



MEMORIA

PARA LA V EDICIÓN DE LOS PREMIOS A LA INNOVACIÓN Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA REGIÓN DE MURCIA 2018

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

En la Categoría PREMIO A LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN

EL INCIDENTE CRÍTICO (SEGÚN MODELO DE FLANAGAN): UN INSTRUMENTO Y UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR Y APRENDER

UNA INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y FORMATIVA PARA LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas Vega Media del Segura, Vega Alta del Segura y Altiplano de Murcia.

Y Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas Murcia – Este y Murcia – Oeste.

Dirección General de Recursos Humanos.

Servicio Murciano de Salud.

Consejería de Salud. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Memoria presentada por **M^a Elena Sebastián Delgado y Manuel Sánchez Pinilla**, Jefes de Estudios de las Unidades Docentes basado en el trabajo realizado por el Dr. José Saura Llamas.

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

- 1.1. FUNCIONES Y ACTIVIDADES -----→ Pág. 3
- 1.2. ESTRUCTURA ORGÁNICA -----→ Pág. 7
- 1.3. PRINCIPALES SERVICIOS PRESTADOS -----→ Pág. 7
- 1.4. NÚMERO DE PERSONAL QUE LA COMPONE -----→ Pág. 10
- 1.5. ALINEACIÓN DE LA PRÁCTICA CON LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN O UNIDAD RESPONSABLE -----→ Pág. 10
- 1.6. RELACIÓN DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS EN LA MEMORIA → Pág. 12.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE BUENA PRÁCTICA

- 2.1. INTRODUCCIÓN -----→ Pág. 13
- 2.2. EL PORTAFOLIO FORMATIVO EN LAS DOS UNIDADES DOCENTES DE MURCIA -----→ Pág. 14
- 2.3. EVALUACIÓN FORMATIVA MEDIANTE EL PORTAFOLIO DE CUATRO PROMOCIONES DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA UNIDAD DOCENTE DE MURCIA -----→ Pág. 14
- 2.4. TÉCNICA DEL INCIDENTE CRÍTICO Y FORMACIÓN SANITARIA → Pág. 16
- 2.5. EL USO FORMATIVO DEL INFORME DEL INCIDENTE CRÍTICO COMO UNA PARTE DEL PORTAFOLIO -----→ Pág. 18
- 2.6. ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES CRÍTICOS INCLUIDOS EN EL PORTAFOLIO FORMATIVO POR CUATRO PROMOCIONES RESIDENTES MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE DOS UNIDADES DOCENTES DE MURCIA → Pág. 20
- 2.7. OBTENCIÓN INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ DE ENSAYOS CLÍNICOS Y BIOÉTICA DEL ÁREA VI: HOSPITAL GU MORALES MESEGUER → Pág. 33
- 2.8. SITUACIÓN ACTUAL Y RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO → Pág. 34

3. EXPOSICIÓN DE LAS RAZONES QUE JUSTIFICAN ESTA CANDIDATURA → Pág. 39

4. BIBLIOGRAFÍA → Pág. 47

1. PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Las dos Unidades Docentes:

- Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas Vega Media del Segura, Vega Alta del Segura y Altiplano de Murcia.

- Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas Murcia – Este y Murcia – Oeste.

Pertencientes a la Dirección General de Recursos Humanos

Servicio Murciano de Salud

Consejería de Salud del Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

1.1. FUNCIONES Y ACTIVIDADES

1.1.1. LAS FUNCIONES

Se refieren a todas aquellas relacionadas con la Formación Sanitaria Especializada (FSE) – Formación de Especialistas en Ciencias de la Salud. En nuestro caso con la formación de MIR de Medicina Familiar y Comunitaria y de EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Fundamentalmente se articulan alrededor de las dos estructuras que componen cada una de estas dos Unidades Docentes: La Comisión de Docencia de la Unidad Docente y la Jefatura de Estudios.

FUNCIONES RELACIONADAS CON EL CENTRO/AREA		
FUNCIONES	Comisión Docencia	Jefatura Estudios
Presidencia		Asumir la presidencia de la comisión de docencia, dirimiendo con su voto los empates que se produzcan en la adopción de acuerdos
Representación		Asumir la representación de la comisión de docencia formando parte, en los términos que establezcan las comunidades autónomas, de los órganos de dirección de los correspondientes centros y servicios sanitarios, con el fin de asegurar y garantizar la incardinación de la docencia en la actividad asistencial ordinaria, continuada y de urgencias de dichos centros
Capacidad docente	Informar, al menos anualmente, a los correspondientes órganos de dirección sobre la capacidad docente del centro o unidad	
Coordinación docencia-asistencia.	Facilitar la adecuada coordinación docente entre niveles asistenciales.	Actuar como interlocutor entre los responsables asistenciales y docentes con la finalidad de garantizar una adecuada coordinación entre los mismos.
Gestión de calidad docente	Aprobar el plan de gestión de calidad docente del centro o unidad docente, supervisando su cumplimiento, a cuyos efectos les será facilitada cuanta información sea necesaria por los responsables de las unidades asistenciales y por	Supervisar el plan de gestión de calidad docente del centro o unidad.

	los correspondientes órganos de dirección y gestión.	
Auditorías docentes	Proponer a los órganos competentes en la materia la realización de auditorías docentes .	
I+D		Promover, fomentar y definir líneas y actividades de investigación, relacionadas con las especialidades en ciencias de la salud en consonancia con los planes de salud de la comunidad autónoma y los programas I + D , relacionados con la formación sanitaria especializada.
Coordinación entre enseñanzas de grado y posgrado	Procurar que en los dispositivos de carácter universitario que se integren en el centro o unidad docente, exista una adecuada coordinación entre las enseñanzas universitarias de grado y posgrado y la formación especializada en ciencias de la salud	
FUNCIONES RELACIONADAS CON LOS RESIDENTES		
FUNCIONES	Comisión Docencia	Jefatura Estudios
Comités de evaluación	Constitución y designación de facultativo para el comité.	Presidir, según prevé la legislación vigente, los correspondientes comités de evaluación anual, dirimiendo con su voto los empates que pudieran producirse.
Evaluaciones formativas	Facilitar las herramientas para que pueda llevarse a cabo la evaluación formativa en el centro. Supervisar su realización.	
Evaluaciones finales y anuales	Remitir al Registro Nacional de Especialistas en Formación, a través de su presidente, las evaluaciones finales y anuales , así como los resultados de sus revisiones y los períodos de recuperación que en su caso correspondan, en los términos previstos en la legislación vigente	Garantizar la correcta remisión, en tiempo y forma, de las evaluaciones y demás documentación que se deba trasladar al Registro de Especialistas en Formación del Ministerio de Sanidad y Consumo.
Guía o itinerario formativo tipo	Aprobar a propuesta de los correspondientes tutores, una guía o itinerario formativo tipo de cada una de las especialidades que se formen en su ámbito. Dicha guía, que garantizará el cumplimiento de los objetivos y contenidos del programa oficial de la especialidad, se adaptará a las características específicas de cada centro o unidad.	
Plan individual de formación	Garantizar que cada uno de los residentes de las especialidades que se formen en su centro o unidad, cuenten con el correspondiente plan individual de formación , verificando en colaboración con los tutores de la especialidad de que se trate, su adecuación a la guía formativa o	

	itinerario tipo antes citado.	
Supervisión de los residentes	Elaborar el protocolo de supervisión de los residentes en los términos establecidos en la legislación vigente.	Consensuar y suscribir con los correspondientes órganos de dirección del centro en representación de la comisión de docencia, el protocolo de supervisión de los residentes según la legislación vigente
Participación de los residentes en cursos	Aprobar y fomentar la participación de los residentes en cursos , congresos, seminarios o reuniones científicas, relacionados con el programa, previo informe de la unidad de apoyo a la formación/investigación que en cada caso corresponda, oído el tutor y el responsable de la unidad asistencial de que se trate.	
FUNCIONES RELACIONADAS CON LOS TUTORES		
FUNCIONES	Comisión Docencia	Jefatura Estudios
Formación continuada de los tutores	Facilitar la formación continuada de los tutores en metodologías docentes y otros aspectos relacionados con los programas formativos	
Acreditación y reacreditación de tutores	Participar en la acreditación y reacreditación de tutores en los términos que establezca cada comunidad autónoma	
FUNCIONES RELACIONADAS CON LOS RECURSOS		
FUNCIONES	Comisión Docencia	Jefatura Estudios
Recursos estructurales y materiales para actividades docentes	Procurar que en los dispositivos del centro o unidad se den las condiciones necesarias para impartir una adecuada formación a los residentes, así como para llevar a cabo la evaluación formativa de las actividades de los mismos, procediendo a la revisión de las evaluaciones anuales en los términos previstos en la legislación vigente.	
Medios materiales y personales para Comisión Docencia y Tutores	Proponer a los correspondientes órganos de dirección que adopten las medidas necesarias para que se dote a las comisiones de docencia y a los tutores de los medios materiales y personales que sean necesarios para la adecuada realización de sus funciones	
Tablón oficial de anuncios de la Comisión	Comunicar por escrito a los residentes el lugar donde se ubicará el tablón/es oficial/es de anuncios de la Comisión en el que se insertarán los avisos y resoluciones de la misma	Ordenar la inserción en el tablón de anuncios de los avisos y resoluciones de la comisión de docencia que requieran publicación insertando la diligencia relativa a la fecha de publicación que en cada caso corresponda.

La Comisión de Docencia de la Unidad Docente

Funciones ejecutivas de la comisión de docencia: Organizar y gestionar las actividades de formación

- Aprobar y supervisar los programas de formación.
- Supervisar la aplicación práctica de la formación y su integración con la actividad asistencial del centro.
- Elaborar, aprobar y supervisar del plan de calidad docente.
- Elaborar el protocolo supervisión de los residentes.
- Estudiar la capacidad formativa de las unidades docentes.
- Acreditar y supervisar tutores.
- Facilitar su formación continuada.
- Aprobar la participación de residentes en congresos y cursos.
- Aprobar rotaciones externas /estancias formativas.
- Relaciones organismos externos.

La Jefatura de Estudios

Funciones Ejecutivas del Jefe de Estudios

- Presidencia de la comisión de docencia
- Dirigir y coordinar la actividad de los tutores
- Representar a la comisión de docencia
- Actuar de interlocutor entre asistenciales y docentes
- Pactar con la dirección asistencial el protocolo de supervisión de los residentes
- Supervisar el plan de calidad
- Presidir comités de evaluación
- Promover y definir líneas de investigación docente
- Relaciones con la administración
- Gestionar los recursos de la comisión de docencia.

Cronograma de las funciones del jefe de estudios

Con el fin de racionalizar y dar un horizonte temporal de las diferentes funciones se propone el siguiente cronograma

Gestiones diarias:

- Autorizaciones a congresos, cursos, etc.
- Gestiones de rotaciones externas (residentes de su centro o que vienen a su centro)
- Certificaciones varias
- Reuniones con jefes o tutores o residentes.

Gestiones semanales:

- Reuniones con tutores, con jefes y residentes para entrevistas y consenso acreditaciones tutores.

Gestiones mensuales:

- Reuniones con la Comisión de Docencia:
 - rotaciones externas (información) pero sobre todo internas (acuerdos)
 - urgencias y otros servicios
 - acreditaciones internas de tutores
 - adecuaciones de programas docentes
- Seguimiento desarrollo Proyectos Docentes.

Gestiones anuales:

- Seguimiento calidad docente (y actuaciones subsiguientes)

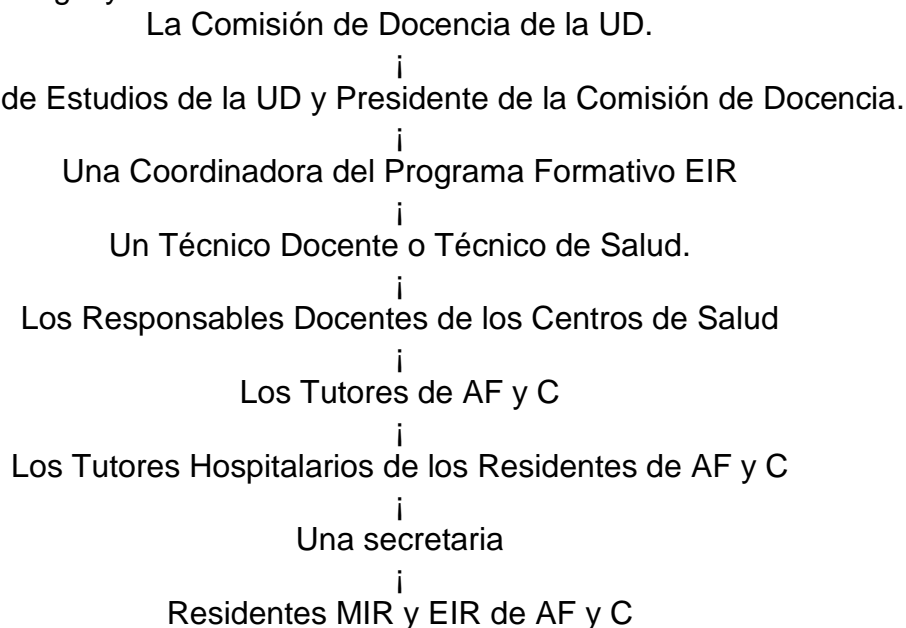
- Encuestas a residentes (y actuaciones subsiguientes)
- Evaluaciones (con sus comités de evaluación...)
- Organización anual de las recepciones y despedidas
- Organización anual concursos de becas y premios
- Organización anual de cursos de metodología docente
- Organización anual de la Formación Complementaria

Otras gestiones variables:

- Seguimiento-atención periódica de las auditorías docentes.
- Atenciones externas (Redes autonómica y nacional, SAS, CS).

1.2. ESTRUCTURA ORGÁNICA

Ambas UDD tienen la siguiente estructura orgánica, ordenada por responsabilidad legal y funcional:



Otros órganos docentes.

Tutores

Colaboradores Docentes.

Órgano directivo regional competente en Formación Sanitaria Especializada.

1.3. PRINCIPALES SERVICIOS PRESTADOS

Comisión de Docencia.

Reuniones de la Comisión de Docencia de la Unidad Docente.

Reuniones de la Subcomisión de Enfermería Familiar y Comunitaria

Programas de incorporación de nuevos residentes y despedida de los residentes que terminan su periodo formativo

Incorporación de los residentes de la promoción

Distribución por Áreas y Centros de Salud Docentes.

Programa de acogida de residentes.

Despedida de los residentes de la promoción

Concesión de los Premios María Eugenia Moreno Martínez

Gestión de las renunciaciones de residentes



Desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje y la evaluación de los residentes

Modelo integrado del proceso formativo (enseñanza – aprendizaje) de los residentes de atención familiar y comunitaria

Cómo estructurar el proceso formativo

El Plan de la Unidad Docente

El Diseño Curricular Base: El Programa de la Especialidad

El Proyecto Educativo de Centro: El Itinerario Formativo Tipo

La Programación de Aula: El Plan Individual de Formación del Residente

El Plan de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria.

La Guía o Itinerario Formativo Tipo de la Unidad Docente de AF Y C de Murcia

El Plan Individual De Formación Del Residente

Evaluación formativa y evaluación sumativa del residente

Los Objetivos de la Evaluación

Tipos de evaluación

La Legislación: el Real Decreto 183 / 2008 sobre el plan de evaluación de los residentes

Obligaciones de la comisión de docencia

Obligaciones de los tutores de AF y C.

El sistema de evaluación del residente: organización y funcionamiento en la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria

El comité de evaluación del residente

Constitución de los comités de evaluación

Normas del comité de evaluación del residente de atención familiar y comunitaria

Evaluación anual de residentes en la unidad docente

Los instrumentos de evaluación formativa de los residentes

Requisitos documentales y criterios para la evaluación

Criterios para la evaluación del residente de la Unidad Docente de AF y C

Resultados finales de la evaluación

Calendario comité de evaluación de los residentes

Los informes de evaluación formativa

Las entrevistas formativas Tutor - Residente

El libro del residente

El portafolio formativo del residente

Aplicación del portafolio

La evaluación de las rotaciones del residente

Valoración del programa teórico – práctico

Informes de autorreflexión del residente

Otros instrumentos para el seguimiento del proceso formativo y de evaluación del residente

Los informes anuales normalizados

Documentación necesaria para la elaboración de los informes anuales (y finales) del residente

Formularios o modelos de informes a incluir en el informe anual

Modelo para la elaboración del informe anual (y final del residente)

Criterios para la puntuación – calificación de los distintos elementos del informe anual

Evaluación y puntuación final del residente

Formularios y hojas de evaluación formativa de los residentes

Cronograma de reuniones del comité de evaluación: calendario de los comités de

evaluación de los residentes de MF y C de la UDM de AF y C.
Constitución de los comités de evaluación.
Evaluaciones anuales
Evaluaciones finales

Tareas relacionadas con los residentes que finalizan su formación

Rotaciones externas y estancias formativas electivas

Rotaciones electivas de nuestros residentes de AF y C
Rotaciones externas de nuestros residentes de AF y C
Rotaciones externas de residentes de otras unidades docentes o centros en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria

Programa formativo teórico – práctico y programa transversal y complementario (PTCR)

Evaluación de las Actividades Formativas del Programa Formativo Teórico - Práctico de los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las Unidades Docentes de Murcia.
Modificación del Itinerario Formativo de Investigación para Residentes

Guardias y atención continuada

Planificación y organización de las guardias de los residentes
Guardias realizadas por los residentes

Otras actividades docentes

Sesiones clínicas en los centros de salud docentes.
Otras sesiones clínicas.
Sesiones clínicas de Ginecología.
Rotaciones formativas de los Tutores de MF y C de la UD
Rotaciones formativas - reciclaje formativo de los colaboradores docentes de Pediatría

Actividades de investigación y publicación científica

Investigación por los tutores, docentes y residentes de la unidad docente
Líneas de investigación y publicaciones científicas de los componentes de la propia UD de MF y C
Proyectos de investigación presentados por los residentes de MF y C de la promoción correspondiente en la sesión prevista para ello en las UUDD de Murcia
Trabajos de investigación terminados presentados por los residentes de MF y C de la promoción correspondiente en la sesión prevista de las UUDD de Murcia
Comunicaciones y casos clínicos presentados por los residentes de la unidad docente en Congresos y Jornadas Profesionales

Encuesta de satisfacción a los residentes

Incidencias y reclamaciones

Plan de gestión de la calidad de la formación de la UD

Número de especialistas - residentes formados (y en formación) en las dos UUDD de Murcia desde 1985
Información colgada en la Intranet de las Áreas de Salud correspondientes



Revisión y actualización de la Guía o Itinerario Formativo Tipo de los residentes de MF y C de la UDM de AF y C

“El desafío del portafolio: integrarlo en la formación de los residentes” evaluación y mejora del portafolio formativo

Bibliografía resultado de la investigación realizada sobre el portafolio formativo en las UDD de Murcia

Mejora de la formación de los residentes en promoción y educación para la salud

Cumplimiento de los objetivos del contrato de gestión

Contrato de gestión en FSE para la UD de Atención Familiar y Comunitaria de cada una de las Áreas de Salud a las que dan servicio las dos UDD

Revisión del cumplimiento de los objetivos – líneas estratégicas del plan de la UD

Plan de necesidades – recursos necesarios de las UDD para los años sucesivos

1.4. NÚMERO DE PERSONAL QUE LA COMPONE

Para cada una de estas dos unidades docentes la estructura orgánica y funcional (plantilla) está compuesta por:

- 1 Jefe de Estudios de la UD que al mismo tiempo es Presidente de la Comisión de Docencia.
- 1 Coordinadora del Programa Formativo EIR, **a tiempo parcial** (horario compartido al 50 % con la otra UD)
- 1 Técnico Docente o Técnico de Salud.
- 1 Secretaria – Auxiliar Administrativa, **a tiempo parcial** (horario compartido al 50 % con la otra UD)

Además también forman parte de la UD, dependiendo de ella solo en los aspectos formativos:

- Los Responsables Docentes de los Centros de Salud.
- Los Tutores de AF y C.
- Los Tutores Hospitalarios de los Residentes de AF y C.
- Los colaboradores docentes.
- Los Residentes MIR y EIR de AF y C.

1.5. ALINEACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA CON LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN Y/O UNIDAD RESPONSABLE

Creemos que las prácticas descritas a continuación coinciden y cumplen con el objetivo del **premio a las Buenas Prácticas en la Administración**: *Reunir y difundir prácticas y experiencias que se han implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil para la mejora o solución de problemas en la Administración Pública, con el fin de apoyar los esfuerzos de mejora en la prestación de los servicios sanitarios.*

Y que entran totalmente dentro de las categorías que se mencionan en el artículo 3 de la orden de 13 de junio de 2017 en la que se convocan estos premios, cuando dice en el punto 4. **Los proyectos de Innovación y de Buenas Prácticas podrán versar sobre todo tipo de actuaciones de innovación y mejora que supongan cambios en la organización referidos entre otros a:**

Y dentro de las referidas actuaciones pensamos que en nuestro caso pueden entrar perfectamente en las siguientes de las categorías mencionadas:

c) Desarrollo e implicación de las personas de la organización:

Están implicados todos los miembros de nuestras dos unidades docentes, la plantilla docente, pero sobre todos todos/as los tutores/as que suponen más de 200 profesionales clínicos de los centros de salud docentes que atienden pacientes en su trabajo diario, y especialmente todos nuestros residentes que son unos 160 al año (de cuatro promociones diferentes).

d) Procesos continuos de aprendizaje, innovación y mejora:

La realización y evaluación del Informe del Incidente Crítico basado en pacientes y situaciones reales por parte de todos los residentes de nuestras dos UUD, forma parte de la formación reglada, sistemática y programada de nuestros MIR y EIR desde 2008.

Formando parte de la evaluación formativa de estos especialistas en formación, sobre todo de la adquisición de estas competencias profesionales de forma reglada, sistemática y programada desde 2008.

Además a dado lugar a una línea de investigación en formación sanitaria especializada con varios resultados en publicaciones científicas, que además forma parte de la investigación aplicada con traslación inmediata a la mejora de la calidad asistencial y de atención a los pacientes.

Somos una de las pocas UUD de AF y C en España que tienen instaurado el portafolio formativo para los residentes, y probablemente la única que aplica y explota los incidentes críticos de esta forma.

f) Sistemas objetivos e indicadores de evaluación de políticas públicas:

Indudablemente estas prácticas van dirigidas a mejorar los sistemas de evaluación formativa de los especialistas en formación, para mejorar su fiabilidad y justicia; al mismo tiempo que centra su foco de atención en los profesionales pero sobre todo en los pacientes, que son participantes necesarios de los mencionados incidentes críticos.

g) Mejorar los resultados en la organización:

Estas prácticas se centran en mejorar los resultados de nuestra organización al utilizar metodología formativa innovadora y validada, y sistemas de evaluación para tener mejores especialistas en ciencias de la salud. Como es evidente también busca la mejora a corto plazo de la atención a los pacientes, y además tener mejores profesionales va a mejorar la calidad asistencial a largo plazo.

h) Políticas de responsabilidad social corporativa:

Evaluar la formación de los residentes y mejorarla activamente es cumplir con nuestra obligación, y es una manera de legitimarla socialmente.

Tratar de obtener mejores profesionales y atender mejor a la población son objetivos esenciales de nuestra organización y de la empresa pública para la que trabajamos.

Mejorar la calidad asistencial con estas actividades puede repercutir en aumentar la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, velando además

por la seguridad de los pacientes y evitando problemas clínicos y de relación con los mismos.

1.6. RELACIÓN DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS UTILIZADOS EN LA MEMORIA

AF y C: Atención Familiar y Comunitaria.

CA: Comunidad Autónoma.

CEIC: Comité Ético de Investigación Clínica

CNE: Comisión Nacional de la Especialidad

EF y C: Enfermería Familiar y Comunitaria.

EIR: Enfermero Interno y Residente.

FSE: Formación Sanitaria Especializada.

IC: Incidente Crítico

IMIB: Instituto Murciano de Investigación Biomédica.

MF y C: Medicina Familiar y Comunitaria.

MIR: Medico Interno y Residente.

RD: Real Decreto.

SEFSE (AREDA): Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada

semFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

SMS: Servicio Murciano de Salud.

SMUMFYC: Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria.

UDM de AF y C: Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria.

UDD: Unidades Docentes.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE BUENA PRÁCTICA

2.1. INTRODUCCIÓN

La evaluación constituye el elemento central de todo proceso formativo. Dentro de la evaluación de los médicos especialistas en formación o médicos residentes (MIR) se distinguen dos grandes tipos de evaluación según su finalidad: la evaluación formativa o continua, y la evaluación sumativa o final, tal como define y destaca el RD 183/2008¹.

Los elementos que sustentan la evaluación de los residentes son: el programa docente oficial (actualmente vigente) de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MF y C) publicado en el año 2005², y el Libro del Especialista en Formación de MF y C, que se deriva normativamente del que se publicó en 2006³.

Para desarrollar el proceso formativo de forma integrada con el libro del residente, la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) de MF y C, publicó en 2006 la llamada Guía del Portafolio⁴ (o *guía de práctica reflexiva*). En la que se indica que el residente debe recoger en su portafolio formativo las pruebas de haber realizado las tareas y actividades formativas propuestas por el programa docente de la especialidad y el libro del residente.

El portafolio es un instrumento fundamental de evaluación formativa (aunque también de evaluación sumativa) que consiste en la recopilación de la información en distintos formatos con los que el profesional demuestra su desarrollo profesional y la adquisición de un determinado nivel de competencia, que ya existía o que se ha alcanzado durante el proceso de evaluación⁵. Un instrumento donde el profesional recoge los resultados de realizar sus tareas clínicas o formativas concretas⁶⁻⁸.

Esta metodología basada en experiencias llevadas a cabo en distintos países⁹⁻¹¹, también se ha ido instaurando en nuestro país a propuesta de la CNE y así se han ido publicando distintas experiencias sobre la práctica formativa y evaluativa de los médicos de familia españoles por medio del Portafolio⁶⁻⁸. En esta área destacan las aportaciones del grupo liderado por Ruiz Moral¹²⁻¹⁴.

En el año 2007 se puso en marcha esta metodología de evaluación del portafolio en cuatro de nuestros centros de salud, y tras la evaluación positiva de su funcionamiento en 2008¹⁵, fue presentado y aprobado en la comisión de docencia. A partir de ese año el uso del portafolio formativo se generalizó de manera obligatoria para todos los residentes y en todos los centros de salud docentes de nuestras dos UDD.

Dado, que en este caso, la finalidad de la utilización del portafolio es formativa, una vez realizado por el residente, debe ser evaluado. Entre los aspectos que se evalúan destacan: la aplicación práctica de este instrumento en el proceso de aprendizaje del residente, que se haya utilizado de forma metodológicamente correcta, y en los resultados formativos obtenidos.

Dentro de esta línea de trabajo, en 2013 se publicó una investigación donde se evaluaba el cumplimiento y la calidad de la realización de los 10 grandes grupos de tareas formativas previstas en este modelo de portafolio formativo¹⁵. Una de las cuales era la Tarea 6: *Incluye Incidentes críticos bien elaborados, según el modelo propuesto por la CNE*⁴, es decir cumplimentando todos los apartados de la llamada planilla para la elaboración de un incidente crítico. Posteriormente las comisiones de docencia de ambas UDD decidieron establecer un mínimo de al menos 2 incidentes críticos por residente y año.

2.2. EL PORTAFOLIO FORMATIVO EN LAS DOS UNIDADES DOCENTES DE MURCIA

Cronológicamente se ha desarrollado de la siguiente manera:

- Año 2005 se publica en el BOE el actual y hasta ahora el último Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria² (MF y C).
- En el mismo año 2005 se produce la publicación del nuevo modelo oficial del Libro del Especialista en Formación o Libro del Residente de MF y C³, que es un instrumento formativo y de evaluación de uso y elaboración obligatoria por el residente.
- En 2006 la Comisión Nacional de la Especialidad de MF y C elabora y recomienda el uso de la *Guía Reflexiva para la Elaboración del Portafolio Formativo del Residente*⁴ para su evaluación formativa y sumativa, que es un modelo específico de desarrollo del Libro del Residente.
- 2007. Implantación piloto del Portafolio Formativo en nuestras dos UDD.
- 2008. Se aprueba por la Comisión Docencia el uso obligatorio del Portafolio Formativo por los residentes.

2.3. Año 2011. Proyecto investigación: **EVALUACIÓN FORMATIVA MEDIANTE EL PORTAFOLIO DE CUATRO PROMOCIONES DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA UNIDAD DOCENTE DE MURCIA**

Autores de esta primera parte de la línea de investigación

- José Saura Llamas.
- María de las Nieves Martínez Garre.
- María Elena Sebastián Delgado.
- María Ángeles Martínez Navarro.
- Mariano Leal Hernández.
- Susana Blanco Sabio.
- Antonio Martínez Pastor.

El uso del Portafolio Formativo en las dos UDD ha dado lugar a un proceso de evaluación continuada y revisión que se concretó en una línea de investigación que ha dado como resultado la siguiente publicación:

Aten Primaria. 2013;xxx(xx):xxx-xxx



ORIGINAL

Evaluación formativa mediante el portafolio de 4 promociones de residentes de medicina de familia y comunitaria de la Unidad Docente de Murcia[☆]

José Saura Llamas^{a,*}, María Nieves Martínez Garre^b,
María Elena Sebastián Delgado^a, María Ángeles Martínez Navarro^c,
Mariano Leal Hernández^d, Susana Blanco Sabio^e y Antonio Martínez Pastor^b

(*) Nota: La Unidad Docente de MF y C de Murcia se ha dividido en otras dos Unidades Docentes que aquí se mencionan en el lugar de trabajo de los autores, en un proceso que se inició en 2011 y que ha finalizado el 14 de Mayo de 2012.

Cuyos componentes fundamentales que interesan para esta memoria son:

MATERIAL Y MÉTODO

El presente es un estudio transversal realizado en la Unidad Docente de MF y C de Murcia con todos los portafolios cumplimentados por los residentes de las promociones 2007 – 2011, 2008 – 2012, 2009 – 2013 y 2010 – 2014 (todas ellas corresponden a promociones con un periodo formativo MIR de 4 años de duración). Los portafolios fueron entregados en la UD para su evaluación, conjuntamente con los correspondientes libros del residente, en Mayo de 2011.

En el estudio participan todos los residentes que se estaban formando en ese momento en la UD, es decir 131. La unidad de estudio (caso) es el libro del residente más el portafolio, y las tareas formativas recogidas en él.

Nuestro Portafolio incluye de forma normativa 10 grandes grupos de tareas formativas, seleccionadas de las recomendadas por la Comisión Nacional de la Especialidad de MF y C para el portafolio, con sus correspondientes criterios de calidad, a saber:

T6. Incluye Incidentes críticos bien elaborados, según el modelo propuesto por la CNE.

Tras la evaluación de cada portafolio, para cada residente y año, se recogen los datos obtenidos en una hoja de evaluación, que luego se incorpora al expediente del residente.

Todos los técnicos de salud (3) de la unidad docente, previamente entrenados en los criterios y el uso de las hojas de evaluación, los aplicaron a todas las actividades y a todos los portafolios, vaciando los resultados en una hoja de recogida de datos diseñada al efecto.

Se verifica el cumplimiento de cada tarea, se identifica como incumplimiento el no haber incluido en el portafolio pruebas de haber realizado esa tarea, y se calcula el porcentaje de cumplimiento sobre el número total de veces que se debía realizar cada tarea formativa. Cada incumplimiento tenía una puntuación de cero.

Además en cada portafolio se calificó la calidad de cada una de las tareas formativas realizadas, con una escala de 0 puntos (incumplimiento o muy deficiente) a 10 puntos (excelente), teniendo en cuenta el nivel de calidad obtenido comparado con el criterio establecido, y al número de veces que se ha realizado en aquellos ítems donde estaba previsto que se realizaba más de una vez. Se analiza la calidad, incluyendo y no incluyendo los incumplimientos.

Se calcula la media de puntuación obtenida para cada una de las tareas; y la media global de todas ellas, que corresponde a la calificación obtenida en su portafolio por cada residente. También se calcula la puntuación global media de todos los portafolios y por promoción de residentes.

RESULTADOS

El cumplimiento de la tarea formativa de incluir en el portafolio dos incidentes críticos bien elaborados se cumple en el 67,94 % de los residentes.

Respecto a la calidad de las actividades formativas incluidas en el portafolio, la calificación media obtenida por los incidentes críticos es de 7,38 sobre 10.

CONCLUSIONES

El estudio pone de manifiesto que los residentes utilizan el portafolio formativo de forma generalizada, a pesar de estar en sus primeros años de implantación este instrumento en la UD.

Como conclusiones podemos decir que el cumplimiento global de las tareas previstas en el portafolio por los residentes es muy satisfactorio, ya que la media supera el 86%. Aunque con un resultado aceptable, cabe destacar que las tareas formativas que menos se cumplen son: *aportar incidentes críticos* (67,94 %). Por tanto se detecta como una importante oportunidad de mejora.

La calidad media global de la realización de las tareas formativas de los portafolios es muy buena, ya que fue de 7,80, lo que equivale a un notable alto para el conjunto de portafolios (y de residentes).

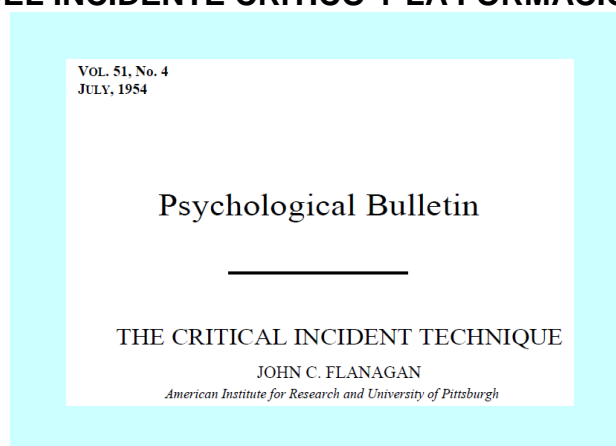
MEDIDAS INSTAURADAS TRAS ESTOS RESULTADOS

Tras estas conclusiones se pusieron en marcha medidas correctoras, como exigir más activamente la realización de estas tareas formativas, sobre todo en incluir dos incidentes críticos, y dar feedback formativo sistemático a los residentes tras su evaluación en general y sobre su portafolio en particular.

TAREAS FORMATIVAS	Número residentes (portafolios) Si cumplen	Porcentaje de cumplimientos %
T-1: Aporta el libro del residente	130	99,24
T -2: Utiliza la guía de competencias	130	99,24
T -3: Portafolio bien presentado	117	89,31
T -4: Incluye informes de las competencias trabajadas (Anexo II)	119	90,84
T -5: Incluye Informes de autorreflexión (Anexo I)	124	94,66
T -6: Incluye Incidentes críticos	89	67,94
T -7: Incluye entrevistas tutor – residente	118	90,08
T -8: Ha presentado sesiones clínicas	120	91,60
T -9: Ha presentado comunicaciones y/o publicado artículos científicos	91	69,47
T -10: Incluye análisis de actividades formativas recibidas	95	72,52
Media de cumplimiento para todos los residentes (Portafolios)		86,49

Tabla. Cumplimiento de las tareas formativas previstas en el portafolio

2.4. LA TÉCNICA DEL INCIDENTE CRÍTICO Y LA FORMACIÓN SANITARIA



Esta técnica se realiza, por vez primera, a propuesta del psicólogo **Flanagan**, en **1954**, como una forma de conocer detalladamente la efectividad o ineficacia de las actuaciones en torno a los episodios de accidentes de aviones americanos durante la Segunda Guerra Mundial¹⁷.

Posteriormente, en **1978**, un médico anestesista, **Cooper**, modificó la técnica desarrollando un método de entrevista y codificación para estudiar los errores en anestesia

Fue en **1990** cuando **Mezirow y Brookfield** empiezan a utilizar el incidente crítico en el campo de la docencia, proponiendo aprovechar la narración de acontecimientos inesperados para explorar las actitudes y presunciones de los alumnos y para trabajar, sobre el terreno de la práctica, la autorreflexión que facilita el crecimiento profesional

En **1996**, **Davis Michael** aplica este concepto de incidentes críticos a las experiencias vividas por los trabajadores de urgencias ante situaciones amenazantes, como presencia de excesivo sufrimiento humano y/o elevado riesgo de error profesional o de fracaso

En la **década de los 90** comienza a utilizarse informes de incidentes críticos en el campo de la Bioética.

Robins (1998) afirma que los incidentes críticos focalizan “la atención del evaluador en aquellos comportamientos clave que establecen la diferencia entre ejecutar un trabajo efectivamente y ejecutarlo de manera ineficaz”

En el campo de la docencia médica el trabajo sobre IC no se introduce hasta la **década del 2000**.

La **OMS**, en el año **2002**, insta a prestar mayor atención a la seguridad de los pacientes. La utilización de informes de incidentes críticos es un medio para detectar problemas de estructura, proceso o resultado, que plantean riesgos de la seguridad para el paciente

Finalmente, el análisis de incidentes críticos puede utilizar la estrategia de exploración estructurada para conocer la competencia profesional. Mediante una pregunta del tipo: “¿Podría contarme una ocasión en la que hubiera hecho algo que originó una mejora en su lugar de trabajo?”, se puede evaluar la capacidad innovadora del entrevistado.

LOS INCIDENTES CRÍTICOS

Es una de las mejores técnicas de evaluación por lo que aporta de flexibilidad, creatividad y autorreflexión, y debería estar incluida en cualquier portafolio. Se trata de reflexionar sobre algún elemento que en la práctica diaria nos ha aportado algún conocimiento (o su falta). Varios ejemplos reales:

- “Un conflicto con un paciente por una frase que dije me hizo reflexionar sobre el impacto que puede tener no estar pendiente de las expectativas que tiene con respecto a mi como profesional”.
- “Me he encontrado un caso de HTA con síndrome prostático y me he dado cuenta de que no estoy al día en el tratamiento de la HTA”.
- “Me encontré una posible neumonía atípica en un anciano y no recordaba bien el diagnóstico diferencial”.
- “He tenido un dilema ético y he dudado mucho sobre cual era el principio ético que debía prevalecer.”

Suele tener un formato preestablecido (similar al del Anexo 1 que aparece en esta guía⁴) que favorezca la reflexión en el que se describe la situación, se reflexiona sobre las dificultades o errores que el profesional identifica y sus repercusiones, los

aspectos positivos o éxitos, los objetivos de mejora y un plan de aprendizaje para conseguirlos.

¿Qué es un incidente crítico?

Incidentes críticos son, según la definición clásica (Flanagan 1954¹⁷), “aquellos sucesos de la práctica profesional que nos causan perplejidad, han creado dudas, han producido sorpresa o nos han molestado o inquietado por su falta de coherencia o por haber presentado resultados inesperados”. Son, por tanto, aquellos sucesos de la práctica cotidiana (extraídos de la propia experiencia), que nos impactan o sorprenden (por su buen o mal curso) y que motivan o provocan pensamiento (reflexión). No necesariamente son situaciones "críticas" por la gravedad extrema o por el riesgo vital.

En este contexto asociamos "crítico" a sorprendente, inesperado o inquietante para el profesional que analiza su propia práctica.

Por ejemplo podrían ser motivo de análisis como incidente crítico:

- La presentación atípica de una patología habitual.
- Una reacción adversa o una interacción medicamentosa no tenida en cuenta por el profesional
- Cuestiones éticas ante una determinada intervención, o no intervención, del profesional
- Resultados inesperados de pruebas complementarias
- Conflictos en la relación asistencial. Solicitudes de cambio de médico, reclamaciones o agradecimientos por parte de nuestros pacientes
- Cuestiones organizativas que inciden sobre los resultados de nuestra práctica
- Resultados del plan terapéutico de un determinado paciente

El abordaje de una situación incómoda para el profesional (por ejemplo la fase terminal de un paciente determinado, el abordaje de un paciente agresivo, el familiar que interfiere la relación asistencial...)

Lo que incorporamos al portafolio no es la simple recopilación o descripción de estos incidentes, sino el proceso de reflexión y aprendizaje que ha motivado el análisis de dicho incidente, en base a cuestiones como: ¿Qué he aprendido?, ¿Cómo lo he aprendido?, ¿Como lo he aplicado?, ¿Qué me falta por aprender?, ¿Que haré para aprenderlo?

Para trabajar con incidentes crítico únicamente se requiere el esfuerzo de registrar el proceso intuitivo de reflexión y aprendizaje que hacemos ante una situación de estas. Es aconsejable seleccionar aquellos incidentes que mayor potencial de aprendizaje aporten en relación a nuestros objetivos de formación.

2.5. EL USO FORMATIVO DEL INFORME DEL INCIDENTE CRÍTICO COMO UNA PARTE DEL PORTAFOLIO

Viene justificada por múltiples investigaciones y publicaciones, pero de una manera sencilla se puede sintetizar el el siguiente esquema publicado previamente:

Aplicación en la formación y evaluación formativa

Habilidades e Terapéutica

Portfolio: incidente crítico.
Resolución de problemas-aprendizaje



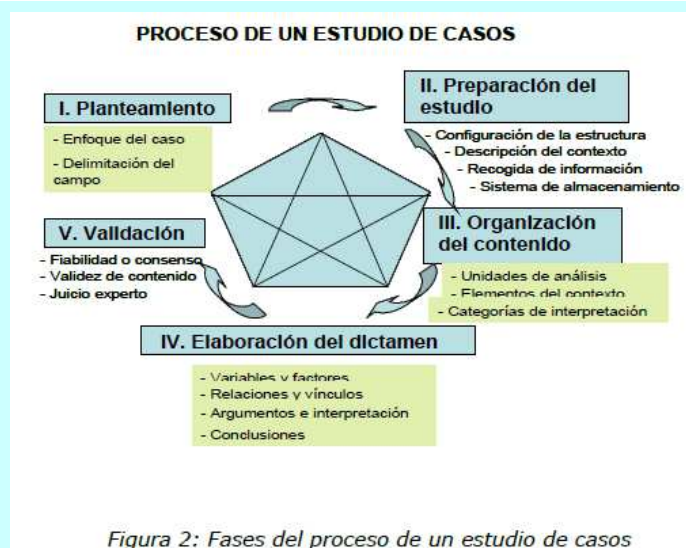
**Portfolio: incidente crítico.
Resolución de problemas-aprendizaje**

Maldonado Bakovic, Ana María
Mini Castro, María Dolores
Centro de Salud Fontiñas, Santiago de Compostela

Cad Aten Primaria
Año 2009
Volume 10
Páx. 309-311

Herramientas de análisis de contenido, de utilidad en los ámbitos del aprendizaje y la evaluación

Carmelo Basoredo Ledo



EL PORTAFOLIO FORMATIVO Y LOS INCIDENTES CRÍTICOS EN NUESTRAS DOS UDD

Desde 2008 dentro de las pruebas de la adquisición de competencias que los residentes deben incluir en su portafolio (con sus correspondientes criterios de evaluación)...

Todos los residentes deben elaborar y presentar al menos 2 Informes de Incidente Crítico según el modelo elaborado por la CNE siguiendo el modelo de Flanagan.

La evaluación de estos informes con su puntuación correspondiente son unos de los elementos que se tendrán en cuenta es su evaluación formativa y sumativa, tanto anual como final de cada residente.

2.6. Año 2014. El proyecto de investigación: ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES CRÍTICOS INCLUIDOS EN EL PORTAFOLIO FORMATIVO POR CUATRO PROMOCIONES DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE DOS UNIDADES DOCENTES DE MURCIA

Autores de esta segunda parte de la línea de investigación

- José Saura Llamas.
- María Medina Abellán.
- Jesús Abenza Campuzano.
- Francisco Ángel Guirao Salinas.
- María Elena Sebastián Delgado.
- Nieves Martínez Garre.
- María Reyes Castaños Ortega.
- María Cristina Solé Agustí.
- Manuel Sánchez Pinilla.

2.6.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

HIPÓTESIS Y OBJETIVO PRINCIPAL

Los incidentes críticos recogidos por los residentes en sus portafolios formativos nos pueden dar información útil sobre la calidad de los informes elaborados, sobre las características del incidente, y de sus repercusiones sobre los residentes y los pacientes

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (SECUNDARIOS)

1. Analizar formativamente la calidad de los incidentes críticos incluidos en los portafolios de los residentes.
2. Identificar y analizar los incidentes críticos, los ámbitos y circunstancias en los que se presentan, sus tipos, así como sus características más importantes.
3. Analizar cualitativamente y categorizar las respuestas manuscritas de los residentes a las preguntas abiertas del informe del incidente crítico.
4. Identificar y analizar las posibles repercusiones sobre los residentes y sobre los pacientes.
5. Valorar la posibilidad de intervenir sobre los incidentes críticos identificados para disminuir su frecuencia y las repercusiones sobre los residentes, tanto formativas, profesionales como emocionales.

2.6.2. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Puntos de interés de este estudio:

Hasta ahora estos informes de Incidentes Críticos solo los habíamos utilizado para la evaluación formativa y sumativa del portafolio de cada residente de forma individual, dentro de su evaluación anual (para pasar de año) y final (de la residencia) → Se hacía solo una explotación evaluativa individual para cada residente. Valorando en cada caso la calidad general, la cantidad del trabajo realizado, el interés y esfuerzo empleado, la capacidad de reflexionar de forma constructiva y la fase resolutoria de cada informe de incidente crítico.

Para los evaluadores de los portafolios la información recogida en los informes de los incidentes críticos ha resultado ser de un enorme interés, tanto cuantitativa como cualitativamente, llegando a la conclusión que quedarnos solo en ese uso

individual era perder una rica fuente de información con otras posibles explotaciones de grandes posibilidades.

No hemos encontrado ninguna referencia bibliográfica de ninguna investigación sobre este tema con la importante y numerosa casuística de nuestro estudio.

Por todo ello decidimos hacer una investigación sobre el conjunto de esta información → es decir llevar a cabo otra explotación diferente y más ambiciosa, que creemos que puede aportar información sobre aspectos relevantes sobre:

- El uso de esta técnica en FSE y específicamente en MF y C.
- Metodología formativa y evaluativa de los residentes.
- La identificación de los incidentes críticos y de sus repercusiones.
- Caracterización de los mismos e identificación de áreas de mejora relacionadas con la formación de los residentes.

2.6.3. DISEÑO - MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Se trata de un estudio mixto (cuantitativo y cualitativo), transversal, descriptivo, analítico, y multicéntrico. Que se desarrolla en dos ramas y en varias fases.

MATERIAL Y MÉTODO

El caso de estudio: Cada uno de los informes de incidentes críticos incluido en cada portafolio formativo de todos los residentes de nuestras dos UDD.

Ámbito: Atención Primaria de Salud. Formación Sanitaria Especializada en MF y C. Centros de Salud Docentes de las dos UDD.

Población Diana:

Todos los residentes MIR evaluados anualmente de las dos UDD en los años:

- En 2015: Promociones 2014-18, 2013-17, 2012-16 y 2011-15.
- En 2016: Promociones 2015-19, 2014-18, 2013-17 y 2012-16.

Población a estudio: Con un posible número máximo posible de residentes para cada UD de:

- UD 695: 18 - 20 residentes promoción = 80 o menos residentes anuales.
- UD I y VII: 20 residentes promoción = 80 o menos residentes anuales

Criterios de Inclusión: Todos los residentes que han sido evaluados anualmente y que aportan su portafolio formativo de las dos UDD

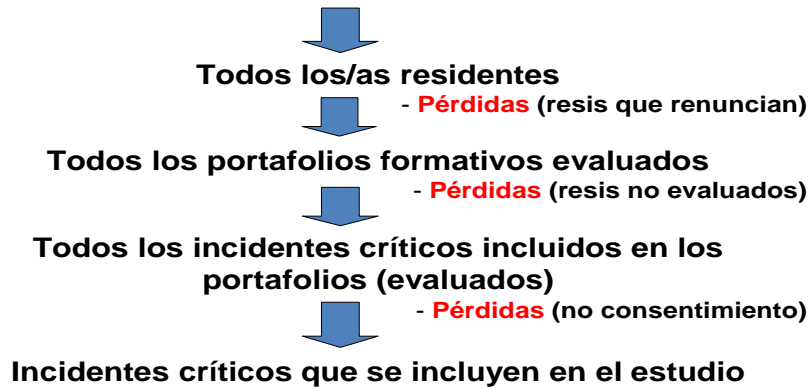
Criterios de Exclusión:

- Residentes que han renunciado al MIR.
- Residentes no evaluados por cualquier motivo.
- Residentes que no han entregado su portafolio formativo.
- Residentes que no han dado o no han firmado el consentimiento informado.
- Residentes que no hayan presentado ningún incidente crítico.

Descripción y cálculo de la muestra

No hay muestra ni método de muestreo

Se incluye toda la población a estudio



- Utilizamos el modelo de portafolio de la *Guía Reflexiva para la Elaboración del Portafolio Formativo del Residente* elaborado y recomendado en 2006 por la Comisión Nacional de la Especialidad de MF y C⁴.

- Asumimos la definición de Incidente Crítico la propuesta por Flanagan¹⁷.

- El modelo de Informe de Incidente Crítico que utilizamos es el incluido en la ya citada *Guía Reflexiva para la Elaboración del Portafolio Formativo del Residente*⁴ y que está basado en el modelo de Flanagan¹⁷.

Procedencia de los sujetos, casos y fuentes de datos:

Para la identificación de los residentes: Listados oficiales y expedientes académicos existentes en las dos UDD.

Para la identificación y recogida de los casos:

- Los Portafolios Formativos que entregan los residentes para su evaluación anual en Abril de cada año

- Número de portafolios esperables cada año: $76 + 80 = 156$.

- Como mínimo en cada portafolio se *Incluyen dos Incidentes Críticos bien elaborados, según el modelo propuesto por la CNE*

- Número de incidentes críticos esperables cada año: $156 \times 2 = 312$.

Método de recogida de datos

El presente estudio se realiza en las dos Unidades Docentes de AF y C de Murcia con todos los portafolios cumplimentados por los residentes de las promociones 2014 – 2018, 2013 – 2017, 2012 – 2016 y 2011 – 2015 (todas ellas corresponden a promociones con un periodo formativo MIR de 4 años de duración). Los portafolios fueron entregados en la UD para su evaluación, conjuntamente con los correspondientes libros del residente, en Abril y Mayo de 2015.

Y en una segunda fase con todos los portafolios cumplimentados por los residentes de las promociones 2015 – 2019, 2014 – 2018, 2013 – 2017, y 2012 – 2016 y 2011. Los portafolios fueron entregados por los residentes a la UD para su evaluación, conjuntamente con los correspondientes libros del residente, en Abril y Mayo de 2016.

Tras la evaluación de cada portafolio para cada residente y año, los datos obtenidos se recogen en una hoja de evaluación, que luego se incorpora al expediente del residente.

Posteriormente se fotocopian todos los incidentes críticos existentes en los portafolios evaluados de todos los residentes, para analizarlos posteriormente. Cada incidente crítico es la unidad de estudio, un caso.

A cada uno de los residentes se les pide autorización y consentimiento informado, firmando en una hoja de recogida de firmas, para poder utilizar sus incidentes críticos con los objetivos de esta investigación, asegurando la confidencialidad y el anonimato en el uso de dicha información, sin ninguna explotación que relacione individualmente la identidad de los residentes (ni de los posibles pacientes).

En el estudio participan todos los residentes que se estaban formando en ese momento en las dos UDD, es decir = 309.

Nuestro Portafolio incluye de forma normativa 10 grandes grupos de tareas formativas, seleccionadas de las recomendadas por la Comisión Nacional de la Especialidad de MF y C para el portafolio⁴, con sus correspondientes criterios de calidad, siendo la tarea T6 (Tarea 6): *Incluye Incidentes críticos elaborados, según las indicaciones e instrucciones de cumplimentación incluidas en el modelo propuesto por la CNE⁴, siguiendo la metodología Flanagan.*

Descripción y definición de la intervención (si la hay)

- No se va a hacer ninguna intervención sobre los pacientes.
- Inicialmente no se va a hacer ninguna intervención específica sobre los residentes ni nada que ya no se estuviera haciendo o estuviera previsto. Solo se va a utilizar de otra manera la información que ya se venía recogiendo.
- Aunque, si se pueden establecer por los resultados del estudio, se van a proponer propuestas de mejora para aumentar la calidad de la formación de los residentes.

Variables:

Las variables esenciales de la investigación se extraen del modelo estandarizado del Informe del incidente crítico y corresponden a cada uno de los epígrafes – apartados de dicho informe.

ANEXO:
INCIDENTE CRÍTICO **Fecha:**

DESCRIPCIÓN:

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA:

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE:

MÉTODOS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO:

REGISTRO del APRENDIZAJE **Fecha:**

RESPUESTA a la PREGUNTA

ADQUISICIÓN del APRENDIZAJE
Mecanismo o procedimiento utilizado para el aprendizaje:

¿Qué has aprendido? (conceptos incorporados,

¿Cómo has aplicado el aprendizaje en la práctica?:

¿Qué te falta para aprender?

¿Qué harás para conseguirlo?

FIRMA DEL RESIDENTE:
(ADJUNTAR AL PORTAFOLIO)

FIRMA DEL TUTOR:

Tras los dos procesos de pilotaje realizados en 2015, las variables definidas se han agrupado en cuatro posibles explotaciones:

1ª Explotación – 1º Grupo de variables: EVALUACIÓN FORMATIVA DE LOS INFORMES DE INCIDENTES CRÍTICOS DE LOS / LAS RESIDENTES:

En cada informe de incidente crítico recogido se evalúa cada uno de sus apartados como cumplimientos o incumplimientos. Consta respuesta = SI cumple (cumplimiento). No consta respuesta = NO cumple (incumplimiento).

Aunque existe la opción Parcialmente consta la respuesta = cumple parcialmente, el equipo de investigación decidió establecer esta opción que se recoge así por su posible utilidad formativa en el futuro para los residentes. Pero se aclara que a efectos de cuantificación, tratamiento estadístico y análisis, estas respuestas se computarán como No consta = No cumple.

- Describe el incidente crítico
- Cumplimenta la causa que lo origina
- Elabora la pregunta formativa
- Describen el objetivo del aprendizaje
- Coincide el objetivo con la pregunta
- Hace constar que métodos han utilizado para alcanzar el objetivo de aprendizaje
- Consta la respuesta a la pregunta
- El tiempo de aprendizaje
- Lo que ha aprendido
- Como va a aplicarlo en la práctica
- Lo que le falta por aprender
- Como lo va a aprender (que hará para conseguirlo)

2ª Explotación - 2º Grupo Variables: COMO ABORDAN LOS RESIDENTES SUS INCIDENTES CRÍTICOS

Incluidas en el Informe como preguntas abiertas:

- ¿El residente ha utilizado el modelo oficial del Informe del incidente crítico? Recogerlas en texto libre y luego hacer un análisis cualitativo posterior
- ¿Cuáles son los métodos de aprendizaje utilizados? Recogerlos en texto libre
- ¿Qué has aprendido? (conceptos incorporados, habilidades adquiridas). Recogerlos en texto libre y luego hacer un análisis cualitativo posterior.

3ª Explotación - 3º Grupo Variables: COMO AFECTAN LOS INCIDENTES CRÍTICOS A LOS RESIDENTES

Incluidas en el Informe como preguntas abiertas:

- ¿Qué consecuencias para el residente ha tenido el incidente crítico? Recogerlas en texto libre y luego hacer un análisis cualitativo posterior
- ¿Cómo has aplicado el aprendizaje en la práctica? Recogerlos en texto libre y luego hacer un análisis cualitativo posterior

4ª Explotación - 4º Grupo Variables: LOS INCIDENTES CRÍTICOS COMO MÉTODO DE IDENTIFICAR NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS RESIDENTES

Incluidas en el Informe como preguntas abiertas:

- Objetivos de aprendizaje (Necesidades formativas identificadas)
Clasificarlos en conocimiento, habilidad y actitud
- ¿Qué te falta para aprender? Recogerlos en texto libre y luego hacer un análisis cualitativo posterior

- ¿Qué harás para aprenderlo? Recogerlos en texto libre y luego hacer un análisis cualitativo posterior

DENOMINACIÓN, DEFINICIÓN Y CODIFICACIÓN LAS VARIABLES

Variables independientes

- (Evaluador)
- Número de caso

Variables demográficas de los residentes (independientes)

Que se extraen de la información que tienen las UDD

- Año de residencia: año de MIR en el momento de realización de la encuesta.
- Edad del residente: en el momento de realización de la encuesta.
Dos dígitos.
- Género:
 - Varón.
 - Mujer.
- Nacionalidad del residente:
Respuesta abierta. Recogida textualmente.
- ¿Había trabajado antes?

Variables de la planilla para la elaboración del informe de un incidente crítico

Que se extraen de la planilla del estudio inicial de la calidad formativa de los incidentes críticos de los residentes

Se han elaborado después del pilotaje inicial y varias reuniones del equipo de investigación, para definir las y establecer su codificación

- Consta la descripción del incidente crítico:
- Consta la elaboración de la pregunta y la pregunta
- Consta el objetivo del aprendizaje en este incidente crítico.
- Se describen los métodos para alcanzar el objetivo → Método elegido para conseguir el objetivo, (puede haber más de uno).
- ¿Consta la respuesta a la pregunta formulada?
- ¿Consta el mecanismo o procedimiento utilizado para el aprendizaje?
- Consta la respuesta a la pregunta ¿Qué has aprendido?
- Consta la respuesta a la pregunta ¿Cómo has aplicado el aprendizaje en la práctica?
- Consta la respuesta a la pregunta ¿Qué te falta para aprender?
- Consta la respuesta a la pregunta ¿Qué harás para aprenderlo? ¿Cómo lo vas a aprender?

Variables referidas al incidente crítico

Que se han definido y codificado después de otro pilotaje, tratando de codificar al máximo posible todas las respuestas distintas identificadas a cada una de las preguntas abiertas, recogidas literalmente del texto manuscrito de los residentes.

La pregunta:

- Elaboración de la pregunta. → transformar el incidente crítico en una pregunta susceptible de ser contestada

La pregunta que elabora el residente (a quién afecta la pregunta) se centra en:

- La temática de la pregunta es:

Objetivo aprendizaje:

- El objetivo de aprendizaje se refiere a adquirir...
- ¿Coincide el número de objetivos con el número de preguntas que se realiza el residente?:

Métodos utilizados por el residente:

- El método para alcanzar el objetivo se refiere a...

- ¿Cuáles son los métodos de aprendizaje utilizados?

Recogerlos en texto libre y luego hacer un análisis cualitativo posterior, ad-hoc.

Registro de aprendizaje: respuesta a la pregunta.

Mecanismo aprendizaje:

Adquisición del aprendizaje - Mecanismo o procedimiento utilizado para el aprendizaje → Describir el mecanismo fundamental que nos ha ayudado a resolver la cuestión; si es una búsqueda bibliográfica, especificar la estrategia de búsqueda (palabras clave...) y número de artículos revisados. Yo esto no lo incluiría y dejaba sólo el método de aprendizaje.

- Tiempo invertido en el aprendizaje: recoger en minutos (aunque muchos residentes no lo ponen).

Tres dígitos.

- ¿Aporta documentación anexa, documentación o bibliografía relacionada con el incidente crítico?

- ¿Qué has aprendido? (conceptos incorporados, habilidades adquiridas).

Recogerlos en texto libre y luego hacer un análisis cualitativo posterior, ad-hoc.

- ¿Cómo has aplicado el aprendizaje en la práctica?:

Recogerlos en texto libre y luego hacer un análisis cualitativo posterior, ad-hoc.

- ¿Qué te falta para aprender?

Recogerlos en texto libre y luego hacer un análisis cualitativo posterior, ad-hoc.

- ¿Qué harás para aprenderlo?

Recogerlos en texto libre y luego hacer un análisis cualitativo posterior, ad-hoc.

Otras variables – codificación introducidas tras el pilotaje y el intendo de codificación exhaustiva

MEDICIÓN DE LAS VARIABLES:

- Para evaluar la calidad de los informes de los incidentes críticos elaborados por los residentes se utiliza la metodología de la evaluación y mejora de la calidad¹⁸ (EMCA).

En cada informe de incidente crítico recogido se evalúa cada uno de sus apartados como cumplimientos o incumplimientos. Sí consta respuesta = SI cumple (cumplimiento). No consta respuesta = NO cumple (incumplimiento).

Se verifica y recoge el cumplimiento o incumplimiento de cada apartado del informe del incidente crítico según el modelo utilizado, y se identifica como un incumplimiento el que no conste respuesta en dicho apartado. Y se calcula el porcentaje de incumplimientos sobre el número total de veces que se debería constar¹⁸.

Aunque existe la opción: Parcialmente consta la respuesta = cumple parcialmente, el equipo de investigación decidió establecer esta opción que se recoge así por su posible utilidad formativa en el futuro para los residentes. Pero se aclara que a efectos de cuantificación, tratamiento estadístico y análisis, estas respuestas se computarán como No consta = No cumple.

- Para identificar, describir y analizar los incidentes críticos se utiliza la acumulación numérica según las variables ya descritas.

- Para analizar y categorizar las respuestas manuscritas de los residentes a las preguntas abiertas del informe del incidente crítico, así como identificar y analizar las posibles repercusiones sobre los residentes y sobre los pacientes, se utiliza una metodología cualitativa. Recogiendo sistemática y literalmente todas las respuestas manuscritas a las preguntas abiertas, y categorizándolas y agrupándolas posteriormente.

Todos los investigadores habían sido previamente entrenados en los criterios y el uso de las hojas de evaluación, los aplicaron a todas las actividades y a todos los portafolios, vaciando los resultados en las hojas de recogida de datos diseñadas al efecto.

REGISTRO DE LOS VALORES DE LAS VARIABLES (FORMULARIOS)

Se ha diseñado una base de datos de acuerdo a las variables identificadas y su codificación.

Los datos se recogen en una planilla Excel elaborada “ad hoc” donde constan todas las variables discretas recogidas de forma bimodal, si consta o no consta, sin excepciones.

Las respuestas abiertas y manuscritas se recogen textualmente en una planilla Word con una casilla para cada respuesta identificada.

ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE LOS DATOS

Cada tipo de variable se recoge en el formulario correspondiente.

Uno de los investigadores introducirá todos los datos recogidos en la base de datos.

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

- Se va a utilizar la aplicación de Excel y el programa estadístico SPSS en la versión accesible con licencia de alguno de los investigadores.
- Se van a hacer explotaciones cuantitativas simples de todas las variables discretas y continuas, con número de casos y porcentajes.
- Se van a realizar cruces entre las variables independientes y anagráficas con todas las variables dependientes.
- Análisis simples, bifactoriales y multifactoriales, para identificar factores de asociación.

2.6.4. ESQUEMA GENERAL Y DE DESARROLLO DEL ESTUDIO

RESUMEN SITUACIÓN LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INCIDENTES CRÍTICOS MARZO 2017.

- DE LA UDM AF Y C 695 DE MURCIA

Equipo Investigador: José Saura Llamas, María Medina Abellán, Francisco A. Guirao Salinas, Jesús Abenza Campuzano + María Reyes Castaños Ortega + María C. Solé Agustí.

INCIDENTES CRÍTICOS RECOGIDOS 2015

Tabla 1

Área – Sublínea de Investigación	Denominación	Recogida de datos	Tabulación y Tratamiento Estadístico	Priorización	Explotación y Análisis	Publicación
Datos Cuantitativos	Evaluación Formativa de los Incidentes Críticos	Pendiente	Pendiente	Pendiente	Pendiente	.Pendiente comunicación
Datos Cualitativos Explotación A	Los incidentes críticos como método para identificar sus necesidades formativas	Pendiente	Pendiente	Pendiente	Pendiente	.Pendiente Artículo
Datos Cualitativos Explotación B	Cómo abordan los residentes sus incidentes	Pendiente	Pendiente	Pendiente	Pendiente	.Pendiente comunicación

	críticos					
Datos Cualitativos Explotación C	Como afectan los incidentes críticos a los residentes	Pendiente	Pendiente	Pendiente	Pendiente	.Pendiente Artículo
Otras posibles explotaciones	Comparaciones entre UDD	Pendiente	Pendiente	Pendiente	Pendiente	.Pendiente comunicación .Pendiente Artículo

- DE LA UDM AF Y C I Y VII DE MURCIA

Equipo Investigador: M^a Elena Sebastián Delgado, M^a Nieves Martínez Garre, María C. Solé Agustí, Manuel Sánchez Pinilla y José Saura Llamas.

INCIDENTES CRÍTICOS RECOGIDOS 2015:

Tabla 2.

Área – Sublínea de Investigación	Denominación	Recogida de datos	Tabulación y Tratamiento Estadístico	Priorización	Explotación y Análisis	Publicación
Datos Cuantitativos	Evaluación Formativa de los Incidentes Críticos	Pendiente	Pendiente	Pendiente	Pendiente	.Pendiente comunicación .Pendiente Artículo
Datos Cualitativos Explotación A	Los incidentes críticos como método para identificar sus necesidades formativas	Pendiente	Pendiente	Pendiente	Pendiente	.Pendiente comunicación .Pendiente Artículo
Datos Cualitativos Explotación B	Cómo abordan los residentes sus incidentes críticos	Pendiente	Pendiente	Pendiente	Pendiente	.Pendiente comunicación .Pendiente Artículo
Datos Cualitativos Explotación C	Como afectan los incidentes críticos a los residentes	Pendiente	Pendiente	Pendiente	Pendiente	.Pendiente comunicación .Pendiente Artículo
Otras posibles explotaciones	Comparaciones entre UDD	Pendiente	Pendiente	Pendiente	Pendiente	.Pendiente comunicación .Pendiente Artículo

2.6.5. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS DEL ESTUDIO

Se utilizan dos metodologías sencillas y validadas (ver citas) como son la evaluación y mejora de la calidad y la técnica del incidente crítico, que han sido y ampliamente utilizadas internacionalmente.

La validez interna debe resultar alta por el número de sujetos a estudio, que corresponde a toda la población diana (todos los residentes), aunque es posible una pérdida de algunos pocos casos, es poco probable.

Esto se refuerza por los dos estudios piloto realizados. Por lo que los resultados que obtengamos deben ser plenamente aplicables a esta población de residentes y a nuestras dos UDD.

Los investigadores manejan habitualmente estas metodologías en el desarrollo de su trabajo diario. Y además todos los investigadores han sido previamente entrenados de manera específica para esta investigación en la aplicación de los criterios de evaluación, en como realizar la recogida de datos y la

tabulación, en como los aplicaran a todos los portafolios e incidentes críticos, y como vaciaran posteriormente la información obtenida en las hojas de recogida y en la base de datos diseñadas al efecto. Por lo que es esperable una buena concordancia interobservador.

La recogida de los casos y la información no debe ser fuente de sesgos, pues la entrega del portafolio anual de cada residente (en los años del estudio) es obligatoria para que se pueda realizar la evaluación. Así como también es obligatoria la inclusión de al menos dos incidentes críticos en cada portafolio.

Los criterios de calidad utilizados para evaluar los portafolios y los incidentes críticos han sido extraídos de la bibliografía de referencia y basados en las propuestas realizadas y justificadas por la CNE a nivel nacional.

Respecto a la validez externa podemos considerarla alta ya que existe una gran homogeneidad entre el proceso formativo de los residentes de MF y C ya que las directrices son propuestas por la CNE que es única para todo el territorio nacional, aunque creemos que su nivel de implantación y aplicación ha sido muy variable dependiendo de las UDD. Creemos que aunque estos resultados no sean totalmente extrapolables para otras UD de MF y C y/o Comunidades Autónomas, si pueden servir como información útil en la aplicación en nuestro entorno.

No podremos comparar nuestros resultados con otros trabajos de investigación de nuestro entorno por no haber encontrado ninguno que utilice este método de esta forma ni una población comparable, aunque nuestro estudio se basa en las propuestas de la CNE, que deber ser conocidas a nivel estatal.

Creemos que las dos posibles fuentes más importantes de sesgos de este estudio pueden ser:

- Que los residentes elijen de manera subjetiva los dos o más incidentes críticos que van a elaborar e incluir anualmente en su portafolio, aunque se les insiste cuando se les indica insistentemente que deben ser aquellos que les hayan afectado de manera más intensa.
- Las respuestas cualitativas y manuscritas a las preguntas abiertas que incluye el informe del incidente crítico que se utiliza en esta investigación. Y su posterior categorización y ordenación

Aunque estas dos posibles fuentes de sesgo son inherentes y consustanciales con esta metodología y técnica empleada. Y además se deben ver paliadas por como se ha planificado y establecido el apartado material y método, que se puede revisar en el epígrafe correspondiente.

2.6.6. ASPECTOS ÉTICOS

Se deberán especificar en este apartado las consideraciones éticas relacionadas con el ensayo:

- Evaluación del riesgo/beneficio: ponderación del beneficio que se podría obtener de los resultados del estudio en relación con los riesgos y posibles molestias a las que los pacientes son sometidos.

NO SE VA A INTERVENIR SOBRE PACIENTES

No se va a intervenir de ninguna forma sobre pacientes, por lo tanto no van a estar sometidos a ningún tipo de riesgo derivado de esta investigación.

Los beneficios formativos y para la evaluación de los residentes pueden ser importantes, repercutiendo posiblemente de forma indirecta sobre una mejora de la calidad asistencial general que se presta a la población. Puede repercutir positivamente en los residentes a nivel personal, emocional y profesional.

- Si participan en el estudio poblaciones especialmente vulnerables (niños, sujetos incapacitados temporal o indefinidamente) se debería justificar la inclusión de las mismas.

Solo participan adultos dentro de su entorno profesional y ámbito laboral y formativo habitual.

- Si existen compensaciones económicas previstas deberían especificar la cantidad y los conceptos.

No hay ningún tipo de compensación ni remuneración prevista para nadie, ni para los investigadores ni para los sujetos estudiados ni ninguna otra persona.

- Identificación y justificación, si procede, de exploraciones adicionales, a las que se someterán los sujetos del estudio.

No pertinente. No se van a hacer ningún tipo de exploración complementaria.

- Acceso directo a los datos. Se debe especificar que se permitirán las monitorizaciones, auditorías, revisiones del CEIC e inspecciones reguladoras relacionadas con el ensayo.

Aunque no es un ensayo clínico y no está sometida a la normativa correspondiente, y aunque esta información es confidencial, bajo condiciones estrictas de seguridad y con previa anonimización sería posible el acceso a las misma.

- Confidencialidad de los datos y derecho a la intimidad: Procedimiento a seguir para proteger y asegurar la confidencialidad y la custodia de la información. Descripción del modo en que se codificará la información en el banco de datos y especificación de las personas que tendrán acceso a la información.

Toda la información referida a los residentes, a su evaluación y a sus portafolios formativos están sometidos a las normas de confidencialidad, secreto, respeto a la intimidad, archivo y custodia, que son normativamente obligatorias por la legislación vigente que se refiere a la FSE.

- IDONEIDAD DE LA INFORMACIÓN (HIP). Especificar como se dará la información a los sujetos participantes, a los familiares o a los representantes legales según proceda. (Es responsabilidad del investigador garantizar que el Consentimiento Informado se recoge de conformidad con el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero.)

La información se va a utilizar y presentar de manera confidencial y anónima, excluyendo los datos de identificación de residentes y en su caso pacientes.

Los residentes conocen su sistema de evaluación formativa y sumativa. También conocen el diseño, funcionamiento y como se evalúa su portafolio formativo. Así mismo qué es, como funciona y como se evalúa un incidente crítico.

Una vez finalizado el proceso de evaluación anual y final de los residentes se les devuelven sus portafolios formativos completos, quedando bajo la custodia del propio residente.

Se pide el consentimiento informado a cada residente para el uso en esta investigación de sus incidentes críticos. Se adjunta modelo del mismo.

Los resultados obtenidos se van a presentar siempre agregados, nunca de manera individual, sin que en ningún caso se puedan identificar personas. Y bajo las normas de las publicaciones científicas, comunicaciones o artículos científicos originales según las Normas de Vancouver.

OTRA INFORMACIÓN ÉTICA DE INTERÉS

No existe ningún conflicto de intereses de ningún tipo. Ninguno de los investigadores tiene relación con otras instituciones o empresas que tengan alguna relación con la investigación.

Este proyecto investigación no cuenta con ninguna ayuda económica (ni específica ni externa) para la realización de este estudio. Se realiza con los recursos propios de las UDD y del SMS

El material y método empleados, y las tareas desarrolladas corresponden a las funciones propias habituales de una UD (“posible carácter de excelencia”).

Inicialmente no se va a hacer ninguna intervención sobre los residentes que no sean las ya previstas en su proceso formativo y en su proceso de evaluación.

2.6.7. PLAN DE EJECUCIÓN. ESTUDIO PILOTO

Se han realizado dos estudios piloto antes de realizar la investigación:

1. Un pilotaje inicial de la definición de las variables y de su codificación, con varias reuniones de los investigadores.
2. Y otro del diseño de la planilla de recogida de datos con 30 casos por cada uno de cuatro de los investigadores.

Las variables definidas se han agrupado en cuatro posibles explotaciones, que ya se han detallado en el apartado de material y métodos:

1ª Explotación: evaluación formativa de los informes de incidentes críticos de los / las residentes.

2ª Explotación: como abordan los residentes sus incidentes críticos

3ª Explotación: como afectan los incidentes críticos a los residentes

4ª Explotación: los incidentes críticos como método de identificar necesidades formativas de los residentes

2.6.8. PRESUPUESTO

Para este proyecto no existe presupuesto específico propiamente dicho. Inicialmente el presupuesto específico o extraordinario previsto para esta investigación es 0 euros.

Coste muy bajo. No calculado el gasto extra producido.

Uso de espacios, aparatos, material fungible y de oficina propios de las UDD y del SMS. “De doble uso”

Trabajo altruista de los investigadores habitualmente fuera de su horario laboral

Posibilidad de solicitar alguna ayuda económica para publicar los resultados en una revista con factor impacto

2.7. Año 2017. OBTENCIÓN DEL INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ DE ENSAYOS CLÍNICOS Y BIOÉTICA DEL ÁREA VI: HOSPITAL GU MORALES MESEGUER

Dra. María Dolores Nájera Pérez
Presidenta del CEIC Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Hospital General Universitario José María Morales Meseguer en su reunión del día 26/4/2017, acta ORDINARIA ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

Título: " Análisis de los incidentes críticos incluidos en el portafolio formativo de cuatro promociones de residentes de medicina familiar y comunitaria de dos unidades docentes de Murcia.

Código Promotor **Código Interno:** EST: 14/17

Promotor:

Monitor/CRO:

Versión Protocolo Evaluada:

Versión Hoja Información al Paciente y

Consentimiento Informado Evaluadas:

Fecha Entrada ACLARACIONES:

Investigador Principal: Dr. D. José Saura Llamas

**Jefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar.
Comunitaria Áreas VI, IX, V de Murcia.**

2º. Considera que:

- Se respetan los principios éticos básicos y es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado. .
- Se cumple la legislación aplicable.

3º. Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE. Se aprueba el estudio.**

Lo que firmo en Murcia, a 27 de abril de 2017



Dra. María Dolores Nájera Pérez
Presidenta del CEIC Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

2.8. SITUACIÓN ACTUAL Y RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

2.8.1. PUBLICACIONES Y COMUNICACIONES CIENTÍFICAS SOBRE EL PORTAFOLIO FORMATIVO:

Comunicaciones:

- Saura Llamas J, Rubio Gil E, Martínez Pastor A, Blanco Sabio S, Gómez Portela J. El Portafolio Formativo: Experiencia en la Unidad Docente de Medicina Familiar de Murcia (España). Trabajo libre. II Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia: 16-30 Noviembre 2008.
- Saura Llamas J, Rubio Gil E, Gómez Portela J, Monzó Núñez E, Martínez Pastor A. Problemas del Portafolio identificados por los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia. Comunicación (Trabajo libre sobre Docencia). III Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia. México. 15–28 Diciembre 2009.
- Leal Hernández M, Saura Llamas J, Martínez Garre N, Sebastián Delgado ME. Cumplimiento de las actividades formativas en el portafolio por los residentes de la Unidad Docente de MF y C de Murcia. 5ª Edición Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia / ALPMF. 20 Noviembre – 4 Diciembre 2011. México.
- Saura Llamas J, Leal Hernández M, Martínez Garre N, Sebastián Delgado ME. Evaluación formativa de los residentes de medicina familiar y comunitaria utilizando el portafolio en la unidad docente de Murcia. 5ª Edición Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia / ALPMF. 20 Noviembre – 4 Diciembre 2011. México.
- Andía Chong M, Saura Llamas J, Martínez Garre N, Sebastián Delgado ME, Martínez Pastor A. ¿Qué tengo que incluir en mi portafolio para demostrar que he adquirido las competencias? 10º Encuentro de Tutores y Jefes de Estudio de formación sanitaria especializada. AREDA. Ilustre Colegio Oficial de Médicos. Valencia 18-20 Septiembre 2013.

Artículos:

- Saura Llamas J, Blanco Sabio S, Rubio Gil E, Gómez Portela J, Martínez Pastor A y Grupo de Trabajo de Acreditación y Reacreditación de Tutores. Propuesta de un nuevo modelo para la acreditación y reacreditación de los tutores de Medicina de Familia: ¿un *portfolio* para tutores? DPM 2009; 2(1): 35-46.
- Rubio Gil E, Saura Llamas J, Conesa Bernal C, Blanco Sabio S, Gómez Portela J, y Martínez Pastor A. El *portfolio* formativo: una herramienta docente bien evaluada por los Médicos de Familia. DPM 2009; 2 (2): 13-20.
- Saura Llamas J, Martínez Garre MN, Sebastián Delgado ME, Martínez Navarro MA, Leal Hernández M, Blanco Sabio S, Martínez Pastor A. Evaluación formativa mediante el portafolio de 4 promociones de residentes de medicina de familia y comunitaria de la Unidad Docente de Murcia. Aten Primaria 2013; 45(6): 297-306.

2.8.2. FORMACIÓN Y ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS EN LOS INCIDENTES CRÍTICOS DE LOS RESIDENTES DE LAS DOS UDD

En su formación teórico – práctica dentro de su programa formativo reglado de las dos UDD, desde 2008 y dentro de los cursos con varias ediciones, sobre *Evaluación del residente, libro del residente y portafolio*, han recibido formación reglada en este tema un total aproximado de 80 residentes x 10 años = 800 residentes.

Actividades formativas impartidas durante 10 años y continua.

Formación que utiliza casos reales de pacientes y que luego ellos pueden aplicar a la práctica.

Estos 800 especialistas en formación no solo han adquirido conocimientos sino que han adquirido las competencias para hacer los informes y abordar los incidentes críticos, tal como han demostrado al aportar la mayoría de ellos sus incidentes críticos en el portafolio (con su correspondiente evaluación)

2.8.3. RESULTADOS DEL ESTUDIO – INVESTIGACIÓN PILOTO SOBRE LOS INCIDENTES CRÍTICOS.

Comunicaciones orales:

- Saura Llamas J, Medina Abellán MD, Abenza Campuzano J, Guirao Salinas FA, Sebastián Delgado ME, Martínez Garre N. Evaluación formativa de los incidentes críticos elaborados por los residentes de Medicina Familiar. Datos preliminares. Comunicación. XXVI Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial. SUMFYC – semFYC. Cartagena. 12 de diciembre 2015.

Evaluación Formativa de los Incidentes Críticos elaborados por los Residentes de Medicina Familiar. Datos Preliminares

Objetivos: Conocer la calidad de los Incidentes Críticos que como tarea formativa programada, han elaborados los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MF y C).

Diseño: Descriptivo, retrospectivo, multicéntrico, del cumplimiento de los aspectos que debe cumplir la elaboración de un incidente crítico.

Emplazamiento: Atención Primaria. Centros de salud docentes pertenecientes a una Unidad Docente.

Material y Métodos: Sujetos: Residentes de MF y C. Casos: Los incidentes críticos elaborados por estos e incluidos en su portafolio formativo (mínimo prescrito: 2 al año).

Se evalúa cada incidente crítico obtenido comparando los apartados que desarrolla con los que indica el informe normativo para su elaboración propuesto por la Comisión Nacional de MF y C en la Guía del Portafolio Formativo del año 2005. Con tres posibles respuestas: Sí cumple, no cumple o parcialmente. Se pide el consentimiento informado a los residentes para tener acceso a sus datos con este objetivo.

Resultados: **Inicialmente han aceptado participar 62 residentes.**

Se han obtenido 165 incidentes críticos, con una media de 2,66 incidentes por residente.

Se detallan los cumplimientos o incumplimientos, no los cumplimientos parciales.

La mayoría de los residentes cumplimentan la causa (99,4%), describen el incidente crítico (90,9%), definen cual es el objetivo de aprendizaje (79,4%) y hacen constar que hay un método para alcanzar el objetivo (50,9%).

Menos de la mitad de los residentes cumplen los requisitos: describir el objetivo del aprendizaje (44,2%), hacer coincidir los objetivos con la pregunta (29,1%), consta la respuesta (26,7%), el tiempo de aprendizaje (20,6%), lo que he aprendido (39,6%), como vas a aplicarlo (28,7%), lo que le falta por aprender (29,3%), y lo que haría para aprenderlo (29,9%).

Conclusiones: los residentes realizan bien la parte descriptiva del incidente crítico; pero las fases reflexiva, resolutiva y de autoaprendizaje que son esenciales en una

actividad formativa no se realizan o se hacen mal, evidenciando un enorme margen de mejora.

EVALUACIÓN FORMATIVA DE LOS INCIDENTES CRÍTICOS ELABORADOS POR LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR.DATOS PRELIMINARES

Saura Llamas, J*; Medina Abellán, MD*; Abenza Campuzano, J*; Guirao Salinas, FA*; Sebastián Delgado, ME**;
Martínez Garre, MN**. *UD AFyC Áreas Vega Media, Vega Alta y Altiplano; ** UD AFyC Murcia Este-Oeste.

OBJETIVOS

Conocer la calidad de los incidentes críticos que como tarea formativa programada han elaborado los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

DISEÑO

↓ Descriptivo
↓ Retrospectivo
↓ Multicéntrico
 Del cumplimiento de los aspectos que debe presentar la elaboración de un incidente crítico.

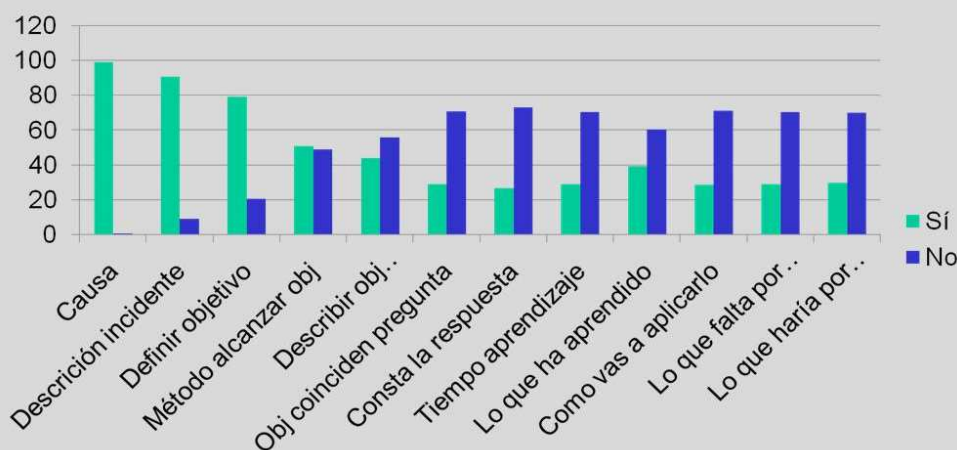
EMPLAZAMIENTO: Atención Primaria. Centros de Salud docentes pertenecientes a una Unidad Docente.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Sujetos: Residentes de MF y C.
- Casos: Los incidentes críticos elaborados por estos e incluidos en su portafolio formativo (mínimo prescrito: 2 al año)
- Se evalúa cada incidente crítico obtenido comparando los apartados que desarrolla con los que indica el informe normativo para su elaboración propuesto por la Comisión Nacional de MFyC en la Guía del Portafolio Formativo del año 2005. Con 3 posibles respuestas:
 - Si cumple
 - No cumple
 - Parcialmente
- Se pide el consentimiento informado a los residentes para tener acceso a sus datos con este objetivo.

RESULTADOS

62 residentes. 165 incidentes críticos en total. 2,66 incidentes/residente



CONCLUSIONES

Los residentes realizan bien la parte descriptiva del incidente crítico; pero las fases reflexiva, resolutoria y de autoaprendizaje que son esenciales en una actividad formativa no se realizan o se hacen mal, evidenciando un enorme margen de mejora.

- Guirao Salinas FA, Abenza Campuzano J, Medina Abellán MD, Saura Llamas J, Martínez Garre MN, Sebastián Delgado ME. Análisis de los Incidentes Críticos de los Residentes de una Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Póster con defensa. XXXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid 6 mayo 2017.

Objetivo: Conocer las características más destacadas de los incidentes críticos (IC), que forman parte del portafolio formativo de los residentes, y de los residentes que los elaboran.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, multicéntrico de análisis de incidentes críticos. Los 76 residentes de la Unidad Docente, correspondientes a las cuatro promociones en ese momento, tienen que elaborar un portafolio anual que es evaluado, y que debe contener al menos 2 incidentes críticos. Se utiliza consentimiento informado por parte de los residentes para el uso de sus IC. Se recogen tabulan los IC; y los datos se presentan en cifras absolutas y porcentajes.

Resultados: **Se incluyen en el estudio 62 residentes.**

Se obtienen 165 incidentes críticos, con una media de 2,66 incidentes por residente.

El 68,49% están recogidos por mujeres.

Los residentes de primer año (R-1) son los que más IC han presentado (29,70%) y los R-4 los que menos (22,42%).

El 58,4% de los IC ocurren en Urgencias Hospitalarias y el 21,81% en los Centros de Salud.

En el 44,85% el hecho contado en el IC no tiene consecuencias sobre la salud de los pacientes, para el 20% supone un retraso diagnóstico o de tratamiento y el 9,09% tiene consecuencias positivas.

En el 35,15% no tiene otras consecuencias, en el 18,79% es una discusión y enfrentamiento con profesionales, y en otras ocasiones supone una pérdida de tiempo (9,70%).

El motivo principal que origina el IC: comunicación asistencial (17,58%), diagnósticos (13,94%) y problemas éticos (11,52%).

El IC se produce con otros profesionales (46,67%), el paciente (28,48%) y en el 11,52% de los casos con los familiares del paciente.

Conclusión: La mayor parte de los IC que se recogen pertenecen a residentes mujeres, son enviados por los R-1, ocurren en la puerta de urgencias hospitalaria, y no tienen consecuencias para la salud de los pacientes. Cuando originan otras consecuencias a los pacientes lo habitual es un enfrentamiento o discusión de los pacientes con el profesional y tienen relación con la comunicación asistencial. Aunque es más frecuente es el IC se produzca entre profesionales que con pacientes.

Tras explotar los datos definitivos, ya recogidos, está en elaboración el primer artículo consecuencia de este proyecto de investigación.

2.8.3. OTROS RESULTADOS – DIFUSIÓN Y FORMACIÓN

- Proyecto incluido en el Área V de Investigación del IMIB (Instituto Murciano de Investigación Biomédica) Investigación en Salud Pública y Servicios de Salud, en la Línea de Investigación en AP e Investigación en FSE.

- Proyecto presentado como Seminario dentro del Programa de Seminarios del IMIB: *"Investigación formativa para clínicos: el incidente crítico, una oportunidad para mejorar y aprender"*. Sede del IMIB. El Palmar (Murcia). 24 enero 2017
- Presentado como Taller para Tutores en la UDM de AF y C de Lorca: *El incidente crítico como instrumento de formación y evaluación del residente*. Lorca. 20 diciembre 2016
- Presentados los Incidentes Críticos dentro de la ponencia: Saura Llamas J. Ponencia a Mesa: *Comunicación y seguridad del paciente: una alianza imprescindible*. XXVI Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial. SUMFYC – semFYC. Cartagena. 12 de diciembre 2015.
- Aceptado como Conferencia en el 2º Congreso Virtual (**Online**) de Investigación en AP y MF. México. 7 a 14 octubre 2017.
- Aceptado como Taller al 28 Congreso Nacional de Comunicación en Salud. Córdoba. 11 a 14 de octubre 2017.
- Aceptado como Taller en el Programa de Formación Continuada del Área VI de Murcia para el tercer cuatrimestre 2017.

3. EXPOSICIÓN DE LAS RAZONES QUE JUSTIFICAN ESTA CANDIDATURA

SEGÚN LOS CRITERIOS OFICIALES DE LA CONVOCATORIA

PRIMERA - VALORACIÓN

1. Se valorarán las candidaturas de acuerdo con los criterios objetivos que se detallan a continuación

a) CRITERIOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN, ENTIDAD O UNIDAD ADMINISTRATIVA CONCURRENTES.

Subcriterios:

1º- Alineación de los objetivos del proyecto con la misión de la organización:

Es indudable que los objetivos de esta práctica y línea de trabajo e investigación corresponde a los objetivos generales de la administración pública de la CA de la Región de Murcia, a los anteriores Planes de Salud y a la misión de nuestras dos UDD.

- Alineación de la práctica con al menos los siguientes objetivos estratégicos de la organización responsable

c) *Desarrollo e implicación de las personas de la organización.*

d) *Procesos continuos de aprendizaje, innovación y mejora.*

f) *Sistemas objetivos e indicadores de evaluación de políticas públicas.*

g) *Mejorar los resultados en la organización.*

h) *Políticas de responsabilidad social corporativa.*

(Ver las justificaciones correspondientes en las páginas 10 a 12 de esta memoria).

- Se trata de una práctica que entraría dentro de la estrategia de desarrollo y mejora de los recursos humanos del SMS.

- Evaluación y mejora de los resultados del SMS.

- En su entorno laboral habitual y dentro de su misión, visión y líneas estratégicas de desarrollo.

2º- Los máximos responsables de la organización apoyan firmemente el proyecto y le hacen un seguimiento al mismo:

Los dos Jefes de Estudios están totalmente implicados en el diseño del proyecto, en su implementación y en el seguimiento del mismo, participando activamente en todas sus fases.

3º- Aplicación del conocimiento de las personas de la organización en el desarrollo del proyecto:

Las personas de nuestra organización tienen una muy amplia experiencia clínica, docente e investigadora que se ha aplicado y ha beneficiado a esta línea de trabajo (si fuera necesario se podrían aportar los curriculum vitae correspondientes que justifican esta afirmación)

Parte de los componentes de estas personas pertenecen a grupos de trabajo profesionales que han beneficiado a esta práctica:

- Grupo de Trabajo sobre Seguridad del Paciente de la semFYC.
- Grupo de Trabajo en Comunicación y Salud de la SMUMFYC.
- Grupo de Trabajo de Investigación en Atención Primaria del SMS.
- Grupos de Trabajo de la SEFSE – AREDA.
- Además de tener formación reglada en Formación Sanitaria Especializada y evaluación.

4º- Nivel de consolidación del proyecto innovador en términos temporales, presupuestarios y de mantenimiento frente a cambios del entorno organizativo, institucional o político:

Es un proyecto, una línea de trabajo, de formación y de investigación que se viene desarrollando en nuestras dos UDD desde su inicio en 2008 hasta la actualidad, de forma sistemática, programada, continuada y sin interrupciones.

La consolidación se puede valorar porque se ha convertido en una práctica institucionalizada y programada en nuestras dos UDD, integrada en su funcionamiento habitual, Y por los resultados de la misma que aún se siguen y seguirán apareciendo y publicándose

b) GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LA INSTITUCIÓN, ENTIDAD O UNIDAD ADMINISTRATIVA EN LA BUENA PRÁCTICA

Subcriterios:

1º- Participación de la institución o entidad en su conjunto, incluidos sus máximos responsables.

Han estado involucradas y han participado todos los niveles – componentes (unidades) de las dos UDD (que son dos organizaciones pequeñas). Para más detalle ver el párrafo siguiente.

A destacar el liderazgo y coordinación por parte de los dos máximos responsables que son los dos jefes de estudios de las dos UDD

2º- Involucración de las distintas áreas, unidades y/o servicios de la organización:

- La Comisión de Docencia de la UD: Con la aprobación y la supervisión del diseño y aplicación del Portafolio Formativo de los residentes u de los Incidentes Críticos.

- Como grupo de trabajo y equipos investigadores y de implementación han participado: los dos Jefes de Estudios de las UUD, la Coordinadora del Programa Formativo EIR, y los dos Técnicos Docentes (o Técnicos de Salud).
- Los Tutores de AF y C, los Responsables Docentes de los Centros de Salud, y los Tutores Hospitalarios han participado como grupo de apoyo al desarrollo de esta práctica al asesorar y colaborar con los residentes.
- Residentes MIR y EIR de AF y C de las dos UUD además de ser sujetos de la práctica y del estudio de investigación, han aplicado la técnica del informe crítico a los pacientes, dando solución a los mismos cuando ha sido posible.

3º- Participación exclusiva de personal empleado público:

Realización exclusivamente por parte de trabajadores de la administración pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia con contrato en vigor.

- Sin ninguna otra participación de otra institución privada o pública de otros ámbitos.
- Sin tener ningún conflicto de intereses y sin necesidad de recurrir a financiación externa.

4º- Aprovechamiento de las opiniones o sugerencias del personal para la mejora de los servicios, realizadas a través de cualquier medio.

A lo largo de todo el proceso, con la realización de al menos de unas 20 reuniones del grupo básico de investigación en presencia física, se han ido incorporando la mayoría de las aportaciones realizadas por todos sus componentes. Directamente y en las reuniones de la comisión de docencia también se han recibido indicaciones y modificaciones.

A través de correo electrónico y en presencia física se han promocionado y recogido múltiples comentarios, sugerencias correcciones y mejoras por parte de los tutores y otros docentes.

A los residentes no se les han pedido opiniones ni sugerencias al ser sujetos de los estudios de investigación realizados.

c) GRADO DE INNOVACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA.

Subcriterios:

1º- La buena práctica implica un cambio de lo ya existente, supone realmente un proyecto innovador.

Efectivamente desde el inicio de esta práctica – línea de trabajo se han producido cambios muy importantes en nuestras dos UUD ya que al menos se han introducido:

- Cambios significativos (pero cumpliendo las normas de rango superior) en el sistema de evaluación de los residentes.
- En la introducción de tareas y actividades docentes basadas en la práctica y en pacientes reales.
- La introducción e implantación del portafolio formativo como un instrumento fundamental para el aprendizaje y la evaluación de los residentes.
- Realización de investigaciones aplicadas sobre estos temas que nos han servido para mejorar nuestra práctica docente.
- La introducción e implantación sistemática de la técnica del Informe del Incidente Crítico con aplicaciones formativas y asistenciales.

Innovación:

Hasta ahora estos informes de Incidentes Críticos solo se habían utilizado para la evaluación formativa y sumativa del portafolio de cada residente de forma individual,

dentro de su evaluación anual (para superar cada año de la residencia) y final (para obtener el título de especialista) → Se hacía solo una explotación evaluativa individual para cada residente. Valorando en cada caso la calidad general, la cantidad del trabajo realizado, el interés y esfuerzo empleado, la capacidad de reflexionar de forma constructiva y la fase resolutoria de cada informe de incidente crítico.

Para los evaluadores de los portafolios la información recogida en los informes de los incidentes críticos ha resultado ser de un enorme interés, tanto cuantitativa como cualitativamente, llegando a la conclusión que quedarnos solo en ese uso individual era perder una rica fuente de información con otras posibles explotaciones de grandes posibilidades.

Así en este caso además se utiliza para analizar el conjunto de los resultados formativos y del proceso de obtención de los mismos utilizando una técnica validada: El informe del Incidente Crítico.

Por todo ello decidimos hacer una investigación sobre el conjunto de esta información → es decir llevar a cabo otra explotación diferente y más ambiciosa, que creemos que puede aportar información sobre aspectos muy relevantes:

- El uso de esta técnica en FSE y específicamente en MF y C.
- Metodología formativa y evaluativa de los residentes.
- La identificación de los incidentes críticos y de sus repercusiones.
- Caracterización de los mismos e identificación de áreas de mejora relacionadas con la formación de los residentes.

No hemos encontrado ninguna referencia bibliográfica de ninguna investigación sobre este tema con la importante y numerosa casuística de nuestro estudio.

2º- La buena práctica supone una mejora de lo ya existente en la organización.

Creemos que lo demostramos con los resultados de las publicaciones y comunicaciones que presentamos en la memoria.

d) RECURSOS NECESARIOS PARA LA EXTENSIÓN A OTRAS UNIDADES O COLECTIVOS

Varios elementos facilitan la exportación y reproducción del proyecto en otros entornos o unidades similares:

- Muy bajo coste sin necesidad de un nuevo presupuesto específico.
- Ya se ha demostrado que es una práctica viable y reproducible.
- Puede obtener muy buena aceptación porque es una práctica transversal que incluye áreas muy importantes del ejercicio profesional, y al aplicarla se pueden conseguir varios objetivos institucionales simultáneamente, formativos, asistenciales y de investigación.

e) IMPACTO EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE LA BUENA PRÁCTICA.

Subcriterios:

1º- Utilización de criterios de RSC: se tendrá en cuenta la sostenibilidad económica, ambiental y social y su impacto en esos ámbitos.

- Práctica reproducible, como se ha demostrado a lo largo de esta memoria.
- Es una investigación aplicada y aplicable inmediatamente a los pacientes. Y traslacional.
- Con mucha experiencia práctica en el contexto clínico real.

2º- Conoce y analiza el nivel de satisfacción de sus grupos de interés.

De la primera parte de la investigación existen datos favorables de:

- Encuestas de Satisfacción a los residentes sobre las actividades formativas (cursos y talleres) sobre la evaluación, el portafolio formativo, los incidentes críticos y la seguridad del paciente, que sistemáticamente han sido superiores a una puntuación de 7,5 sobre 10 (y habitualmente mayor de 8), en los siguientes aspectos de evaluación:

Calidad del contenido
Método adecuado a los objetivos
Conocimientos adquiridos
Ha resultado estimulante para la renovación de tu práctica profesional
Relación del profesorado con los asistentes
Capacidad docente del profesor
Satisfacción general

- También se ha analizado la satisfacción de los residentes y los tutores respecto al Portafolio Formativo en general y a otros aspectos del mismo, información que se puede consultar en las citas bibliográficas de nuestro trabajo. Aunque en resumen la opinión es favorable, con una valoración de notable.

De la segunda parte de la investigación referida a los incidentes críticos este tipo de análisis está pendiente de realizar.

- La satisfacción fundamental que manifiestan todos los actores implicados es la motivación de todo tipo que supone la presentación de un incidente crítico, y la posibilidad de solucionarlo con un modelo racional y con el menor sufrimiento o malestar posible por parte de profesionales y pacientes.

3º- Ha supuesto un aumento en la demanda del servicio.

Sí ha supuesto un aumento en la demanda de tareas y actividades formativas, contactos y preguntas para los docentes, así como solicitudes de asesoramiento.

También ha supuesto un aumento importante de recursos docentes y evaluadores / horas de evaluación para evaluar anualmente los portafolios formativos y los incidentes críticos de los residentes. Y de la realización del feedback correspondiente posterior.

No tenemos información de que haya supuesto un aumento de la demanda asistencial por parte de los pacientes.

4º- Se aportan datos cuantitativos sobre los impactos producidos por la buena práctica.

- Tal como se detallan en las publicaciones y comunicaciones científicas que se aportan en esta memoria.

f) PERSONAS DESTINATARIAS DE LA BUENA PRÁCTICA.

3º- Ambos grupos de interés: Destinatarios externos e internos:

- Destinatarios o clientes internos: Todos los residentes de nuestras dos UDD. Todos han participado en esta práctica. (También se podrían considerar así a todos/as los Tutores/as de las dos UDD)

- Destinatarios o clientes externos (a las UDD): Los pacientes a los que atienden las Áreas de Salud sobre las que tienen competencias nuestras dos UDD, tanto directamente por ser objeto de un informe de incidente crítico, como indirectamente al implantar una práctica que puede mejorar la calidad asistencial que se presta a esta población.

G) OTROS CRITERIOS LIBREMENTE APRECIADOS POR EL JURADO.

1º- Originalidad, creatividad y complejidad del proyecto presentado.

Líneas fuerza de la práctica y de esta investigación:

- Formación Sanitaria Especializada (FSE).
 - Investigación en FSE.
 - Atención Familiar y Comunitaria.
 - Atención Primaria de Salud.
 - Mejora de la Calidad Asistencial.
 - Comunicación asistencial y comunicación médico – paciente.
 - Seguridad de los pacientes.
 - Evaluación de la formación y de los residentes.
 - Instrumentos de evaluación formativa de la adquisición de competencias.
- Integra y aprovecha las sinergias de formación, asistencia e investigación. Con el reconocimiento ya existente en cuanto al posible repercusión en la calidad en general que esta sinergia supone.
- Relaciona (en una especie de triangulo beneficioso): Formación especializada – Seguridad del Paciente y Comunicación asistencial (dentro de la relación médico paciente).

Uso innovador de la técnica del Incidente Crítico: Intentar disminuir el sufrimiento y malestar de los pacientes en estas situaciones:

- Los incidentes críticos, tal como los define Flanagan, son episodios que se presentan con mucha frecuencia en aquellas profesionales que deben atender directamente a la población.
- Con más frecuencia aún en entornos donde las personas sufren a consecuencia de una enfermedad o un problema de salud, lo que los coloca en una situación difícil desde el punto de vista de las relaciones personales.
- Más aún en ámbitos que pueden ser estresantes de por sí como sucede con las guardias en las puertas de urgencia de los hospitales.
- Cuando a cualquier profesional de la salud se le explica el concepto de incidente crítico, inmediatamente identifica haber padecido varios episodios en su práctica profesional habitual.
- Así que es raro que a lo largo de una vida profesional larga no se hayan presentado bastantes de estos episodios críticos.
- Sin embargo la mayoría de los profesionales desconocen esta concepción y metodología porque no se suele hablar de ello (habitualmente se ocultan) y mucho menos se lo forma en algo que probablemente sea inseparable de nuestro ejercicio profesional.
- Por definición un incidente crítico puede producir sufrimiento y/ o malestar en los profesionales.

Esto puede tener consecuencias a corto y a largo plazo, incluidas la disminución o empeoramiento de la satisfacción laboral y la aparición del síndrome del bournout en esos profesionales.

Aprender la técnica de cómo abordar el incidente crítico puede disminuir el sufrimiento de los profesionales, prevenir el bournout y mejorar la satisfacción en el trabajo.

2º- Ahorros producidos con el proyecto (relación coste-beneficio):

Con un coste muy bajo. Realizada con muy pocos recursos materiales y bajísimo coste.

- Toda la mejora conseguida puede suponer una disminución del gasto, al evitar el coste de la mala calidad asistencial.
- No ha precisado ningún incremento de presupuesto de la institución.
- Entra dentro del desempeño de las funciones y del trabajo habitual de las UUD en busca de la excelencia.
- El tiempo extra empleado por los participantes, fundamentalmente fuera del horario laboral no ha sido remunerado de ninguna forma.
- Consideramos que la rentabilidad teniendo en cuenta los resultados obtenidos ha sido muy alta.

3º- Estructura y claridad expositiva del proyecto presentado.

A valorar por el comité de evaluación.

Nuevo:

4º- Metodología adecuada y pertinente (rigurosa):

- Utiliza la Guía Reflexiva del Portafolio que es una recomendación de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (que se puede considerar como una práctica de calidad)
- El informe del incidente crítico es una metodología validada para la formación en ciencias de la salud en todos sus niveles.
- Se basa en el método reflexivo de aprendizaje, en el que el profesional observa lo que hace, lo analiza, observa oportunidades de mejora y pone en marcha medidas para mejorar.
- Práctica e investigación Multicéntrica en la que intervienen dos UUD, 13 centros de salud, y varias decenas de entidades docentes colaboradoras. Pertenecientes de 5 Áreas de Salud. Con los correspondientes y potenciales pacientes.
- Práctica e investigación Multiprofesional, en la que participan Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería Familiar y Comunitaria, Técnicos docentes, y multitud de profesionales de las especialidades hospitalarias que colaboran con nuestras dos UUD.
- Con gran número de sujetos y de casos obtenidos y estudiados.

OTROS ASPECTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA:

Para ilustrar la línea argumental voy a reproducir la...

Entrada Blog **DocTutor** número 3 de 2016.

Comunicación, seguridad de paciente y formación, una relación potente y transversal

En esta entrada se pretende establecer la importante y evidente relación existente las áreas competenciales de comunicación clínica, seguridad del paciente y formación sanitaria especializada, señalando las sinergias y el efecto beneficioso y potenciador existente entre ellas. Y haciéndolo a través de sus topics: paciente difícil, error clínico e incidente crítico.

Probablemente como consecuencia de mi evolución profesional y de colaborar con este blog, de pertenecer al grupo de comunicación de la SMUMFYC y también al grupo de seguridad del paciente de la semFYC; de manera espontánea he ido elaborando esta idea fuerza: la relación transversal y potente que existe entre la comunicación asistencial, con la seguridad del paciente y la formación de los profesionales de la salud. Relación o interacción que creo que multiplica el efecto

beneficioso que cada una de estas grandes áreas competenciales transversales nos aportan en nuestro ejercicio y desarrollo profesional.

La siguiente cita, refleja exactamente esta idea: "**Las consultas urgentes, los problemas surgidos por mala comunicación con el paciente, los errores de la práctica médica son, entre otros, el marco en el que acontecen los incidentes críticos**"

Así en este párrafo se recogen los elementos clave que reflejan claramente mi idea, presentando además su singularidad y especificidad y como enlazar estos tres grandes "topic":

- La relación médico paciente, la comunicación asistencial, la mala comunicación, y su traducción prototípica como puede ser **el encuentro difícil** entre paciente y médico (también definida menos acertadamente como paciente difícil).
- La gestión de la calidad asistencial, la seguridad del paciente, los eventos adversos y su traducción en su imagen más prototípica que son **los errores clínicos**.
- La formación de los profesionales, la práctica reflexiva, y su imagen: los incidentes críticos, y **el informe de incidente crítico** (según Flanagan) como instrumento formativo.

Respecto al tipo de enfoque y método o técnica utilizada en su caso, aunque todos intrínsecamente utilizan el método reflexivo (especialmente útil en el aprendizaje profesional y en el autoaprendizaje), podemos decir que tanto el encuentro difícil como el incidente crítico tienen un componente subjetivo - cualitativo muy importante, los errores clínicos tienen componentes cualitativos pero también objetivos - cuantitativos muy importantes. Así conceptualmente se puede dudar de la existencia del "paciente difícil", pero los incidentes críticos (aunque seleccionados de manera totalmente subjetiva por el profesional) sí que existen, y nadie puede dudar de la existencia probada de los eventos adversos ni de los errores clínicos.

En cuanto a sus definiciones utilizando las más habituales:

- Paciente difícil: *Grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo en común es la capacidad de producir distrés en el médico y en el equipo que los atiende*
- Error clínico: *Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso.*
- Incidente crítico (Flanagan 1954): *Aquellos sucesos de la práctica profesional que nos causan perplejidad, han creado dudas, han producido sorpresa o nos han molestado o inquietado por su falta de coherencia o por haber presentado resultados inesperados.*

La relación entre ellos, tomados en conjunto, o tomados de dos en dos, está ampliamente reflejada en distintas y muy diferentes referencias que además tienen un enorme sentido común, y un evidente valor facial:

La comunicación es clave para la seguridad del paciente. La Comunicación es básica para enseñar y aprender Seguridad del Paciente.

El incidente crítico y el error médico (revisión). Aplicación a un error del modelo de incidente crítico.

Los pacientes son más comprensivos con los médicos que son capaces de reconocer sus errores.

Enfoque pedagógico del error médico. Como aprender de nuestros errores: la reflexión formativa.

El incidente crítico permite detectar necesidades de formación en clínica, comunicación y bioética.

La utilización de informes de incidentes críticos es un medio para detectar

problemas de estructura, proceso o resultado, que plantean riesgos de la seguridad para el paciente.

El análisis de incidentes críticos puede utilizar la estrategia de exploración estructurada para conocer la competencia profesional.

En los incidentes críticos hay que conocer y practicar la entrevista clínica. Se puede considerar como incidente crítico cualquier problema de comunicación surgido en la relación médico-paciente.

Así se comprueba que además de entre sí, todos los componentes de esta línea argumental están relacionados de forma muy intensa con la Bioética en el ejercicio profesional (enfoques éticos de los encuentros difíciles, de los errores clínicos y de los incidentes críticos, basados en el “primun non noscere”). Pero este hecho le da un mayor valor e importancia a esta interrelación y aún hace más evidente su transversalidad.

Pero aún hay otro punto de vista que creo que le da más utilidad práctica a este enfoque;

- Por un lado estos tres sucesos o situaciones, en un momento u otro, van a afectar de manera casi inevitable a todos los profesionales de la salud y con posibles repercusiones importantes, aunque afortunadamente no sean muy frecuentes.
- Además describen tres situaciones de la clínica diaria que habitualmente son responsables de la mayor parte del malestar y disconfort que puede causar en los profesionales que atienden a la población. De “las que más nos hacen sufrir”.
- Por otro lado, asumiendo que la motivación es fundamental en todo el proceso de aprendizaje y desarrollo profesional, la motivación intrínseca que pueden producir es muy alta, siempre que en el profesional prime la actitud de transparencia y de poner encima de la mesa todas estas situaciones para trabajar con ellas.
- La potencia como motivación hacia el aprendizaje puede ser muy importante ya que en la bibliografía se recoge que tanto los encuentros difíciles, como los errores clínicos son prevenibles en una parte importante, y aunque los incidentes críticos no son prevenibles, puesto que son identificados y seleccionados por el profesional, es posible que disminuyan en su frecuencia, intensidad o importancia.

Aunque cada uno de ellos tiene modelos específicos de abordaje, en todos ellos se puede utilizar el método reflexivo (reflexión en la acción) y además intuitivamente siguen un modelo parecido al ciclo de mejora de la calidad.

Pensando en esta triada: comunicación, seguridad del paciente y formación; que más se puede pedir que mientras aprendemos con una alta motivación, mejorando la calidad asistencial, tratando de sufrir menos y de ayudar a los pacientes, busquemos disminuir nuestros errores clínicos (eventos adversos), mejorando nuestras competencias en comunicación y enfocando mejor nuestros incidentes críticos.

4. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Ministerio de la Presidencia. BOE 21 de Febrero 2008.
2. Comisión Nacional de Medicina de Familia. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Ciencia. Madrid. 2005.

3. Comisión Nacional de Medicina de Familia. Libro del especialista en Medicina de Familia y Comunitaria en Formación. Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Ciencia. Madrid. 2006.
4. Comisión Nacional de Medicina de Familia. Libro del especialista en formación de Medicina de Familia y Comunitaria en formación: Guía del Portafolio: Guía de práctica reflexiva. Ezquerro M, Ruiz-Moral R, eds. Madrid: Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia. Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Ciencia; 2006.
5. Grupo Portafolio. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). El portafolio estandarizado: una herramienta de evaluación formativa para médicos de atención primaria. Jano 2006; 1.623: 69-71.
6. Morera J. Reflexiones sobre la factibilidad y aplicabilidad del portafolio. Aten Primaria 2006;37: 243.
7. Torán P, Jarnau I, Figueras J. El portafolio como instrumento de valoración del residente. Aten Primaria 2006; 37: 371-3.
8. Loayssa JR. Dilemas y alternativas en la evaluación de la formación del médico de familia. Aten Primaria 2003; 32: 376-81.
9. Dannefer EF, Henson LC. The portfolio approach to competency-based assessment at the Cleveland clinic Lerner College of Medicine. Acad Med 2007 May;82: 493-502.
10. Friedman B, Davis M, Harden R, Howie P, Ker J, Pippard M. AMEE Medical Education Guide No. 24: Portfolios as a method of student assessment. Medical Teacher 2001; 23: 535-51.
11. Challis M. AMEE Medical Education guide No. 11 (revised): Portfolio-based learning and assessment in medical education. Medical Teacher 1999; 21: 370-86.
12. Ruiz R. Estudio piloto para la incorporación del portafolio del libro del especialista en medicina de familia en formación. Aten Primaria 2007; 39:479-483.
13. Ruiz R, Loayssa JR. El portafolio de ética en la formación del médico de familia: argumentación teórica y ejemplificación práctica. Aten Primaria 2007, 39: 491-494.
14. Ruiz R. Opiniones de tutores y residentes tras aplicar un sistema de evaluación formativa tipo portafolio: la nueva propuesta de 'Guía de práctica reflexiva' del Libro del especialista en Medicina de Familia en formación. Educ Med 2008; 11: 147-155.
15. Rubio E, Saura J, Conesa C, Blanco S, Gómez J, Martínez A. El portafolio formativo: una herramienta docente bien evaluada por los Médicos de Familia. DPM 2009; 2: 13-20.
16. Saura Llamas J, Martínez Garre MN, Sebastián Delgado ME, Martínez Navarro MA, Leal Hernández M, Blanco Sabio S, Martínez Pastor A. Evaluación formativa mediante el portafolio de 4 promociones de residentes de medicina de familia y comunitaria de la Unidad Docente de Murcia. Aten Primaria 2013; 45(6): 297-306.
16. Saura Llamas J, Martínez Garre MN, Sebastián Delgado ME, Martínez Navarro MÁ, Leal Hernández M, Blanco Sabio S, Martínez Pastor A: [Training evaluation using the four courses portfolio in primary care residents of a Teaching Unit in Murcia]. Aten Primaria; 2013 Jun-Jul;45(6):297-306. PMID: 23411163.
17. Flanagan JC. The critical incident technique. Psychological Bulletin. 1954.51(4):327-358.
18. Saturno Hernández PJ. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud. Instituto Nacional de Salud Pública de México. México. 2015. ISBN: 978-607-511-152-0.

OTRA BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL PORTAFOLIO

BIBLIOGRAFÍA RELEVANTE SOBRE PORTAFOLIO. UTILIZADA POR EL GRUPO DE TRABAJO QUE ELABORÓ LA GUÍA DEL PORTAFOLIO (2006).

- Challis M. AMEE 11 Medical Education Guide: Portfolio-based learning and assessment in medical education. *Medical Teacher* 1999 4 (5):370-86.
- Challis M. Portfolio and assessment, meeting the challenge. *Medical Teacher*. 2001;23(5):437-40.
- Challis M, Dornan T. An electronic learning portfolio for reflective continuing professional development. *Medical Education* 2002;36:767-9.
- Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287(2):226-35.
- Friedman M, Davis MH, Harden RM, Howie PW, Ker J & Pippard MJ. AMEE 24 Medical Education Guide: Portfolios as a method of student assessment. *Medical Teacher* 2001;6(23):335-51.
- Gibson D. & Barrett H. Directions in Electronic Portfolio Development. *Contemporary Issues in Technology and Teacher Education* 2003;2(4): 559-76.
- Gordon J, Griswold KS, Harden, Davis, Crosby. The new Dundee medical curriculum, a whole that is greater than the sum of the parts. *Medical Education* 1997; 31: 264-71.
- Mathers NJ, Challis MC, Howe AC, Field NJ. Portfolios in continuing medical education - effective and efficient? *Med Educ* 1999;33:521-30.
- Mattheos N, Nattestad A, Falk E, Attstro R. The interactive examination: assessing students' self-assessment ability. *Medical Education* 2004;38: 378-89.
- Mullan M, Endacott R R, Gray M MA, Jasper M M, Miller C CML, Scholes J J & Webb C C. Portfolios and assessment of competence: a review of the literature Background. *Journal of Advanced Nursing* 2003;41 (3):283-94.
- Nolla M. Desarrollo de las competencias profesionales. *Educación Médica* 2002;5(2):76-81.
- Pearson D J. Pitts J, Coles C, Thomas P, Smithnhs F. Enhancing reliability in portfolio assessment: discussions between assessors. *Medical Teacher*, 2002; 24,(2):197-201.
- Pearson DJ, Heywood P. Portfolio use in general practice vocational training: a survey of GP registrars. *Medical Education* 2004;38:87-95.
- Ramey SL, Hay L. Using Electronic Portfolios to Measure Student Achievement and Assess Curricular Integrity. *Nurse Educator* 2003) 28, (1):31-6.
- Rees CE. The reliability of assessment criteria for undergraduate medical students' communication skills portfolios: the Nottingham experience. *Medical Education* 2004; 38: 138-44.
- Reschovsky J, Reed M, Blumenthal D, Landon B. Physicians' Assessments of Their Ability to Provide High-Quality Care in a Changing Health Care System. *Medical Care* 2001;39,(3):254-69.
- Roberts C, Newble D, O'Rourke AJ. Portfolio-based assessments in medical education: are they valid and reliable for summative purposes? *Medical Education* 2002;36:899-900.
- Roberts C. Portfolio based assessments in medical education: are they valid and reliable for summative purposes?. *Medical Education* 2002; 36:899-900.
- Royal College Of General Practitioners. Portfolio-Based learning in GP. Occasional paper 63. 1993.
- Royal College Of General Practitioners. Portfolio of evidence of professional standards for the revalidation of general practitioners. 2004.
- Scholes J. Making portfolios work in practice. *Journal of Advanced Nursing*,

46(6), 595–603.

- Snadden T. Portfolio learning in general practice vocational training. *Medical Education* 1998;32:401-6.
- Snadden T. The use of portfolio learning in medical education. *Medical teacher*, 1998; 20,(3):192-9.
- Snadden T. Portfolios-attempting to measure the unmeasurable. *Medical Education* 1999;33:478-9.
- Spencer JA, Jordan RK. Learner centred approaches in medical education. *BMJ* 1999;318:1280-3.
- Webb C. Models of portfolios. *Medical Education* 2002; 36:897–8.
- Wilkinson T J. The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice. *Medical Education*. 2002; 36:918–24.

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL PORTAFOLIO EN ESPAÑA Y OTRA BIBLIOGRAFÍA ORDENADA POR ORDEN ALFABÉTICO

- Challis M. AMEE Medical Education guide No. 11 (revised): Portfolio-based learning and assessment in medical education. *Medical Teacher* 1999;21:370-86.
- Dannefer EF, Henson LC. The portfolio approach to competency-based assessment at the Cleveland clinic Lerner College of Medicine. *Acad Med* 2007 May;82(5): 493-502.
- Friedman B, Davis M, Harden R, Howie P, Ker J, Pippard M. AMEE Medical Education Guide No. 24: Portfolios as a method of student assessment. *Medical Teacher* 2001; 23: 535-51.
- Grupo Portafolio Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). El portafolio estandarizado: una herramienta de evaluación formativa para médicos de atención primaria. *Jano* 2006: 1,623:69-71.
- Loayssa Lara JR. Dilemas y alternativas en la evaluación de la formación del médico de familia. *Aten Primaria* 2003; 32(6): 376-81.
- Morera Montes J. Reflexiones sobre la factibilidad y aplicabilidad del portafolio. *Aten Primaria* 2006;37(4): 243.
- Ruiz Moral, R y Grupo de Implementación del Portafolio del Residente en la Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba. Estudio piloto para la incorporación del portafolio del libro del especialista en medicina de familia en formación. *Atención Primaria* 2007; 39 (9):479-483.
- Ruiz Moral R, Loayssa Lara JR. El portafolio de ética en la formación del médico de familia: argumentación teórica y ejemplificación práctica. *Aten Primaria* 2007, 39(9): 491-494.
- Ruiz-Moral R., y Grupo de Implementación del Portafolio del Residente en la Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba. Opiniones de tutores y residentes tras aplicar un sistema de evaluación formativa tipo portafolio: la nueva propuesta de 'Guía de práctica reflexiva' del Libro del especialista en Medicina de Familia en formación. *Educ Med* 2008; 11(3): 147-155.
- Torán-Monserrat P, Jarnau I, Figueras J. El portafolio como instrumento de valoración del residente. *Aten Primaria* 2006; 37(7): 371-3.

OTRA BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL INCIDENTE CRÍTICO

- Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM et al. Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1995;(70)i-viii:1-71.

- Westcott R, Sweeney G, Stead J. Significant event audit in practice: a preliminary study. *Fam Pract* 2000;17(2):173-9.
- Navarro Hinojosa R, López Martínez A, Barroso Flórez P. El análisis de incidentes críticos en la formación inicial de maestros. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*. 1998;1(1)
.Disponible en: <http://www3.uva.es/afop/publica/revelfop/v1n1rn.htm>.
- Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B. Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. *Anesthesiology* 1978;49:399-406.
- Mezirow J. *Fostering Critical Reflection in Adulthood: A Guide to Transformative and Emancipatory Learning*. San Francisco. Jossey-Bass. 1990.
- Valero Alamo S. Manual para el cuidado de la salud mental de los equipos de primera respuesta. En: <http://www.desastres.org/libros/primera.htm> [Visitado el 3-3-2006].
- Lee Jong Wook. Secretario general de la OMS. Resolución WHO55.18.
- Brantch WT. Use of Critical Incident Reports in Medical Education: *J Gen Intern Med* 2005;20:1063-7.
- Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de formación. Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid 2005;36.
- Robinson LA, Stacy R, Spencer JA et al. Use facilitated case discussions for significant event auditing. *BMJ* 1995;311(7000):315-8.