que incluyen la **variabilidad, el grado** con que una determinada conducta aparece y no sólo verifican la presencia o ausencia de determinadas conductas (como lo hacen las listas).

La ventaja que tienen sobre las listas de control es que permiten registrar el grado o la frecuencia en el que un determinado comportamiento se presenta.

El primer paso para construir una escala consiste en especificar el objetivo.

"Que los alumnos sean capaces de comportarse responsablemente" es un objetivo valioso para cualquier docente, pero lo que significa "ser responsable" para un docente no siempre coincide con el criterio de responsabilidad de otro.

Las escalas pueden ser numéricas y / o descriptivas. Usualmente las escalas de evaluación se construyen en forma mixta o combinada, en las que aparece el valor numérico con una descripción del significado.

Escalas numéricas: la intensidad del rasgo observado se representa por números: 5, 4, 3, 2, 1, en donde, por ejemplo 5, significa excelente; 4: muy bueno; 3: bueno; 2: regular; 1: deficiente. Una escala puede tener un número variado de categorías, en general oscilan entre 3 y 7. Se puede pensar que si las mediciones requieren una alta precisión el número de categorías será más elevado (5 a 7).

Otras categorías para escalas pueden ser:

- En gran medida- Moderadamente- Muy poco- Nada.
- Excelente- Superior- Media- Inferior- Deficiente.
- Necesita perfeccionamiento- Realización aceptable- Realización excelente.

Escalas descriptivas: implica una descripción verbal más completa de los puntos a lo largo del continuum. Normalmente se emplea también un orden gráfico construyendo una **escala descriptiva gráfica**.

Se construyen con una línea horizontal dividida en partes iguales. El observador marca el lugar de la línea que describe mejor la conducta del individuo.

Ejemplo⁸:

Escala de evaluación

RENDIMIENTO DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD	
HABILIDAD PARA TRABAJAR CON OTROS	
5 ————— 4 ————— 3 ————— 2 ————— 1	
Maneja las relaciones personales con tacto y de modo razonable, y obtiene una cooperación satisfactoria. Responde favorablemente a la crítica constructiva y ayuda cuando es capaz de hacerlo.	Es incapaz de tratar con otros sin entenderlos. Se queja siempre, no responde a la crítica constructiva y no ayuda a otros, a no ser que se le ordene hacerlo.
OBSERVACION DE LAS REGLAS DE SEGURIDAD	
5 ————— 4 ————— 3 ————— 2 ————— 1	
Se que se le ordena al instructor, observa cuidadosamente las reglas de seguridad a fin de protegerse a sí mismo y de proteger a los demás, y al local y el equipo contra cualquier daño.	No observa las reglas de seguridad a menos que se lo exhorten el instructor. Le una fuente constante de riesgo para sí mismo, los demás y la parte contraria del local.
ORDEN Y UTILIZACION DEL EQUIPO, LOS MATERIALES Y LA ZONA DE TRABAJO	
5 ————— 4 ————— 3 ————— 2 ————— 1	
Es concienzudo en el cuidado y la utilización apropiada del equipo y realiza los análisis sin utilizar una cantidad excesiva de material. Cuando termina, coloca de nuevo el equipo y el material en sus lugares correspondientes y limpia la zona de trabajo.	Provoca el caos en la zona de trabajo. El trabajo se caracteriza por un desperdicio general y por la falta de orden y limpieza. Incorporta a los demás al no colocar el equipo y el material en sus lugares correspondientes y no limpia la zona de trabajo a no ser que se le exhorten que ha de hacerlo.
COMUNICACION (ORAL)	
5 ————— 4 ————— 3 ————— 2 ————— 1	
Puede explicar realmente los principios de las pruebas, interpretar los resultados y responder a las preguntas con educación y tacto utilizando un lenguaje claro y conciso. Sus registros por escrito son nítidos y legibles.	Es incapaz de transmitir realmente conocimientos o información acerca de los principios de las pruebas y los resultados y no puede responder a las indagaciones de forma aceptable.
COMUNICACION (ESCRITA)	
5 ————— 4 ————— 3 ————— 2 ————— 1	
Los registros por escrito son nítidos y legibles.	Los trabajos escritos son ilegibles y desordenados.
RELACION DE LOS CONOCIMIENTOS	
5 ————— 4 ————— 3 ————— 2 ————— 1	
Demuestra que recuerda hechos y principios muy relacionados entre sí (valores normales, estándares intermedios, situaciones fisiológicas comunes, técnicas de prueba apropiadas).	No demuestra que recuerda hechos y principios muy relacionados entre sí.
APLICACION DE LOS CONOCIMIENTOS	
5 ————— 4 ————— 3 ————— 2 ————— 1	
Es capaz de aplicar sus conocimientos sobre hechos y principios muy relacionados entre sí en la realización de las técnicas habituales y en la interpretación de los resultados.	Es incapaz de aplicar sus conocimientos sobre hechos y principios muy relacionados entre sí de modo que le es difícil realizar las técnicas con éxito o interpretar los resultados.
PUNTUALIDAD	
5 ————— 4 ————— 3 ————— 2 ————— 1	
Llega a la hora al lugar que corresponde.	No efectúa ningún esfuerzo para llegar a la hora, ni trata de justificar sus acciones, y no demuestra ninguna mejora después de advertencias repetidas.

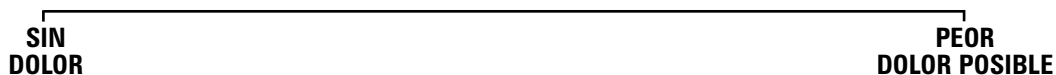
⁸ Katz F M. Snow R. (1981) Evaluación del rendimiento de los trabajadores de la Salud. Cuaderno de Salud Pública N° 72. OMS. Ginebra.

Ejemplo: *

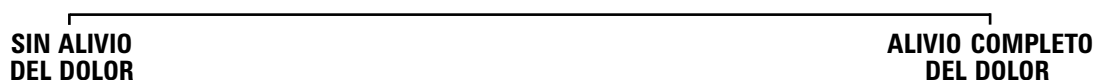
Escalas evaluativas que se usan en la práctica clínica.

1. Escala visual analógica (EVA)

Instrucciones: Marque en la línea de abajo cuan fuerte es su dolor en este momento

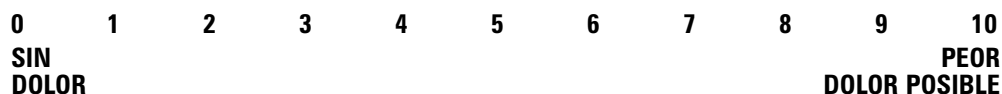


Variante: Escala visual Analógica de Alivio del Dolor (EVA Alivio)



2. Escala de Valores Numéricos (EVN).

Instrucciones: Elija un número de 0 a 10 que indique cuan fuerte es su dolor en este momento



Variante: Escala de Casillas de Valores Numéricos

Instrucciones: elija una casilla numérica que indique cuán fuerte es su dolor en este momento



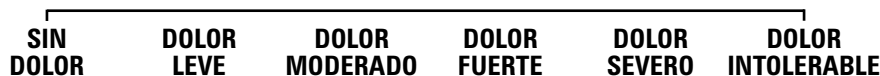
3. Escala de Descriptores Verbales (EDV).

Instrucciones: elija la palabra que mejor describa su dolor en este momento.

LEVE INCÓMODO INTENSO HORRENDO AGONIZANTE

Variante: Escala Gráfica de Descriptores Verbales

Instrucciones: Marque en la línea de abajo para indicar la intensidad de su dolor.



Savedra M, Tesler M, Holzemer W, Wilkie D, Ward J: Testing a tool to assess postoperative pediatric and adolescent pain. En Tyler D F, Krane E J, Editores: Advances in Pain Research and Therapy Vol. 15 pag. 87. N. Y. Raven Press 1990

4. Escala Frutal Analógica (EFA).

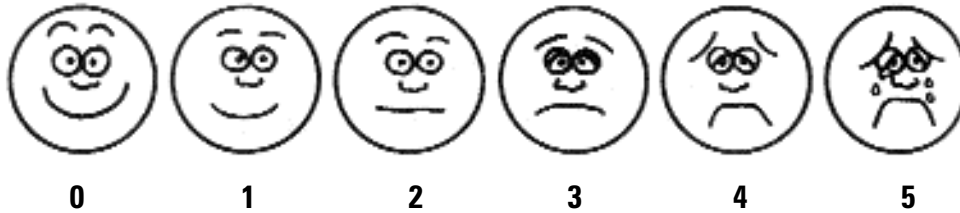
Instrucciones: explique al paciente que debe elegir la fruta que mejor represente la intensidad (el tamaño) de su dolor. La sandía, por ejemplo, expresa el peor dolor posible.



*Cedynia 1997/98 Módulo N° 2. Programa de Educación a Distancia. Buenos Aires.

5. **Escala Facial de Dolor.**

Instrucciones: explique al niño que cada cara es para representar a una persona que se siente feliz porque no tiene ningún dolor o triste porque tiene algún o mucho dolor. Dígale al niño que elija la cara que mejor describa su dolor actual. Esta escala es recomendable para niños de 3 años y más.

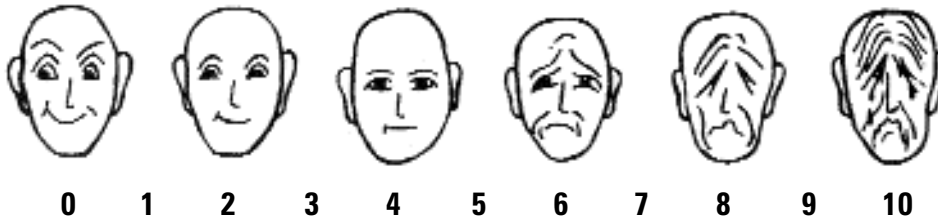


Cara 0: es muy feliz porque no tiene ningún dolor. **Cara 1:** duele muy poquito. **Cara 2:** duele un poquito más. **Cara 3:** duele bastante más. **Cara 4:** duele mucho. **Cara 5:** duele tanto como uno se puede imaginar, sin embargo no tienes que estar llorando para sentirte tan mal.

Publicada originalmente por Whaley, L. And Wong, D.: Nursing Care of Infants and Children, 1987, p. 1070. Research reported in Wong, D and Baker, C.: Pain in children: comparison of assesment scales. Pediatric Nursing 14 (1): 9-17, Jan-Feb 1988.

Variante: Escala Facial de Dolor.

Pain 41:144. 1990



La información que proporcionan las escalas de evaluación es superior a la incluida en una lista de cotejo. Nos informan particularmente de lo que es capaz de hacer el alumno: hasta dónde llegó y cuánto es lo que le falta.

Cuando evaluamos un aspecto cualquiera del desempeño en una lista de control sabemos si lo ha realizado correctamente o no lo ha realizado. La información que nos brinda la escala va un poco más allá ya que permite saber cómo lo ha hecho: lo que facilita una mejor orientación al estudiante.

Recuerde:

- Las escalas de evaluación son similares a las listas de cotejo en cuanto a forma, aplicación y utilidad.
- Se diferencian de las listas de cotejo, en que además de verificar si las conductas están presentes o ausentes, incluyen la variabilidad con que aparecen.
- Se afirma que cuanto más específicas son las conductas registradas, más válida, confiable y objetiva será la evaluación.
 - Validez: es la precisión con que una prueba mide la conducta especificada en el objetivo.
 - Confiable: aplicada la prueba en diversas oportunidades, arroja resultados similares.
 - Objetividad: una prueba es más objetiva cuanto menor es la divergencia entre evaluadores.



"El resultado de un examen debería predecir los falsos negativos y, sobre todo, los falsos positivos. En otras palabras, debería ser fiable y válido."

Van der Vleuten C.⁹

Tanto las listas como las escalas se pueden utilizar en los consultorios externos, la guardia, la sala de internación, en cada situación en la que el estudiante se encuentre con un paciente. Sin embargo, en algunas oportunidades será conveniente organizar situaciones simuladas en las cuales el alumno o el residente podrán demostrar su competencia. En estas situaciones se encontrarán:

- una persona que representa el papel de paciente,
- el alumno que representa el papel de profesional
- el docente que observa el desempeño siguiendo punto por punto la secuencia detallada en una lista de cotejo.

Las situaciones simuladas y controladas permiten la evaluación de los objetivos que el docente se ha propuesto para ese curso, ya que si bien en las situaciones de consulta habitual los estudiantes se encuentran con una amplia variedad de pacientes, no todos ellos responden a los propósitos de la enseñanza.

⁹Van der Vleuten C. Validity of final examinations in undergraduate medical training. BMJ. 2000; 321(11): 1217-22.



EJERCICIO N° 3

Retome la tarea realizada en el Ejercicio N° 1 de este Módulo.

1. Construya una Lista de Cotejo o Control a partir del Análisis de Tarea correspondiente al objetivo del área psicomotora.
2. Revise la lista con algún colega para constatar que no ha omitido ningún paso.
3. Observe el desempeño de varios estudiantes (entre 3 y 5) utilizando la lista de Control.
También pueden observar el desempeño de algunos miembros del servicio de salud.
4. Analice los datos obtenidos.
¿Considera que los alumnos han logrado el objetivo propuesto?
¿Los profesionales realizan satisfactoriamente el procedimiento?
¿Qué decisiones tomarían en base a los resultados obtenidos?
5. Reflexione en qué medida la construcción y utilización de este instrumento le ha permitido hacer una evaluación más objetiva de sus estudiantes.

Si lo desea en lugar de evaluar un procedimiento, puede evaluar una actitud comenzando por la operacionalización de la misma y luego desarrollando una escala.



*Este ejercicio no tiene clave de respuesta.
Encontrará ejemplos de diferentes listas
de control en el Anexo 1
y escalas de evaluación en el Anexo 2.*



A continuación se describen dos instrumentos para la evaluación de las competencias clínicas.

Ambos se basan, fundamentalmente, en la observación directa del desempeño de un sujeto en una situación "práctica".



"Las preguntas de elección múltiple, de ensayo y exámenes orales podrían usarse para medir recuerdo factual y aplicación de conocimientos, pero métodos más sofisticados se necesitan para evaluar la competencia clínica, incluyendo la observación directa del desempeño en casos cortos y largos, el examen clínico objetivo estructurado, y la utilización de pacientes estandarizados. La meta de la evaluación en educación médica continúa siendo el desarrollo de medidas confiables del desempeño del estudiante, que a la vez tiene que predecir su competencia clínica, también tiene (la evaluación) un rol formativo y educativo."

Wass V¹⁰

Examen de Competencia Clínica Objetivo Estructurado. ECEO



"... la evaluación de desempeño "in vitro" en la que se utilizan distintas situaciones que imitan lo que ocurre en la vida real, pero en un contexto homogéneo y controlado. Para la evaluación del desempeño se utilizan distintas técnicas y modelos. En este momento el más popular y probablemente el mejor estudiado y validado es el Examen Clínico Objetivo estructurado (ECEO), que en la literatura de habla inglesa se representa con la sigla OSCE."

Carlos Brailovsky¹¹

El ECEO, a diferencia de los métodos tradicionales permite evaluar de manera integrada, conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas.

¹⁰Wass V Van der Vleuten C y col. Assessment of clinical competence. Lancet 2001 24;357 (9260): 945-9

¹¹Brailovsky C. op cit. p 112

Ejemplo:

Ejemplos de competencia que se pueden evaluar con el ECEO

- *Confección de Historia clínica: capacidad para ordenar, jerarquizar y relacionar datos; claridad para expresar su pensamiento médico; cumplimiento de las normas institucionales en el llenado de la Historia Clínica.*
- *Realización del Examen físico: acercamiento al paciente, secuencia y prolijidad del examen, técnica de las maniobras semiológicas, adecuación al motivo de consulta y edad del paciente.*
- *Solicitud de Exámenes complementarios: oportunidad para solicitarlos, secuencia. Interpretación de resultados.*
- *Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: criterio para indicar procedimientos invasivos (colocación de vías parenterales, punción lumbar, intubación endotraqueal), técnica y destreza para realizarlos (con maniqués o simuladores), prevención de complicaciones.*
- *Diagnóstico: jerarquización según edad, frecuencia y factores epidemiológicos. Interpretación de datos clínicos.*
- *Tratamiento: indicaciones para enfermería, prescripción al paciente, adecuación a las posibilidades de la familia, medidas generales.*
- *Seguimiento: adecuación a la patología, a la familia y al medio.*
- *Prevención: inclusión de medidas de prevención en todas las consultas.*
- *Relación médico-paciente: Habilidades de comunicación (adecuación del lenguaje, habilidad para conducir una entrevista, claridad para expresarse). Actitudes (amabilidad, tono de voz, interés por el entorno familiar y social del paciente, actitud frente a problemas económicos).*

Este instrumento está compuesto por una serie de casos clínicos, muy bien estructurados, generalmente denominados "estaciones", en cada una de las cuales se coloca al estudiante frente a una situación clínica.

El estudiante puede encontrarse con un paciente simulado¹² al que debe interrogar, dar un diagnóstico o explicar un tratamiento, con un video, con un estudio diagnóstico que debe interpretar, con un maniquí en el que debe efectuar un procedimiento, etc.

En las estaciones en las que se requiere la observación directa de conductas (entrevista, examen físico, procedimientos, etc.) hay un "observador" con una lista de cotejo o escala de evaluación previamente elaborada en la que tilda los ítem que el estudiante cumple en forma correcta.

Hay estaciones que requieren respuestas escritas (formulación de un plan diagnóstico para un paciente visto en una estación anterior, informe de una radiografía, confección de las indicaciones escritas para enfermería). En estos casos hay una "Hoja de Respuestas" que el estudiante debe completar y dejar en una urna o bolsa a la salida de la estación.

En todos los casos las respuestas correctas y los puntajes están establecidos de antemano, esto aumenta la objetividad de las pruebas.

¹² Paciente simulado: persona especialmente entrenada para representar el papel de enfermo que consulta. Esta persona representa su "papel" de la misma forma ante todos los estudiantes o residentes, por eso se denomina "paciente estandarizado". Todos los sujetos son evaluados en una misma situación, el desempeño de varios estudiantes es evaluado en la misma situación controlada.

Tanto lo pacientes simulados como los observadores reciben entrenamiento para lograr la estandarización, es decir, todos los pacientes "actúan" la misma situación y todos los observadores observan e interpretan los hechos del mismo modo independientemente del estudiante que está rindiendo la prueba. Generalmente los observadores son docentes o profesionales del área explorada aunque hay experiencias, en algunas habilidades específicas, por ejemplo las de comunicación, en la que los mismos pacientes simulados completan la escala o lista de control.

Ejemplo:

Escala para evaluar habilidades de comunicación en una entrevista clínica a completar por el paciente simulado.¹³

<i>1. Apariencia cuidada, buena higiene, postura corporal correcta</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Regular		Bastante		Mucho		
<i>2. Escucha adecuada, no interrumpe, está atento, mira mientras habla</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Regular		Bastante		Mucho		
<i>3. Cordialidad, realiza un buen recibimiento, sonrío</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Regular		Bastante		Mucho		
<i>4. Respeto, en ningún momento critica o realiza juicios peyorativos</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Regular		Bastante		Mucho		
<i>5. Tranquilidad, se mantiene sereno, con control emocional</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Regular		Bastante		Mucho		
<i>6. Optimismo, ve los aspectos positivos de las situaciones, intenta dar ánimo al paciente</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Regular		Bastante		Mucho		
<i>7. Contacto, el contacto físico en el momento de hacer exploraciones o saludar es cuidadoso y amable</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Regular		Bastante		Mucho		
<i>8. Interés, se interesa por las opiniones, creencias, valores, preocupaciones o emociones del paciente</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Regular		Bastante		Mucho		
<i>9. Expresión inteligible, se expresa de manera clara durante toda la entrevista</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Regular		Bastante		Mucho		
<i>10. Empatía, delante de las emociones intensas del paciente (dolor, ansiedad, alegría) participa o se solidariza o las entiende para reconvertirlas.</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Regular		Bastante		Mucho		

Basada en una escala Likert de cinco niveles de valoración; cuando el paciente estandarizado se decidía por uno de ellos, le adjudicaba luego la correspondencia numérica que creía más oportuna.

¹³ Extraído de Kronfly et al op cit

Como siempre, se debe comenzar por revisar y seleccionar los objetivos de aprendizaje a evaluar. Luego es necesario construir la tabla de especificaciones o matriz de competencias", para recién después elaborar los casos o situaciones clínicas.

Diferentes experiencias en la implementación del examen muestran que el número total de casos varía entre 5 y 40. Está demostrado que el buen desempeño en un caso o estación no predice un buen desempeño en las demás.



"Se observó que el desempeño de los alumnos en las estaciones, fue muy variable; la calidad del desempeño parece estar determinada más por el conocimiento específico y la experiencia de los alumnos en relación al caso, que en una habilidad general para resolver problemas. Se ha comprobado que cuanto mayor sea el número de casos que se evalúan será mayor la confiabilidad"

Trejo Mejía JA¹⁴

También varía el tiempo destinado a cada situación entre 5 y 15 minutos aproximadamente.

La duración de una estación depende de la complejidad de los objetivos que se desean evaluar



"La validez de contenido de la prueba se aseguró mediante la selección sistemática de casos que fueran los más representativos de la práctica clínica, siguiendo criterios de prevalencia y relevancia y, además buscando una amplia distribución interdisciplinaria"

Eduardo Kronfly¹⁵

Ejemplo:

Algunos ejemplos de problemas/ casos para incluir en las estaciones de un ECEO

- Dolor lumbar
- Disnea
- Embarazo
- Dolor abdominal
- Disuria
- Problemas de contracepción
- Diabetes
- Punción articular
- Informe de consulta para el médico tratante
- Intoxicación Temprana
- Cólicos del recién nacido
- Tos nocturna del niño
- Acné
- Cansancio
- Angina
- Hipertensión
- Cuidados paliativos

¹⁴Trejo-Mejía JA, Larios-Mendoza H, Cortés-Gutiérrez MT; Competencia Clínica en el área de Medicina Familiar. Arch Med Fam 2000; 2 (3): 65-74

¹⁵Kronfly E et al. (2001) El Proyecto "COMCOR". Análisis de un método basado en pacientes simulados, para la evaluación de estudiantes de tercer curso de medicina. En Educación Médica Vol 4 Núm 4. pp187-193

Para cada problema o situación clínica es necesario identificar las tareas clínicas específicas a realizar y que deben ser dominadas por los candidatos, sobre todo los desempeños más críticos para la solución de los problemas.

Ejemplo:

Tabla de especificaciones. Matriz de competencias a evaluar del área de Cirugía.¹⁶

<i>Competencia del médico general</i>	<i>Interrogatorio</i>	<i>Examen Físico</i>	<i>Interpretación de Estudios de laboratorio Imagen EEG</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>Tratamiento o Plan de Manejo</i>
<i>Enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia hiatal</i>					
<i>Úlcera gástrica y duodenal</i>					
<i>Apendicitis</i>					
<i>Pancreatitis aguda y crónica</i>					
<i>Abdomen agudo</i>					
<i>Oclusión intestinal</i>					
<i>Hernias de pared abdominal</i>					
<i>Etc.</i>					

Para cada una de las patologías los docentes deberán acordar cuál debe ser el nivel de manejo o profundidad de la competencia para un médico general.

La mayoría de las veces, las situaciones son elaboradas por un grupo de profesionales docentes del área que se desea evaluar, teniendo una versión preliminar de los casos es necesario validarlos. Se pueden mostrar los casos, los instrumentos derivados (listas de control, estaciones de respuesta, etc.) y los materiales de apoyo (radiografías, electrocardiograma, resúmenes de historias clínicas, etc.) a especialistas o expertos en el tema y a otros docentes de otras áreas, analizarlos, discutir y decidir en función del acuerdo la versión final que se aplicará con los estudiantes.

Antes de implementar el examen es necesario definir la puntuación en cada estación y el nivel de aprobación del examen. En la literatura¹⁷ en general aparece el nivel de exigencia en el 60%, tanto

¹⁶ UNAM. Facultad de Medicina. Secretaría de enseñanza Clínica, Internado y Servicio Social. Examen Clínico Objetivo Estructurado. Programa Académico 2002.

¹⁷ Hull AL, Hodder S, Berger B et al. Validity of three clinical performance assessments of Internal Medicine Clercks. Acad Med 1995, 70 (6): 517-522.

Harden RM, Gleesom FA. Assesment of Clinical Competence using an Objective Structured Clinical Examination (OSCE). Med Educ 1979; 13: 41-54.

Trejo Mejía JA, Larios Mendoza H, Velasco Jiménez MT. Evaluación de la competencia clínica de los alumnos al iniciar el internado médico de pregrado. Rev. Fac. Med. UNAM 1998, 41 (3): 108-113.

para cada estación individualmente considerada como para los resultados globales del examen.



*En el Anexo 3
encontrará un ejemplo
de Implementación del
Examen de competencia
clínica en una
residencia de pediatría.*

- La mayor parte de condiciones clínicas pueden representarse: condiciones agudas y urgentes o crónicas, signos físicos (hiperreflexia, problemas al caminar, etc.), para algunas prácticas se pueden utilizar maniquí y/o simuladores (intubación, examen de los senos, etc.)
- El ECEO presenta las siguientes limitaciones:
 - Algunos signos físicos positivos no pueden simularse (hígado, nódulo tiroideo). En estos casos se pueden utilizar verdaderos pacientes.
 - Edad de los pacientes: <5 años, > 75 años
 - Técnicas invasivas
 - Demanda mucho esfuerzo la planificación y construcción de consenso sobre las conductas que se considerarán como correctas.
 - La implementación requiere una cuidadosa organización de los múltiples recursos humanos involucrados y de la infraestructura necesaria.

EECR: Ejercicio de Examen Clínico Reducido (mini-cex)¹⁸

Tanto en la residencia como en el internado, la evaluación "práctica" tradicional, es realizada por un médico de planta experimentado que observa al alumno y/o residente mientras entrevista a un paciente, efectúa el examen físico y escucha la presentación de los hallazgos, el plan de estudios y el plan terapéutico. En general esta forma de evaluación demanda bastante tiempo y tiene importantes

¹⁸Traducido por Alberto Alves de Lima y col. Con autorización del autor J. Norcini.

limitaciones porque el alumno y/o residente es evaluado por un solo observador, en relación a un solo paciente y, casi siempre, la discusión del caso se concentra en un problema específico.

Varios estudios han demostrado que frente a un mismo caso, observadores experimentados difieren en la interpretación del mismo y que el buen desempeño en una situación particular no predice competencia en otras situaciones. Por lo tanto los resultados de un examen práctico tradicional, con un solo paciente y con un solo supervisor son muy poco confiables. Para compensar estas limitaciones es necesario aumentar el número de observaciones y establecer pautas o criterios para sistematizar la observación.

El EECR (mini-cex) es una versión abreviada y sistematizada del tradicional examen práctico con el paciente. Consiste en una interacción corta de 15-20 minutos entre el residente y el paciente bajo la observación de un docente- instructor que utiliza una guía-cuestionario.

Se observan y evalúan siete dimensiones.

Tabla N° 1: Descriptores de las competencias demostradas por el residente durante el EECR

Habilidades para la Conducción de la Entrevista Médica	Facilita la explicación al paciente de su situación, usa eficazmente las preguntas y da instrucciones precisas y adecuadas para obtener la información necesaria; responde apropiadamente a las señales afectivas, verbales y no verbales.
Habilidades para la Conducción del Examen Físico	Sigue una secuencia efectiva y lógica; equilibrio entre los pasos de detección / diagnóstico del problema; información al paciente; sensibilidad al bienestar y pudor del paciente.
Cualidades Humanísticas / profesionalismo	Muestra respeto, consideración, empatía; genera confianza; atiende las necesidades del paciente en cuanto a bienestar, pudor, confidencialidad e innovación.
Criterio Clínico:	Ordena, selecciona los estudios diagnósticos en forma apropiada, considera los riesgos, beneficios.
Habilidades para el Asesoramiento del Paciente:	Explica los fundamentos del estudio/tratamiento, obtiene el consentimiento del paciente; instruye / aconseja con respecto a la conducta a seguir.
Organización / eficiencia	Prioriza; es oportuno; sucinto.
Competencia Clínica Global:	Demuestra criterio, síntesis, atención y cuidado, eficacia y eficiencia.

La presencia o ausencia de cada una de estas conductas es registrada en una planilla o formulario.

Tabla N° 2: Formulario para registro y evaluación.

Ejercicio de Examen Clínico Reducido (EECR)											
Examinador: _____						Fecha: _____					
Residente: _____						<input type="radio"/> R-1		<input type="radio"/> R-2		<input type="radio"/> R-3	
Problema del Paciente / diagnóstico: _____											
Ámbito:		<input type="radio"/> Ambulatorio		<input type="radio"/> Internación Gral.		<input type="radio"/> UTI		<input type="radio"/> UC		<input type="radio"/> Emergencia	
Paciente: Edad: _____		Sexo: _____		<input type="radio"/> Primera Vez		<input type="radio"/> Seguimiento					
Complejidad: <input type="radio"/> Baja		<input type="radio"/> Moderada		<input type="radio"/> Alta							
Énfasis: <input type="radio"/> Recopilación de Datos		<input type="radio"/> Diagnóstico		<input type="radio"/> Terapéutico		<input type="radio"/> Asesoramiento					
1. Habilidades para la Conducción de la Entrevista Médica <input type="radio"/> No se observan)											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
2. Habilidades para la Conducción del Examen Físico <input type="radio"/> No se observan)											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
3. Cualidades Humanísticas / profesionalismo <input type="radio"/> No se observan)											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
4. Criterio Clínico <input type="radio"/> No se observan)											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
5. Habilidades para el Asesoramiento del Paciente <input type="radio"/> No se observan)											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
6. Organización / eficiencia <input type="radio"/> No se observan)											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
7. Competencia Clínica Global como Especialista de Consulta <input type="radio"/> No se observan)											
1 2 3 Insatisfactorio			4 5 6 Satisfactorio			7 8 9 Sobresaliente					
Tiempo de Desarrollo del EECR: Observación _____ min.						Devolución: _____ min.					
Satisfacción del examinador con el EECR											
BAJA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ALTA	
Satisfacción del Residente con el EECR											
BAJA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ALTA	
Comentarios: _____											
_____						_____					
Firma del Residente						Firma del Examinador					

El EECR (mini-cex) es un formato práctico que puede llevarse a cabo en cualquier ámbito, en la sala general, en el consultorio y/o en servicio de emergencias. Los médicos de planta pueden implementarlo fácilmente. En cada uno de estos ámbitos, el residente es evaluado por distintos supervisores utilizando los mismos criterios y la misma guía de observación.

Desarrollado sobre la base de múltiples observaciones a lo largo del tiempo, este método ofrece información válida y confiable sobre el desempeño del residente. Se sugiere realizar al menos cuatro EECR (mini-cex) por año y/o uno en cada una de las rotaciones de la residencia.

Una vez finalizada la consulta y luego de analizar con el residente las posibles estrategias diagnósticas y terapéuticas, el supervisor completa el cuestionario y hace una devolución al alumno.

Una vez completado el formulario, se debe entregar el "original" al director del programa y la "copia" al residente. Se utiliza una escala de calificación de tres categorías: Insatisfactorio (1-2-3) Satisfactorio (4-5-6) y Sobresaliente (7-8-9)

La puntuación 4 se define como "marginal", lo que significa que es necesaria una nueva evaluación (recuperatorio).



Si le interesa profundizar sobre este instrumento, le recomendamos la lectura de los trabajos de Norcini que figuran en la Bibliografía.

Recuerde:

- Nunca deben tomarse decisiones basándose en una sola observación o en la aplicación de un solo instrumento.
- Siempre los estudiantes deben recibir información sobre su desempeño.

Comunicación de los Resultados

Brindar feedback al estudiante

Nuevamente queremos hacer hincapié en la importancia que tiene este momento en el proceso de evaluación. Si bien los resultados de la evaluación de las destrezas y las actitudes generalmente se terminan traduciendo también en una nota, es importante reflexionar acerca de la devolución de los resultados de una manera cualitativa y lo más específica posible.

.....

Analice la siguiente situación

Volvamos al ejemplo inicial de este módulo en el que usted concurre al coro de la escuela, muy entusiasmado con la posibilidad de cantar.

El director/a del coro, le toma una prueba, lo hace cantar una estrofa de una canción popular.

Usted termina de cantar y, realmente, cree que lo ha hecho más que bien. Sin embargo se le informa de su desempeño de alguna de las siguientes maneras:

"Bueno, muchas gracias, si lo seleccionamos lo llamaremos por teléfono, por favor deje sus datos".

"Está bien, gracias, es suficiente. Mañana pondremos un listado en la cartelera de la escuela con los padres que han sido seleccionados. Adiós"

- ▶ Intente ponerse en situación y describir cuál es su sentimiento.

.....
.....
.....

- ▶ Especifique qué le hubiera gustado que le digan

.....
.....
.....

- ▶ Si mañana leyera en el diario local, que hay una prueba para el coro de la iglesia de su barrio, ¿se presentaría? ¿Por qué?

.....
.....
.....


Ahora pensemos en la comunicación de resultados a los estudiantes.

- ▶ Luego de finalizada la ejecución de un procedimiento, ¿Qué significado puede tener para un estudiante la siguiente frase habitual "Tenés que practicar más"

.....
.....
.....

- ▶ ¿Qué información le brinda? ¿Será posible que con esta sólo orientación, la próxima vez, mejore el resultado?

.....
.....
.....
.....

 *"En educación médica, la retroalimentación se refiere a la información que describe el desempeño de los alumnos o el personal en una actividad destinada a guiar la realización futura de esa u otra tarea relacionada. Aunque es un paso clave en la adquisición de destrezas clínicas, a menudo se omite o no se efectúa en forma correcta".*

Jack Ende¹⁹

A pesar de que muchos docentes no planifican un momento específico para dar retroalimentación, los alumnos están muy atentos a las "señales" que sus docentes brindan. La mayoría de las veces esas señales no son verbales por lo que los estudiantes observan las caras, los gestos, el humor de sus docentes e interpretan esa información otorgándole un significado que no siempre es confiable.

La mayoría de las veces los docentes limitan sus comentarios sobre el desempeño de un estudiante a una información evaluativa: "está bien"; "está mal"; "correcto"; "aprobado"; etc. El objetivo del feedback no es juzgar sino describir lo observado para brindar al estudiante una posibilidad de mejorar su desempeño.

En el Módulo 2 se han presentado algunas sugerencias para volver al feedback más eficiente, para que sea aprovechado por el estudiante como una oportunidad de aprendizaje. En la siguiente tabla se presentan algunos parámetros a tener en cuenta.

¹⁹ Ende Jack, MD. (1983) Feedback in medical education. JAMA. 250(8): 777-81

Tabla N° 1: Parámetros bipolares de técnicas de retroalimentación aconsejables y no aconsejables²⁰

No aconsejables	Escala	Aconsejables
Crear un ambiente cerrado, hostil, atemorizante, irrespetuoso	←————→ 0 10	Crear un ambiente abierto, cálido, no atemorizante, respetuoso
No motivar pensamientos y sentimientos antes de la retroalimentación	←————→ 0 10	Motivar pensamientos y sentimientos antes de la retroalimentación
Juzgar	←————→ 0 10	No juzgar
Enfocar la personalidad	←————→ 0 10	Enfocar las conductas
Basar la retroalimentación en rumores	←————→ 0 10	Basar la retroalimentación en hechos observados
Basar la retroalimentación en generalizaciones	←————→ 0 10	Basar la retroalimentación en aspectos específicos
Proporcionar demasiada/ muy poca retroalimentación	←————→ 0 10	Proporcionar retroalimentación suficiente
No sugerir medios de perfeccionamiento	←————→ 0 10	Sugerir medios de perfeccionamiento
Basar la retroalimentación en metas desconocidas o no acordadas	←————→ 0 10	Basar la retroalimentación en metas bien definidas y acordadas

No existe una "receta" que asegure que el feedback sea efectivo, dependerá de la situación y del objetivo o finalidad con que el docente decida retroalimentar a los estudiantes. En la siguiente tabla encontrará algunas sugerencias.

Tabla N° 2: Modelo de retroalimentación²¹

Finalidad	Técnica	Ejemplo
Orientación y ambientación: preparar a los estudiantes para la reunión	Informar a los estudiantes con anterioridad	Concertemos una reunión para analizar vuestro desempeño ¿Cuáles son los objetivos de este módulo/ rotación? ¿Recuerdan qué se esperaba de este procedimiento?
Estimulación: promover la autoevaluación	Preguntar acerca de los logros y los aspectos a perfeccionar Preguntar a los estudiantes cómo se sienten Emplear preguntas abiertas a desarrollar	¿Cómo resultó? ¿Cuáles fueron los aciertos? ¿Qué podría perfeccionarse?

²⁰ Traducido por Diana Perriard de Hewson M et al. (1998) Giving Feedback in Medical Education. Vol 13: 111-116

²¹ Id idem

Continúa de página anterior.

Finalidad	Técnica	Ejemplo
Diagnóstico y retroalimentación: decidir quiénes deben mejorar y cuál es el grado de retroalimentación adecuado; proporcionar retroalimentación de refuerzo y corrección	Ofrecer respuestas a las observaciones referentes a conductas, enfoques o estilos específicos Responder en el contexto de objetivos bien definidos y acordados	Cuando hizo/ dijo me sentí (complacido, tranquilizado, preocupado, extrañado, molesto) porque ...
Plan de perfeccionamiento: desarrollar estrategias de perfeccionamiento específicas	Aceptar sugerencias Proponer sugerencias Sugerir artículos, consultas Enseñar (discutir, demostrar, capacitar)	¿Qué podrían modificar? Yo sugiero ... ¿Dónde pueden obtener ayuda? Volvamos a enfocar el problema Hablemos acerca de esto
Aplicación: aplicar estrategias a situaciones reales	Aplicar el perfeccionamiento planeado a los problemas actuales o futuros	¿Cómo procederán la próxima vez? ¡Quiero que me lo muestren!
Revisión: comprobar si los estudiantes comprenden y están de acuerdo con el tema discutido y concertado	Los estudiantes analizan las conductas a modificar Especificar las consecuencias	¿Qué hicieron bien? ¿Qué cambios efectuarán? ¿Cuándo? ¿Y si no lo logran?

Brindar un feedback adecuado promueve en los estudiantes la reflexión sobre sus fortalezas y debilidades ayudándolos a lograr conductas de autoevaluación. También los instalará en la búsqueda de evidencias sobre las cuales basar sus opiniones y los orientará en el camino de encontrar estrategias para superar sus dificultades. Sin duda todos estos son objetivos valiosos de la formación.

Recuerde:

La retroalimentación efectiva implica:

- establecer un ambiente interpersonal apropiado
- utilizar un ámbito adecuado
- acordar metas
- motivar pensamientos y sentimientos en los estudiantes
- analizar las conductas observadas
- no juzgar
- relacionar la retroalimentación con conductas específicas
- proporcionar realimentación suficiente
- sugerir medios de perfeccionamiento



Si le interesa profundizar este tema le recomendamos la lectura del Anexo 4.

En síntesis

- Para comprobar la adquisición de conocimientos utilizamos exámenes orales y escritos;
- Para supervisar el desarrollo de destrezas recurrimos a las listas de control y a las escalas;
- Para apreciar las actitudes, además de la observación debidamente sistematizada se implementan encuestas y entrevistas.
- Los exámenes ECEO y EECR son instrumentos que permiten recoger información sobre el desempeño. Evalúan la competencia (conocimientos, destrezas y actitudes).
- Cualquiera sea el instrumento de evaluación utilizado, es necesario brindar al estudiante feedback eficiente.

Evaluación de la enseñanza

Introducción

La evaluación de la enseñanza puede abarcar distintos niveles y/o componentes. Por ejemplo:

- a) Análisis de la organización, recursos y procedimientos de toda una carrera. Se trata de una evaluación institucional como la que realiza la CONEAU para la acreditación de las carreras de grado de medicina. Otros ejemplos son la evaluación de una Residencia y/o de una Carrera de Especialista
- b) Revisión de la planificación y desarrollo de un curso en particular. Por ejemplo el curso de Fisiología del año lectivo de 2001, el curso de Actualización en Pediatría para graduados, desarrollado en el año 2000-2001; el ciclo de Internado y Pasantía Rural del año 2002.
- c) Revisión de la planificación y desarrollo de una clase y/o de una experiencia específica. Por ejemplo, evaluación de las clases teóricas o de las tutorías implementadas en el marco de un curso determinado; evaluación del desempeño docente.

En términos generales se habla de la **Evaluación de Programas**.



La evaluación de programas es el proceso de formación de juicios fundamentados del carácter y calidad de un programa educativo. El término "fundamentado" se emplea para indicar que los datos en los que se basan los juicios son dignos de confianza.

M. F. Katz¹

Esta definición difiere de la idea tradicional de la evaluación concebida simplemente como una estimación de la medida en que se han alcanzado los objetivos específicos. La evaluación no se limita a comprobar si se han alcanzado los objetivos sino que también determina cómo funciona el programa, en qué contexto opera, qué problemas o dificultades encuentra, qué resultados involuntarios produce y qué elementos facilitan u obstaculizan su éxito.

¹ M. F. Katz. Pautas para la evaluación de programas de capacitación de personal de salud. Publicación Científica N° 415. OPS/OMS. Washington 1981

La evaluación de un programa puede ser realizada por el mismo grupo que lo planificó y desarrolló; por los agentes de las instituciones que lo financian; por los supervisores naturales del programa. Según la procedencia del evaluador se habla de evaluación "externa" o de autoevaluación de los mismos responsables del programa. En todos los casos las evaluaciones provocan ansiedades y desconfianza que deben ser tomadas en consideración. Para que la evaluación tenga éxito es esencial que todos los participantes en el programa tengan oportunidad de intervenir en la evaluación.

Evaluación del programa

La evaluación de un programa debe ser cuidadosamente planificada; lo primero a esclarecer es el propósito de la misma:
¿para qué se hace la evaluación?
¿qué expectativas existen en relación a la misma?
¿quién recibirá los resultados?

Los motivos de la evaluación deben aclararse lo más posible. Puede haber una sincera preocupación por la calidad y/o la eficiencia con vistas al mejoramiento o puede haber la necesidad de encontrar una justificación a una decisión ya tomada. Por ejemplo: evaluar una Residencia cuando ya está tomada la decisión de cerrarla : en este caso la evaluación es puro formulismo.

La evaluación de un programa educativo es una actividad compleja, involucra a muchas personas, docentes y alumnos y se han de analizar varios componentes, por lo tanto debe ser cuidadosamente planificada.

1.- Elaboración del plan de trabajo.

Generalmente, el plan de trabajo es diseñado por un profesional especializado en evaluación conjuntamente con el equipo docente responsable del programa.

Los componentes que se deben incluir en el plan de trabajo son:

- a) **propósitos** de la evaluación del programa. Si la evaluación la realiza la entidad financiadora del proyecto seguramente habrá un marcado interés en evaluar en términos de costo-beneficio; los responsables del programa estarán más interesados en los efectos. Es importante identificar y

explicitar quienes son las personas que recibirán la información con los resultados de la evaluación. También corresponde especificar si los resultados van a ser presentados a nivel descriptivo o si se van a incluir interpretaciones y propuestas para el mejoramiento.

- b) **dimensiones**, aspectos a considerar. En el momento de preparar el plan de trabajo se decide qué asuntos serán explorados. Por ejemplo, en la evaluación de una carrera se pueden revisar y analizar:
- contexto
 - marco de referencia
 - objetivos
 - población destinataria, características de los alumnos al ingreso
 - procesos: i) de enseñanza; de evaluación
ii) administrativos
 - personal docente: características, reclutamiento, desempeño
 - recursos: materiales educativos, bibliotecas, acceso a internet.
 - equipamiento, infraestructura (aulas, laboratorios, campo para prácticas)
 - financiación: presupuesto regular y aportes extrapresupuestarios
 - resultados i) rendimiento de los alumnos
ii) impacto, inserción laboral de los graduados, cambios en las prácticas asistenciales.
- c) **fuentes de información y procedimientos para recoger los datos**. Las fuentes de información son los documentos (planes de estudio, programas de enseñanza) y los actores principales: autoridades, profesores y alumnos. Se pueden realizar entrevistas, grupos focales, encuestas, observación directa. Es imprescindible diseñar formularios, cuestionarios y encuestas; pautas para las entrevistas y listas de control para las observaciones.
- d) **cronograma**. Establecer los plazos de tiempo para cada una de las etapas : planificación, construcción de los formularios y encuestas, recolección de los datos, análisis de los resultados, redacción del informe
- e) **costos**. Se debe estimar el presupuesto necesario (papelería, fotoduplicación de las encuestas, viáticos para visitar todas las sedes o unidades académicas.)

2.- Revisión de documentación: análisis de la planificación de una carrera y/o curso.

Una vez finalizado el plan de trabajo se inicia la búsqueda de información. Es recomendable iniciar con la revisión de la documentación disponible. En primer lugar corresponde buscar información general acerca de por qué, para qué y cómo se elaboró el programa. Por ejemplo: en el caso de la evaluación de una carrera de grado y/o de posgrado, es muy orientador conocer los fundamentos de su creación.

El primer paso en la evaluación de un programa es revisar la planificación del mismo y controlar que se hayan tomado decisiones explícitas sobre todos y cada uno de los componentes.

Los componentes de la programación educativa son:

- propósitos generales
- población destinataria.
- objetivos específicos
- contenidos de la enseñanza
- actividades de enseñanza y de aprendizaje
- recursos materiales y humanos
- sistema de evaluación.



para repasar los pasos de la programación educativa le sugerimos consultar Afacimera: Metodología Docente en Ciencias de la Salud. Módulo 2: Programación de la Enseñanza



La falta de una definición precisa de objetivos educativos pertinentes hace difíciles y a menudo inútiles las discusiones sobre los programas, los métodos de enseñanza y los sistemas de evaluación.

A fin de ser pertinente, un programa de enseñanza, en lugar de ser el resultado de una agrupación no selectiva de conocimientos acumulados en el transcurso de los siglos, debería ser estructurado en función del fin a alcanzar.

J. J. Guilbert²

²J. J. Guilbert. Guía Pedagógica para el Personal de Salud. OPS/OMS. Ginebra. 1981

En la revisión de la planificación se analiza la **coherencia y la pertinencia** del programa. Se trata de identificar la relación entre las metas y los caminos elegidos.

Se entiende por coherencia la conexión, la relación entre

- ▶ objetivos y actividades.
- ▶ actividades y recursos materiales y financieros previstos
- ▶ recursos humanos disponibles y actividades propuestas
- ▶ objetivos de aprendizaje y tipo de exámenes

La pertinencia se entiende como la relación entre los planes de estudio y programas de enseñanza, las necesidades de salud de la población y la organización de los servicios de salud.



Analizar el tipo de actividades diseñadas en cada una de las asignaturas en relación con los niveles de prevención de Leavall y Clark para establecer la congruencia entre las actividades y los objetivos de la Escuela de Medicina (formación de un médico general capacitado para ejercer a nivel primario y resolver los problemas de salud de la comunidad).

Para este estudio, se analizaron las actividades contempladas en cada programa de la siguiente forma:

- a) las actividades del área clínica fueron clasificadas según el nivel de prevención al que corresponden: fomento de la salud, protección específica, diagnóstico y tratamiento precoz, limitación del daño, rehabilitación (para cuantificar el número de horas correspondientes a cada una de ellas)*
- b) las actividades se clasificaron según ambientes de trabajo: hospitales, centros de atención médica primaria y en la comunidad*

Montila de Mendoza M, Ripanti de García M.³

En la revisión de la Planificación de un Programa de Enseñanza se deben responder las siguientes cuestiones:

- ¿Se han explicitado los fundamentos y propósitos del programa?
- ¿Existe coherencia entre los objetivos propuestos y el nivel/perfil de los alumnos?
- ¿El perfil del personal docente seleccionado se adecua a las necesidades del programa ?
- ¿Son coherentes los objetivos, las actividades y las formas de evaluación que se proponen?

³Montila de Mendoza M, Ripanti de García M. Modelo para la evaluación del plan de estudios de la carrera de medicina . Educ Med Salud (1985) 19-3: 266-282

- ¿Se han asignado correctamente los tiempos para cada actividad?
- ¿Es racional la asignación de recursos?
- ¿Cuál es el grado de pertinencia del programa? ¿Los resultados esperados son coherentes con las necesidades de salud de la población y con la oferta de servicios de salud?

Recuerde:

- La evaluación de un programa comienza con la elaboración de un plan de trabajo.
- La revisión y análisis de la planificación (programa del curso o de la residencia) le permitirá al evaluador tener una visión global antes de iniciar las observaciones.

3.- Análisis de la ejecución del programa.

El análisis del proceso educativo requiere una considerable habilidad para observar el comportamiento de los estudiantes, las interacciones entre alumnos y profesores, el desempeño del personal docente. En esta etapa se realizan las entrevistas a informantes clave, se aplican encuestas a los estudiantes, se observan clases y trabajos prácticos. Además de prestar atención a las personas y sus interacciones habrá que fijarse en los materiales educativos: ayudas audiovisuales, laboratorios, disponibilidad de recursos para las prácticas clínicas, etc...



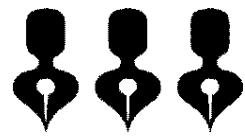
En el Anexo 6 encontrará referencias y recomendaciones para la preparación de encuestas y entrevistas.



"...son los profesores que controlan las clases quienes en último término determinan el espíritu de lo que allí se hace. Sin su completa comprensión y apoyo, lo que parece admirablemente diferente en la forma puede resultar que en el fondo no es más que el mismo vino en odres nuevos."

McGaghie W, Sajid A, Miller G, Telder T⁴

⁴McGaghie W, Sajid A, Miller G, Telder T. Introducción a la preparación de Planes de Estudios de Medicina basados en la competencia. Cuadernos de Salud Pública N° 68 . OMS. Ginebra 1978 p 97



EJERCICIO N° 4

1. Lea el siguiente párrafo y establezca su grado de acuerdo o desacuerdo con la postura de J.J Guilbert. Guía Pedagógica para el personal de salud. OPS/OMS .1981

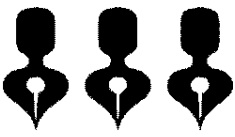
La evaluación hecha por estudiantes puede aportar al docente datos muy útiles sobre su enseñanza. El que desee verdaderamente mejorar su enseñanza deberá, pues, solicitar la opinión de los estudiantes para saber más de ella. Tal gestión puede limitarse a una entrevista "amigable" con algunos estudiantes, pero es preferible pensar en la construcción y distribución de un cuestionario. El cuestionario de evaluación puede referirse al conjunto de la enseñanza o a un aspecto particular de ella; el docente decide con los estudiantes lo que conviene hacer evaluar por ellos. En el caso en que, por ejemplo, se haya introducido una modificación en la enseñanza (organización nueva, utilización de material audiovisual), es extremadamente útil para el docente recoger apreciaciones de los estudiantes respecto a esta modificación.

Anotemos que quien pide a los estudiantes evaluar su enseñanza, no debe inquietarse sobre la validez de sus juicios. Desde hace diez años, numerosos estudios psicométricos han podido demostrar la validez, la precisión de los juicios estudiantiles y su estrecha correlación con medidas "objetivas" de la eficiencia del profesor. Los numerosos sesgos que se achacaban a los evaluadores estudiantiles, por ejemplo, la influencia del sexo, del rendimiento académico (estudiantes débiles/estudiantes fuertes), del nivel de estudios (principiantes/avanzados), tipo de curso (obligatorio / optativo) se han revelado de una importancia desdeñable.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. ¿Cuáles pueden ser las fuentes de información para la evaluación del desempeño docente? Escriba por lo menos tres fuentes de información a las que Ud. recurriría para llegar a un juicio de valor sobre la competencia docente de un colega.

.....
.....
.....
.....
.....



3. Vaya al Anexo 5: Lea el trabajo de Horowitz, Van Eyck y Albanese.: Revisión de los cursos a cargo de pares evaluadores y responda el siguiente cuestionario:

a) ¿Con qué propósito se establece en la Universidad de Wisconsin la evaluación de los cursos?

.....
.....

b) ¿Cuál es el riesgo de utilizar la opinión de los alumnos como única fuente de información sobre el desempeño del docente?

.....
.....

c) ¿Qué requisitos deben tenerse en cuenta en la selección de "pares evaluadores"?

.....
.....

d) ¿Qué estrategias utilizaron los pares evaluadores para recoger información sobre el desempeño de los docentes?

.....
.....

e) ¿Qué diferencias se encontraron entre la evaluación de los alumnos y la evaluación de los pares?

.....
.....

f) En relación a la información brindada por los alumnos respecto al desempeño de sus docentes, ¿Existe diferencia entre lo que afirma Guilbert y las conclusiones del trabajo de Horowitz, Van Eyck y Albanese?

.....
.....

g) ¿A qué atribuyen los autores el éxito de la evaluación implementada?

.....
.....

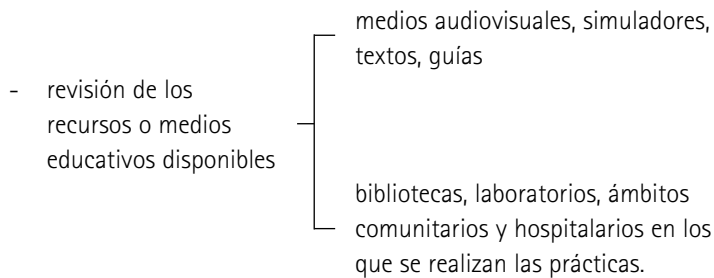
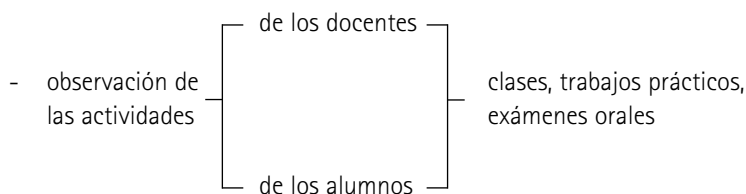


compare sus respuestas con las que figuran en la Clave de Respuestas



Recuerde:

- Para evaluar el desempeño docente podemos:
 - observar su actuación utilizando listas de control y escalas
 - consultar la opinión de los alumnos, colegas y superiores por medio de encuestas y entrevistas
 - solicitar la autoevaluación del docente. La autoevaluación es una práctica muy importante porque contribuye al crecimiento independiente.
- El análisis de la ejecución de un programa implica:




Un elemento muy significativo de la calidad de un programa docente es el manejo que se hace de la bibliografía. Promover en los alumnos la habilidad y el hábito de recurrir a los centros de documentación es un objetivo de todo programa educativo. Es importante indagar específicamente este punto que es fundamental en la estrategia de estudio independiente

Otro aspecto a considerar es la implementación de la articulación docente-asistencial.

- ¿Cómo se logra en concreto la relación entre la enseñanza y la práctica de los alumnos y la prestación de los servicios a la comunidad?
- ¿Los estudiantes brindan servicios a las personas o utilizan los servicios y los pacientes para cumplir con sus propias necesidades escolares?

4.- Análisis de los resultados del programa.

La evaluación de los resultados de un programa es difícil y suele requerir un tiempo considerable.

 *El propósito de todo programa de capacitación es, en última instancia, prestar servicio a la comunidad que sostiene el programa.*

F. M. Katz⁵

El resultado esperado es siempre, en última instancia, el mejoramiento de los servicios que recibe la comunidad.

A la hora de evaluar los resultados obtenidos con el desarrollo de un programa educacional en Ciencias de la Salud debe tenerse en cuenta que la formación de recursos humanos es uno de los componente del desarrollo de los servicios de salud. Por lo tanto el resultado esperado es siempre, en última instancia, el mejoramiento de los servicios que recibe la comunidad. Este resultado es difícil de evaluar, pero no se debe perder de vista que esta es la justificación de todo el esfuerzo y de todas las inversiones que se hacen en programas de formación y capacitación.

Cuando se analizan los resultados de un programa suele hacerse una diferencia entre efecto e impacto.

Se dice que el **efecto** de un programa es cualquier modificación del comportamiento atribuible al programa: adquisición de conocimientos y/o habilidades. La evaluación del efecto sería la comprobación del logro de los objetivos educativos. Es inmediata y se realiza durante y al finalizar la ejecución del programa. El evaluador debe juzgar no sólo los efectos buscados, es decir, los que figuran en la declaración de objetivos sino también los efectos que no se buscaron específicamente.

Una evaluación habitual de los resultados de un curso es el análisis de cantidad de alumnos que aprueban, cantidad de recursantes, cantidad de alumnos que rinden examen final en el primer turno, etc...

Los resultados de una carrera suelen medirse en términos de rendimiento: cantidad de alumnos que ingresan y cantidad de egresados; y a través de estudios de seguimiento de egresados para analizar el ingreso a las residencias, la inserción laboral y el grado de satisfacción del empleador.

El **impacto** del programa hace referencia a consecuencias más generales, son mediatas. Esta evaluación es posible sólo después de un tiempo de finalizado el programa, es a largo plazo. Para evaluar el impacto de un programa de capacitación podría tomarse por ejemplo, como indicador, los cambios en las normas de un servicio de salud, el grado de satisfacción de los usuarios, etc. Se podría

⁵ Katz F.M. Pautas para la evaluación de programas de capacitación de personal de salud. OPS-OMS Publicación Científica N° 415. Washington. 1981

afirmar que el impacto de un programa de capacitación se aprecia en el lugar de trabajo en el que se insertan los egresados. Este tipo de evaluaciones son complejas de realizar ya que resulta prácticamente imposible aislar la variable "formación o capacitación" de los profesionales como determinante de la calidad de los servicios.

Recuerde:

- La revisión de la planificación, la observación de la ejecución y el estudio de los resultados de un programa permiten:
 - a) identificar las discrepancias entre
 - lo planificado y lo ejecutado
 - lo que se dice y lo que se hace
 - lo que se enseña y lo que se pide en los exámenes
 - lo que se dice en la teoría y lo que se practica en los servicios.
 - b) elaborar alternativas para el mejoramiento de la calidad de la enseñanza
 - c) tomar decisiones teniendo en cuenta la eficiencia y la eficacia de los programas

Selección y promoción de Profesores

Está universalmente reconocido que las importantes transformaciones en la organización de los servicios de salud requieren un nuevo perfil profesional y que importantes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han impulsado procesos de cambios curriculares.

Sin embargo, la situación actual de la enseñanza permite afirmar que, si bien algunas escuelas de medicina concretaron importantes transformaciones, en América Latina los avances en el campo de las ideas sobre cambios curriculares no fueron seguidos por progresos significativos en la práctica de la enseñanza de las profesiones de la salud.

Es probable que la transformación de la enseñanza tan deseada y anunciada no se haya logrado por la falta de participación y compromiso de los profesores en el proceso de cambio.

En nuestro país, los avances en el campo de las ideas sobre cambios curriculares no fueron seguidos por progresos significativos en la práctica de la enseñanza de las profesiones de la salud.



"Quien trate de comprender la razón de que los profesores se comporten como lo hacen, o de cambiar ese comportamiento, debería examinar ante todo el sistema de recompensas. Si a un miembro del personal se le reconocen sus aportaciones a la asistencia médica, es probable que entonces se dedique a esa labor la máxima atención; si lo que se reconoce es la productividad en la investigación es aquí donde se aplicarán primeramente los esfuerzos. Y, a juzgar por lo que se dice en todas las partes del mundo, el trabajo creador en materia de enseñanza médica es el que menos probabilidades tiene de ser recompensado o reconocido académicamente. Será difícil cambiar este estado de cosas, pero hay que ponerse a ello si se pretende que innovaciones tales como la organización del plan de estudios a base de la competencia y los métodos para conseguir ese dominio lleguen a ser una parte integrante de la estructura de las modernas escuelas de medicina."

McGaghie W, Sajid A, Miller G, Telder T.⁶

¿Para qué evaluar?

- Para seleccionar buenos profesores que quieran enseñar
- Para promover el mejoramiento de la enseñanza
- Para brindar reconocimiento a los méritos, promoción en la carrera docente

Existen publicaciones⁷, en los últimos 5 años, que revelan una importante preocupación por el tema del perfil del docente de medicina y por los mecanismos de selección, formación y promoción de los profesores.

En América, entre 1987-89 se desarrolló el Proyecto Educación Médica en las Américas (EMA)⁸ de la FEPAFEM (Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de

⁶ McGaghie W, Sajid A, Miller G, Telder T. Introducción a la preparación de Planes de Estudios de Medicina basados en la competencia. Cuadernos de Salud Pública N° 68 . OMS. Ginebra 1978 p 101-102

⁷ Carreras J. Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado (I) Situación de las facultades de medicina en el ámbito internacional. Educación Médica 2000; 3 (4): 143-157 (Doyma)

Carreras J. Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado (II). Sistemas y procedimientos utilizados en las facultades de medicina. Educación Médica. 2001; 4 (4): 169-186 (Doyma)

⁸ Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina. Educación Médica en las Américas. El reto de los años 90. Informe Final del Proyecto EMA. Fondo editorial FEPAFEM. 1990

Medicina) con el propósito de "mirar hacia el futuro", identificando problemas, cuellos de botella, dificultades y posibles modos de actuar para solucionarlos. En el documento elaborado en la primera etapa, en el que participaron 18 países, se señala:

"...los esfuerzos demostrados por los docentes deben ser considerados como antecedentes importantes en la formación y evaluación académica y ser recompensados con puntaje o méritos para los ascensos de categoría".

"Las facultades deben tener políticas bien definidas con respecto a la selección, carga horaria y remuneración del personal docente".

"Desde el punto de vista cualitativo, los docentes deben satisfacer calidades óptimas en dos aspectos: el científico y el de la pedagogía médica., siendo el primero habitualmente satisfecho y el segundo generalmente deficiente en las facultades de medicina"

La WFME (Federación Mundial de Educación Médica) en la Declaración de Edinburgo de 1988, establece en el artículo 5:

"entrenar docentes como educadores y no sólo como expertos en contenido y recompensar la excelencia educacional tanto como la excelencia en investigación biomédica o en práctica clínica".

Desde hace, por lo menos, una década se instala en la agenda la cuestión de los profesores

¿En qué medida el perfil de los docentes, su formación y desempeño es coherente con las nuevas necesidades y desarrollos de la educación superior?

¿Cuáles son las competencias docentes a la luz de los nuevos conocimientos sobre el proceso de aprendizaje?

¿El profundo conocimiento de la materia o disciplina debe seguir siendo el principal requisito para acceder al cargo de profesor?



"Si la enseñanza de la medicina es tan importante como proclamamos, su importancia es entonces demasiado grande para dejarla por entero en manos de educadores aficionados, incluso de los aficionados inteligentes y sacrificados que pueblan las escuelas de medicina de todo el mundo. Ha llegado el momento de señalar una y otra vez el carácter profesional de la enseñanza, que requiere la participación de profesionales con una visión clara de la ciencia de la educación y de sus repercusiones en la enseñanza de la medicina..... Lo importante es que en lo sucesivo, al formar profesores de medicina se les instruya tanto en el proceso educativo como en el contenido de su disciplina".

*George Miller*⁹

⁹ Miller G. La Formación profesional de los educadores médicos. En Aspectos de la Enseñanza de la Medicina en los países en desarrollo. Cuadernos de Salud Pública N° 47 Ginebra. OMS. 1973

En Argentina, en 1999, el Ministerio de Cultura y Educación en la Resolución N° 535, entre los Estándares para la Acreditación de las Carreras de Medicina, incluye:

"Las Carreras de Medicina deben proveer oportunidades para que los docentes mejoren sus destrezas y conocimientos, no sólo en sus disciplinas específicas, sino también en las metodologías de educación y evaluación . Se deberían proveer incentivos especiales para promover esas actualizaciones en educación médica y tomar particularmente en cuenta la capacitación docente en los sistemas de promoción."

"Para asegurar una ejecución adecuada de las actividades se debe garantizar la capacitación permanente del personal docente en cada Unidad Académica. Esta capacitación deberá estar orientada a la gestión educativa."

"Los docentes deben ser evaluados periódicamente - de acuerdo a los mecanismos vigentes- y deben ser informados de sus progresos y debilidades.

La consideración de la opinión de los alumnos debería ser incluida en las evaluaciones del desempeño docente."

Estos estándares representan un alto nivel de exigencia y resultan difíciles de cumplir porque instalan la evaluación del rendimiento de los profesores. Pero los profesores, acostumbrados a una "libertad de cátedra" entendida como total autonomía e independencia, se resisten a una evaluación de su desempeño.

Recuerde:

En la literatura y en la normativa vigente se sostiene que:

- es necesario profesionalizar la docencia, es decir que los profesores deben adquirir habilidades docentes además del conocimiento de la materia
- las escuelas de medicina deben definir un sistema de gratificaciones (promoción y remuneración) en el que se tome en cuenta la evaluación del desempeño docente.



"Y a juzgar por lo que se dice en todas las partes del mundo, el trabajo creador en materia de enseñanza médica es el que menos probabilidades tiene de ser recompensado o reconocido académicamente"

George Miller¹⁰

La evaluación de los profesores se impone porque ellos son el recurso principal para la transformación de la enseñanza; porque los

¹⁰ Miller G. La formación profesional de los educadores médicos. En Cuadernos de Salud Pública N° 47 OMS. Ginebra. 1973

salarios de los docentes consumen el presupuesto de las escuelas y hoy la sociedad demanda que se evalúen los resultados. La mayor parte del presupuesto de las Universidades se invierte en los sueldos del personal. En Argentina, en las facultades de medicina nacionales, el gasto en salarios representa entre el 89 y 93 % del presupuesto anual.

La falta de reconocimiento de la docencia se justifica, habitualmente, por la dificultad que plantea la evaluación de la enseñanza mientras que se han desarrollado formas cuantitativas objetivas para evaluar la producción científica.

Las autoridades deben impulsar una revisión del sistema académico-administrativo de selección, incorporación y promoción del personal docente en las facultades de medicina como parte de la transformación curricular.

Se plantea, entonces, la búsqueda de una nueva estrategia para la selección y promoción de los profesores porque los mecanismos actuales (en base a su producción científica y publicaciones) ha desembocado en una situación que se caracteriza por profesores poco interesados en la atención de los alumnos y concentrados en sus investigaciones lo que ha producido un notable deterioro en la calidad de la enseñanza.

La transformación de la enseñanza - los cambios curriculares- pasa por el comportamiento de los docentes y el comportamiento de los docentes está determinado, en gran medida por el sistema de reconocimiento que tiene la institución. Para cambiar la educación médica hay que inventar e implementar incentivos para la buena docencia y sanciones para la mala.

El sistema de dedicación exclusiva focalizado en la producción científica, copiado del modelo norteamericano, atrae investigadores a las escuelas de medicina y aleja de la docencia a los profesionales que están en la práctica asistencial. El desafío actual es llevar los alumnos a los escenarios donde trabajan los médicos en vez de crear fuentes de trabajo para otros profesionales interesados en la investigación. (biólogos, químicos, etc).



"La formación de los futuros médicos ha llegado a ser una actividad secundaria de las facultades de medicina, de la cual muchos profesores preferirían poder liberarse. Los estudiantes son vistos como un estorbo para la carrera académica y , en muchos casos, son aceptados únicamente en tanto constituyen una excusa que justifica ante la sociedad la existencia de una institución y de un profesorado que desearán dedicarse casi exclusivamente a la investigación y a la prestación de sofisticados servicios clínicos".

*J. Carreras*¹¹

11 Carreras J. Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado (I) Educación Médica 2000; 3 (4): 143-157 (Doyma)

Los profesores son el recurso principal para la transformación de la Educación Médica.

El comportamiento de los docentes está determinado, en gran medida por el sistema de reconocimiento que tiene la institución.

Por otra parte, la enseñanza clínica descansa en la colaboración, ad honorem, de los médicos asistenciales. En las actuales condiciones, la práctica docente no le significa al médico asistencial ningún beneficio: no está reconocida de un modo significativo en la carrera hospitalaria ni siquiera en los hospitales asociados a una universidad; tampoco implica una inserción académica con oportunidades de progreso.



"...modificaciones del plan de estudios que parecen al principio muy prometedoras se abandonan a menudo como consecuencia de no haber introducido en la estructura y funcionamiento de la escuela modificaciones que no dificulten, sino que apoyen y favorezcan un proceso dinámico de desarrollo del plan de estudios."

McGaghie W, Sajid A, Miller G, Telder T.¹²

En USA durante la década del 80-90¹³ se han ido creando dos caminos (tracks), dos carreras docentes: uno el tradicional - basado en la producción científica y otro para los docentes clínicos (teacher clinicians ladder).

En la escuela de Harvard, las innovaciones en la enseñanza impulsadas por el decano Tosteson demandaron más dedicación de los profesores a la enseñanza y a la atención de alumnos. Esta mayor dedicación a la enseñanza perjudicaba a los profesores dedicados a sus publicaciones con vistas a su promoción. Se pensó, entonces, una forma de reconocer la dedicación a la enseñanza. El escalafón contempla tres categorías: profesor asistente - profesor asociado - profesor y se establecieron los requisitos para ingresar a cada una de las categorías. Se desarrolló una intensa actividad de difusión entre los docentes, se brindó capacitación a los profesores para organizar la presentación de la información solicitada, se capacitó a los "peer review" y se desarrollaron modelos de encuestas para consultar la opinión de los estudiantes.

¹² McGaghie W, Sajid A, Miller G, Telder T.

Introducción a la preparación de Planes de Estudios de Medicina basados en la competencia. Cuaderno de Salud Pública N° 68 OMS. Ginebra 1978. p 90

¹³ Lovejoy FH, Clark M B. A promotion ladder for teachers at Harvard medical school: experience and challenges. Academic Medicine. Vol 70 n° 12 dic 1995.

Requisitos para acceder a cada una de las categorías. (teacher clinicians ladder)

Assistant professor	Associate Professor	Professor
Tres años o más de graduado y doctorado	Desempeño como assistant professor con evaluación excelente en la enseñanza y en la clínica	Desempeño como associate professor con evaluación excelente en enseñanza y clínica
Publicaciones: en revistas con comité editorial. reviews, estado del arte, presentación de casos, contribuciones, síntesis sobre conocimiento ya existente.		
Desarrollo de materiales educativos: programas, libros de texto, videos, software		Propuestas de innovaciones en la enseñanza , desarrollo de materiales educativos que son utilizados en otras escuelas.
Evaluación por pares y por estudiantes	Contribuciones a la formación de alumnos, residentes, fellows, posgrados. Evaluación por pares y alumnos	Evaluación por pares y por alumnos. Profesor visitante convocado por universidades nacionales y extranjeras
Evidencias de alto desempeño en la clínica. Informe- carta de referencia de jefe inmediato superior.	Excelente reputación local y nacional en la práctica clínica, en su especialidad. Invitaciones a participar en cursos y congresos.	Reconocido liderazgo en su especialidad. Premios. Distinciones. Actividad en sociedad científica.

En América Latina, la mayoría de las escuelas de medicina clasifican a su personal docente en diversas categorías y resultan sistemas bastante complejos. Distintas categorías docentes se establecen en función de la forma de acceso: por concurso, interino (designado por corto tiempo) y/o por la dedicación en tiempo: dedicación exclusiva, tiempo completo, simple.

El personal docente se divide, en primer lugar, en profesores y auxiliares. El grado de responsabilidad docente no parece ser un criterio para distinguir entre estas categorías: en algunas escuelas los auxiliares ejercen funciones similares a las categorías de profesores. (dictan clases, toman exámenes, etc).

La categoría de profesores se divide en ordinarios y extraordinarios. Esta división viene de la época medieval y significa que los ordinarios son los docentes estables, de planta, mientras que los extraordinarios no forman parte del cuerpo regular. Las funciones y responsabilidades son las mismas. En realidad la clasificación entre ordinario y extraordinario no constituye una jerarquía académica sino más bien administrativa: personal de planta o no. En las universidades públicas argentinas, los profesores ordinarios tienen participación en el gobierno de la facultad y participan en los concursos para seleccionar nuevos profesores.

Los profesores ordinarios están clasificados, generalmente, en tres categorías: adjuntos, asociados y titulares. La mayoría de las escuelas designan como extraordinarios a los profesores contratados o visitantes. Y en algunos casos también se designa como extraordinario a cargos honoríficos: profesor emérito o consulto.

En ocasiones se hacen designaciones en categorías como docente libre y/o adscripto para aumentar el número de docentes sin ajustarse a la reglamentación de llamar a concurso y sin modificar el cuerpo de profesores ordinarios.

Además, a esta complejidad, se agrega otra división del cuerpo docente: los docentes rentados y los ad honorem. Los docentes ad honorem se concentran en los cargos auxiliares y en los designados como docentes libres y/o adscriptos.

El concurso es la forma más antigua de selección y promoción de profesores en América Latina. El concurso incluye la evaluación de los antecedentes científicos y/o asistenciales y docentes y una prueba de oposición que consiste en el dictado de una clase magistral frente a un tribunal de tres jueces. (profesores por concurso).

¿Qué evaluar?

Es prácticamente imposible desarrollar un proceso de evaluación del desempeño docente sin un marco de referencia respecto a

- Obligaciones y derechos de los profesores
- Funciones del docente
- Perfil de competencia docente



En el Anexo 7 encontrará los derechos y deberes de los docentes de universidades estatales según la Ley de Educación Superior N° 24.521

¿Qué funciones debe cumplir un docente?

Se trata de especificar las competencias profesionales del docente en función de

- el nuevo perfil de egresado que se necesita
- los aportes de las ciencias cognitivas
- los recursos instruccionales disponibles
- la complejidad de las instituciones universitarias.

Tradicionalmente se ha entendido que los docentes, cada uno de ellos, debía cumplir actividades de docencia, investigación y extensión que son las funciones de la universidad. Hoy existe, en la

literatura y en algunas instituciones, definiciones que sostienen que estas tres funciones deben ser cubiertas por el cuerpo profesoral; dada la complejidad de cada una de estas tareas resulta prácticamente imposible que todos y cada uno de los docentes cumplan satisfactoriamente con las 3 funciones.



"Es hora ya de abandonar la opinión ampliamente sostenida de que es el especialista en una materia, que debe preocuparse por lo nuevo y variable, es necesariamente el mejor profesor de unos estudiantes que deben comenzar por dominar ante todo lo que es fundamental y esencialmente invariable. Ha pasado ya la época en que el profesor debía servir como fuente de sabiduría de la que bebían los estudiantes. En la actualidad su primera misión es mucho más preciosa y difícil y consiste en ayudarles a encontrar el camino a través del laberinto de conocimientos incesantemente cambiantes que les rodea, con el fin de que alcancen una meta claramente identificable de servicio profesional y no se limiten a incorporar un vasto conjunto de datos de momentáneo interés".

*George Miller*¹⁴

Según AMEE¹⁵ (Asociación Europea de Educación Médica) las responsabilidades docentes -roles básicos de un docente- son:

- ofrecer un modelo de identificación: (role modeling) modelo de ejercicio profesional
- planificar la enseñanza
- acondicionar nuevos escenarios de aprendizaje: acreditación de centros de salud y espacios comunitarios; capacitación del personal de salud para la docencia
- producir recursos instruccionales: guías de estudio, programas multimediales, redacción de casos y problemas
- orientar a los estudiantes sobre dónde buscar, cómo buscar información.
- brindar feedback oportuno: tutorías
- medir y evaluar resultados y procesos de enseñanza

¹⁴ Miller G. La Formación profesional de los educadores médicos. En Aspectos de la Enseñanza de la Medicina en los países en desarrollo. Cuadernos de Salud Pública N° 47 Ginebra. OMS. 1973

¹⁵ Harden RM, Crosby J. AMEE Guide N° 20. The good teacher is more than a lecturer—the twelve roles of the teacher. Med Teacher 2000;22:334-347
J. Carreras. Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado (I). Situación en las facultades de medicina en el ámbito internacional. Educación Médica vol 3 n° 4 dic 2000
James M Shumway . Thinking outside the box: reflections on teaching. Medical Teacher. Vol 23 n° 3 mayo 2001. pag 229

¿Cómo evaluar?

¿Quién puede brindar información sobre el desempeño de un profesor?

- los alumnos: encuestas, cuestionarios, entrevistas
- los pares: observación directa de la actividad
- las autoridades: del departamento correspondiente
- el docente mismo: autoevaluación, informes descriptivos tipo memoria anual.

El docente mismo puede sistematizar toda la información en un documento, un "Teaching dossier" o portfolio y adjuntar su informe de autoevaluación.

Portfolio

La idea de la evaluación con portfolios surge de los portfolios de los artistas. Artistas jóvenes y experimentados tienen un portfolio que contiene ejemplos de un amplio rango de sus trabajos.

El portfolio se está utilizando desde hace 25 años en educación superior y desde 1990 en algunas escuelas de medicina en USA, Canadá y Europa.

Un portfolio es una recopilación selectiva de informes, datos, materiales, ordenados para demostrar aspiraciones, proyectos y realizaciones adjuntando los productos que los acreditan. Debe contener evidencia empírica que corrobore las afirmaciones que se hacen en el informe autoevaluativo.

Puede ser utilizado para la evaluación sumativa, es decir para decidir la promoción o para otorgar un premio. También puede ser el fundamento para una evaluación formativa, para la autorreflexión y para la elaboración de programas de mejoramiento de la enseñanza.

Los contenidos de un portfolio pueden agruparse en tres grandes categorías:

- **materiales generados por el propio profesor:** programa de enseñanza con marco de referencia, modelo educativo, informes sobre cantidad de alumnos matriculados y aprobados; informes de los trabajos en comisiones
- **materiales generados por otros:** opinión de los alumnos, informes de pares, informe del director de departamento, cartas e informes de referencia, invitaciones a congresos, invitaciones como profesor visitante, distinciones y premios.
- **productos del proceso de docencia:** exámenes con análisis de los resultados, trabajos escritos de los alumnos, videos, guías para estudio dirigido, software.

Una vez presentado el dossier y/o portfolio, el comité de evaluación para la promoción verifica y amplía la información: observa clases, entrevista a estudiantes y a los pares evaluadores. El comité de evaluación debe elaborar las guías de observación y los criterios con los que analizará las evidencias presentadas. La principal limitación para llevar a cabo esta evaluación es la falta de profesionales formados en las técnicas de evaluación.



Distintas estrategias posibles para la evaluación de los profesores y una extensa bibliografía sobre el tema se encuentra en el trabajo de J. Carreras.

A modo de síntesis y para finalizar este capítulo se presenta una propuesta de las dimensiones y posibles indicadores para la evaluación de profesores.

PROPUESTA DE CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE PROFESORES

Dimensiones	Indicadores	Ponderación
Actualización científica: en la disciplina que enseña	a) publicaciones b) participación en congresos de la especialidad con presentación de trabajos. c) subsidios para investigación	20%
Desarrollo profesional en docencia.	a) cursos de Educación Médica tomados b) asistencia a eventos de Educación Médica con presentación de trabajos sobre docencia c) subsidios para investigación en educación d) publicaciones en revistas de Educación Médica	30%
Ejercicio de la docencia	a) cursos dictados grado y/o posgrado y/o educación continua b) informe de evaluaciones por los alumnos c) producción de materiales instruccionales: guías, checklist, casos clínicos, exámenes d) informe de jefe de departamento e) autoevaluación de su desempeño.	30%
Gestión: responsabilidades en la institución	a) jefe de cátedra y/o departamento: memoria descriptiva b) miembro del consejo directivo: memoria descriptiva c) participación en comisiones: curricular, acreditación, intersectorial. d) participación en concursos y jurados	20%

Los candidatos deberían presentar, ineludiblemente, evidencias de su actividad en las 4 dimensiones; un extraordinario desarrollo en una de las dimensiones no debería compensar la falta en otra.

Recuerde:

- La evaluación y promoción de los profesores puede resultar una estrategia para la transformación de la enseñanza.
- Se deben desarrollar estrategias para reconocer y valorar la dedicación a la docencia
- La implementación de nuevas formas de evaluación y promoción de profesores implica importantes cambios académico-administrativos para superar la tradicional asignación salarial sólo en función de la antigüedad. Se debe estructurar una carrera docente: categorías y requisitos para ingresar y para ser promovido. La formación docente - pedagógica debe figurar entre los requisitos.
- La evaluación del desempeño docente no debe apoyarse sólo en la opinión de los estudiantes. Se han de utilizar múltiples fuentes de información y distintos instrumentos para la recolección de los datos.
- Los profesores deben ser capacitados para desempeñarse como "pares evaluadores".
- La evaluación debe basarse en procedimientos transparentes. Controlar que las decisiones se fundamenten en los resultados de la evaluación - lo más objetiva posible - y no ceder a intereses y/o presiones políticas.

Conclusiones generales

- ▮ La evaluación orienta el aprendizaje e influye en el comportamiento de docentes y estudiantes.
- ▮ La evaluación de competencias es una tarea compleja ya que, además de los conocimientos, se trata de apreciar capacidades, disposiciones, motivaciones y valores que se ponen en juego en la práctica.
- ▮ No existe un sólo formato de evaluación que pueda brindar todas las evidencias necesarias para valorar las competencias.
- ▮ Los resultados de la evaluación están fuertemente condicionados por la objetividad y confiabilidad de los datos recogidos.
- ▮ En la evaluación educacional se utilizan instrumentos elaborados por los docentes: este curso se ha desarrollado con el propósito de contribuir a mejorar los procesos de evaluación que se llevan a cabo en las Facultades de Ciencias de la Salud.
- ▮ La reflexión que sobre sus propias prácticas de evaluación puedan hacer los docentes y los cambios que puedan implementar constituyen una de las contribuciones más importantes para el mejoramiento de la calidad de la enseñanza.

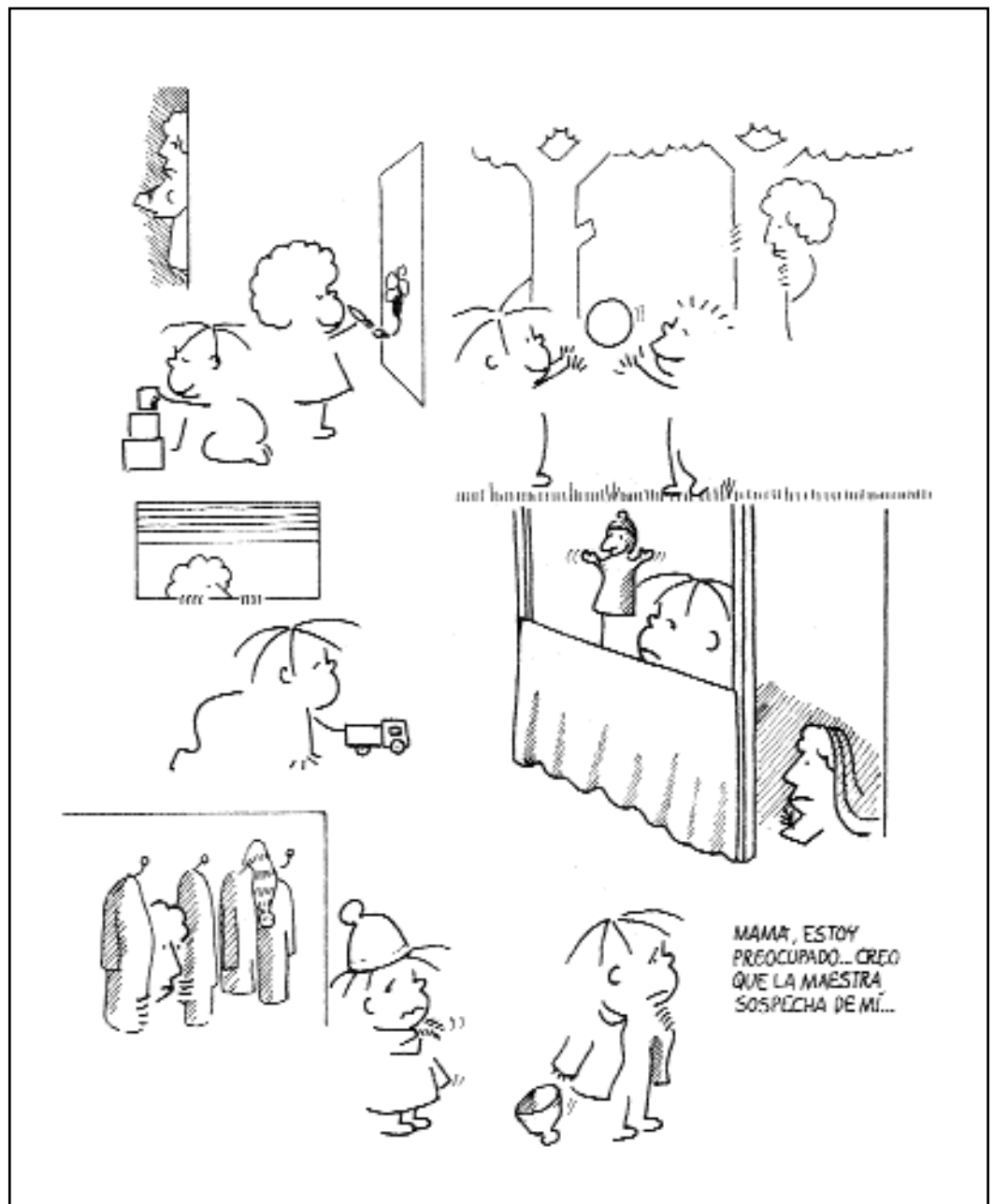
Bibliografía:

- Abrahams MB, Friedman CP. (1996) Preclinical course-evaluation methods at U.S. and Canadian medical schools. *Acad Med* 71 (4): 371-374
- Abrahamson S. (1996) Time to return medical schools to their primary purpose: education *Acad Med* 71 (4): 343-347
- Ali DS, Fernandes HJ. (1973) Evaluación de la enseñanza de la medicina desde el punto de vista del alumno en Aspectos de la enseñanza de la medicina en los países en desarrollo. Cuadernos de Salud Pública N° 47. OMS. Ginebra.
- Alvarez A, Echezarreta E, Vitaco M. (1997) Evaluación de la consulta pediátrica mediante madres simuladas. *Medicina Infantil* 6: 98-102
- Alves de Lima A y col. La forma de evaluar ¿influye en los estilos de aprendizaje? Experiencia en una residencia de Cardiología. *Rev Arg de Cardiol.* 2002 (en prensa)
- Bardes C. (1998) Evaluating the curriculum with standardized patients *Acad Med* 73 (6): 626-627
- Bertoni A, Poggi M, Teobaldo M. (1996) Evaluación. Nuevos significados para una práctica compleja. Kapelusz. Buenos Aires.
- Beullens J, Bo Vam Dame, Jaspaert H, Janssen P. (2002) Are extended- matching multiple choice items appropriate for a final test in medical education? *Medical Teacher* 24 (4):390-395
- Bloch R, Bürgi H. (2002) The swiss catalogue of learning objectives. *Medical Teacher* 24 (2): 144-150
- Boelen C, Des Marchais J, Dohner C, Kantrowitz A. Developing protocols for change in medical education. WHO Geneva s/f
- Brailovsky C. (2001) Aportes para un cambio curricular en Argentina. Facultad de Medicina- UBA. OPS. Buenos Aires.
- Camilloni A y otros. (1998) La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Paidós. Buenos Aires
- Carreras J. (2000) Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado (I) Situación en las facultades de medicina en el ámbito internacional *Educación Médica* 3 (4): 143-157
- Carreras J. (2001) Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado (II) Sistemas y procedimientos utilizados en las facultades de medicina. *Educación Médica* 4 (4): 169-185
- CESSUL (1994). How to write an OSCE case. Quebec Medical Faculties: Laval, McGill, Montreal, Sherbrooks.
- Challis M (1999) *Amee Medical Education Guide* N° 11: Portfolios-based learning and assessment in medical education. *Medical Teacher* 22 (4): 370-386
- Challis M. (2001) Portfolios and assessment: meeting the challenge. *Medical Teacher* 23 (5): 437-440
- Charvat J, McGuire C, Parsons V. (1969) Características y aplicaciones de los exámenes en la enseñanza de la medicina. Cuadernos de Salud Pública N° 36. OMS. Ginebra
- Collins J, Harden R. (1998) *Amee Medical Education Guide* N° 13: real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. *Medical Teacher* 20 (6): 508-521
- Cox K, Ewan C. (1990) *La docencia en Medicina.* Doyma. Barcelona.
- Cusimano MD, Cohen R, Tucker W, Murnaghan J, Kodama R, Reznick R. (1994) A comparative analysis of the costs of administration of an OSCE. *Acad Med* 69 (7): 571-576
- Damjanov I, Fenderson B, Veloski J, Rubin E. (1995) Testing of medical students with open-ended, uncued questions. *Human pathology* 26 (4):362-365
- Das M et al (1996) Student and faculty perceptions of the characteristics of an ideal teacher in a classroom setting *Medical Teacher* 18: 141-146
- Davis M, Friedman Ben David M, Harden R, Howie P, Ker J, McGhee C, Pippard M, Snadden D. (2001) Portfolio assessment in medical students' final examination. *Medical Teacher* 23 (4): 357-366
- Davis M, Friedman Ben Davis M, Harden R, Howie R, Ker P, McGhee C, Pippard M, Snadden D (2001) Portfolio assessment in medical students' final examination. *Medical Teacher* 23 (4) 357-366
- Day SC. Resident's perception of evaluation procedure used by their training program. *J Gen Intern Med.* 1990; 5: 421-26
- De Ketele J. (1989) *Observar para educar.* Aprendizaje Visor. Buenos Aires.
- Des Marchais J, Nu Viet Vu. (1996) Developing and evaluating the student assessment system in the preclinical problem-based curriculum at Sherbrooke. *Acad Med* 71 (3): 274-283
- Elstein A.D. (1993) Beyond multiple-choice questions and essays: the need for a new way to assess clinical competence. *Acad Med* 68 (4): 244-249
- Escotet M. (1990) *Evaluación institucional universitaria.* Losada. Buenos Aires
- Esteve Rios N. (1999) Competencias y desarrollo profesional. *Educación Médica.* 2 (2) : 28-31
- Evans C. (1995) Faculty development in changing academic environment. *Acad Med* 70 (1): 14- 20
- Fenderson B, Damjanov I, Robeson M, Veloski J, Rubin E (1997) The virtues of extended matching and uncued test as alternative to multiple choice questions. *Human Pathology* 28: 526-532
- Filmus D (comp). (1995) *Los condicionantes de la calidad educativa.* Novedades Educativas. Buenos Aires
- Fincher R, Simpson D, Megninn S, Rosenfeld G, Rothman A, McGrew M, Hansen P,

- Mazmanian P, Turnbull J. (2000) Scholarship in teaching: an imperative for the 21 st century. *Acad Med* 75 (9): 887-894
- Friedman Ben David M, Davis M, Harden R, Howie P, Ker J, Pippard M. (2001) *Acad Med* Education Guide N° 24. Portfolio as method of student assessment. *Medical Teacher* 23 (6): 535-551
- Friedman C, Krams D, Mattern W. (1991) Improving the curriculum through continuous evaluation *Acad Med* 66 (5) : 257-258
- Fülöp T. (1974) La formación de profesores de personal sanitario en Preparación de Programas para la enseñanza de las profesiones sanitarias. *Cuadernos de Salud Pública* N° 52 OMS. Ginebra
- Galli A, Echezarreta E, Latela A, Vitaco M. (1994) Evaluación del programa de residencia en clínica pediátrica. *Medicina Infantil* 1: 165
- Glassick C. (2000) Boyer's Expanded definitions of scholarship, the standards for assessing scholarship of teaching. *Acad Med* 75(9): 877-879
- Hamadeh G, Lancaster C, Johnson A. (1993) Introducing the objective structured clinical examination to a family practice residency program *Fam Med* 25: 237-241
- Harden R, Crosby J, Davis M. (1999) *Acad Med* Education Guide N° 14: Outcomes-based education . Part I : an introduction to outcomes-based education *Medical Teacher* 21 (1): 7-14
- Harden R, Grant J, Buckley G, Hart I. (1999) BEME Guide N° 1: Best Evidence Medical Education *Medical Teacher* 21 (6): 553-563
- Harden R., Gleeson F. (1979) *Acad Med* Education Booklet N° 8 : Assessment of medical competence using an objective structured clinical examination (OSCE) *Medical Education* 13: 41-45
- Hodges B, Regehr G, Hanson M, McNaughton N. (1997) An objective structured clinical examination for evaluating psychiatric clinical clerk. *Acad Med* 72: 715-721
- Holmboe ES, Hawkins RD. (1998) Methods for evaluating Clinical Competence of residents in internal medicine: a review . *Ann Intern Med.* 129: 42-48
- Horowitz S, Van Eyck S, Albanese M. (1998) Successful Peer Review of Courses: a case study. *Acad Med* 73 (3): 266-271
- Jacobs M. (1993) Faculty status for clinicians-educators: guidelines for evaluation and promotion *Acad Med* 68 (2): 126-128
- Jelly EC, Friedman CP. (1980) A model for residency evaluation. *J Fam Pract* 10: 73-84
- Jones Rhiggs R, de Angelis C, Prideaux D. (2001) Changing face of medical curricula. *The Lancet.* 357 (3) 699-703
- Katz FM, Snow R. (1981) Evaluación del rendimiento de los trabajadores de la salud. *Manual de formación y supervisión.* Cuadernos de Salud Pública N° 72. OMS. Ginebra
- Kassebaum D, Eaglen R. (1999) Shortcomings in the evaluation of students clinical skills and behaviors in medical school. *Acad Med* 74 (7): 842-849
- Kassebaum D. (1990) The measure of outcomes in the assessment of educational program effectiveness. *Acad Med* 65: 293-295
- Katz FM. (1981) Pautas para la evaluación de programas de capacitación de personal de salud. *Publicación Científica* N° 415. OPS/OMS Washington.
- Kowlowitz V, Curtis P, Sloane P. (1990) The procedural skills of medical students: expectations and experiences *Acad Med* 65 : 656-658
- Kroboth, F. The inter rater reliability and internal consistency of a clinical evaluation exercise. *Journal of general internal medicine* 1992; 7: 174-179
- Lafourcade P. (1969) Evaluación de los aprendizajes. Kapelusz. Buenos Aires
- Larios Mendoza H, Trejo Mejía J, Martínez Viniegra N, Cortés Gutierrez MT, Velasco M,
- Hernández López H. (2000) Desarrollo de la competencia clínica durante el internado médico. *Revista de la Educación Superior* XXIX (3) 115: 115-128
- Levinson W, Rubenstein A. (2000) Integrating clinician-educators into academic centers: challenges and potential solutions. *Acad Med* 75 (9): 906-912
- Lovejoy F, Clark M. (1995) A promotion ladder for teachers at Harvard Medical School: experience and challenges *Acad Med* 70 (12) : 1079-1086
- Lowry S. (1993) Teaching the teachers. *BMJ* 306: 127-130
- Manso Martínez J. (2000) ¿ Qué enseñar en ciencias de la salud? Técnicas para definir competencias y perfiles profesionales (I) *Educación Médica* 3 (2) 61-68
- McGaghie W, Sajid A, Miller G, Telder T. (1978) Introducción a la preparación de planes de estudios de medicina basados en la competencia. *Cuadernos de Salud Pública.* N° 68 OMS. Ginebra
- McLean M. (2001) Rewarding teaching excellence. Can we measure teaching excellence? Who should be the judge? *Medical Teacher* 23 (1): 6-11
- Miller G. (1973) La formación profesional de los educadores médicos en Aspectos de la enseñanza de la medicina en los países en desarrollo. *Cuadernos de Salud Pública.* N° 47 OMS. Ginebra.
- Miller G. (1975). Los principios en la práctica en Estrategias Educativas para las profesiones de la salud. *Cuadernos de Salud Pública* N° 61. OMS. Ginebra
- Montilva de Mendoza M, Ripanti de García M.(1985) Modelo para la evaluación del Plan de Estudios de la carrera de medicina. *Educ Med Salud* 19 (3): 266-282
- Nieman L, Donoghue G, Ross L, Morahan P. (1997) Implementing a comprehensive approach to managing faculty roles, rewards, and development in an era of change. *Acad Med* 72 (6) : 496-504

- Nirenberg O, Brawerman J, Ruiz V. (2000) Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales. Paidós. Buenos Aires. Cap 4 Las técnicas de evaluación
- Noel GL: How do internal medicine faculty members evaluate the clinical skills of resident's?. Ann Intern Med 1992; 117: 757-65
- Nolla M, Palés J, Gual A. (2002) Desarrollo de las competencias profesionales. Educación Médica 5 (2) : 76-81
- Norcini J, Blank L, Arnold G, Kimball H. (1997) Examiner differences in the mini-cex. Advances in Health Sciences Education 2: 27-33
- Norcini J, Blank L, Arnold G, Kimball H.(1995) The mini-cex (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation Annals of Internal Medicine 123: 795-799
- Nu Viet Vu, Barrows H, Marcy M, Verhulst S, Colliver J, Travis T. (1992) Six Years of comprehensive, clinical, performance-based assessment using standardized patients at Southern Illinois University School of Medicine. Acad Med 67 (1): 42-50
- Nutter D, Bond J, Collier R, D'Alessandri R, Gewertz B, Nora L, Perkins J, Shomaker T,
- Watson R. (2000) Evaluación de la dedicación y contribuciones del profesorado a la educación médica . Educación Médica 3 (4): 170-179
- Pérez J, Vallés A, Caseras X, Gual A. (1999) Competencias profesionales que han de adquirir los licenciados en medicina durante los estudios de pregrado. Educación Médica 2 (2): 42-50
- Petersen S. (1999) Time for evidence-based medical education-tomorrow's doctors need informed educators, not amateur tutors. British Medical Journal. 310: 1223-1224
- Questa U. (1981) La medición de actitudes en las residencias médicas. Arsv curandi. Argentina 5 : 498-510
- Rezler A. (1974) Evaluación de actitudes en Preparación de programas para la enseñanza de las profesiones sanitarias. Cuadernos de Salud Pública N° 52. OMS. Ginebra
- Rodriguez Gomez G, Gil Flores J, Garcia Jiménez E. (1996) Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe. Málaga. Cap 9 Entrevistas Cap 10 Cuestionario
- Rothman A, Poldre P, Cohen R. (1989) Evaluating clinical teachers for promotion Acad Med
- Schadeva A.(1996) Use of effective feedback to facilitate adult learning. J Cancer Educ 11 (2):106-108
- Schwarz MR, Wojtczak A. (2002) Global minimum essential requirements: a road towards competence-oriented medical education. Medical Teacher 24 (2): 125-129
- Scott C, Barrows H, Brock D, Hunt D. (1991) Clinical behaviors and skills that faculty from 12 institutions judged were essential for medical students to acquire. Acad Med 66: 106-111
- Sherertz E (2000) Criteria of the "Educators' Pyramid" fulfilled by medical school faculty promoted on a teaching pathway Acad Med 75 (9) : 954-956
- Stillman P et al (1986) Assessing of clinical skills of residents with standardized patients Ann Intern Med 105: 762-771
- Stone S, Qualters D. (1998) Course-based assessment implementing outcomes assessment in medical education Acad Med 73(4): 397-401
- Stufflebeam D, Skininfield A (1987) Evaluación Sistemática. Paidós Buenos Aires.
- Thompson Bowles I. (2000) The evaluation of teaching . Medical Teacher 22: 221-224
- Thorendike R, Hagen E. (1996) Medición y evaluación en psicología y educación. Trilla. México
- Trejo Mejía J, Larios Mendoza H, Cortés Gutierrez MT> (200) Competencia clínica en el área de Medicina Familiar. Arch Med Fam 2(3): 65-74
- Trejo Mejía J, Larios Mendoza H, Velasco Jiménez MT, Hernández López A, Martínez Viniestra N, Cortés Gutierrez MT. (1998) Evaluación de la competencia clínica de los alumnos al iniciar el internado médico de pregrado. Rev Fac Med UNAM 41 (3): 108-113.
- Van Dalen J, Bartholomeus P, Kerkhofs E, Lulofs R, van Thiel J, Rethans J, Sherpbier A, Van der Vleuten. (2001) Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. Medical Teacher 23 (3): 245-251
- Veloski J, Ravinowitz H, Robeson M. (1993) A solution to the cueing effects of multiple choice questions: the Un-Q format. Medical Education 27: 371-375
- Viggiano T, Shub C, Giere R. (2000) The Mayo Clinic's Clinician-Educator Award: a program to encourage educational innovation and scholarship. Acad Med 75 (9): 940-943
- Wass V, McGibbon D, Van Der Vleuten C. (2001) Composite undergraduate clinical examinations: how should the components be combined to maximize reliability? Medical Education 35: 326-330
- Wilkerson L, Irby D. (1998) Strategies for improving teaching practices: a comprehensive approach to faculty development Acad Med 73 (4): 387-396
- Woodward C, Gliva-McConvey G. (1995) The effect of simulating on stadardized patients. Acad Med 70 (5): 418-420
- Yonke A, Foley R, Bartlett G, Bloomfield D, Whalen J. (1996) Promotion, Tenure and Teaching. Acad Med 71 (12): 1277-1278
- Zabalza M. (2002) ¿Qué puede aportar la evaluación para mejorar el proceso educativo? Revista Novedades Educativas año 14 n° 135

Clave de Respuestas



Tonucci (1979) "Hay que observar atentamente el comportamiento del niño" REI. Argentina

EJERCICIO N° 2

Probablemente, la práctica de un médico cirujano se parezca a la de un piloto de avión por las consecuencias de las decisiones que toma.

Similitudes:

- importancia de la supervisión en el aprendizaje de las destrezas
- necesidad de una evaluación continua del nivel de competencia profesional
- necesidad de un alto nivel de pericia y conocimientos y cumplimiento de las normas establecidas para las situaciones de emergencias
- los resultados de la evaluación son predictores del desempeño
- importancia de la definición de los niveles de exigencia y de su cumplimiento para autorizar el ejercicio profesional.

Diferencias:

- En el caso de los pilotos existe un sistema de control y evaluación periódica del nivel de pericia mientras que en las profesiones de la salud son escasas las experiencias de recertificación profesional. Y en los casos en que ésta existe, se basa en la valoración de antecedentes y conocimientos y no se lleva a cabo una evaluación del desempeño a través de la observación y auditorías de historias clínicas.

EJERCICIO N° 4

Las fuentes de información para evaluar el desempeño docente son:

- la observación directa de su tarea con los alumnos
- la opinión de los alumnos
- el rendimiento de los alumnos
- la propia opinión del docente: autoevaluación

Si nos planteamos la evaluación del desempeño del personal de salud en su puesto de trabajo, encontramos que las fuentes de información son casi las mismas:

- la observación directa de la tarea que realiza
- la opinión del usuario, satisfacción del usuario en relación al servicio que recibe
- la opinión del trabajador, autoevaluación
- la productividad del servicio

Trabajo de Horowitz y col.

- a) promover el perfeccionamiento del plan de estudios, mejorar la instrucción, estimular la autoevaluación, promover la comunicación entre los docentes de los distintos ciclos de la carrera, identificar la enseñanza de alta calidad.
- b) El principal riesgo que se corre si se utiliza exclusivamente la opinión de los alumnos para evaluar el desempeño del docente es que éste adopte una actitud "demagógica" disminuyendo el nivel de exigencia para conquistar a los estudiantes.
- c) Los pares que vayan a asumir la función de "evaluadores" del desempeño de sus colegas - que van a valorar los conocimientos y experiencias, la calidad de los contenidos de enseñanza, la relevancia de los objetivos, los logros de los alumnos, las contribuciones a la institución que hacen sus colegas - deben ser profesores con experiencia, haber sido directores de cursos, haber recibido algún premio por trabajos de educación médica, propuestos por los directores de departamento, elegidos por votación del claustro docente.
- d) Los evaluadores realizaron observaciones de clases teóricas, trabajos prácticos y rotaciones clínicas; entrevistaron a docentes y alumnos; revisaron la calidad y resultados de los exámenes aplicados en los últimos tres años.
- e) Hubo coincidencia en el 75% de los casos; en el resto se advierte que los alumnos asignan mejor valoración a los cursos, son más generosos que los pares evaluadores. Los pares evaluadores analizaron cualidades que los alumnos no pueden juzgar.
- f) Guilbert afirma que la valoración de los estudiantes tiene alto grado de validez y objetividad; Horowitz y col comprobaron que hubo concordancia entre pares evaluadores(profesores) y alumnos en un 75% de los casos. En el 25% restante, los estudiantes tienden a adjudicar mayor puntaje a los cursos poco exigentes, que se aprueban sin inconvenientes; concluyen que se deben utilizar otras fuentes de información además de la opinión de los alumnos.
- g) a la participación en los procesos de evaluación de "maestros" respetados por todos, la elección de los evaluadores por votación del cuerpo académico y la dedicación y compromiso de los evaluadores.

ANEXOS

Anexo 1

Ejemplos de Listas de Control

- observación del desempeño del estudiante (toma de un hemocultivo por venopuntura periférica)
- observación del desempeño del estudiante en área de ginecología y obstetricia
- guía para la enseñanza de administración de drogas

Anexo 2

Escalas evaluativas

- escala de autoevaluación para ser completada por el estudiante
- escala para evaluar alcoholismo en un paciente

Anexo 3

Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECEO) en Pediatría

Arpí L, Mazza I, Urrutia L. Hospital Garrahan. Dirección de Docencia.

Anexo 4

Comunicación de Resultados

Ende Jacck. *Feed-back in Medical Education*. JAMA 1983; 250 (6)

Traducción: Diana Perriard

Anexo 5

Revisión de cursos por pares evaluadores

Horowitz S, Van Eyck S, Albanese M. *Peer review*.

Acad Med 1998; 73 : 266-271

Traducción y adaptación: Diana Perriard y Amanda Galli

Anexo 6

Encuestas y Entrevistas. Ejemplos de cuestionarios para la evaluación de cursos por parte de los estudiantes.

Anexo 7

Derechos y deberes de los docentes.

Ley de Educación Superior N° 24.521

Anexo 1

Ejemplos de Listas de Control

GUÍA PARA LA ENSEÑANZA DE ADMINISTRACIÓN DE DROGAS

Califique el desempeño en cada paso o tarea utilizando los siguientes puntajes:

- 1. Necesita perfeccionamiento:** el paso o tarea no se realizó en la forma o secuencia (si corresponde) correcta o se omitió
- 2. Realización aceptable:** el paso o tarea se realizó en la forma y secuencia (si corresponde) correctas, pero el avance del participante no fue eficiente
- 3. Realización excelente:** el paso o tarea se realizó en forma eficiente y precisa, en la secuencia correcta (si corresponde)

ENSEÑAR A ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN EL HOGAR

PASO/TAREA	OBSERVACIONES																		
<p>1. Determine los medicamentos y dosis apropiados para la edad o el peso del niño. Para determinar los medicamentos y dosis apropiados para un niño, utilice la cartilla TRATAMIENTO PEDIÁTRICO. Para determinar los medicamentos y dosis apropiados para un lactante, utilice la cartilla LACTANTES.</p>																			
<p>2. Señale a la madre el motivo de la administración del medicamento, incluyendo: por qué prescribió el medicamento oral y qué problema solucionará.</p>																			
<p>3. Demuestre cómo se mide la dosis: tome un envase del medicamento y controle la fecha de vencimiento. No use medicamentos vencidos. Retire la dosis estipulada. Cierre el envase.</p> <p>Si prescribe comprimidos: Enseñe a la madre la dosis adecuada. Si es necesario, muestre cómo se fraccionan los comprimidos. Si es preciso triturar el comprimido, agregue algunas gotas de agua potable y espere un minuto. El agua ablanda el comprimido y resulta más fácil triturarlo.</p> <p>Si prescribe jarabe: Muestre a la madre cómo se miden los mililitros (ml) correspondientes a la dosis. Use la tapa del envase o una cuchara de té o café. Muestre cómo se mide la dosis correcta con la cuchara.</p> <p>Una cuchara de té es igual a 5 ml.</p> <table data-bbox="323 1691 735 1930"> <thead> <tr> <th>mililitros (ml)</th> <th>cucharadas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1,25</td> <td>¼</td> </tr> <tr> <td>2,50</td> <td>½</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>7,50</td> <td>1½</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	mililitros (ml)	cucharadas	1,25	¼	2,50	½	5	1	7,50	1½	10	2	15	3					
mililitros (ml)	cucharadas																		
1,25	¼																		
2,50	½																		
5	1																		
7,50	1½																		
10	2																		
15	3																		

PASO/TAREA	OBSERVACIONES				
<p>4. Demuestre la administración ulterior. Ajuste las dosis de acuerdo con las cucharas a utilizar. Si prescribe comprimidos: Muestre a la madre la cantidad de comprimidos por dosis. Si el niño debe recibir menos de 1 cápsula de vitamina A (o no puede tragarla), enseñe a la madre cómo se abre la cápsula y se coloca parte del líquido en la boca.</p>					
<p>5. Observe a la madre mientras practica la medición de una dosis. Solicite a la madre que mida la dosis. Si se trata de un comprimido que el niño no puede tragar, solicite a la madre que la triture. Observe mientras practica. Señale los pasos correctos. Si la medición fue incorrecta, muestre cómo debe proceder.</p>					
<p>6. Solicite a la madre que administre la primera dosis. Aclare que aunque el niño vomite, debe administrar la medicación. Solicite a la madre que observe al niño durante 30 minutos. Si vomita en ese lapso (es factible visualizar el jarabe o comprimido en el vómito), debe suministrar otra dosis. Si el niño presenta deshidratación y vómitos, es preciso rehidratarlo antes de repetir la dosis.</p>					
<p>7. Explique cómo administrar el medicamento, luego rotule y envase el producto. Indique a la madre la dosis a administrar y el número de dosis por día. Indique cómo debe administrarse (a la mañana, con el almuerzo o la cena, antes de acostarse) y durante cuántos días. Escriba la información en el rótulo.</p> <p>a. Escriba el nombre completo del medicamento y la cantidad total de comprimidos, cápsulas o jarabe necesaria para completar el tratamiento.</p> <p>b. Escriba la dosis apropiada para el paciente (número de comprimidos, cápsulas o cucharadas - ½, 1, 1½ ...) y el momento de administración (a la mañana, con el almuerzo o la cena, antes de acostarse)</p> <p>c. Escriba la dosis diaria y la duración del tratamiento, por ejemplo, ½ comprimido 2 veces por día durante 5 días</p>					
<p>8. Si es preciso administrar más de un medicamento, prepare, cuente y envase cada uno por separado. Prepare un medicamento por vez. Escriba las instrucciones en el rótulo. Verifique la cantidad necesaria. Coloque el medicamento en el envase. Complete el procedimiento antes de preparar el otro medicamento. Explique a la madre que el niño debe recibir más de un medicamento porque padece más de una enfermedad. Muestre los distintos medicamentos. Explique cómo se administra cada uno. Si es necesario, anote el nombre de los medicamentos y el momento de administración.</p>					
<p>9. Explique que para completar el tratamiento, el niño debe recibir todos los comprimidos o cucharadas de jarabe, aun cuando mejore. Explique a la madre que aunque el niño mejore, debe continuar el tratamiento. Esto es importante porque a pesar de la desaparición de las manifestaciones clínicas, las bacterias o los parásitos pueden persistir. Aconseje a la madre mantener los medicamentos fuera del alcance de los niños. Además, debe conservarlos en un lugar seco y oscuro, protegidos de ratas e insectos.</p>					
<p>10. Verifique si la madre comprendió las instrucciones. Formule preguntas como las siguientes: ¿Qué dosis debe administrar cada vez? ¿En qué momento debe administrarlas? ¿Durante cuántos días? ¿Cómo debe preparar estos comprimidos? ¿Qué medicamento debe administrar 3 veces por día?</p>					

Lista de cotejo para la observación del desempeño del estudiante*

Objetivo: El alumno será capaz de efectuar la toma de un hemocultivo por venopuntura periférica.

Nombre del alumno: _____

El evaluador mediante la observación directa debe señalar con una cruz (X) en el caso de que la conducta sea realizada correctamente por el estudiante

0. Se presenta a la paciente	
1. Explica al paciente lo que le va a hacer	
2. Comprueba que tiene todos los elementos necesarios (lazo, agujas tipo butterfly, jeringas, gasas estériles, alcohol etílico al 70%, yodo povidona, cinta adhesiva, frascos de hemocultivos)	
3. Coloca a la paciente en una posición confortable y controla que el brazo esté descubierto.	
4. Selecciona el sitio más adecuado para la venopuntura	
5. Limpia vigorosamente el sitio de la venopuntura con una gasa estéril con alcohol	
6. Pincela en círculos concéntricos crecientes, comenzando desde el centro, con una gasa embebida en yodo povidona	
7. Deja secar el lugar	
9. Coloca sobre un campo estéril el material de venopuntura a utilizar evitando su contaminación	
10. Coloca un lazo inmediatamente por arriba de la región.	
11. Se coloca guantes estériles	
12. Inserta la aguja butterfly, con el bisel hacia arriba, dentro de la vena	
13. Lograda la flebotomía, aspira lentamente para obtener la sangre	
14. Una vez alcanzado el volumen de sangre necesario, retira el lazo, antes de quitar la aguja	
15. Si no logra extracción inicial, utiliza una nueva aguja	
16. Inyecta la sangre dentro del frasco de hemocultivo cuidando la asepsia del procedimiento	
17. Descarta el material utilizado en los recipientes adecuados	
18. Realiza una limpieza de la zona con alcohol etílico y coloca un apósito en el lugar de la flebotomía	
19. Da indicaciones a la paciente de cuándo retirar el apósito y ofrece oportunidades de realizar preguntas	
20. Se despide de la paciente	

* Elaborada por el Dr. Javier Otero. Alumno de Carrera Docente 2000. Facultad de Medicina. UBA.

Lista de cotejo para la observación del desempeño del estudiante en un caso del área de ginecología y obstetricia¹

Nombre del alumno: _____

El evaluador debe señalar con una cruz (X) en el caso de que la conducta sea realizada correctamente por el estudiante

PROCEDIMIENTO

Al realizar el interrogatorio, identificó:

- _____ 1. fecha de última menstruación?
- _____ 2. si la paciente utilizó algún método anticonceptivo?
- _____ 3. interrogó si ha tenido cefalea?
- _____ 4. realizó semiología de la cefalea?
- _____ 5. como factor de riesgo (FR), la edad de la paciente?
- _____ 6. FR que es primigesta?
- _____ 7. FR que es soltera?
- _____ 8. FR tabaquismo?

Interrogó presencia de:

- _____ 9. acúfenos?
- _____ 10. fosfenos?
- _____ 11. edema de miembros inferiores?
- _____ 12. incremento ponderal?
- _____ 13. interrogó presión arterial previa al embarazo?

Habilidades de comunicación interpersonal

- _____ 14. ¿Se presentó ante la paciente?
- _____ 15. ¿Explicó que iba a realizar algunas preguntas?
- _____ 16. ¿Utilizó un lenguaje adecuado y comprensible?
- _____ 17. ¿Utilizó una secuencia lógica en el interrogatorio?
- _____ 18. ¿La actitud hacia la paciente fue de respeto?
- _____ 19. ¿Mantuvo contacto visual con la paciente?
- _____ 20. ¿Realizó diagnóstico de preeclampsia leve?

¹Tomado de Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Facultad de Medicina.

Anexo 2

Ejemplos de Listas y escalas

Ejemplo de Escala de autoevaluación para ser completada por el alumno²

Este tipo de escalas de autoevaluación es útil en aquellos casos en los que el docente deba asignar una "nota de concepto". Se pide a cada estudiante que la complete y luego es contrastada con la opinión del docente. En aquellos casos en los que hubiere discrepancias es conveniente tener con ese estudiante una entrevista personal.

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNA VEZ	NUNCA
Responsabilidad en el aprendizaje				
Tengo todos los materiales necesarios para los trabajos prácticos				
Sigo las instrucciones para llevar a cabo un experimento o tarea práctica				
Elaboro conclusiones conceptuales a partir de los trabajos prácticos				
Entrego los trabajos en la fecha solicitada				
Reviso y corrijo los trabajos antes de entregarlos				
Realizo las consultas bibliográficas en los tiempos establecidos				
Conozco las pautas establecidas para las entregas de las diferentes tareas y me esfuerzo por respetarlas				
Utilizo correctamente el vocabulario científico				
Utilizo el tiempo en forma constructiva				
Actitudes en el aula				
Escucho atentamente				
Emito opinión en el momento adecuado				
Acepto las indicaciones del docente como ayuda para mejorar mi desempeño				
Mantengo una actitud de respeto por mi docente				
Respondo adecuadamente cuando recibo un límite				
Actitud con mis compañeros				
Valoro y respeto el trabajo de los demás				
Soy tolerante con las opiniones de los otros y respeto las diferencias				
Participo de las tareas grupales con responsabilidad				
El trato que tengo con mis compañeros es adecuado				
Considero que en esta cursada "hice lo mejor que pude"				

²Elaborada por Lic. Claudia Castro.

Ejemplo de Escala de Evaluación para administrar a un paciente³

Por favor, tilde la respuesta que considere más correcta para Ud.

1. ¿Con qué frecuencia toma bebidas que contienen alcohol?

(0) Nunca	(1) Mensualmente o menos	(2) Entre 2 y 4 veces por mes	(3) Entre 2 y 3 veces a la semana	(4) 4 o más veces a la semana
--------------	-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

2. ¿Cuántos tragos que contienen alcohol toma usted en una típica ocasión de bebida?

(0) Uno o dos	(1) tres o cuatro	(2) cinco o seis	(3) siete a nueve	(4) diez o más
------------------	----------------------	---------------------	----------------------	-------------------

3. ¿Con qué frecuencia toma Ud. 6 o más tragos en una ocasión?

(0) Nunca	(1) No llega a 1 vez por mes	(2) Mensualmente	(3) semanalmente	(4) diariamente o casi diariamente
--------------	---------------------------------	---------------------	---------------------	---------------------------------------

4. ¿Con qué frecuencia, durante el último año, se encontró en situaciones en las que después de haber empezado a beber no podía parar?

(0) Nunca	(1) No llega a 1 vez por mes	(2) Mensualmente	(3) semanalmente	(4) diariamente o casi diariamente
--------------	---------------------------------	---------------------	---------------------	---------------------------------------

5. ¿Con qué frecuencia, durante el último año, no pudo realizar lo que se esperaba normalmente de Ud. a causa de la bebida?

(0) Nunca	(1) No llega a 1 vez por mes	(2) Mensualmente	(3) semanalmente	(4) diariamente o casi diariamente
--------------	---------------------------------	---------------------	---------------------	---------------------------------------

6. ¿Con qué frecuencia, durante el último año, necesitó un primer trago por la mañana para ponerse en marcha después de una ocasión de intensa bebida?

(0) Nunca	(1) No llega a 1 vez por mes	(2) Mensualmente	(3) semanalmente	(4) diariamente o casi diariamente
--------------	---------------------------------	---------------------	---------------------	---------------------------------------

7. ¿Con qué frecuencia, durante el último año, tuvo sentimientos de culpa o experimentó remordimientos después de beber?

(0) Nunca	(1) No llega a 1 vez por mes	(2) Mensualmente	(3) semanalmente	(4) diariamente o casi diariamente
--------------	---------------------------------	---------------------	---------------------	---------------------------------------

8. ¿Con qué frecuencia, durante el último año, no pudo recordar lo que sucedió la noche antes debido a que había estado bebiendo?

(0) Nunca	(1) No llega a 1 vez por mes	(2) Mensualmente	(3) semanalmente	(4) diariamente o casi diariamente
--------------	---------------------------------	---------------------	---------------------	---------------------------------------

9. ¿Resultó lesionado Ud. u otra persona como resultado de su forma de beber?

(0) No	(1)	(2) Sí, pero no en el último año	(3) semanalmente	(4) Sí, durante el último año
-----------	-----	-------------------------------------	---------------------	----------------------------------

10. ¿Tiene un pariente, amigo, médico u otro profesional del ámbito de la salud que se haya preocupado por su consumo de alcohol o le haya sugerido interrumpir la bebida?

(0) No	(1)	(2) Sí, pero no en el último año	(3) semanalmente	(4) Sí, durante el último año
-----------	-----	-------------------------------------	---------------------	----------------------------------

³ Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Anexo 3

Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECEO) en Pediatría

Introducción:

El objetivo fundamental de quienes participamos en la formación de pediatras a través del Sistema de Residencia, es capacitarlos para que sean los mejores médicos para niños y adolescentes.

En el Hospital de Pediatría J. P. Garrahan se nos planteó hace algunos años el problema de que nuestras evaluaciones no permitían comprobar el grado en que este objetivo había sido alcanzado.

Por un lado se tomaban pruebas de selección múltiple, que son un buen instrumento para evaluar conocimientos; pero evidentemente, no son útiles para valorar los otros aspectos de la competencia clínica, no pueden reflejar ni predecir cómo se comportará un médico frente a un paciente, carecen de **validez**.

Por otro lado, en cada rotación, los médicos de planta llenaban una escala numérica para evaluar el desempeño del residente en ese período. Este es un excelente instrumento para valorar algunos ítem, como responsabilidad en el trabajo, capacidad para integrarse a un grupo, aptitudes docentes con los residentes de años inferiores y capacidad para aceptar críticas; pero también tiene sus desventajas: disparidad de criterio entre los servicios, condiciones de trabajo variables según el período de rotación, incidencia de factores afectivos en la evaluación, etc. Carece de **fiabilidad y objetividad**.

Así, con la necesidad de hallar un instrumento válido, fiable y objetivo para evaluar la competencia clínica de los residentes (es decir, su desempeño en situaciones concretas de trabajo) un grupo de médicos, con el asesoramiento de la Lic. Amanda Galli, tomó por primera vez en el país un ECEO¹⁻².

Actualmente los residentes son evaluados con los tres tipos de instrumentos citados; hemos logrado una evaluación más completa, válida³, fiable⁴⁻⁵ y objetiva⁶ de cada uno de ellos y del Programa de

Residencia y esperamos que esto nos permita mejorar la calidad de la enseñanza.

¿Cómo armamos un ECEO?

Para armar un ECEO tenemos en cuenta los objetivos docentes que corresponden a cada año de la residencia y elegimos los más significativos.

1. Elegimos los objetivos a evaluar, jerarquizando los más importantes.
2. Pensamos 15 estaciones. Cada "caso" puede abarcar una o dos estaciones (Ej: estación 1: interrogatorio, estación 2: con los datos obtenidos en la estación 1 más el examen físico que les damos por escrito deben plantear el diagnóstico más probable y formular el plan de estudios).
3. Buscamos la Historia clínica de un paciente que haya presentado el primer problema a plantear (Ej: diarrea)
4. Escribimos un Instructivo para la "Madre Simulada" en el que constan todos "sus" datos (Usted se llama Andrea, tiene 19 años, es soltera, vive con sus padres, ...), los datos de "su" hijo (Juan es su único hijo, tiene 6 meses, ...), la enfermedad actual (estaba bien hasta ayer, pero a la noche vomitó la leche y no podía dormir, ...), los antecedentes (siempre fue un bebé sano, ...). Además el Instructivo aclara que no debe responder nada que el residente no pregunte específicamente.
5. Consultamos con 2 ó 3 pediatras experimentados cuáles son las conductas correctas frente a la situación planteada (Ej: qué debe hacer el pediatra en esta consulta). En las entrevistas consideramos tres tipos de resultados esperados:
habilidades de comunicación (lenguaje, orden, claridad);

actitudes (interés por el medio familiar, las condiciones de vida);

resolución del motivo de consulta (preguntas adecuadas a diarrea aguda).

6. Validamos con un experto las respuestas que consideraremos correctas.
7. Escribimos un Instructivo para el "Observador", explicando cómo debe cumplir el residente cada ítem para considerarlo correcto.
8. Ensayamos el caso. En general los Jefes de Residentes (que no conocen el caso) ocupan el lugar de residentes.
9. Cuando tenemos armadas las 15 estaciones hacemos una lista de todos los recursos necesarios para el día del examen (aulas, madres simuladas, pacientes, observadores, camillas, tensiómetros, placas radiográficas, videos, carteles con el número de estación para guiar a los residentes, urnas o bolsas para las hojas de respuesta, etc.)
10. Escribimos un "Instructivo General" para explicar a los residentes cuándo, dónde y cómo será el examen.
11. Escribimos un "Instructivo para el Residente" para cada estación. Al llegar a cada habitación o sala encuentra un cartel en el que está escrito claramente qué es lo que debe hacer.
12. Acondicionamos 15 aulas (una para cada estación).
13. Todos los residentes rinden examen en el mismo momento, cada uno comienza por una estación diferente y van rotando hasta terminar. Cada 7 minutos suena un timbre que les indica que deben cambiar de estación. Sólo comienzan por las estaciones impares (1, 3, 5), ya que las pares pueden ser continuación de una estación anterior. Dado que podemos armar dos circuitos paralelos evaluamos 32 residentes en dos horas.
- 14 Una vez corregidos los exámenes, graficamos los resultados de la siguiente forma:
 - Un gráfico general en el que consta la mediana del grupo para cada estación;
 - Un gráfico para cada residente en el que consta su rendimiento en cada estación.
15. Cada residente acude a una devolución individual (en privado) en la que puede ver sus

resultados, se le explica cuáles fueron sus aciertos y errores y cómo está en relación a su grupo de compañeros. En esta devolución se destacan tanto los aspectos débiles como los fuertes.

Resultados:

Este tipo de examen nos ha permitido conocer mejor a nuestros residentes y advertir quiénes tienen mayor riesgo de dificultades en el futuro; pero fundamentalmente nos ha permitido evaluar el Programa, ya que detectamos algunas fallas graves en áreas en las que esperábamos un buen rendimiento.

En algunos casos agregamos talleres suplementarios, en otros nos comunicamos con los servicios para modificar las estrategias de enseñanza y en un caso fue necesario cambiar una rotación a otro servicio.

Ejemplos de guiones y listas utilizadas en esta experiencia

ESTACIÓN N° 1: Residente. Madre y Observador

INSTRUCTIVO PARA EL RESIDENTE

Usted está atendiendo en Consultorio Externo y se presenta una madre con el resultado de un urocultivo; debe atenderla y resolver la consulta.

Tiempo 14 minutos.

Recuerde que como esta Estación es doble, debe pasar a la Estación N° 2 cuando suene el 2° timbre. (Cuando suene el primer timbre, todavía le quedarán 7 minutos para completar la consulta).

INSTRUCTIVO PARA LA MADRE

Usted participará en la evaluación de los residentes de pediatría que terminan primer año. No le dé al médico ninguna información que él no le pida. Sólo conteste lo que el doctor le pregunte.

No muestre el papel con la receta del antibiótico, salvo que el médico le pregunte qué le recetaron.

Si el médico le hace cualquier pregunta sobre algún dato cuya respuesta no figura en este instructivo, asuma que es normal.

Ud. se llama María, tiene 25 años y su hijo de 2 años se llama Juan.

Ud. viene a Consultorio Externo a traer el resultado de un urocultivo que le hicieron el jueves a su hijo. Es una mujer humilde, viste pantalón vaquero, remera y zapatillas. Está muy preocupada.

Lo único que debe hacer sin que el médico se lo pida es mostrar el resultado del cultivo y decir "Buenos días doctor, vengo a traer este resultado".

Motivo de consulta:

El jueves pasado lo trajo a la guardia porque empezó con fiebre (38° C) y lloraba al hacer pis. La atendió una doctora jovencita, no se acuerda el nombre. Le hizo un análisis de orina que "dio mal"; le pidió un cultivo (de orina) y le recetó un antibiótico.

Usted lo lavó muy bien antes de que Juan hiciera pis en el frasquito. El primer chorro no lo juntó. La doctora vio como juntó el pis y dijo que estaba muy bien. Le indicó que cuando tuviera el resultado del cultivo se lo mostrara a algún médico.

Hoy le dieron el resultado y quiere mostrárselo al médico.

rae además el papel que le dieron con la indicación escrita del antibiótico, pero sólo lo mostrará si el médico se lo pide o le pregunta qué le recetaron.

Antecedentes de Juan:

Juan es su único hijo. Es un nene sano. Sólo tuvo dos episodios de diarrea, a los 5 meses y al año y medio. Se curó con una dieta en menos de 1 semana. Pesa 10 kg. Lo controla en un Centro de Salud y tiene todas las vacunas.

Antecedentes familiares:

Su marido se llama Juan Carlos, tiene 28 años y es albañil. Se casaron hace 3 años. Viven en Monte Grande, en una casita de material, con dos dormitorios, luz eléctrica y baño instalado. No tienen agua corriente ni cloacas.

Su mamá y su papá viven con ustedes. Su papá hace changas y su mamá cuida a Juancito mientras usted trabaja. Ud. trabaja por horas en una casa de familia. Todos son sanos.

Evolución de Juan:

El jueves a la tarde (el mismo día que lo trajo a la guardia) empezó a darle el antibiótico.

El viernes ya estaba sin fiebre.

El sábado su mamá (la abuela de Juan) viajó a Entre Ríos a visitar a su hermano y como Ud. no tiene quien cuide a Juan mientras trabaja, él viajó con la abuela. Por eso hoy no lo trajo.

Ayer su mamá llamó por teléfono a su trabajo y le contó que Juan está muy bien.

Ya tienen el pasaje de vuelta para dentro de una semana. Si tiene que comunicarse con su madre tiene el T.E. de un vecino de su hermano.

Situación económica:

Son una familia humilde, ganan lo justo para comer. Su hermano es maestro y le mandó el pasaje para que su mamá pudiera viajar.

Ud. puede conseguir los antibióticos que le recetan en el Centro de Salud.

En el momento de irse tiene que preguntarle al médico si hay alguna forma de conseguir ayuda para volver a su casa, porque se quedó sin dinero (al venir se equivocó de colectivo y necesita 1 peso, esto le da mucha vergüenza).

Podrá venir a los controles porque su marido va a cobrar un trabajo la semana que viene.

Dudas:

Sólo si el médico le pregunta si quiere saber algo más o si tiene alguna duda, pregunte lo siguiente:

- 1- ¿Es grave lo que tiene Juan?
- 2- ¿Puede tener algo más?
- 3- ¿Hay que hacerle estudios? ¿Cuáles?

Usted trae el siguiente análisis:

González, Juan
Escasa muestra para sedimento.
Cultivo: Escherichia Coli >100.000 ufc.
Sensible a Cefalotina, TMS y Nitrofuranos.
Resistente a Ampicilina.

Estas son las indicaciones que le dio la doctora:

Cefalexina (jarabe) 250 mg.
Dar 2.cc cada 8 horas durante 10 días.
Ofrecer abundantes líquidos.
Concurrir a control con el resultado del cultivo.

INSTRUCTIVO PARA EL OBSERVADOR

Usted participará de la evaluación de los residentes de 1º año.

Debe permanecer lo suficientemente cerca para poder escuchar pero no tanto como para interrumpir.

El residente solo debe hablar con la madre simulada y por ningún motivo debe dirigirse a usted.

Usted no debe darle ninguna instrucción al residente, ya que todas las necesarias le fueron dadas previamente.

Ante cualquier inconveniente inesperado que surja, el residente debe recurrir a la Dra. Lucrecia Arpi, que se encontrará en el pasillo a su disposición durante todo el examen.

Usted debe marcar "SI" en la lista de cotejo por cada ítem que el residente cumpla correctamente. Las preguntas se consideran formuladas correctamente cuando son lo suficientemente claras como para obtener la respuesta esperada.

Debe marcar "NO" si omite el ítem o lo realiza en forma incompleta o incorrecta.

Esta estación dura 14 minutos y el Residente debe resolver la consulta de una madre que concurre al consultorio externo con el resultado positivo de un urocultivo realizado a su hijo de dos años.

Se evaluará la habilidad para comunicarse con la madre, la idoneidad para resolver la consulta clínica y la actitud hacia los problemas familiares y socioeconómicos.

Adjuntamos una copia del caso clínico para que lo conozca.

Desde ya le agradecemos su participación.

LISTA DE COTEJO PARA EL OBSERVADOR

Nombre y Apellido del residente: _____

LISTA DE COTEJO		SI	NO
1.	Saluda		
2.	Se presenta		
3.	Da la mano		
4.	Invita a tomar asiento		
5.	Evita el tuteo		
6.	Evita usar apelativos		
7.	Motivo de consulta		
8.	Cuando empezó		
9.	Signos y síntomas: fiebre		
10.	Decaimiento		
11.	Inapetencia		
12.	Vómitos		
13.	Diarrea		
14.	Dolor al orinar		
15.	Dolor abdominal		
16.	Color de la orina		
17.	Exámenes realizados en la Guardia		
18.	Cumplimiento del tratamiento		
19.	Estado actual del niño		
20.	¿Por qué no trajo al niño?		
21.	Constitución familiar		
22.	Vivienda		
23.	Cuidado del niño		
24.	Antecedentes patológicos (incluye preguntar específicamente infecciones urinarias previas)		
25.	Controles pediátricos		
26.	Vacunación		
27.	Trabajo del padre		
28.	Trabajo de la madre		
29.	Tranquiliza a la madre		
30.	Adecua la dosis del antibiótico		
31.	Averigua si pueden comprar el antibiótico		
32.	Explica la necesidad de repetir cultivo luego del tratamiento		
33.	Explica la necesidad de estudiar la vía urinaria		
34.	Averigua si va a poder traerlo a control		
35.	Escucha sin interrumpir		
36.	Mira a la madre cuando ésta le habla		
37.	Se muestra interesado		
38.	Es continente		
39.	Usa un tono de voz adecuado (claramente audible, sin ser elevado o imperativo)		
40.	Es ordenado en el interrogatorio		
41.	Es ordenado en las explicaciones		
42.	Usa esquemas o dibujos para clarificar su explicación		
43.	Cita al niño por escrito		
44.	Ofrece solución a la falta de dinero para viajar (la conecta con S. Social o le presta 1 peso)		
45.	Se despide		

El residente realizó alguna pregunta no incluida en esta lista: SI NO

Cuál o cuáles?

VALOR ASIGNADO A CADA CONDUCTA ESPERADA

	LISTA DE COTEJO	SI	NO
1.	Saluda	2	
2.	Se presenta	2	
3.	Da la mano	1	
4.	Invita a tomar asiento	2	
5.	Evita el tuteo	1	
6.	Evita usar apelativos	2	
7.	Motivo de consulta	5	
8.	Cuando empezó	3	
9.	Signos y síntomas: fiebre	3	
10.	Decaimiento	2	
11.	Inapetencia	2	
12.	Vómitos	2	
13.	Diarrea	2	
14.	Dolor al orinar	2	
15.	Dolor abdominal	2	
16.	Color de la orina	2	
17.	Exámenes realizados en la Guardia	3	
18.	Cumplimiento del tratamiento	3	
19.	Estado actual del niño	5	
20.	¿Por qué no trajo al niño?	1	
21.	Constitución familiar	2	
22.	Vivienda	2	
23.	Cuidado del niño	2	
24.	Antecedentes patológicos (incluye preguntar específicamente infecciones urinarias previas)	3	
25.	Controles pediátricos	2	
26.	Vacunación	3	
27.	Trabajo del padre	2	
28.	Trabajo de la madre	2	
29.	Tranquiliza a la madre	3	
30.	Adecua la dosis del antibiótico	3	
31.	Averigua si pueden comprar el antibiótico	3	
32.	Explica la necesidad de repetir cultivo luego del tratamiento	2	
33.	Explica la necesidad de estudiar la vía urinaria	2	
34.	Averigua si va a poder traerlo a control	2	
35.	Escucha sin interrumpir	1	
36.	Mira a la madre cuando ésta le habla	1	
37.	Se muestra interesado	2	
38.	Es continente	3	
39.	Usa un tono de voz adecuado (claramente audible, sin ser elevado o imperativo)	1	
40.	Es ordenado en el interrogatorio	2	
41.	Es ordenado en las explicaciones	2	
42.	Usa esquemas o dibujos para clarificar su explicación	1	
43.	Cita al niño por escrito	2	
44.	Ofrece solución a la falta de dinero para viajar (la conecta con S. Social o le presta 1 peso)	3	
45.	Se despide	2	

Anexo 4

Comunicación de Resultados

Ende Jacck

Retroalimentación en educación médica

En educación médica, la retroalimentación se refiere a la información que describe el desempeño de los alumnos o el personal en una actividad destinada a guiar la realización futura de esa u otra tarea relacionada. Aunque es un paso clave en la adquisición de destrezas clínicas, a menudo se omite o no se efectúa en forma correcta. Este hecho podría tener consecuencias indeseables, algunas de las cuales podrían persistir más allá del período de capacitación. No obstante, cuando se aprecia la naturaleza de este proceso, en especial la diferencia entre retroalimentación y evaluación y la importancia que reviste centrar la atención en las conductas observables y no en los estudiantes, se comprueba su valor.

Después de volver a convertirse en alumno, antes de abandonar su cargo de coordinador del departamento de medicina, el Dr. Ludwig Eichna señaló: "Estamos capacitando a un grupo de médicos a los que nunca observamos". Esta afirmación es exacta, pero sólo identifica parte del problema. Pocas veces se exploran las destrezas clínicas y cuando se las examina, la información obtenida nunca llega a los destinatarios más apropiados - los estudiantes. ¿Qué magnitud alcanza esta situación? Sólo es preciso realizar una encuesta limitada o pensar en nuestra propia capacitación para advertir que se presta muy poca atención a la retroalimentación.

Esta circunstancia no es privativa de la medicina y ya existen directivas aplicables a la administración de empresas, psicología organizativa y literatura educativa. Este artículo se basa en esas fuentes y en las investigaciones publicadas, las opiniones acerca de la educación médica y algunas apreciaciones personales. La finalidad es triple: posibilitar la comprensión del proceso de retroalimentación; analizar las barreras que impiden la retroalimentación y las consecuencias

cuando se la ignora o enfoca en forma incorrecta y por último, brindar pautas al respecto.

Naturaleza de la retroalimentación

Los pioneros en el concepto de retroalimentación - la información que emplea un sistema para llevar a cabo los ajustes necesarios para llegar a una meta - fueron los ingenieros especializados en cohetes, en la década del 40; desde entonces se aplica en muchos campos. Norbert Weiner, el padre de la cibernética, fue uno de los primeros en ampliarlo a las humanidades.

La retroalimentación es el mecanismo de un sistema que al reinsertarse en él, controla su desempeño. Si los resultados sólo se usan como datos numéricos para criticar el sistema y su regulación, se obtiene la simple realimentación del ingeniero supervisor. No obstante, si esa información es capaz de modificar el método general y los patrones de rendimiento, el proceso bien podría denominarse aprendizaje.

La relevancia de la retroalimentación en la adquisición de destrezas clínicas surge de la naturaleza del método científico. Es más fácil demostrar las habilidades clínicas -que resumen conductas cognoscitivas, psicomotoras y afectivas- que describirlas. Y como el ballet, es preferible aprenderlas frente al espejo. La retroalimentación tiene lugar cuando el estudiante o profesional comprende las acciones que realiza y sus consecuencias. Este conocimiento es importante porque destaca la discrepancia entre los resultados propuestos y obtenidos y motiva así los cambios requeridos. Es lo que ocurre cuando un médico concurrente observa cómo un alumno o profesional confecciona la historia clínica y efectúa el examen físico, presenta el paciente en el pase de sala, decide el tratamiento o interactúa con otros integrantes

del equipo y luego transmite la información a esas mismas personas para que puedan aprovecharla en el futuro.

Los términos retroalimentación y evaluación a menudo se emplean como sinónimos - error responsable de gran parte de la confusión reinante. En contraste con la evaluación, la retroalimentación no juzga, ofrece información y por lo tanto, es formativa. Como componente integral del aprendizaje, permite que el estudiante siga su camino hacia la meta. La evaluación, por su parte, es ulterior y constituye un juicio, casi siempre del docente, que con frecuencia mide el rendimiento en relación con el de los pares. La evaluación se expresa en forma de afirmaciones normativas, con diversos adverbios y adjetivos; la retroalimentación es neutra y consta de sustantivos y verbos.

Estas son las diferencias teóricas. Si los estudiantes se asemejaran a los cohetes y el desempeño clínico a datos numéricos, la distinción sería clara. En realidad, la retroalimentación siempre implica un juicio. La retroalimentación positiva suele parecer "buena" y la negativa, "mala". Es imposible informar a un alumno que el diagnóstico diferencial no incluyó la enfermedad más probable, sin causar cierto grado de frustración o bochorno. Esto no significa que el docente no debe señalar el error, sino que debe hacerlo con tacto y comprensión. En general, los riesgos de la retroalimentación no son tantos como parecen.

Retroalimentación en vías de extinción

Las explicaciones de la escasez de retroalimentación en educación médica son múltiples. Si son válidas o no ya es otro problema. La primera y más obvia es la carencia de datos, de observación personal del desempeño del estudiante. La observación es la moneda de la retroalimentación y sin ella el proceso se convierte en sólo un nombre. El observador debe participar y poseer estándares (objetivos) de competencia sólidos. No obstante, es preciso señalar que la actividad analizada no tiene por qué incluir la historia clínica y el examen físico completos y el formato no siempre debe ser una consulta clínica. Las observaciones menos formales también son valiosas. El contacto entre los miembros del equipo, por ejemplo, a menudo es

suficiente para efectuar apreciaciones que podrían convertirse en la base de una retroalimentación útil. Sin duda, las observaciones deben ser válidas, pero las posibilidades de brindar retroalimentación como parte de las prácticas de rutina, son muy significativas.

Aun cuando se dispone de datos, existen factores que crean confusión. Preocupa que la retroalimentación pueda ejercer efectos adicionales. Los estudiantes y docentes suelen incurrir en este error. Ya se discutió la capacidad de la retroalimentación para despertar una reacción emocional. Cuando se la emplea en forma incorrecta y no se tienen en cuenta las técnicas para limitar la respuesta emocional, podría ser difícil proporcionar o recibir retroalimentación en el futuro. El docente podría suponer que la retroalimentación negativa afecta al estudiante, la relación entre ambos o su propia popularidad o quizás que produce más daño que beneficio. Los alumnos podrían considerar que la retroalimentación constituye una opinión acerca de su valor o potencial personal. Además, podrían solicitar información acerca de su desempeño, siempre y cuando confirme el concepto que tienen de sí mismos. En este sentido, desean alimentación y no retroalimentación.

Estas inquietudes y equivocaciones a menudo resultan en lo que en administración se denomina "retroalimentación en vías de extinción", una frase aplicable también a la educación médica. Los docentes ansiosos por el impacto de la información, pero que comprenden la importancia de la retroalimentación, hablan con rodeos o emplean expresiones tan indirectas que oscurecen por completo el mensaje. Los estudiantes, temerosos de la evaluación negativa, avalan y refuerzan la conducta de los docentes. En estas circunstancias, a pesar de las mejores intenciones no se transmite ni recibe nada relevante. Y lo que es más serio aún, esta preocupación podría llevar a omitir la retroalimentación.

Educación médica sin retroalimentación

En educación médica, el significado de la retroalimentación se extiende más allá de la pedagogía. El objetivo de la capacitación clínica es la

adquisición de experiencia en la atención de pacientes. En ausencia de retroalimentación, no se corrigen los errores, no se reconoce el desempeño correcto y sólo se logra capacitación empírica o nula. Empero, existen otras consecuencias menos obvias. Todos aquellos que inician su actividad clínica exhiben cierto grado de incertidumbre; sin retroalimentación, la sensación de estar desorientados en un medio extraño se amplifica. Los estudiantes parecen reaccionar en una forma muy humana - generan su propia retroalimentación, otorgando relevancia inadecuada a indicios internos y externos. Una ceja levantada implica entonces "no estoy trabajando bien"; la respuesta brusca de un residente sugiere "estoy en un lugar que no me corresponde"; la aparición de náuseas confirma que "estoy aterrado". Estos hechos no son demasiado graves, pero como sustitutos de la retroalimentación no son confiables y sí peligrosos. Los alumnos con menor fortaleza podrían sentirse perdidos y si la respuesta a la incertidumbre consiste en independencia exagerada o arrogancia, podría surgir una percepción de aprobación indeseable.

Con el tiempo, la mayoría de los estudiantes logra enfrentar el medio, pero las secuelas de la retroalimentación inapropiada persisten. Es fácil advertir cómo en un sistema de este tipo se otorga importancia inmerecida a los exámenes escritos; después de todo sólo así verifican los alumnos su rendimiento. Para aquellos que deben demostrar sus destrezas, la memoria desplaza a las habilidades clínicas. Esta circunstancia afecta a los fuertes y débiles por igual. Además, en ausencia de retroalimentación los más débiles podrían descubrir que su desempeño fue insuficiente después de finalizar la capacitación.

En un estudio longitudinal, los médicos de planta confirmaron la ausencia casi completa de retroalimentación en el entrenamiento de los concurrentes. Como los estudiantes, decidieron implementar un mecanismo de autovalidación basado en claves no intencionales; no obstante, a diferencia de éstos, el sistema se desarrolló en paralelo con su sensación de dominio del tema. A medida que la confianza se incrementó, comenzaron a creerse más capaces de juzgar su desempeño; empero, excluyeron la evaluación externa. De hecho, para sorpresa de los investigadores, los profesionales parecían emplear

innumerables defensas para evitar las críticas de sus superiores: menospreciaban las fuentes, consideraban irrelevantes muchos aspectos y atribuían las opiniones adversas a diferencias de estilo o concluían que ya no revestían importancia para ellos. Friedson piensa que estas actitudes pueden prolongarse más allá del período de capacitación.

En esencia, durante la educación de posgrado los médicos jóvenes tienden a definir sus estándares y resistir todos los esfuerzos destinados a modificarlos... Además, se aprecia cómo esta modalidad adquirida en la facultad, se aplica a prácticas organizadas en forma individualista, sustentada por las reglas de las costumbres profesionales.

El problema no radica en la inseguridad de los estudiantes ni la arrogancia propia de los profesionales, sino en la educación que no brinda un modelo de aprendizaje constructivo, no evaluador. Si la retroalimentación sigue siendo una alabanza embarazosa o una crítica humillante o desaparece por completo, las reacciones descritas persistirán.

La retroalimentación bien empleada puede ser una herramienta muy útil en educación médica. Proporciona a los estudiantes información vital acerca de su desempeño y les permite entonces perfeccionarlo. Es fenomenológica y por lo tanto, alcanza una faceta difícil de examinar a través de las habilidades cognoscitivas. Por último, demuestra la preocupación por el progreso y desarrollo personal en sentido real y no sólo en función de grados o puntajes.

Pautas de retroalimentación

Todo aquello que permita a los estudiantes comprender qué es la retroalimentación - la apreciación informada, no evaluadora, objetiva de la capacitación para acrecentar las habilidades clínicas - y no la estimación del valor personal, puede ser útil. En general, la retroalimentación fracasa porque provoca ira, posturas defensivas o vergüenza en los alumnos.

Es preferible que los docentes y estudiantes actúen como aliados, sin confundir por eso el control

jerárquico. La retroalimentación debe tener lugar en un ámbito libre de tensiones; podría ser valioso prestar atención al entorno y la ubicación de cada uno. El horario, el lugar y el temario de las reuniones deben fijarse de común acuerdo.

Desde el principio, ambas partes deben determinar el desempeño global del alumno, definiendo primero los logros en general, para considerar luego posibles hipótesis que expliquen las falencias. El rendimiento se mide en comparación con las metas establecidas. No es necesario explicitarlas como en el caso de los objetivos del aprendizaje, pero deben ser significativas y compartidas por todos. Los estudiantes deben participar en forma activa; las preguntas a desarrollar pueden romper el hielo. Por ejemplo, después de escuchar la presentación de un alumno, el docente podría inquirir, "¿cómo cree que actuó?" y después agregar, "¿qué aspectos fueron positivos?" y "¿qué es preciso perfeccionar?" Si las dos partes llegan a un acuerdo, disponen de tema para el resto de la discusión. La retroalimentación real surge cuando el docente comparte su percepción del desempeño con el estudiante. El "cumplimiento" de las propuestas por parte del alumno es mucho más efectivo cuando acepta el "diagnóstico" y aprecia las metas del "tratamiento". La retroalimentación es más eficaz cuando se proporciona por pedido y no por imposición. De todas maneras, no debe tomar por sorpresa a los estudiantes. Esto no significa que deba limitarse a reuniones preestablecidas a ese efecto. Por el contrario, es más útil cuando ocurre a diario, como parte del trabajo en la sala y próxima al evento en cuestión. Lo esencial es que los estudiantes comprendan y acepten cuándo, cómo y dónde recibirán retroalimentación. Cuando es imprevista, en especial si es negativa, genera una reacción emocional que impide el procesamiento de la información.

¿Quiénes deben ser los encargados de la retroalimentación? En general, todos aquellos capaces de realizar observaciones válidas del desempeño de los estudiantes y que posean suficiente experiencia clínica y pedagógica. La jerarquía de los hospitales escuela - médico de planta, residente, interno y estudiante - facilita el flujo de información organizado (que por supuesto no debe ser unidireccional). Todos los responsables de la evaluación de sus subordinados también están obligados a brindar retroalimentación adecuada. Aunque parezca irónico, a menudo la persona

menos indicada para ofrecer retroalimentación efectiva es la encargada de la educación, es decir, el coordinador administrativo, el director de los cursos de posgrado, el jefe del departamento o el decano. Si este profesional no observa a los estudiantes en acción, la fuente de realimentación deriva de los datos de segunda o tercera mano provenientes de las fichas de calificación. La información podría consistir entonces en "el Dr. X dice que sus conocimientos son suficientes, pero su capacidad para analizar y sintetizar los hallazgos clínicos requiere un poco más de dedicación". Por absurdo que resulte, esto se considera retroalimentación.

Cualquier actividad relevante de los estudiantes - presentación de pacientes, confección de la historia clínica, examen físico, observaciones acerca de la capacidad de liderazgo - merece ser incluida en la retroalimentación. No obstante, si las características de la personalidad de los alumnos no se traducen en conductas observables y evaluables, no corresponde incorporarlas. La información no debe ser abrumadora y la retroalimentación debe limitarse a las conductas modificables. Si las carencias son sustanciales, es preciso cambiar los objetivos y no el proceso mediante el cual se pretende cumplirlos.

El lenguaje de la retroalimentación debe describir y no juzgar. Es preferible decir, "el diagnóstico diferencial no contempló la posibilidad de tuberculosis" y no "el diagnóstico diferencial fue inadecuado". La información debe referirse a aspectos específicos y emplear ejemplos reales. Las generalizaciones acerca de la organización, eficiencia o aplicación, casi nunca brindan datos útiles o son demasiado amplias para tener valor en la retroalimentación. La información que vuelve a los estudiantes debe denotar acciones y no interpretaciones o intenciones presuntivas. Los datos basados en acciones son más exactos y permiten tomar distancia psicológica, hecho fundamental cuando la retroalimentación es negativa o el alumno es inseguro. Por ejemplo, la frase "los antibióticos elegidos no ofrecen protección contra los enterococos", resulta menos ofensiva que señalar, "su elección de los antibióticos indica que no pensó en la probabilidad de infección enterocócica". Centrar la atención en la decisión y no en el responsable, facilita la revisión racional por ambas partes.

La retroalimentación referente a las destrezas clínicas puede valerse de datos subjetivos. Después

de todo, los médicos suelen ser juzgados por las impresiones de los pacientes y los colegas, más que por datos objetivos. No obstante, la información subjetiva debe rotularse como tal. Al referirse a reacciones u opiniones propias, corresponde hablar en primera persona. Decir, "viendo este video me pareció que no se sentía cómodo comentando el carcinoma del paciente", permite que el estudiante advierta que se trata de la reacción de una persona. Afirmar "usted parecía incómodo al comentar el carcinoma del paciente", sugiere que transmitía esa sensación a todos los presentes. Además, es conveniente destacar la conducta específica: "noté que le temblaba la mano; cambió de tema en forma súbita", para que el estudiante la interprete. Cualquiera sea la fuente de retroalimentación, pero en particular en el caso de los datos subjetivos, los docentes deben verificar la recepción del mensaje. Es útil solicitar a los alumnos que repitan la retroalimentación e invitarlos a discutir o formular preguntas.

Por último, cabe recordar que la retroalimentación positiva no está exenta de riesgos. Si es apropiada, confirma que la tarea se realizó de manera correcta. Muy a menudo se dice, "¡genial, qué buen trabajo hizo!" o peor aún, "¡sensacional!". Este tipo de lenguaje sugiere una alabanza; implica que se explora a la persona y no a su desempeño. Con frecuencia la adulación, en contraste con la retroalimentación positiva, es bochornosa. Los estudiantes brillantes podrían batirse en retirada para no parecer pendientes de las reacciones favorables de los docentes. Es más seguro alentar el orgullo que deriva de la labor cumplida con éxito y dejar que la autoestima de los alumnos se desarrolle en forma acorde. En este sentido, cabría señalar, "la presentación del caso me dió una idea clara y completa del problema del paciente", en vez de "su presentación del caso fue espectacular". También es esencial evitar los adjetivos "bien", "excelente", "perfecto" ante todas las respuestas correctas. Esta dieta a base de elogios puede ser adictiva.

A simple vista, algunas de estas pautas podrían parecer demasiado delicadas, como si para proporcionar retroalimentación debiéramos usar guantes blancos. En realidad no es tan difícil emplear palabras precisas y objetivas. Podría requerir cierta práctica, pero los beneficios justifican el esfuerzo. Este lenguaje permite abordar temas que suelen evitarse. Muy a menudo los docentes temen que sus críticas afecten a los

estudiantes y no destacan errores que podrían corregirse. Por el mismo motivo, también pasan por alto oportunidades para ofrecer refuerzos positivos. Estas omisiones privan a los alumnos de una experiencia de aprendizaje importante.

Conclusión: retroalimentación en perspectiva

En educación médica, es esencial recordar que la retroalimentación: 1) es necesaria, 2) es valiosa y 3) con un poco de práctica y planificación, no es tan difícil como parece. Además, es fundamental ubicarla en la perspectiva apropiada dentro del proceso global de aprendizaje de habilidades clínicas. Este comienza con la exposición a los problemas médicos, que en nuestro sistema se desarrolla sin mayores inconvenientes. Ninguna otra profesión brinda capacitación tan intensiva. También se requieren metas bien definidas y apreciables. El retorno del médico de familia al hospital escuela, que actúa como clínico y "modelo", constituye un paso más en la dirección correcta. El entusiasmo que despiertan los objetivos de aprendizaje basados en el desempeño de los estudiantes es otra manera, aunque menos vital, de destacar las metas de la educación médica. No obstante, las experiencias clínicas, los modelos y los objetivos no son suficientes; se necesita interacción, prueba y error y guía a través de la retroalimentación.

Los comités departamentales y de diseño curricular, encargados de analizar y actualizar los programas de capacitación, deben garantizar la retroalimentación adecuada. La meta no es la retroalimentación sino el perfeccionamiento de las habilidades clínicas; empero, puede utilizarse como indicador del cumplimiento de los objetivos del programa. El programa que proporciona retroalimentación apropiada siempre cuenta con médicos observadores, clínicos y docentes capaces de saber cuándo un estudiante debe corregir el rumbo. Estos profesionales se dedican a promover las habilidades clínicas y no operan como depósitos de información ni jueces. Las reacciones de los alumnos a la retroalimentación también reflejan el éxito del programa. La recepción de la retroalimentación no es un acto pasivo; demanda madurez, honestidad y compromiso desinteresado - virtudes que sin duda vale la pena cultivar en los futuros colegas.

Anexo 5

Revisión de los cursos a cargo de pares evaluadores

Sheldon Horowitz, Selma Van Eyck y Mark Albanese

Los autores describen el sistema de análisis de los cursos de medicina, en la Universidad de Wisconsin, establecido en 1988 con el propósito de promover el perfeccionamiento continuo de los cursos y el plan de estudios. Explican cómo se creó el procedimiento y comparan los resultados de las evaluaciones realizadas por los docentes y los alumnos durante un período de 5 años. La concordancia de los puntajes fue del 75%. En los casos discordantes, los estudiantes adjudicaron puntajes más elevados a los cursos no demasiado exigentes, fáciles y centrados en los detalles clínicos, a menudo a expensas de los conceptos básicos y el enfoque global. Destacan la influencia favorable del sistema en la transformación del plan de estudios y proporcionan pautas para la formulación e implementación de un proceso de análisis a cargo de los pares.

Sostienen que la propuesta fue exitosa porque el comité evaluador estuvo integrado por docentes experimentados y respetados, elegidos por sus pares. Además, el claustro de profesores avaló y aceptó el comité y su tarea, los directores colaboraron en el análisis de sus cursos, los evaluadores trabajaron con seriedad y el impacto en la interacción de los docentes entre sí y con los estudiantes y en la reforma curricular, fue muy positivo.

Acad. Med. 1998; 73:266-271.

En la actualidad se considera que los docentes deben rendir cuentas de su desempeño, por lo tanto se hace necesaria la evaluación de los cursos. Esta tarea representa un gran desafío y es, además, un asunto bastante controvertido.

En la práctica las fuentes de información utilizadas más frecuentemente son la opinión de los jefes de departamento y el rendimiento y opinión de los estudiantes. Ory afirma que "lo que comenzó como

una inquietud estudiantil, destinada a facilitar la elección de los cursos, se convirtió en una fuente de información poderosa, utilizada por las autoridades para adoptar decisiones personales y programáticas".

Los docentes consideran que si la evaluación de un curso depende demasiado de la opinión de los estudiantes se puede producir una disminución del nivel de exigencia para "conquistar" a los estudiantes. Para minimizar los abusos potenciales, Braskamp y col. aconsejan obtener datos de varias fuentes. Los docentes podrían evaluar la enseñanza impartida por sus pares. Los colegas pueden apreciar los conocimientos y la experiencia de los instructores, la calidad de los contenidos, la relevancia de los objetivos, los logros de los alumnos, la contribución de los docentes a las actividades educativas del departamento y muchas cualidades más.

La observación directa de clases es motivo de debate. Preocupa que la presencia de evaluadores externos afecte las interacciones en el aula y que la intromisión de los colegas en las clases deteriore las relaciones. Además, algunas publicaciones de los años 70 sugieren que estas evaluaciones basadas en una observación no son confiables y tienden a ser más generosas que las de los alumnos. Braskamp y col. creen que las observaciones deben reiterarse y estar a cargo de más de una persona.

Creación de un sistema de revisión y evaluación viable

En 1988, un grupo de profesores preocupados por la calidad de los cursos de nuestra escuela, elevó una propuesta de evaluación al Consejo de Políticas Educativas que está integrado por 20 profesores de

ciencias básicas y clínicas y que es responsable de dirigir el plan de estudios. En este Consejo se discutió sobre necesidad y conveniencia de implementar una evaluación de los cursos, la libertad académica, los costos y el rigor apropiado para obtener resultados de validez incuestionable. Fue necesario asegurar que más allá de los detalles específicos del proceso, los análisis serían amplios y estrictos y estarían a cargo de profesores con experiencia y respetados por todos.

Finalmente se aprobó el proyecto con los siguientes propósitos:

- 1) perfeccionar la instrucción,
- 2) estimular la autoevaluación constructiva de cada curso,
- 3) promover la comunicación entre los docentes con respecto al contenido curricular,
- 4) reconocer y destacar la enseñanza de alta calidad.

Se decidió formar un Comité de Coordinación y Supervisión de la Evaluación de cursos que debía estar integrado por profesores elegidos por votación de todo el claustro docente. Los jefes de departamento podían hacer nominaciones y los candidatos debían haber recibido por lo menos un premio importante en Educación Médica.

El comité de Coordinación y Supervisión se constituyó con profesores de reconocida trayectoria; la mayoría había participado en la dirección de cursos.

Se formaron equipos de pares evaluadores con dos o tres personas: un evaluador principal, miembro del comité de Coordinación y Supervisión, otro secundario, a menudo pero no siempre también integrante del comité y en ocasiones, un clínico o especialista en el tema en cuestión. En general, los equipos de evaluadores se integraron con un investigador en ciencias básicas y un médico. El director del curso a evaluar integraba el equipo y actuaba como fuente de información; esta circunstancia permitía discutir los hallazgos de los evaluadores con el responsable del curso en un entorno no amenazador. El director podía utilizar entonces los datos del informe para obtener los recursos necesarios para solucionar los problemas identificados.

Tabla N° 1: Mecanismo de evaluación.

- Los jefes de departamentos sugieren al comité los cursos que deben ser evaluados.
- El comité elige dos evaluadores (principal y secundario) y un observador externo (si el director del curso lo solicita). Estas nominaciones están sujetas a la aprobación del director del curso.
- Por lo menos tres meses antes del comienzo de la evaluación, se notifica por escrito al director del curso y se le solicita que designe a un docente para que colabore en el proceso. Además, el director puede sugerir la incorporación de observadores externos.
- El comité define las estrategias a utilizar:
 - 1) observación de clases teóricas, trabajos prácticos, discusiones, rotaciones clínicas (clases, pases de sala, conferencias, actividades típicas);
 - 2) entrevistas con los docentes;
 - 3) entrevistas con los estudiantes;
 - 4) entrevistas con tutores actuales y/o previos;
 - 5) revisión de exámenes.
- Se fija una fecha límite para la recepción de la información solicitada.
- El equipo de pares evaluadores analiza el material y el evaluador principal elabora un informe preliminar y lo eleva al comité de Coordinación y Supervisión.
- El comité de Coordinación y Supervisión discute y prepara el informe final. Se envía una copia al director del curso, que puede responder si así lo desea. Por último, se remite al jefe de departamento/servicio, al decano y se entrega una copia al Consejo de Políticas Educativas.

Tabla N° 2: Información/documentación a revisar por los pares evaluadores

- Propuesta del curso en el contexto del plan de estudios de la escuela de medicina
- Programa con objetivos
- Copias de los exámenes de los tres años anteriores. Calificaciones obtenidas por los alumnos de los tres años anteriores.
- Resúmenes de las evaluaciones efectuadas por los alumnos en los tres años anteriores. ¿Qué medidas adoptó en respuesta a las evaluaciones realizadas por los alumnos en los tres años anteriores?
- Informe escrito del director del curso, respondiendo a las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo se determinan los contenidos?
 - ¿Cómo se distribuyen las clases teóricas/trabajos prácticos/discusiones grupales?
 - ¿Con qué frecuencia se reúnen los docentes y qué discuten?
 - ¿Cómo se preparan los exámenes? ¿Existe algún mecanismo de revisión previa de los exámenes?
 - ¿Cuáles son los aspectos más positivos del curso?
 - ¿Cuáles son los puntos débiles del curso?
 - ¿Qué se requiere para corregirlos?
- Bibliografía, textos requeridos
- Puntajes obtenidos por los alumnos en los exámenes nacionales de temas relevantes del curso
- *Material adicional para los directores de cursos clínicos*
- Cronograma de actividades de los estudiantes
- Mecanismos de asignación de los médicos (en sala y consultorio externo)
- Descripción del mecanismo de evaluación del desempeño de los alumnos en la confección de la historia clínica y la realización del examen físico
- Método de determinación de la aprobación clínica y final y quiénes son los responsables
- Método por el cual los estudiantes reciben retroalimentación acerca de su desempeño y quiénes la proporcionan

Esta pautas y el proceso de evaluación se aprobaron por unanimidad en 1988. Durante los cinco años siguientes, el comité analizó 24 cursos (dos tercios del total).

En el caso de los cursos preclínicos se evaluaron clases teóricas, trabajos prácticos, discusiones grupales, presentaciones, lecturas asignadas y exámenes; además, se entrevistaron alumnos, docentes y tutores. En lo que respecta a los cursos clínicos, los integrantes del comité presenciaron más del 80% de las clases teóricas fundamentales, analizaron el 10-20% de otras actividades (pases de sala, prácticas clínicas y quirúrgicas, guardias nocturnas y de fines de semana y encuentros con tutores) y controlaron a los estudiantes durante un día de clase típico.

Antes de elaborar el informe final, el comité discutió los resultados con los directores de los cursos.

El comité también realizó un seguimiento anual para verificar la respuesta a los hallazgos y recomendaciones. En todos los casos se le prestó la debida atención y el 100% de los cursos implementó por lo menos una de las sugerencias.

Los directores de cursos y jefes de departamento respondieron a las recomendaciones y después de las evaluaciones, la mayoría de los cursos se mejoraron.

Nadie percibió remuneración alguna por esta tarea.

Resultados

- De acuerdo a los informes de los pares evaluadores, la tercera parte de los cursos fue "excelente", otro tercio, "bueno" y el tercio restante, "perfeccionable".
- De los nueve cursos "perfeccionables", se revisaron y fortalecieron tres (dos preclínicos y uno clínico). En respuesta a las propuestas del comité se creó un curso adicional y uno se integró a otro mejor estructurado. Por último, cuatro cursos se reorganizaron e incorporaron a

los interdisciplinarios del nuevo plan de estudios.

- Se pudieron identificar los atributos de los cursos excelentes y regulares.

Los **cursos excelentes** contaban con directores que se preocupaban por la calidad, estaban bien organizados y asistían a todas las actividades; docentes bien preparados; guías precisas con objetivos claros; un entorno de aprendizaje no amenazador sino facilitador, que utilizaba clases teóricas, discusiones en grupos pequeños, resolución de problemas y clases de repaso, así como también correlaciones magníficas de las ciencias básicas y clínicas.

Los **cursos regulares** carecían de objetivos y organización claros; planteaban contenidos inapropiados; exhibían escasa participación de los estudiantes; tenían demasiados instructores; no realizaban correlaciones clínicas adecuadas; no estaban coordinados con otros cursos y los resultados de los exámenes eran insatisfactorios.

- Se compararon las apreciaciones de los pares evaluadores con las apreciaciones de los estudiantes: la concordancia fue del 75%. En el otro 25% (seis cursos), los docentes opinaron que se requerían modificaciones, mientras que la calificación de los alumnos fue buena a excelente. En estas instancias, algunos comentarios del comité señalaron "falta de contexto global", "demasiados detalles clínicos" y "material de relevancia incierta". En general, los informes acerca de estos cursos indicaron que las exigencias eran insuficientes, era muy fácil aprobar o se enfatizaban mucho los aspectos clínicos a expensas de los conceptos básicos. Las conclusiones del comité fueron mucho más críticas que los comentarios de los estudiantes y se centraron en cualidades que los alumnos no pueden juzgar.

- Los docentes de ciencias básicas destinaron muchas horas de su tiempo al seguimiento de

los estudiantes durante el ciclo clínico. Esta actividad fue muy enriquecedora, ya que comprendieron con más claridad la experiencia clínica que adquirirían los alumnos. Además, los docentes del ciclo clínico pudieron apreciar la educación binada por las ciencias básicas. Los docentes de ciencias básicas y clínicas comprendieron mejor las inquietudes educativas respectivas y comenzaron a participar en los cursos de sus colegas. El proceso de evaluación promovió una colaboración entre todos los colegas que aún persiste.

- Se integró un grupo de docentes experimentados, los miembros del comité que "conocían" todo el plan de estudios, incluyendo sus puntos fuertes y débiles y que desempeñaron un papel destacado en la reforma curricular. A fines de 1992, el decano decidió analizar el plan de estudios e implementar los cambios requeridos.

Los miembros del comité desempeñaron un papel activo en el debate y el nuevo plan de estudios se inició en 1994.

Los datos acerca del número de clases teóricas, las horas destinadas a aprendizaje grupal y trabajos prácticos y otros aspectos institucionales, así como los juicios del comité sobre la calidad de las actividades educativas, fueron cruciales para llevar hacia adelante la reforma.

A partir de 1994 se inició la reforma curricular y se suspendió la tarea del comité porque se consideró que los directores debían tener la oportunidad de completar por lo menos una vez la nueva versión del plan de estudios, antes de ser evaluados.

Lecciones aprendidas

- La validez de un sistema de evaluación de la enseñanza debe incluir algo más que la opinión de los estudiantes. Los informes de los evaluadores de nuestra institución demuestran que en algunos cursos que reciben calificaciones

muy favorables por parte de los alumnos, a menudo el material es poco relevante o inadecuado, se otorga demasiado énfasis a los detalles clínicos o se aprueba con mucha facilidad. En este sentido, los estudiantes no poseen la perspectiva apropiada para formular juicios correctos. Nuestra experiencia indica que el análisis a cargo de los pares brinda un mecanismo para valorar éstos y otros puntos importantes.

- Creemos que la clave del éxito del proceso de evaluación de los cursos fue la participación de "maestros" respetados por todos. Estos docentes fueron nominados y votados por sus colegas. Aunque no recibieron remuneración alguna, se sintieron honrados por la designación. No obstante, algunos se asombraron ante la dedicación con que llevaron a cabo su labor y la capacidad para continuar su actuación durante tanto tiempo. Suponemos que uno de los motivos de estos logros fue el apoyo y la estima de todos los colegas. Otro factor que les permitió no claudicar fue comprobar los frutos de sus esfuerzos, ya que todos los directores de cursos consideraron en profundidad los informes y realizaron las modificaciones propuestas.
- La evaluación de los cursos a cargo de pares demanda una inversión considerable de recursos institucionales. En nuestra escuela impulsó cambios y facilitó mucho la modificación del plan de estudios; desde este punto de vista, es probable que haya ahorrado largas horas de amargas discusiones.
- Ahora nos encontramos abocados a la tarea de reiniciar las evaluaciones del nuevo plan de estudios y antes de implementar el proceso de evaluación, nuestra escuela debe aclarar dos interrogantes.

Primero, ¿el análisis debe ser tan exhaustivo? Los evaluadores presenciaron el 80% de las actividades de cada curso. ¿Sería factible examinar muestras

sistemáticas de esas actividades y arribar a las mismas conclusiones? Para responder a esta pregunta pensamos instituir dos análisis paralelos de un mismo curso; un comité operará como en el pasado y el otro evaluará una muestra representativa del 25% de las actividades programadas

En segundo lugar, ¿la evaluación justifica el tiempo que insume? Calculamos que, en el caso de dos evaluadores que trabajan 1920 horas por año (48 semanas x 40 horas), la evaluación de las clases demanda el 3,6% de la dedicación. La evaluación de los cursos clínicos con actividades prácticas y/o grupales requiere más tiempo: el 6,3% de la dedicación de los dos evaluadores.

- En comparación con los resultados del comité, los estudiantes tienden a adjudicar mayor puntaje a los cursos poco exigentes, que se aprueban sin inconvenientes y que dedican mucho tiempo a los detalles clínicos, a menudo a expensas de los conceptos básicos y el enfoque global. Estos hallazgos señalan la necesidad de complementar las opiniones de los alumnos con información adicional. Como el 25% de las evaluaciones del comité fue mucho más crítica y se centró en áreas que los estudiantes no pueden juzgar, el análisis a cargo de los pares es fundamental.
- Las evaluaciones deben fundamentar la asignación de recursos para el mejoramiento de la enseñanza.

Bibliografía:

- Braskamp L, Branderburg DC, Ory JC. Evaluating Teaching Effectiveness: a practical guide. Newbury Park. CA. Sage. 1984
- Seldin P. How colleges evaluate professors. AAHE Bull.1989; 41: 3-7
- Johnston MA, Gifford RH. A model for distributing teaching funds to faculty. Acad Med 1996; 71:138-40

Anexo 6

Cuestionarios - Encuestas¹

Según el diccionario de la Real Academia una encuesta es: "Averiguación o pesquisa; acopio de datos obtenidos mediante consulta o interrogatorio referentes a opiniones, costumbres, nivel económico o cualquier otro aspecto de la actividad humana."

El cuestionario es un instrumento de recolección de datos y de su calidad dependerá en gran medida la calidad de la información que se obtenga.

Dos sacerdotes discutían si estaba bien o no fumar mientras rezaban. Ambos esgrimían todo tipo de argumentos en defensa de su postura, sin llegar a un acuerdo. Decidieron consultar al superior del convento, cada uno por su lado. Cuando se volvieron a encontrar, el sacerdote a favor de fumar dijo:

- *"Mi superior dijo que estaba muy bien fumar".*
- *¿Cómo puede ser - dijo el otro- ...a mi me dijo enfáticamente que estaba mal; ¿qué le preguntaste?*
- *"Pregunté si estaba bien fumar mientras rezaba".*
- *"Eso lo explica, yo pregunté si estaba bien rezar mientras fumaba."*

Autor anónimo.

Citado por: Nirenberg, Brawerman y Ruiz

A través de los cuestionarios se pueden explorar actitudes, creencias, comportamientos y atributos. Particular atención se debe prestar a la definición de la población (muestra representativa) a la que se aplicará el cuestionario para evitar distorsiones y/o sesgos en la información.

Existen dos tipos principales de preguntas:

- abiertas: el sujeto escribe libremente la respuesta
- cerradas: el sujeto debe seleccionar una de las opciones que se le presentan

Recomendaciones:

1. Deben incluirse preguntas que tengan una relación directa con el problema evaluado.
2. Deben formularse preguntas sobre las que exista una razonable certeza de que podrán ser respondidas por las personas encuestadas.
3. Al seleccionar las preguntas se debe tener presente el plan de tabulación de las respuestas, de modo que cada pregunta tenga respuesta clara y factible de medir o clasificar.
4. No se deben incluir preguntas si las respuestas correspondientes pueden obtenerse con más exactitud y eficacia en otras fuentes de información.
5. Cuando se redacte el cuestionario deberán tenerse en cuenta otros estudios o encuestas llevadas a cabo sobre el mismo tema. Antes de embarcarse en la tarea de crear un nuevo cuestionario fíjese si no existen otros ya probados y haga las adaptaciones necesarias.
6. En la redacción de la pregunta evite usar abreviaturas o "jerga" profesional.
7. Deberá cuidarse la forma en que se redacta la pregunta, especialmente cuando son preguntas de carácter personal o que puedan intimidar al informante. Preguntas "demasiado personales" deben evitarse. Los datos referentes a hechos personales son siempre dudosos por la tendencia a la exageración para causar buena impresión.
8. Se deben evitar las preguntas que puedan suponerse han de dar lugar a contestaciones inexactas.
9. No se deben hacer preguntas cuyas respuestas exijan demasiado trabajo por parte del informante. Por ejemplo, no se deben emplear aquellas que

¹Elaborado por Lic. Amanda Galli a partir de Programa de Formación de Formadores. Volumen 3, Módulo 7. Asociación Amigos de la Facultad de Medicina. 1999.

requieran rebuscar datos, hacer cálculos matemáticos.

10. Cuando se pretende conocer la información de la gente sobre hechos, se deberá tener presente ciertos factores que influyen notoriamente en la respuesta que se obtendrá. Estos factores son:

- Fecha reciente. Cuanto más reciente es un hecho, más rápido y exactamente será recordado.
- Frecuencia. Cuanto más habitual o repetido es un hecho, más fácilmente será recordado.
- Duración. Cuando más largo es el tiempo de duración de un hecho, más probable será que se le recuerde.
- Intensidad. La potencia de la impresión también condiciona su recordación. Las experiencias personales son, en general, más intensas que las experiencias de los demás.
- Interés. Los hechos que le han interesado al sujeto serán recordados, evocar datos sobre hechos que no interesaron resulta casi imposible.
- Significado. Es más fácil recordar aquello que es comprensible que aquello que no tienen sentido.
- Ambientación. Si el ambiente que rodea a la persona durante una situación es adecuada, será más fácil recordar esa situación.

Se debe cuidar el formato gráfico, el cuestionario debe ser de fácil lectura.

Ejemplos de Encuestas

Ejemplo 1: curso de Pediatría

Ejemplo 2: curso de Cardiología

Ejemplo 3: curso de Formación Docente.

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA
COMITÉ DE EDUCACION MEDICA (COEME)
XV Seminario Nacional sobre la Enseñanza de la Pediatría
Noviembre de 1994**

ESTUDIANTES DE PEDIATRIA:

El comité de Educación Médica de la Sociedad Argentina de Pediatría está interesado en conocer, desde la perspectiva de los estudiantes, como es la enseñanza de la pediatría actualmente en las distintas unidades académicas y qué cambios habría que realizar para que la enseñanza resulte más adecuada y relevante. Entendemos por RELEVANTE una enseñanza que se ajusta a la patología prevalente y a las características del trabajo de un médico general que se desempeña en el primer nivel de atención.

Este estudio se inscribe en el marco de la Evaluación de la Calidad de la Educación Médica que están llevando a cabo las Facultades de Medicina de la República Argentina.

RESPONDA CON ESPONTANEIDAD. ENTREGUE SIN FIRMAR.

FACULTAD DE MEDICINA:

¿Qué año de la carrera está cursando? _____

¿En qué año ingresó a la Facultad de Medicina? _____

Edad: _____ Sexo: M F

ENCUESTA DE OPINION

Marque su respuesta en la columna correspondiente:

A: En gran medida

B: Moderadamente

C: Muy poco

D: Nada

		A	B	C	D
1	En qué medida los docentes explicitaron los Objetivos de la Enseñanza de la Pediatría al iniciar la cursada?				
2	En qué medida al finalizar la cursada te sientes capaz de:				
	2.1 Evaluar el crecimiento y desarrollo de un niño				
	2.2 Controlar un calendario de vacunaciones				
	2.3 Realizar la extracción no instrumental de un cuerpo extraño en las vías aéreas superiores.				
	2.4 Llevar a cabo la recepción de un recién nacido en sala de partos				
	2.5 Realizar los pasos iniciales de una reanimación cardiopulmonar.				
	2.6 Evaluar signos vitales e interpretarlos				
	2.7 Identificar los principales síndromes que corresponden a cada grupo etario.				
	2.8 Informar al paciente y a la familia sobre el diagnóstico y brindar orientación.				

		A	B	C	D
3	Tomando en cuenta lo que te enseñaron en las clases y en los trabajos prácticos, en qué medida la enseñanza le dio importancia a:				
	3.1 El niño enfermo				
	3.2 La evaluación y promoción del crecimiento y desarrollo				
	3.3 El estudio de la patología por aparatos y sistemas del organismo				
	3.4 Las características y patologías prevalentes en los distintos grupos etarios.				
	3.5 La comunicación con el niño y con la familia (información, educación para la salud, apoyo)				
4	En qué medida han sido importantes para tu aprendizaje las actividades realizadas en:				
	4.1 Sala de internación con niños enfermos				
	4.2 Consultorios externos con niños enfermos				
	4.3 Consultorios externos con niños sanos (Control de crecimiento, vacunaciones)				
	4.4 Sala de partos				
	4.5 Alojamiento conjunto (RN sano)				
	En qué medida han sido importantes para tu aprendizaje las actividades realizadas en:				
	4.6 Internación neonatológica				
	4.7 Centros de salud y área de influencia				
	4.8 Escuelas				
	4.9 Clubes deportivos u otras instituciones para conocer la problemática adolescente				
	4.10 Guardias - Emergencias				
	4.11 Visitas domiciliarias (seguimiento de pacientes dados de alta y/o en programa de atención domiciliaria)				
	4.12 Biblioteca (tiempo disponible para el estudio independiente)				
5	En qué medida la enseñanza ha sido:				
	5.1 Teórica				
	5.2 Práctica				
6	A la hora de la evaluación, para alcanzar la regularidad y en los exámenes, los docentes tomaron en cuenta:				
	6.1 La capacidad para memorizar información				
	6.2 Habilidad para comunicarse con el paciente y la flia. (interrogatorio - información de diagnóstico y pronóstico - educación para la salud)				
	6.3 Destrezas para el examen físico (semiología)				
	6.4 Capacidad para elaborar y justificar diagnósticos diferenciales				
	6.5 Habilidad para registrar la información en la historia clínica del paciente				
	6.6 Habilidad para resolver situaciones de emergencias (procedimientos y maniobras)				
	6.7 Criterios para decidir estudios complementarios (laboratorio e imágenes)				
	6.8 Conocimientos para indicar tratamientos medicamentosos				
	6.9 Capacidad para buscar e interpretar publicaciones científica				
	6.10 Capacidad para escribir un informe o una monografía				
7	¿En qué medida la evaluación respondió a los objetivos de la enseñanza previamente conocidos?				

Responda las siguientes preguntas en forma muy sintética

Por favor!! Lo más claro posible!!

8. ¿Cuál ha sido tu principal dificultad en el aprendizaje de la Pediatría?

.....
.....

9. Lo peor de este curso ha sido

.....
.....

10. Lo mejor de este curso ha sido

.....
.....

11. ¿Qué recomendación harías para mejorar la enseñanza de la Pediatría?

.....
.....

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Sociedad Argentina de Cardiología
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL CURSO

Estimado Colega:

Hemos confeccionado la siguiente encuesta para recoger opiniones sobre la organización y desarrollo de este curso. Las sugerencias de los participantes son de relevante importancia para el perfeccionamiento de las próximas actividades docentes de la S.A.C.

Marque con una cruz (x) las respuestas que mejor expresen su opinión.

Le rogamos que responda con toda sinceridad. Entregue la encuesta sin firmar.

Muchas gracias.

Título del Curso: _____

Fecha: _____

1. El curso, en general, le resultó satisfactorio?

si no

2. Sus expectativas:

- fueron ampliamente superadas
- se cumplieron plenamente
- fueron satisfechas parcialmente
- no fueron satisfechas en absoluto

3. Comparando con lo que Ud. sabía al comenzar el Curso y lo que sabe ahora, Ud. diría que su aprovechamiento fue:

- muy bueno
- razonable
- escaso
- nulo

4. ¿Cuáles fueron a su juicio los temas más interesantes?

.....
.....

5. ¿Cuáles fueron, a su juicio, los temas menos significativos?

.....
.....

6. Ud. considera que la información presentada...(marque todas las opciones que coincidan con su opinión)

- le brinda aportes concretos para mejorar su ejercicio profesional.
- lo motivó para profundizar en el tema.
- es muy teórica.
- es accesible sólo para especialistas.
- no le aportó nada nuevo, demasiado general.
- no se relaciona con su realidad asistencial.
- resulta suficiente para modificar su enfoque en el manejo de algunos pacientes.
- útil a título informativo pero no puede aplicarla en su tarea asistencial.

7.Cuál de las actividades realizadas le resultó más productiva o satisfactoria?

- exposiciones orales.
- presentación en base a diapositivas.
- presentación de casos clínicos.
- panel y/o mesa redonda.
- video-cassette.
- ejercicios clínicos en subgrupos.

8. La mayoría de las presentaciones o clases: (marque todas las opciones que coincidan con su opinión)

- fueron claras, precisas, terminología y conceptos adecuados al auditorio.
- revelaron una cuidadosa preparación.
- se desarrollaron en forma ágil, el auditorio seguía con interés.
- estuvieron bien ordenadas, secuencia lógica que facilitó la comprensión.
- parecían improvisadas.
- fueron desordenadas, confusas.
- resultaron monótonas, pesadas.
- fueron demasiado largas, la fatiga no permitió total aprovechamiento.

9. Los docentes, en general... (marque todas las opciones que coincidan con su opinión)

- se expresaron con un tono de voz y dicción que facilitaron la audición.
- fueron buenos expositores (pausas adecuadas, enfatiza lo esencial, hace síntesis, no utiliza "muletillas" gupia la observación)
- se limitaron a repetir la información de los textos y/o publicaciones.
- presentaron la información en forma interesante imprimiéndole un sello o estilo personal.
- tuvieron dificultades para comunicarse fluidamente con el auditorio.
- se escuchaban a sí mismos, no establecieron rapport con el auditorio.
- se limitaron a leer sus notas o apuntes.
- estimularon el diálogo con los participantes.
- estuvieron dispuestos a escuchar y responder preguntas.
- intercalaron preguntas y/o plantearon problemas que estimularon el pensamiento crítico.
- incluyeron ejemplos y/o casos clínicos que contribuyeron a la comprensión del tema.
- hicieron una correcta utilización de los medios audiovisuales.
- respetaron puntualmente el horario establecido
- abusaron del auditorio extendiéndose mas allá de la hora prevista y/o llegando tarde.

10. Usted considera que la utilización de diapositivas tal como fue hecha:

- facilitó la comprensión y fijación de los conceptos fundamentales.
- dificultó la comunicación entre expositor y auditorio.
- resultó fatigante (excesivo número de diapositivas).
- demostró que los docentes se limitan a proyectar diapositivas más que a enseñar con imágenes.
- perturbó porque las diapositivas eran de escasa calidad técnica.

11. En términos generales, considera que la organización del Curso ha sido:

- muy buena
- satisfactoria
- deficiente
- mala

12. Respecto al horario de trabajo, ¿lo considera adecuado?

- si no

13. En caso de considerar el actual horario de trabajo poco satisfactorio ¿cuál sería su propuesta? (días y horarios)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. ¿Qué actividades sugeriría Ud. para enriquecer este Curso?

.....

.....

.....

.....

15. Este Curso ha sido grabado en video cassette y SAC lo pone a su disposición. ¿Qué utilidad puede tener para Ud. este material?

.....

.....

.....

.....

16. ¿Recomendaría a un colega que se inscriba y concurra a este Curso?¿Por qué?

.....

.....

.....

.....

17. Observaciones

.....

.....

.....

.....

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

FORMACIÓN DE FORMADORES

ENCUESTA DE OPINION

Por favor, responda el cuestionario con total sinceridad. Sus opiniones sobre el desarrollo del curso son muy importantes para la organización de futuras actividades Muchas gracias por su colaboración.

Marque con una cruz (X) el casillero que corresponda:

5= total - plenamente; 4= en gran medida; 3= moderadamente - regular; 2= insuficiente - pobre; 1= nada

EN QUÉ MEDIDA	5	4	3	2	1
1) este curso ha satisfecho mis expectativas?					
2) me siento capaz de organizar, programar, una actividad Docente?					
3) estoy dispuesto a aplicar lo aprendido en mi actividad Docente a nivel de grado y/o posgrado?					
4) me siento motivado para ampliar o profundizar mi formación docente?					
5) el trabajo en equipo con los colegas me ha resultado una experiencia productiva y gratificante? Considero que ahora tengo más capacidad para trabajar colaborativamente en un grupo?					
6) las orientaciones brindadas por la tutora me ayudaron para realizar los trabajos prácticos? La corrección de los informes me resultó una oportunidad para ampliar y reforzar mi aprendizaje?					
7) las actividades presenciales en general, me resultaron interesantes, dinámicas? Los ejercicios en pequeños grupos y la puesta en común en reunión plenaria me pareció adecuada?					
8) la visualización de videos amplió la información, resultó una experiencia pertinente?					
9) la experiencia de planificar, presentar y analizar microclases fue útil?					
10) el examen final me resultó una oportunidad para integrar y/o relacionar los distintos temas desarrollados durante los 6 meses que duró el curso?					

OTROS COMENTARIOS Y SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENTREVISTAS

La entrevista es una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información a otra persona o a un grupo de personas (informantes) para obtener datos sobre un asunto determinado. Presupone la existencia al menos de dos personas y la posibilidad de una interacción verbal.

La entrevista tiene el propósito de conocer lo que piensa el entrevistado, procura obtener datos que no pueden observarse directamente; también permite profundizar, corroborar o interpretar datos obtenidos por otros medios (datos estadísticos, revisión de documentos, etc)

En Educación Médica son muy utilizadas para seleccionar aspirantes a residencias y/o cursos de posgrado y para la evaluación de programas.

En el desarrollo de la entrevista hay que considerar aspectos relativos a

- la relación entrevistador-entrevistado
- la formulación de preguntas
- el registro de las respuestas
- la finalización o cierre del contacto entrevistador-entrevistado.

La clave de una buena entrevista está en establecer con el entrevistado una relación tal con el entrevistado que éste pueda expresar con libertad y honestidad sus puntos de vista en sus propios términos. Es importante recordar que el entrevistador de ninguna manera debe sugerir o suministrar frases o alternativas de respuestas.

La calidad de la información obtenida depende de la preparación del entrevistador y de su capacidad para re-preguntar cuando es necesario.

Re-preguntar: reformular la pregunta cuando el entrevistado contesta evasivamente o responde con otra pregunta.

Según el grado de organización y complejidad de las entrevistas se pueden clasificar en:

- estructuradas
- semi-estructurada
- en profundidad

- Las entrevistas estructuradas son aquellas que adquieren forma de cuestionario. Las preguntas son construidas previamente y son formuladas a todos los entrevistados en el mismo orden y usando los mismos términos. El entrevistador se atiene estrictamente al cuestionario prefijado.

- Las entrevistas semi-estructuradas son aquellas en las que se formula las preguntas de modo flexible y espontáneo. El formato semi-estructurado orienta al entrevistador, se realiza como una conversación informal y no exactamente igual con todos los entrevistados. Sólo se estructuran previamente algunos lineamientos que orienten el diálogo pero no se utilizan cuestionarios fijos.

Se recomienda el uso de grabador para el registro.

Las entrevistas en profundidad son más abiertas o libres. El entrevistador se propone conocer en profundidad el punto de vista de los miembros de un grupo social o de los participantes de una cultura sobre un asunto en particular. Se utiliza en estudios antropológicos. Requiere un entrenamiento específico del entrevistador.

Se recomienda seguir los siguientes pasos para realizar una entrevista:

1. Definir los propósitos de la entrevista.
2. Determinar si la entrevista será estructurada o semi-estructurada.
3. Establecer el perfil de las personas a entrevistar
4. Definir las preguntas del cuestionario fijo (estructurada) o los temas y guías sobre los que girará la conversación con el entrevistado (semi-estructurada).
5. Prever un lugar físico en donde realizar las entrevistas.
6. Realizar la entrevista teniendo en cuenta que:
 - El contacto inicial es muy importante.
 - El desarrollo de la entrevista propiamente dicha es posterior a algún acercamiento o introducción con el entrevistado.

- Debe haber un cierre y despedida que deje al entrevistado la sensación de haber contribuido positivamente a la solución de un problema o que el diálogo ha sido positivo.
7. Durante el desarrollo de la entrevista debe tomar nota o utilizar grabador. Si el entrevistado se siente presionado por el grabador puede registrar sólo los datos imprescindibles a modo de "ayuda memoria" e inmediatamente que se retira el entrevistado completar las notas y comentarios.
 8. Luego de haber realizado la entrevista es necesario procesar la información obtenida. Esto significa ordenar las ideas, si hubo digresiones separarlas del contenido principal. Si se superponen respuestas a dos preguntas, clasificarlas o buscar un modo de síntesis.
 9. Se analizan las respuestas, se clasifica la información, se formulan conclusiones.

Ejemplo de Guía de Entrevista

Para realizar con usuarios de un servicio de salud, tomado de Evaluación de Servicios de la Salud Materno-Infantil, OPS/OMS.

1. Presentación general

Un párrafo introductorio general podría ser más o menos así:

"Estamos conduciendo una serie de entrevistas en el ...(nombre del hospital o servicio de salud)... y en la comunidad, para evaluar el servicio y mejorar las condiciones de atención de salud de la población".

"Nos gustaría tomar algunos minutos de su tiempo para conversar sobre las relaciones del servicio con la población local. Sus opiniones o respuestas serán tratadas confidencialmente, vale decir, sin utilizar su nombre, ni comprometerle en ningún sentido..."

"Antes de abordar el primer tema, quisiera estar seguro de que usted(es) entiende(n) qué es lo que queremos saber y para qué".

"En primer lugar, nos interesa conocer qué relaciones hay entre la gente y el... (nombre propio del servicio)... y en segundo lugar, cómo son estas relaciones. ¿Está claro nuestro interés?..."

"Por otro lado, también es importante conocer la opinión de la gente con respecto a los servicios que recibe, para de esta manera poder mejorarlos..."

2. Evaluación global del servicio de salud

En nuestra experiencia hemos recibido opiniones muy diversas sobre los servicios: unos opinan que son inmejorables y están muy contentos; otros en cambio, consideran que los servicios tienen muchas deficiencias".

"En fin, según su propia experiencia..."

- ¿Cuál es su apreciación global del...(nombre propio del servicio)...?

- ¿Qué piensa(n) usted(es) sobre los servicios que presenta a la población?"

- ¿Ha(n) tenido usted(es) alguna experiencia de primera mano en el...(nombre propio del servicio)...Usted(es) o algún familiar o vecino se atendió recientemente?...¿Recuerda(n) usted(es) la experiencia?...". (Pedir ejemplos).

"Como ustedes conocen, un servicio de salud tiene muchas funciones y se hacen muchas cosas diferentes..."

"En su(s) opinión(es)

- ¿Cuáles son las cosas 'buenas' del servicio?

- ¿Cuáles son las 'deficiencias' del servicio?"

Anexo 7

Ley de Educación Superior N° 24.521

Título II. Cap 3:

art 11: Son **derechos de los docentes** de las instituciones estatales de educación superior:

- a) acceder a la carrera académica mediante concurso público y abierto de antecedentes y oposición
- b) participar en el gobierno de la institución
- c) actualizarse y perfeccionarse de modo continuo a través de la carrera académica
- d) participar en la actividad gremial

art 12: Son deberes de los docentes

- a) observar las normas que regulan el funcionamiento de la institución
- b) participar en la vida de la institución, cumpliendo con responsabilidad su función docente, de investigación y de servicio.
- c) Actualizarse en su formación y cumplir con las exigencias de perfeccionamiento que fije la carrera académica.

Título IV. Cap 3:

art 36: los docentes de todas las categorías deberán **poseer título universitario de igual o superior nivel** a aquel en el cual ejercen la docencia, requisito que sólo se podrá obviar con carácter estrictamente excepcional cuando se acrediten méritos sobresalientes. Quedan exceptuados de esta disposición los ayudantes alumnos. Gradualmente se tenderá a que el título máximo sea condición para acceder a la categoría de profesor universitario

art 37: las instituciones universitarias garantizarán el perfeccionamiento de sus docentes, que deberá articularse con los requerimientos de la carrera académica. Dicho perfeccionamiento no se

limitará a la **capacitación en el área científica o profesional específica y en los aspectos pedagógicos**, sino que incluirá también el desarrollo de una adecuada **formación interdisciplinaria**.

Título IV. Cap 4:

art 51: el ingreso a la carrera académica universitaria (en las universidades nacionales-estatales) se hará mediante **concurso público y abierto de antecedentes y oposición**, debiéndose asegurar la constitución de jurados integrados por profesores por concurso, o excepcionalmente por personas con idoneidad indiscutible aunque no reúnan esa condición, que garanticen la mayor imparcialidad y el máximo rigor académico. Con carácter excepcional, las universidades podrán contratar, al margen del régimen de concursos y sólo por tiempo determinado, a personalidades de reconocido prestigio y méritos académicos sobresalientes para que desarrollen cursos, seminarios o actividades similares. Podrán igualmente prever la designación temporaria de docentes interinos, cuando ello sea imprescindible y mientras se sustancie el correspondiente concurso. Los docentes designados por concurso deberán representar un porcentaje no inferior al 70% de la planta docente.

Título V. Disposiciones complementarias y transitorias:

art 78: las instituciones universitarias (nacionales-estatales) deberán adecuar sus plantas docentes en 3 años a partir de la promulgación de la ley. Las universidades creadas después de 1983 tienen plazo de 10 años.

[70% del personal docente por concurso]

