

Desarrollo de un instrumento para la evaluación en 360 grados de los residentes

Ana Gabriela Palis

Palis AG, Golnik KC, Mayorga EP, Prior Filipe H, Garg P. The International Council of Ophthalmology 360-degree assessment tool: development and validation. *Can J Ophthalmol.* 2018; 53(2):145-9.

Una evaluación en 360 grados es un proceso mediante el cual un individuo recibe información acerca de la percepción de diferentes aspectos de su desempeño profesional, proveniente de diferentes grupos de personas que interactúan con él (p. ej., docentes, personal no médico, pares, pacientes). La ventaja de este tipo de evaluación, originada en el mundo corporativo, es que evaluadores que representan el espectro completo de las personas con quienes interactúa el profesional brindan un cuadro más completo de sus comportamientos, especialmente aquellos que no muestra en evaluaciones observadas, simuladas o supervisadas. En un estudio sobre evaluaciones 360 grados del profesionalismo y las habilidades de comunicación, Probyn y cols.¹ encontraron que era más probable que un médico de planta evaluara a un residente más favorablemente que una secretaria o un administrativo, lo cual enfatiza la importancia de obtener información acerca de sus competencias de alguien diferente del supervisor del residente.

Sabemos que ser médico implica más que poseer conocimiento médico y habilidades técnicas, y que necesitamos enseñar y evaluar en los residentes comportamientos profesionales, la capacidad de comunicarse con pacientes y pares, de trabajar en equipo, etc. Sin embargo, los instrumentos tradicionales que utilizamos para evaluar el conocimiento médico y las destrezas técnicas no pueden evaluar competencias como las habilidades interpersonales y de comunicación, o el comportamiento profesional. En cambio, las evaluaciones de 360 grados pueden ser un instrumento válido y fiable para evaluar esas competencias porque reúnen información directa de aquellos a quienes van dirigidos los comportamientos profesionales y las actitudes y habilidades de comunicación. Pueden utilizarse también para evaluar cómo los residentes se ven a sí mismos (autoevaluación) comparados con cómo los ven otros. Desarrollamos este instrumento motivados por los requeri-

mientos de directores de programa y educadores oftálmicos participantes en los programas de formación docente que el International Council of Ophthalmology (ICO) lleva a cabo alrededor del mundo, y que llevaron al desarrollo de una variedad de instrumentos de evaluación llamados Rúbricas de Evaluación de la Competencia Quirúrgica Oftálmica ICO².

Los autores somos cinco oftalmólogos del Comité de Educación del ICO que trabajamos en diferentes países. Realizamos una revisión literaria sobre el uso de las evaluaciones 360 en las profesiones de la salud y desarrollamos una lista de preguntas seleccionadas que consideramos relevantes a la oftalmología. Agrupamos esas preguntas de acuerdo con el grupo evaluador (pares, compañeros no médicos, pacientes, docentes). Incluimos el profesionalismo, las habilidades interpersonales y de comunicación y algunos componentes de la práctica basada en sistemas (competencias definidas por el Consejo de Acreditación de Educación Médica del Graduado – ACGME – de los Estados Unidos de América). Agregamos una escala de puntaje tipo Likert. A continuación, un segundo panel de nueve educadores alrededor del mundo revisó el instrumento, especialmente en lo que se refería a lo apropiado de las preguntas y la aplicabilidad del instrumento en sus respectivas regiones. Incorporamos sus sugerencias, sobre todo ejemplos para mejorar la objetividad de los evaluadores mientras observaban a los residentes en la práctica. La mayoría de los revisores opinaron que las preguntas estaban claramente definidas, que no faltaba nada importante, que no era necesario cambiar o borrar preguntas, y que el instrumento era aplicable a su región del mundo.

Las encuestas ocupan un máximo de dos páginas y media para docentes y pares, y apenas dos páginas para compañeros no médicos y pacientes. Las preguntas referidas a cada competencia se presentan en tres columnas: una con los atributos incluidos en la competencia según la definición del ACGME, una con las preguntas y sus ejemplos de comportamientos, y otra para el puntaje.

Un par de ejemplos más detallados: para la competencia *profesionalismo*, en el atributo *Respuesta a las necesidades de los pacientes y la sociedad que excede el propio interés*, la pregunta para responder por los evaluadores *pares* es:

¿Este residente puso los intereses del paciente por encima de los propios, demostrando sensibilidad a las necesidades del paciente? Los ejemplos de comportamientos requeridos y sugeridos por el panel revisor fueron: *Se quedó hasta tarde para seguir un caso, se comportó gentilmente al hablar por teléfono con alguien acerca de una cuestión relacionada con el cuidado del paciente, sin importar el momento del día, etc.*

Para la competencia *práctica basada en el sistema*, en el atributo *asistencia a los pacientes a manejarse con las complejidades del sistema*, la pregunta para responder por los evaluadores *pacientes* es: ¿El doctor lo ayudó en algún problema o inconveniente que hubiese encontrado en el sistema? Los ejemplos de comportamientos fueron: *Trabajó con usted para ayudarlo a solucionar cuestiones de transporte, costos, ausencia al trabajo y responsabilidades familiares, etc.*

La validez, fiabilidad y factibilidad de las evaluaciones 360 han sido demostradas en varios estudios, especialmente cuando se usan para evaluar la adquisición del profesionalismo y las habilidades de comunicación e interpersonales. El capítulo Oftalmología del ACGME recomienda su uso para evaluar el alcance de todos los hitos para todas las competencias, con la excepción del conocimiento médico. Varios estudios describen cómo las evaluaciones 360 mejoraron la competencia de los residentes³, y que generalmente son bien aceptadas por evaluadores y evaluados⁴, especialmente cuando se mantiene la confidencialidad y cuando el instrumento se utiliza para dar una devolución sobre los comportamientos del educando, no sobre su personalidad.

Se han desarrollado diferentes ejemplos y formatos de esta herramienta, y su uso ha sido publicado para varias especialidades médicas, a la vez que existen informes de

su empleo alrededor del mundo. Hasta donde sabemos, no se había creado un instrumento de este tipo específico para oftalmología, ni desarrollado para ser internacionalmente válido y aplicable.

Esperamos que sea utilizado para dar una devolución positiva, constructiva, específica y oportuna al residente, desarrollando con este un plan de mejoras. Será importante entrenar a los evaluadores a fin de que conozcan el propósito educativo de esta evaluación. Será útil comparar los resultados con las autoevaluaciones del residente y las diferencias de las opiniones de otros. También, mantener anónimos a los evaluadores para evitar respuestas basadas en el temor a represalias, especialmente en el caso de pares, compañeros no médicos y pacientes.

El número ideal de evaluadores varía en los diferentes estudios publicados; en una revisión sistemática de 43 artículos, Donnon y cols. concluyeron que la mayoría de los instrumentos requirió un mínimo de 8 pares, 8 compañeros no médicos y 25 pacientes para alcanzar fiabilidad adecuada⁵. Recomendamos su uso una o dos veces por año, ya que la recolección, análisis y devolución de los datos hace muy difícil utilizarlo con mayor frecuencia.

Entre las limitaciones de nuestro estudio se encuentra el hecho de que no incluimos una porción de autoevaluación, que haría más fácil compararla con las opiniones de otros evaluadores. Además, el instrumento debe ser probado para demostrar fiabilidad y factibilidad.

En conclusión, este es un instrumento para evaluar y dar devolución al residente sobre el profesionalismo, las habilidades interpersonales y de comunicación y algunos componentes de la práctica basada en el sistema. Hasta donde sabemos, es el primer instrumento de 360 grados diseñado específicamente por y para oftalmólogos, y el primero en ser validado para su uso internacional.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Probyn L, Lang C, Tomlinson G, Bandiera G. Multisource feedback and self-assessment of the communicator, collaborator, and professional CanMEDS roles for diagnostic radiology residents. *Can Assoc Radiol J.* 2014; 65:379-84.
2. ICO Ophthalmology Surgical Competence Assessment Rubrics. [internet] Disponible en: www.educators.icoph.org [citado: 20 diciembre 2018].
3. Berger JS, Pan E, Thomas J. A randomized, controlled crossover study to discern the value of 360-degree versus traditional, faculty-only evaluation for performance improvement of anesthesiology residents. *J Educ Perioper Med.* 2009; 11:E053.
4. Wood L, Hassell A, Whitehouse A, et al. A literature review of multi-source feedback systems within and without health services, leading to 10 tips for their successful design. *Med Teach.* 2006; 28:e185-91.
5. Donnon T, Al Ansari A, Al Alawi S, et al. The reliability, validity and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review. *Acad Med.* 2014; 89:511-6.