



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA

TESIS DOCTORAL:

**CONTINUO FORMATIVO COMPETENCIAL
DE LOS LICENCIADOS SANITARIOS EN
CASTILLA Y LEÓN EN LA ESPECIALIDAD
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**

**Presentada por
Ana Román de la Peña
para optar al grado de
doctora por la
Universidad de Valladolid**

**Dirigida por:
Dña. M^a Jesús Pérez Curiel
D. J. Javier Castrodeza Sanz**

*Dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo,
involúcrame y lo aprendo.*

Benjamin Franklin

AGRADECIMIENTOS:

Antes de comenzar la presentación de esta tesis doctoral, quiero agradecer a todas aquellas personas que con su colaboración y apoyo han hecho posible la realización de este trabajo.

En primer lugar, a Dña. M^a Jesús Pérez Curiel y a D. Javier Castrodeza Sanz, directores de este trabajo, por su tiempo, implicación y esfuerzo, fundamentales para que este proyecto se llevara a cabo.

También quiero agradecer a la Gerencia Regional de Salud y en especial a Dña. Esperanza Vázquez Boyero, Directora General de Recursos Humanos, Dña. Mónica Pérez Álvarez, Jefa del Servicio de Formación, Dña. M^a José Aragón Cabeza y Dña. Raixa Pérez Martín técnicos del mismo servicio, por su aportación documental, amabilidad y diligencia.

He de agradecerle a mi colega Dña. Lourdes Hernández Hernández su trabajo y esfuerzo desde Salamanca. Sin su participación no hubiera sido posible esta investigación.

A Ana Dorado Díaz y M^a Jesús Gutiérrez Martín por su ayuda desinteresada y su asesoramiento en algunos aspectos de este trabajo.

Y por último a mi familia y amigos que me han apoyado en todo momento.

RESUMEN

Uno de los principales desafíos a los que se enfrenta la educación médica, es considerar la formación del médico como un “*continuum*” y la búsqueda de estrategias para enlazar eficazmente las distintas etapas que se producen a lo largo de su carrera profesional: la formación de grado, de posgrado y el desarrollo profesional continuo (DPC).

En los últimos años, hemos asistido también a una redefinición internacional del perfil del profesional en sus distintos niveles: se definen los requerimientos mínimos que ha de reunir el nuevo médico, basados en el nuevo profesionalismo y las competencias que debe adquirir y mantener.

La necesidad del mantenimiento y mejora de la competencia profesional y su reconocimiento ha desembocado en el concepto del desarrollo profesional continuo individual.

El objetivo principal de este estudio ha sido analizar si en la especialidad de Obstetricia y Ginecología, en el ámbito de Castilla y León, existe este continuo formativo entre las diferentes etapas de la formación del profesional.

Han sido igualmente objetivos primordiales el estudiar las actividades formativas de los especialistas y detectar si existen carencias o necesidades formativas y como son los procesos evaluativos.

Además, pretendemos elaborar un plan de DPC para esta especialidad, que pueda tener una aplicación práctica, como se ha hecho ya para otras especialidades y basado en los estándares globales de las instituciones internacionales de educación médica.

Con el fin de conseguir estos objetivos, se han analizado los planes actuales del grado en Medicina y de la especialidad de Obstetricia y Ginecología que se aplican en Castilla y León.

Se ha realizado una encuesta sobre el grado en que se adquieren determinadas competencias a los protagonistas de este proceso: alumnos y profesores de las dos Facultades de Medicina de Castilla y León y tutores y residentes de las unidades de formación de nuestra comunidad.

En último lugar, se ha llevado a cabo una revisión de las actividades formativas relacionadas con la especialidad de Obstetricia y Ginecología, obtenidas a partir de la base de datos de la aplicación informática de formación continuada Gestión@FC, de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

De este modo, se puede concluir que aunque las distintas partes responsables de los planes formativos del grado, posgrado y ejercicio profesional han llevado a cabo ya algunos cambios dirigidos a unificar criterios en cuanto a definir el perfil profesional y mapa de competencias, todavía existen barreras que interrumpen la continuidad en la formación de estos tres segmentos.

Se debe hacer aún un esfuerzo en aplicar sistemas de detección objetiva de necesidades y evaluación formativa con los instrumentos más idóneos, que permitan valorar en qué medida se han adquirido las diferentes competencias formativas, sobre todo en el periodo de la residencia y en el desarrollo profesional.

Finalmente, las Universidades, las sociedades científicas, colegios profesionales y administraciones sanitarias deberían hacer un esfuerzo en que se mejorara la aplicación de los planes de DPC y saber llevar a los profesionales implicados su significado e importancia.

ABSTRACT

One of the main challenges that medical education faces is considering medical formation like a “*continuum*” and the researching into strategies to link efficiently different stages that appears along his professional career: graduate formation, posgraduate and continuing professional development (CPD).

During the last years we have also looked at an international redefinition of the professional profile in the different stages: there are defined the least requirements the new doctor needs to get, based on the new professionalism and the competences that he must acquire and support.

The need of supporting and improving of the competence and its recognition has ended in the individual professional continuing development concept.

The main objective of this study has been analyzing if in the Obstetric and Gynaecological specialty in the Castilla and León sphere, that formative “*continuum*” is present among the different stages of the professional`s formation.

There has been, likewise, main objectives to study formative activities of specialists and to detect, if possible, lacks or formative needs such as evaluative processes.

Furthermore, we pretend to elaborate a plan of CPD for this specialty which has a practical application, like it has done with other specialties and based on international medical education standards.

In order to get these objectives there has been analyzed the current plans of degree in Medicine of the Obstetrics and Gynaecology specialty applied in Castilla and León.

It has been done a poll about the stage that some competences are acquired among the protagonists of this process: students and teachers of both Faculties of Medicine in Castilla and León as well as tutors and residents of formation unities in our community.

At last, it has been done a review of formative activities related to Obstetrics and Gynaecology specialty obtained from the database application of continuing formation, Gestión@FC, of the district management of Castilla and León.

In the same way, we can conclude that, although different responsible participants, formative plans of graduate, posgraduate and professional practice have made some changes tended to unify criteria towards the definition of the professional profile and a scene of competences, there are still obstacles that breaks the continuity of these three links of formation.

It must be done, moreover, an effort to applying systems of objective detection of needs and formative evaluation with the most suitable instruments which let us evaluate the grade of acquisition the different formative competences, especially during the resident period and the professional development.

Finally, Universities, Scientific Societies, Medical Associations and Health Administrations should make an effort in order to improve the practice of CPD plans and to carry to de parties concerned its significance and importance.

ÍNDICE

<u>CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN</u>	pág. 15
<u>CAPÍTULO 2 RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS</u>	pág. 19
<u>2.1- JUSTIFICACIÓN DE LA RELEVANCIA DEL PROYECTO</u>	pág. 19
<u>2.2-OBJETIVOS</u>	pág. 21
<u>2.2.1- Objetivos generales</u>	pág. 21
<u>2.2.2-Objetivos específicos</u>	pág. 22
<u>CAPÍTULO 3 MARCO LEGISLATIVO</u>	pág. 23
<u>3.1-INTRODUCCIÓN</u>	pág. 23
<u>3.2-HISTORIA</u>	pág. 23
<u>3.3-MARCO LEGISLATIVO DEL GRADO EN MEDICINA</u>	pág. 28
<u>3.4-MARCO LEGISLATIVO DE LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Y SU EJERCICIO PROFESIONAL</u>	pág. 36
<u>3.4.1-Marco legislativo general</u>	pág. 36
<u>3.4.2-Normas reguladoras de la formación de especialistas y ejercicio de la profesión</u>	pág. 39
<u>3.5-MARCO LEGISLATIVO DEL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO</u>	pág. 45
<u>3.6-RESUMEN DEL MARCO LEGISLATIVO</u>	pág. 49
<u>CAPÍTULO 4 MARCO TEÓRICO</u>	pág. 51
<u>4.1 EL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL Y LAS NUEVAS DEMANDAS FORMATIVAS</u>	pág. 52
<u>4.1.1 Principios del aprendizaje</u>	pág. 52

A- <u>El enfoque constructivista</u>	pág. 52
B- <u>Aprendizaje autodirigido</u>	pág. 53
C- <u>El aprendizaje como proceso colaborativo</u>	pág. 55
D - <u>El aprendizaje como proceso contextual</u>	pág. 55
4.1.2 <u>El aprendizaje experiencial</u>	pág. 56
4.1.3 <u>El proceso de razonamiento clínico</u>	pág. 62
4.1.4 <u>La práctica reflexiva</u>	pág. 63
4.1.5 <u>Resumen</u>	pág. 68
<u>4.2 FORMACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS EN EDUCACIÓN MÉDICA</u>	pág. 69
<u>4.2.1 Concepto e importancia de la formación basada en competencias</u>	pág. 69
<u>4.2.2 Modelos de educación en competencias</u>	pág. 72
<u>4.2.3 Formación basada en competencias en el Grado en Medicina</u>	pág. 83
A- <u>Introducción</u>	pág. 83
B- <u>Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES)</u>	pág. 84
C- <u>Objetivos del Grado en Medicina</u>	pág. 86
D- <u>El Grado en Medicina en las Universidades de Castilla y León</u>	pág. 89
<u>4.2.4 Formación basada en competencias en la especialidad de Obstetricia y Ginecología</u>	pág. 105
A- <u>La formación en el contexto laboral</u>	pág. 107
B- <u>La evaluación dentro del programa formativo</u>	pág. 108
C- <u>Estándares internacionales</u>	pág. 112

<u>D-Programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología</u>	pág. 118
<u>4.2.5 Resumen</u>	pág. 125
<u>4.3 EL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO</u>	pág. 129
<u>4.3.1 Concepto</u>	pág. 129
<u>4.3.2 Método/Estrategias</u>	pág. 134
<u>4.3.3 La evaluación en el desarrollo profesional continuo</u>	pág. 137
<u>4.3.4 Estándares internacionales y situación actual</u>	pág. 141
A- <u>Estándares internacionales</u>	pág. 141
B- <u>Situación actual del DPC en España</u>	pág. 148
<u>4.3.4 Resumen</u>	pág. 151
<u>CAPÍTULO 5 MATERIAL Y METODOS</u>	pág. 153
<u>5.1 MATERIAL</u>	pág. 153
<u>5.2- MÉTODOS</u>	pág. 163
<u>CAPÍTULO 6 RESULTADOS</u>	pág. 165
<u>6.1 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS DEL GRADO EN MEDICINA Y LA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA</u>	pág. 165
<u>6.1-1 Grado en Medicina. Asignatura de Obstetricia y Ginecología</u>	pág. 165
A- <u>Perfil y objetivos del Grado</u>	pág. 167
B- <u>Estructura general del título</u>	pág. 168
C- <u>Procedimientos de evaluación y sistema de calificaciones</u>	pág. 175

<u>6.1-2 Programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología</u>	pág. 177
A- <u>Perfil y objetivos</u>	pág. 177
B- <u>Estructura del plan de formación</u>	pág. 179
C- <u>Evaluación</u>	pág. 184
<u>6.1-3 Comparativa de ambos planes formativos</u>	pág. 185
A- <u>Objetivos generales</u>	pág. 185
B- <u>Mapa de competencias</u>	pág. 186
<u>6.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE COMPETENCIAS ESPECÍFICAS Y HABILIDADES OBTENIDAS EN LA ASIGNATURA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA</u>	pág. 187
<u>6.2.1 Competencias específicas</u>	pág. 188
<u>6.2.2 Habilidades</u>	pág. 198
<u>6.3 RESULTADOS DE LA ENCUESTA COMPETENCIAL DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN MIR DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA</u>	pág. 200
<u>6.3.1 Profesionalidad</u>	pág. 201
<u>6.3.2 Habilidades de comunicación</u>	pág. 209
<u>6.3.3 Conocimientos médicos</u>	pág. 215
<u>6.3.4 Habilidades clínicas</u>	pág. 219
<u>6.3.5 Salud pública</u>	pág. 227
<u>6.3.5 Manejo de la información</u>	pág. 231
<u>6.3.6 Análisis crítico, autoaprendizaje, formación</u>	pág. 234
<u>6.4 RESULTADOS BASE DE DATOS GESTIÓN@...</u>	pág. 240

<u>6.4.1 Número de acciones formativas</u>	pág. 240
<u>6.4.2 Modalidades formativas</u>	pág. 241
<u>6.4.3 Ámbito desde donde se organizan las actividades</u>	pág. 243
<u>6.4.4 Destinatarios de las actividades formativas</u>	pág. 243
<u>6.4.5 Número de plazas y duración</u>	pág. 244
<u>6.4.6 Lugar de realización</u>	pág. 246
<u>6.4.7 Temática de las actividades formativas</u>	pág. 248
<u>CAPÍTULO 7 DISCUSIÓN</u>	pág. 251
<u>7.1 INTRODUCCIÓN</u>	pág. 251
<u>7.2 ANÁLISIS DEL GRADO EN MEDICINA. COMPETENCIAS FORMATIVAS DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA</u>	pág. 253
<u>7.2.1 Perfil y objetivos</u>	pág. 256
<u>7.2.2 Definición y desarrollo de competencias</u>	pág. 258
<u>7.2.3 Evaluación de la asignatura de Obstetricia y Ginecología</u>	pág. 263
<u>7.3 TRANSICIÓN DEL GRADO A ESPECIALISTA. COMPETENCIAS FORMATIVAS DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA</u>	pág. 264
<u>7.3.1 Perfil y objetivos</u>	pág. 265
<u>7.3.2 Mapa de competencias</u>	pág. 266
<u>7.3.3 Niveles de autonomía y responsabilidad</u>	pág. 268
<u>7.3.4 Evaluación</u>	pág. 269
<u>7.4 COMPETENCIAS FORMATIVAS DE LOS ESPECIALISTAS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA</u>	pág. 275

<u>CAPÍTULO 8 CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA</u>	pág. 285
<u>8.1 INTRODUCCIÓN</u>	pág. 285
<u>8.2 CONCLUSIONES DEL ESTUDIO</u>	pág. 285
<u>8.3 FORTALEZA Y LIMITACIONES</u>	pág. 286
<u>8.4 APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN: PROPUESTA DE DISEÑO DE UN PLAN DE DPCI PARA LOS ESPECIALISTAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN</u>	pág. 287
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	pág. 293
<u>ÍNDICE DE TABLAS</u>	pág. 309
<u>ÍNDICE DE FIGURAS</u>	pág. 313
<u>GLOSARIO</u>	pág. 319
<u>ANEXO I MAPA DE COMPETENCIAS DEL GRADO EN MEDICINA</u>	pág. 321
<u>ANEXO II PLAN FORMATIVO DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA</u>	pág. 335
<u>ANEXO III ENCUESTA SOBRE COMPETENCIAS FORMATIVAS DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA</u>	pág. 413
<u>ANEXO IV ENCUESTA SOBRE COMPETENCIAS FORMATIVAS DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA</u>	pág. 415
<u>ANEXO V HOJA DE REFLEXIÓN DEL RCOG</u>	pág. 419

1-INTRODUCCIÓN

Vivimos en un mundo y una sociedad en continuo cambio. La globalización, crisis económica, el acceso a la información, las nuevas tecnologías. Estos cambios afectan a la forma de entender la Medicina. La sociedad y las instituciones implicadas en la salud demandan un nuevo perfil del médico. El perfil profesional del médico del futuro es aquel que como define Pardell (2009) *“es un médico que trate enfermos, no enfermedades, comunicador, con actitud crítica, responsable, toma buenas decisiones, es competente, efectivo, seguro, honrado, confiable, gestor, líder del equipo asistencial y comprometido con el paciente y con la sociedad. Y vive los valores del profesionalismo”*.

Una de las características más específicas y diferenciadoras de la profesión médica es la práctica habitual de incorporar de manera constante los cambios adecuados en el ejercicio profesional para mejorarlo. Es decir, entre los profesionales de la Medicina, existe una preocupación continua por la necesidad de mantener y actualizar la competencia profesional.

A partir de la formación básica en la facultad y de la formación especializada, el médico debe entrar en un proceso de formación continuada a lo largo de su vida que derive en una actualización competencial permanente. Es lo que se ha llamado el “continuo educativo”(grado-especializada-continuada)(Arcadi. Gual-Sala, 2012).

En los últimos años, se han llevado a cabo importantes cambios en la enseñanza de la medicina a raíz de la creación del Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES) y de la implantación del llamado Plan Bolonia¹. Sobre los cambios que propone Bolonia, Civeira-Murillo (2009) destaca tres ámbitos: en primer lugar supone crear un lenguaje común, estructurando los estudios superiores en los niveles de grado, máster y doctorado y la creación de los ECTS

¹ Bologna Declaration. The Higher Education Area. Joint Declaration of the European Ministers of Education (Bologna) 1999.

URL:<http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/about>

(European Credit Transfer System). Posteriormente nos introduce en la cultura de la calidad, definiendo criterios e indicadores para la evaluación externa del sistema educativo. Pero sobre todo cambia el modelo de educación. Prioriza un aprendizaje centrado en el alumno y orientado hacia la adquisición de competencias, lo que supone una necesaria innovación en la metodología educativa que permita superar la enseñanza centrada excesivamente en los conocimientos (Civeira-Murillo, 2009).

La oportunidad para el cambio en la formación especializada surge a partir de la aplicación de la Ley 44/2003, de Ordenación de Profesiones Sanitarias² y el Real Decreto 183/2008³ que proporciona el marco para formar y evaluar en competencias a los futuros especialistas, con mayor implicación docente del tutor, creación de unidades docentes multiprofesionales y la controvertida troncalidad.

Todas estas mejoras deberían suponer que se aceptara el concepto de continuidad en el proceso de aprendizaje entre las tres fases de la educación médica: la básica o pregraduada, la de especialización o posgraduada y el desarrollo profesional continuo. Y que los graduados en Medicina finalizaran sus estudios equipados con los conocimientos, habilidades, actitudes y capacidad de razonamiento crítico que constituyen los instrumentos intelectuales necesarios para una vida de estudio permanente (Wojtczak, 2006).

Pero probablemente, la realidad es otra. El “continuo educativo” es en realidad “*un paradigma de discontinuidad entre los elementos responsables de la formación de los profesionales de la salud*” (Arcadi Gual-Sala, 2013). El aprendizaje de los médicos está estructurado en estos tres segmentos grado, formación especializada y

² Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. «B.O.E» núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.

³ Real Decreto 183/2008 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. « B.O.E» núm. 45, de 21 de febrero de 2008.

desarrollo profesional continuo) que establecen pocos lazos de interconexión, por no decir que en múltiples ocasiones son verdaderos compartimentos estancos, cada uno en manos de una institución, que deberían establecer programas y objetivos conjuntos.

Existen numerosos ejemplos en otros países de que el “*continuum*” no es imposible, y se han establecido programas que definen el marco de competencias necesarias para la práctica médica. Algunos de ellos, como el programa CanMEDS del Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (CanMEDS, 2000a), se han convertido en el ámbito internacional, en estándares del arte de la medicina y son un marco de referencia para el desarrollo profesional, la formación continuada y su evaluación (Arcadi. Gual-Sala, 2012).

Con la intención de aportar algo más al esfuerzo de muchos profesionales que trabajan en la educación médica, nace este trabajo.

En el **Marco Legislativo** se incluye de forma resumida las distintas normativas sobre educación sanitaria, formación de especialistas y formación continuada y desarrollo profesional, que han dotado al país de un Sistema Nacional de Salud eficaz y acorde con los postulados de la Medicina moderna. La revisión de las normativas se hace tanto a nivel nacional, como europeo y autonómico.

En el **Marco Teórico**, que se inicia en el capítulo 4, se trata de analizar el estado de la cuestión respecto al aprendizaje experiencial y las actuales demandas formativas, incluyendo un breve análisis de la práctica reflexiva, tan importante en el aprendizaje de los profesionales sanitarios.

El marco teórico se finaliza con el análisis de la formación basada en competencias en los tres segmentos de la educación médica: el grado, el posgrado y el desarrollo profesional continuo.

Los siguientes capítulos del trabajo constituyen el **Marco Empírico**. En el capítulo 5 se describe la metodología seguida y el procedimiento y desarrollo de la investigación.

En el capítulo 6 se presentan los datos obtenidos en cada una de las fases de la investigación, analizándolos posteriormente y en profundidad en la discusión del séptimo capítulo.

Para finalizar, en el capítulo 8 se exponen las **Conclusiones** dando respuesta a los objetivos planteados. Se comentan también algunas de las limitaciones de esta investigación y se presenta el diseño de un plan de desarrollo profesional continuo para la especialidad de Obstetricia y Ginecología, como posible aplicación práctica de este trabajo.

2-RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

2.1- JUSTIFICACIÓN DE LA RELEVANCIA DEL PROYECTO

En medicina, el rápido avance científico y tecnológico alerta sobre la importancia de que la formación sea continua para que el médico mantenga su competencia y categoría profesional.

Igualmente, vivimos un nuevo contexto en el que la relación de los profesionales con la sociedad a la que prestan servicio está marcada por la creciente necesidad de rendir cuentas de sus actuaciones, realizadas bajo premisas de óptima calidad y seguridad. Un ciudadano cada vez mejor informado y sensible exigirá ser atendido por profesionales competentes y en un entorno positivo.

El *Accreditation Council for Continuing Medical Education* de los EEUU y la *American Medical Association*⁴ definen la formación médica continuada como toda actividad médica formativa orientada a mantener, desarrollar o aumentar los conocimientos, las habilidades, la actuación profesional y la capacidad de relación que el médico utiliza para prestar a sus pacientes, al público en general o a los miembros de la propia profesión. Esta definición contempla nuevos elementos competenciales y nos lleva a utilizar el término Desarrollo Profesional Continuo como un paso más y en el que se incluyen las necesarias adaptaciones del profesional a los nuevos retos, necesidades, expectativas y demandas.

Las evidencias disponibles (Cauffman et al., 2002; D. Davis et al., 1999), sugieren que el DPC se distingue por tres características a) la aparición de una necesidad, b) el aprendizaje orientado a la

⁴ Accreditation Council for Continuing Medical Education.(1993). *Accreditation policies & procedures*. Chicago: ACCME.

satisfacción de dicha necesidad y c) el seguimiento para comprobar que dicha necesidad ha sido satisfecha.

Towle (2000) ha hecho aportaciones sustanciales en este sentido, tratando de orientar los caminos por los que debe discurrir la FMC del siglo XXI en el sentido de relacionarla más intensamente con los resultados de las actuaciones sanitarias, planificarla sistemáticamente en función de las necesidades reales debidamente priorizadas, darle capacidad de respuesta rápida a las situaciones cambiantes, hacerla sensible a proveedores diversos y de usuarios, orientarla básicamente hacia el autoaprendizaje del profesional y su capacidad de resolver problemas y, por último, basarla en la experiencia.

Los propios médicos han mostrado su sensibilidad hacia el problema, conscientes de sus lagunas educativas en los diversos campos del nuevo marco competencial (Gracia, García, & Gil, 2002)

En el año 2004 y en el transcurso del I Congreso de la Profesión Médica de Cataluña con la participación de unos 1200 profesionales se realizó una encuesta sobre formación continuada y evaluación periódica de la competencia (Pardell, Gomar, Gual, & Bruguera, 2005). La mayoría de los profesionales encuestados opinaba que debería ser de carácter obligatorio para todos los médicos y que debería tenerse en cuenta tanto en el currículum como con la concesión de alguna ventaja económica. Consideraban que se debería incluir en el horario laboral, como un deber más y la mayoría prefería cursos anuales de formación y sistemas interactivos por ordenador que incluyeran documentación y problemas clínicos a resolver, demostrando interés por los recursos informáticos para el aprendizaje.

Además el 90% de los médicos opinaba que sería conveniente introducir algún sistema de evaluación de la competencia, exigible para mantener el derecho al ejercicio profesional.

En este sentido y con el objetivo fundamental de reorientar la FMC hacia el DPC algunos como Bennet et al (2000) han propuesto:

intensificar la investigación sobre los métodos de aprendizaje de los médicos, fomentar la utilización del aprendizaje sistemático a partir de la práctica, proporcionar recursos para ampliar las habilidades de aprendizaje del profesional, ofrecer una formación continua altamente cualificada, intensificar las relaciones entre los principales protagonistas del proceso educativo del médico (pregrado, posgrado y FMC), introducir nuevos sistemas de evaluación y estimular la existencia de profesionales de la FMC competentes.

Existe por tanto una necesidad creciente de conseguir un desarrollo profesional continuo de calidad, basado en los estándares o dominios que alguna asociaciones para la educación médica han creado haciendo hincapié en la identificación de las necesidades de DPC de los médicos, los métodos de aprendizaje profesional en medicina y en continuidad con las fases formativas previas(Grant & Chambers, 1999).

Igualmente existe la necesidad de planificar un sistema de evaluación formativo, que sea capaz de corregir los déficits de formación. Es decir, una FMC “remedial” orientada a superar aquellas lagunas en áreas de conocimiento, habilidades o actitudes

Finalmente, se puede contemplar el DPC en el marco más amplio de iniciativas de acreditación, revalidación-recertificación ya llevadas a cabo en otros países como Reino Unido, relativamente novedosas en nuestro país, que en general están por desarrollar, aunque haya experiencias pioneras de algunos Colegios de Médicos.

2.2-OBJETIVOS

2.2.1- Objetivos generales

El objetivo de este estudio es analizar si existe una continuidad entre la adquisición de las competencias formativas en el grado y postgrado y su mantenimiento en el desarrollo profesional continuo de los especialistas, es decir, si existe el “continuo formativo” entre los

tres eslabones de la cadena formativa, en el ámbito de la especialidad de Obstetricia y Ginecología en Castilla y León.

2.2.2-Objetivos específicos

El estudio se basa en la consecución de los siguientes objetivos:

-Detectar, si existen, carencias o necesidades formativas de los especialistas.

-Desarrollar y proponer un programa para el desarrollo profesional continuo.

-Fundamentar dicho programa en los dominios competenciales, basados en los de las organizaciones académicas anglosajonas.

-Planificar los resultados del análisis de competencias formativas de los especialistas con el fin de revisar los mecanismos adecuados para desarrollar una formación continuada y un sistema de acreditación adaptado.

-Identificar el mejor instrumento evaluativo en el desarrollo profesional continuo.

-Explicar la situación sanitaria actual desde el análisis de la formación continuada de los especialistas (áreas de mejora a corto y largo plazo)

-Realizar una evaluación final que responda a las exigencias reales de los protagonistas sanitarios.

3-MARCO LEGISLATIVO

3.1-INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se explica la legislación sobre la formación médica en España en sus tres segmentos, grado, posgrado y desarrollo profesional continuo, así como la evolución histórica de la misma, su fundamentación y cómo son las leyes actuales.

También se describirá cómo ha sido el proceso de creación del Espacio Europeo de Enseñanza Superior⁵ y las dificultades para su aplicación.

Otro objetivo del capítulo será exponer los principales artículos de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)⁶, haciendo hincapié en lo relativo a la formación médica del licenciado especialista.

La descentralización de la sanidad pública, ha hecho que las comunidades autónomas también proporcionen las leyes y normativas que regulen la formación sanitaria y el desarrollo profesional continuo, revisándose en este capítulo.

3.2-HISTORIA

La primera regulación de las profesiones sanitarias en España se produce mediado el siglo XIX, pues ya el Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino, de 24 de julio de 1848, determinaba que el ejercicio de las profesiones de Medicina, Farmacia y Veterinaria estaba comprendido dentro del ramo de la Sanidad (Del Moral, Pro, & Suárez, 2007).

⁵ La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Ministerio de Educación, cultura y deporte. www.eees.es/pdf/Documento-Marco_10_Febrero.pdf

⁶ Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. «B.O.E» núm.280, de 22 de noviembre de 2003.

La primera Ley de Sanidad española, es la Ley de 28 de noviembre de 1855, sobre el Servicio General de Sanidad, en la que se instituyen los Jurados Médicos Provinciales de Calificación, que tenían por objeto prevenir, amonestar y calificar las faltas que cometieran los profesionales en el ejercicio de sus facultades, así como regularizar sus honorarios, reprimir los abusos y establecer una severa moral médica. Regula las funciones y las condiciones de trabajo de médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares. Establece una normativa referente a la prescripción de medicamentos, al igual que organiza la sanidad exterior.

Ya en el siglo XX se desarrolló la Instrucción General de 12 de enero de 1904, que aunque no tenía formato de ley, a efectos prácticos funcionó como tal. Como avances en materia de organización sanitaria destaca que se encarga de reglamentar, siquiera embrionariamente, el ejercicio profesional con el establecimiento de un registro de profesionales. Establece normas generales sobre organización y deberes de las profesiones sanitarias oficiales y libres. Así, aparecen los colegios profesionales, con la determinación de sus facultades y prerrogativas.

A mediados del siglo XX, entraron en vigor otras leyes sanitarias, entre ellas la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944 que trata de coordinar todas las actividades sanitarias (Lamata, 1998).

La Constitución Española de 1978⁷ representó un hecho sin precedentes en la historia de España respecto al reconocimiento de los derechos fundamentales. Concretamente, a nivel sanitario, estableció en su artículo 43, el derecho a la protección y promoción de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. A continuación establece que los poderes públicos son los responsables de la organización y tutela de la salud pública a través del desarrollo de las medidas preventivas, prestaciones y servicios asistenciales necesarios.

⁷ Constitución Española. «B.O.E.» núm. 311, de 29/12/1978.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁸ tiene como objetivo primordial establecer la estructura y funcionamiento del sistema sanitario público en el nuevo modelo político y territorial del Estado que deriva de la Constitución de 1978.

Es una norma de naturaleza predominantemente organizativa, que se refiere al ejercicio libre de las profesiones sanitarias y prevé, como competencia del Estado, la regulación de programas de formación postgraduada, perfeccionamiento y especialización de personal sanitario, así como la homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios.

La íntima conexión que el ejercicio de las profesiones sanitarias tiene con el derecho a la protección de la salud, con el derecho a la vida y la integridad física, con el derecho a la intimidad personal y familiar y a la dignidad humana, aconseja el tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias. La situación de vacío normativo en este sentido, se corrige con la promulgación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias⁹ (LOPS).

El contenido de la LOPS se centra en regular las condiciones de ejercicio y los respectivos ámbitos profesionales, así como las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales.

En virtud de todo ello, esta ley tiene por finalidad dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, tanto en su vertiente pública como en la privada,

⁸ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «B.O.E.» núm. 102, de 29 de abril de 1986.

⁹ Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. «B.O.E» núm.280, de 22 de noviembre de 2003.

facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando, asimismo, que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud.

El proceso de descentralización en España, se inició en el año 1979, con el traspaso de los servicios estatales de salud pública a las comunidades autónomas (CCAA) y no se culmina hasta el año 2002 en el que se logra el objetivo de un Sistema Nacional de Salud completamente descentralizado. A partir de este año, la financiación sanitaria se integra dentro de la financiación general de las CCAA y son éstas las que gestionan autónomamente los servicios sanitarios públicos.

El marco que regula los servicios de salud de todas las CCAA es la Ley General de Sanidad de 1986, que establece las bases del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y la división de competencias entre el estado y las CCAA. Aún así, era necesaria una actualización normativa, por lo que el 14 de mayo de 2003 se aprobó la Ley de Cohesión y Calidad¹⁰ que complementa a la anterior Ley en los aspectos de coordinación y cooperación entre las CCAA y la Administración General del Estado.

El marco normativo básico de la actividad sanitaria a nivel autonómico, proviene como se ha dicho anteriormente de la Constitución, de la Ley General de Sanidad (LGS), del Estatuto de Autonomía de Castilla y León Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero¹¹ y su reforma la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre¹²

¹⁰ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. «B.O.E.» núm. 128, de 29 de mayo de 2003.

¹¹ Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de Castilla y León. «B.O.E.» núm. 52, de marzo de 1983.

¹² Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León. «B.O.E.» núm. 288, de 1 de diciembre de 2007.

y de la ley 1/1993 de 6 de abril, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León¹³, posteriormente sustituida por la Ley 8/2010, de 30 de agosto¹⁴, que se organiza entorno a varios ejes como son: la ordenación territorial del sistema sanitario, su organización administrativa y de gobierno, su financiación jurídica del personal y las profesiones sanitarias.

Estas leyes dan cumplimiento al mandato de la LGS⁶ y crean el Sistema Sanitario de Castilla y León y la base para el diseño del mapa sanitario de la región y hacen efectivo el derecho a la protección integral de la salud.

La LGS establece previsiones en cuanto al régimen jurídico que se puede aplicar a los profesionales sanitarios. Establece que el personal estatutario ha de regirse por su propio Estatuto Marco, que ha sido desarrollado en el nivel estatal por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre¹⁵, y en el nivel autonómico por la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del Sistema de Salud de Castilla y León¹⁶.

El Estatuto Jurídico regula cuestiones como el proceso de selección y provisión de puestos de trabajo, retribuciones, jornada laboral, situaciones administrativas o incluso la carrera profesional.

¹³ Ley 1/1993, de 6 de abril, de ordenación del Sistema Sanitario en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. «B.O.C.Y.L.» núm. 77, de 27 de abril de 1993.

¹⁴ Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León. «B.O.C.Y.L.» núm. 173, de 7 de septiembre de 2010.

¹⁵ Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. «B.O.E.» núm. 301, de 17 de diciembre de 2003.

¹⁶ Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León. «B.O.C.Y.L.» núm. 52, de 14 de marzo de 2007.

No puede olvidarse, por otra parte, la normativa de las comunidades europeas, centrada en las directivas sobre reconocimiento recíproco, entre los Estados miembros, de diplomas, certificados y otros títulos relativos al ejercicio de las profesiones sanitarias que, en la medida que subordinan el acceso a las actividades profesionales sanitarias a la posesión de los títulos que en las directivas se precisan, introducen, indudablemente, una limitación al ejercicio profesional que ha de establecerse, en nuestro derecho interno, por norma con rango formal de ley, tal y como exige el artículo 36 de nuestra Constitución.

3.3-MARCO LEGISLATIVO DEL GRADO EN MEDICINA

La enseñanza de la Medicina y el aprendizaje de las técnicas y práctica de su ejercicio se encuentran, en la actualidad, correctamente reglamentados según el marco legal vigente.

El sistema universitario español ha experimentado profundos cambios en los últimos veinticinco años; cambios impulsados por la aceptación por parte de las Universidades de los retos planteados por la generación y transmisión de los conocimientos científicos y tecnológicos.

Durante las últimas décadas, la institución universitaria se ha transformado radicalmente. La Constitución consagró la autonomía de las Universidades y garantizó la libertad de Cátedra, de estudio y de investigación, así como la autonomía de gestión y administración de sus propios recursos. En este período, las Universidades se triplicaron, creándose centros universitarios en casi todas las poblaciones de más de cincuenta mil habitantes. También se ha completado el proceso de descentralización universitaria, transfiriéndose a las administraciones educativas autonómicas las competencias en materia de enseñanza superior.

Con el objetivo de mejora de la calidad de la docencia, de investigación y de gestión, nace la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades¹⁷. Responde a la necesidad de una nueva ordenación de la actividad universitaria, que de forma coherente y global, sistematice y actualice los múltiples aspectos académicos.

Diseña la normativa del sistema universitario español para mejorar su calidad docente, investigadora y de gestión; fomenta la movilidad de estudiantes y profesores; profundiza en la creación y transmisión del conocimiento como eje de la actividad académica; responde a los retos derivados tanto de la enseñanza superior no presencial a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación como de la formación a lo largo de la vida, e integrarse competitivamente en el nuevo espacio universitario europeo que se está comenzando a fraguar.

Esta Ley nace con el propósito de impulsar la acción de la Administración General del Estado en la cohesión del sistema universitario, de profundizar las competencias de las Comunidades Autónomas en enseñanza superior, de incrementar el grado de autonomía de las universidades y de establecer los cauces necesarios para fortalecer las relaciones y vinculaciones recíprocas entre universidad y sociedad.

En su título V y con el objetivo de esta Ley de la mejora de la calidad del sistema universitario en todas sus vertientes, se introducen mecanismos externos de evaluación de su calidad. Para ello se crea la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, que de manera independiente y conforme a criterios objetivos y procedimientos transparentes, evalúa la enseñanza superior y la actividad investigadora, docente y de gestión.

En su Título XI y con el objeto de adaptarse al espacio europeo de enseñanza superior al que se ha hecho referencia, se contemplan

¹⁷ Ley 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. «B.O.E.» núm. 307, de 24 de diciembre de 2001.

una serie de medidas para modificar la estructura de los estudios en función de las necesidades que emanen de este espacio. Se facilita la movilidad del profesorado y de los estudiantes.

Y es que entre los objetivos fundamentales de la Unión Europea además de la coordinación de las políticas y normas legislativas de sus estados miembros en cuestiones relacionadas con el desarrollo económico, también se encuentra la de regular las normas del ámbito de la educación y muy especialmente en el de la enseñanza superior.

En la ciudad de Bolonia, en el año 1999, se crea el acuerdo marco en el que tendrá que desarrollarse la educación superior en Europa:

Declaración de Bolonia de junio de 1999¹⁸: es la declaración conjunta de los ministros europeos de educación de 30 países, entre ellos, los 15 Estados miembros de la UE de la época que supuso la construcción del Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES)¹⁹. La declaración de Bolonia es un compromiso voluntario de cada país firmante para reformar su propio sistema de enseñanza e implantar en sus países un sistema de titulaciones comprensible, establecer un sistema de niveles (grado, máster y doctorado), un sistema común de créditos, fomentar la movilidad y garantizar la competitividad. En la actualidad 47 países participan en este proceso.

A la declaración de Bolonia suceden otra serie de comunicados que van matizando y perfilando el Espacio Europeo de Enseñanza Superior, a medida que se van sumando otros países europeos:

¹⁸ Bologna Declaration. The Higher Education Area. Joint Declaration of the European Ministers of Education (Bologna), 1999. URL:<http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/about>.

¹⁹ La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Ministerio de Educación, cultura y deporte. www.eees.es/pdf/Documento-Marco_10_Febrero.pdf

Comunicado de Praga de 19 de Mayo de 2001-Hacia el Área de la Educación Superior Europea²⁰: Añadió al Proceso de Bolonia las siguientes acciones:

- la formación continua, esencial para aumentar la competitividad económica
- la participación de los centros de enseñanza superior y de los estudiantes
- fomento de medidas para hacer más atractivo el EEES entre los estudiantes.

Comunicado de Berlín de 19 de septiembre de 2003-Realizar el Espacio Europeo de Enseñanza superior²¹: En la conferencia de Berlín, se destacó la necesidad de la investigación y de la formación en investigación, el fomento de la interdisciplinariedad para mantener y mejorar la calidad de la enseñanza superior y reforzar su competitividad.

Comunicado de Berguen de 19 y 20 de mayo de 2005-El espacio europeo de educación superior-Alcanzando metas²²: El comunicado de Berguen constató la realización de progresos significativos en relación con los objetivos de Bolonia, sobre todo por la puesta en práctica de las referencias y las directrices para la garantía de la calidad en la enseñanza superior.

²⁰ Prague Communiqué. Towards the European Higher Education Area (Prague), 2001. URL: http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/PRAGUE_COMMUNIQUE.

²¹ Berlin Communiqué. Realising the European Higher Education Area. (Berlin), 2003 URL: http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/BERLIN_COMMUNIQUE

²² Berguen Communiqué. The European Higher Education Area- Achieving the Goals. (Berguen), 2005 URL: http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/050520_BERGUEN_COMMUNIQUE.

Comunicado de Londres de 18 de mayo de 2007-Hacia el Espacio Europeo de Educación Superior: respondiendo a los retos de un mundo globalizado²³: En esta reunión se analizaron los retos pendientes y se orientaron los esfuerzos hacia la promoción de la movilidad de los estudiantes y el personal y las mejoras de la empleabilidad asociada al sistema de titulaciones basado en tres ciclos y la formación continuada.

Comunicado de Lovaina/Lovaina la Nueva de 28-29 de abril de 2009-El proceso de Bolonia 2020-El Espacio Europeo de Enseñanza Superior en la nueva década²⁴: Aunque en estos años el proyecto de Bolonia se ha desarrollado ampliamente, hay objetivos que aún no se han cumplido, por lo que se estableció que el proceso se extendería más allá del 2010 y que las nuevas prioridades serían, centrándonos en el tema que nos ocupa, aumentar la participación en la formación continua, desarrollar resultados de aprendizaje y misiones educativas orientados al alumno y ligar la educación a la investigación y la innovación.

Declaración de Budapest-Viena de 12 de marzo de 2010 sobre el Espacio Europeo de Enseñanza superior²⁵: Esta reunión supuso la presentación oficial del EEES y se resaltó la necesidad de que se implicaran en este proceso todos los elementos de la

²³ London Communiqué. Towards the European Higher Education Area: responding to challenges in a globalised world. (London),2007.
URL:http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/LONDON_COMMUNIQUE.

²⁴ Leuven/Louvaine-la-Neuve Communiqué. The Bologna Process 2020-The European Higher Education Area in the new decade. (Leuven/Louvain-la-Neuve), 2009.
URL:http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/conference/documents/Leuven_Lovain-la-Neuv.

²⁵ Budapest-Vienna Declaration. Budapest-Vienna Declaration on the European Higher Education Area. (Budapest-Vienna), 2010.
URL:http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/2010_conference/documents/Budapest-Vienna_D.

comunidad académica: instituciones, profesorado, investigadores, personal administrativo y alumnos para hacer del EEES una realidad.

Declaración de Bucarest de 26 y 27 de abril de 2012²⁶:

Establece las prioridades para el período 2012-2015. Destaca fundamentalmente favorecer las condiciones que fomentan el aprendizaje en el estudiante, los métodos de enseñanza innovadores y el entorno propicio y estimulante de trabajo y aprendizaje. Permite que las agencias registradas de calidad puedan desarrollar todas sus actividades en el EEES. Anima igualmente a favorecer el aprendizaje permanente. Que los marcos de cualificaciones y la implantación de los ECTS y el suplemento europeo al título se basen en los resultados del aprendizaje. Igualmente prioriza que se fomenten alianzas de conocimiento basadas en la investigación y la tecnología.

Declaración de Yerevan de 14 y 15 de mayo de 2015²⁷: La última reunión ha tenido lugar este mismo año (2015) en Armenia. La conferencia ha supuesto un hito más en el desarrollo del EEES y en el transcurso de la misma se han aprobado los documentos de trabajo clave para el próximo trienio. En esta edición se ha aprobado el documento base de los procesos de evaluación interna y externa en Europa y se ha avanzado en dos áreas importantes: la simplificación de la acreditación de programas conjuntos y la apertura a que las universidades puedan escoger agencias para sus procesos de evaluación entre las incluidas en el Registro Europeo de Agencias, EQAR.

Por último, se ha publicado el ‘Informe sobre la Implantación del Proceso de Bolonia, 2015’ que presenta una instantánea del grado

²⁶ Bucharest Communiqué. Making the Most of our Potential: Consolidating the European Higher Education Area. URL:[http://www.ehea.info/Uploads/\(1\)/Bucharest%20Communique%201012\(2\).pdf](http://www.ehea.info/Uploads/(1)/Bucharest%20Communique%201012(2).pdf)

²⁷ European Commission/EACEA/Eurydice, 2015. *The European Higher Education Area in 2015: Bologna Process Implementation Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

de cumplimiento de los criterios del Proceso de Bolonia por los países signatarios.

Para llevar a cabo la reforma de la estructura y organización de las enseñanzas universitarias que suponía el Plan Bolonia hubo que adaptar la normativa vigente en nuestro país para la obtención de los títulos universitarios.

La **Ley Orgánica de Universidades (LOU)**²⁸ había dado las primeras pinceladas a esta reforma. En su artículo 87, como se ha dicho anteriormente ya establece que el Gobierno, las CCAA y las Universidades adoptarán las medidas necesarias para la integración del sistema español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior.

Pero es con la publicación posterior de sucesivos reales decretos como se produce el desarrollo reglamentario para la aplicación del plan Bolonia en España:

Real Decreto 1052/2002, de 11 de octubre de 2002²⁹, por el que se regula el procedimiento para la obtención de la evaluación de la agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, y su certificación, a efectos de contratación de personal docente e investigador universitario.

Real Decreto 1509/2005, de 16 de diciembre de 2005³⁰ en el que se establece la estructura de la enseñanza universitaria y la

²⁸ Ley 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. «B.O.E.» núm. 307, de 24 de diciembre de 2001.

²⁹ Real Decreto 1052/2002, de 11 de octubre de 2002, por el que se regula el procedimiento para la obtención de la evaluación de la agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, y su certificación, a efectos de contratación de personal docente e investigador universitario. «BOE» núm. 245, de 12 de octubre de 2002.

³⁰ Real Decreto 1509/2005, de 16 de diciembre de 2005 por el que se establece la estructura de la enseñanza universitaria y la regulación de los estudios universitarios oficiales de grado y postgrado. «BOE» núm. 303, de 20 de diciembre de 2005.

regulación de los estudios universitarios oficiales de grado y postgrado.

Por último la promulgación de la **Ley Orgánica 4/2007 de modificación de la Ley Orgánica de Universidades (LOMLOU)**³¹ apuesta decididamente por la armonización de los sistemas educativos superiores en el marco del EEES y asume la necesidad de una profunda reforma en la estructura y organización de las enseñanzas, basada en tres ciclos: Grado, Máster y Doctorado.

A partir de la publicación de esta Ley y del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales³², las universidades deben realizar en un breve período el proceso de adaptación.

La publicación de la Orden Ministerial por la que se establecen los requisitos para verificar el título de médico se realizó el 13 de febrero de 2008³³. En su apartado 3, define claramente los objetivos de los estudios del grado en Medicina y las competencias que los estudiantes deben adquirir.

- Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos.
- Fundamentos científicos de la Medicina.
- Habilidades clínicas.
- Habilidades de comunicación.
- Salud pública y sistemas de salud.

³¹ Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades . «BOE» núm. 89, de 13 de abril de 2007.

³² Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. «B.O.E.» núm. 260, de 30 de octubre de 2007.

³³ ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de médico. «BOE» núm. 40, de 15 de febrero de 2008.

- Manejo de la información.
- Análisis crítico e investigación.

3.4-MARCO LEGISLATIVO DE LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Y SU EJERCICIO PROFESIONAL

La profesión médica tiene un campo de actuación propio y tanto su enseñanza en las Facultades como la especialización y el posterior ejercicio profesional requieren una correcta legislación. Este hecho ha supuesto que a lo largo de los años se hayan promulgado leyes, normativas o reformas a las ya vigentes en respuesta a la necesidad de adaptación a los nuevos tiempos.

3.4.1-Marco legislativo general

Desde la Constitución Española de 1978³⁴, el derecho a la salud, reconocido en el Capítulo tercero del título primero y su respeto y protección ha tenido especial relevancia a la hora de legislar.

En este aspecto, se consideran fundamentales las siguientes Leyes:

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad³⁵, que establece en su artículo 18.14 que las Administraciones públicas competentes desarrollarán actuaciones de mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio de la organización sanitaria. Y en su artículo 104 establece que toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, posgraduada y continuada de los profesionales.

³⁴ Constitución Española. «B.O.E.» núm. 311, de 29/12/1978.

³⁵ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «B.O.E.» núm. 102, de 29 de abril de 1986.

A nivel autonómico el **Estatuto de Autonomía de Castilla y León**³⁶ atribuye a la Comunidad Autónoma competencias en materia de sanidad e higiene en lo que respecta al desarrollo y ejecución de la legislación del Estado.

Ley 1/1993, de 6 de abril³⁷, de Ordenación del Sistema Sanitario en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla y León tenía como objetivos:

-La ordenación general de las actividades sanitarias de las entidades públicas y privadas en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

-La regulación general de las actuaciones de los poderes públicos que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 43 de la Constitución Española, mediante la creación y ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, como parte integrante del Sistema Nacional de Salud.

-La constitución de la Gerencia Regional de Salud, como un instrumento institucional para la gestión de las competencias y recursos sanitarios que le encomiende la Junta de Castilla y León.

Por el **Real Decreto 1480/2001, de 27 diciembre**³⁸ se traspasan a la Comunidad de Castilla y León las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. Esta norma tuvo efectividad a partir del día 1 de enero de 2002.

³⁶ Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de Castilla y León. «B.O.E.» núm. 52, de marzo de 1983.

³⁷ Ley 1/1993, de 6 de abril, de ordenación del Sistema Sanitario en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. «B.O.C.Y.L.» núm. 77, de 27 de abril de 1993.

³⁸ Real Decreto 1480/2001, de 27 diciembre, por el que se traspasan a la Comunidad de Castilla y León las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. «BOE» núm. 311, de 28 de diciembre de 2001.

Posteriormente, la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**³⁹ desarrolla acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

El Capítulo III de esta ley está dedicado a los profesionales de la sanidad, que como reconoce la ley, constituyen el elemento esencial en la modernización y calidad del sistema sanitario español en su conjunto.

El Artículo 34 de principios generales establece que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales deben orientarse a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud. Para ello se requiere:

La colaboración permanente entre los órganos de las Administraciones públicas competentes en materia de educación, sanidad, trabajo y asuntos sociales, las universidades, las sociedades científicas y las organizaciones profesionales y sindicales

La disposición de toda la estructura asistencial del sistema sanitario para ser utilizada en la docencia pregraduada, posgraduada y continuada de los profesionales.

La revisión permanente de las enseñanzas y de la metodología educativa en el campo sanitario, para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias de la población.

La actualización permanente de conocimientos, orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y garantizar la seguridad del usuario.

³⁹ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. «B.O.E.» núm. 128, de 29 de mayo de 2003.

La Ley 44/2003, (LOPS) de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias⁴⁰ que complementa a la LGS, recoge en sus cinco títulos las normas que regulan el sistema educativo (formación básica, práctica y clínica de los profesionales) así como las relaciones de los profesionales con los Centros o Instituciones y Corporaciones Públicas y Privadas para mejorar la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando que todos los profesionales sanitarios en su totalidad cumplen con los niveles de competencia necesarios para salvaguardar el derecho a la protección de la salud.

3.4.2-Normas reguladoras de la formación de especialistas y ejercicio de la profesión

La introducción del sistema “MIR” (médico interno residente) fue un hecho clave para la modernización y la mejora de la calidad de la sanidad en España. Ocurrió en el año 84, regulado por el **Real Decreto 127/1984, de 11 de enero**⁴¹, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.

En él se define por primera vez el sistema de residencia, en el que para obtener el título de médico especialista el residente debe permanecer durante un periodo limitado de tiempo de práctica profesional programada y supervisada, en los centros y unidades docentes acreditados, a fin de alcanzar de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la profesión.

Desde su implantación han pasado más de 30 años, y se han promulgado nuevas leyes y decretos para su revisión, si bien es cierto que su desarrollo está siendo lento y dificultoso.

⁴⁰ Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. «B.O.E» núm.280, de 22 de noviembre de 2003.

⁴¹ Real Decreto 127/1984, de 11 de enero de 1984 por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. «BOE» núm. 26, de 31 de enero de 1984.

Este fue el objetivo de la **LOPS**, promulgada en el año 2003.

En los siguientes artículos del título II, se detallan los aspectos relativos a la formación especializada contemplados en esta ley:

El Artículo 12 establece como uno de los principios rectores para la formación, la revisión permanente de las metodologías docentes y las enseñanzas en el campo sanitario para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica, y a las necesidades sanitarias de la población.

En su Artículo 15 especifica como objeto de la formación especializada en ciencias de la salud, dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma.

El Artículo 20 concreta que la Formación de Especialistas en Ciencias de la Salud implicará formación teórica y práctica, así como una participación personal y progresiva en la actividad y en la responsabilidad propia de la especialidad.

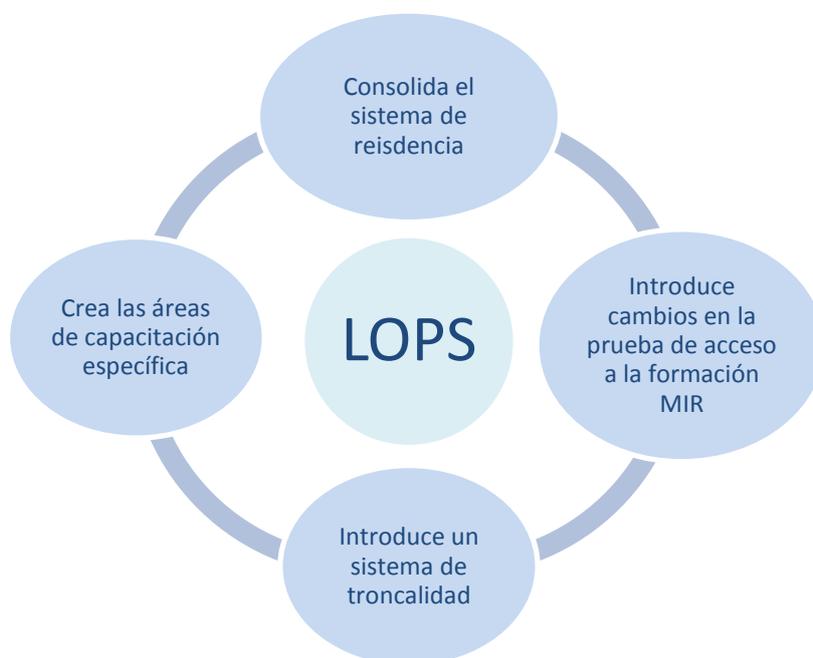
El Artículo 21 hace referencia a la regulación de los programas de formación. Dichos programas deberán especificar los objetos cualitativos y cuantitativos, así como las competencias profesionales que ha de cumplir el aspirante al título, a lo largo de cada uno de los cursos anuales en que se dividirá el programa formativo.

Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre⁴², por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Por primera vez y de una forma sistemática y pormenorizada, regula los aspectos laborales de la necesaria relación que une a los especialistas en formación con los

⁴² Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre de 2006 por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. «BOE» núm. 240, de 7 de octubre de 2006.

centros en los que se están formando durante el tiempo que dura la impartición del correspondiente programa formativo.

Figura 1: Algunas aportaciones de la ley 44/2003 de 21 de diciembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), al sistema de formación médica especializada. (Casado, 2006)



Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero⁴³, 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. Este decreto supone un paso más en la implantación del

⁴³ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero de 2008, 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. «BOE» núm. 45, de 21 de febrero de 2008.

modelo de formación sanitaria especializada y potencia las estructuras docentes y regula aspectos básicos y fundamentales en el sistema de formación sanitaria especializada como los referidos a la figura del tutor, a las unidades docentes, a las comisiones de docencia o a los aspectos pormenorizados de evaluación.

Real Decreto 639/2014, de 25 de julio⁴⁴, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen normas aplicables a las pruebas de acceso y otros aspectos de sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se modifican determinados títulos de especialista. Este real decreto constituye un paso de indudable importancia y prevé la adquisición de competencias comunes a varias especialidades en ciencias de la salud a través de un periodo de formación uniforme, denominado tronco, en convergencia con la estructura de la formación especializada de otros países miembros de la Unión Europea.

La troncalidad implica una evolución del sistema formativo y una adaptación de las estructuras docentes a nuevos programas formativos y a los correspondientes requisitos de acreditación de centros y unidades docentes, en consonancia con los períodos, troncal y específico, que integrarán la formación completa de las especialidades en ciencias de la salud.

Junto a la troncalidad, este decreto regula la posible reespecialización de los profesionales para adquirir un nuevo título de especialista dentro del mismo tronco y la capacitación específica en determinadas áreas y el procedimiento de obtención de los diplomas.

⁴⁴ Real Decreto 639/2014, de 25 de julio de 2014 por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen normas aplicables a las pruebas de acceso y otros aspectos de sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se modifican determinados títulos de especialista. «BOE» núm. 190, de 6 de agosto de 2014.

Se actualiza y racionaliza la norma reguladora de las pruebas de acceso a plazas de formación especializada, que favorecerán una visión global y transparente de estos procesos selectivos, manteniendo las características generales de estas pruebas y en consecuencia el alto grado de aceptación social de las mismas.

Desde la transferencia de las competencias en el ámbito de la sanidad, cada comunidad autónoma debe encargarse también de la correcta formación de sus especialistas, para lo cual se publican las siguientes normativas:

El **Decreto 75/2009, de 15 de octubre**⁴⁵, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León tiene por objeto la regulación de la formación sanitaria especializada, de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero⁴⁶, 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.

El presente Decreto se desarrolla a través de las siguientes órdenes:

Orden SAN/702/2010, de 19 de mayo⁴⁷, por la que se regula la evaluación y control de la calidad de la formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Esta Orden tiene por objeto regular la evaluación y control de la calidad de

⁴⁵ Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. «BOCYL» núm. 202, de 21 de octubre de 2009.

⁴⁶ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero de 2008, 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. «BOE» núm. 45, de 21 de febrero de 2008.

⁴⁷ Orden SAN/702/2010, de 19 de mayo, por la que se regula la evaluación y control de la calidad de la formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. «BOCYL» núm. 104, de 2 de junio de 2010.

la formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León mediante el desarrollo de los planes de gestión de calidad docente y de los instrumentos de participación de los residentes en la mejora de dicha calidad.

Orden SAN/914/2010, de 17 de junio⁴⁸, por la que se regula el plan formativo transversal común para los Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla y León. Esta Orden tiene por objeto regular el plan formativo transversal común para los especialistas en formación en Ciencias de la Salud, por el sistema de residencia, que se formen en los centros y unidades docentes acreditados del Servicio de Salud de Castilla y León, dirigido a proporcionar una formación integral en áreas de competencias esenciales y compartidas por las distintas especialidades.

Orden SAN/496/2011, de 8 de abril⁴⁹, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Esta orden define el procedimiento de acreditación de las figuras docentes que se definen el Decreto 75/2009, de 15 de septiembre.

No se puede finalizar este capítulo de legislación sin hablar de la **Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y**

⁴⁸ Orden SAN/914/2010, de 17 de junio, por la que se regula el plan formativo transversal común para los Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla y León. «BOCYL» núm. 125, de 1 de julio de 2010.

⁴⁹ Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. «BOCYL» núm. 80, de 27 de abril de 2011.

Ginecología⁵⁰, que tiene la finalidad de compendiar de modo estructurado, los conocimientos, habilidades y actitudes que deben adquirir los residentes a lo largo del período formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología elabora el programa formativo de dicha especialidad que ha sido ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y Política Social y de Educación en materia de formación sanitaria especializada. Este programa, queda recogido en dicha orden.

3.5-MARCO LEGISLATIVO DEL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

La formación continuada es aquella formación no reglada que sigue el profesional después de finalizar su formación básica y/o especializada. Su objetivo es aumentar o mantener su competencia profesional.

La formación continuada supone la mejor garantía de cualificación profesional, motivación personal y seguridad para la sociedad. Esta preocupación social para que los profesionales sanitarios sean competentes para realizar su trabajo, ha dado lugar a iniciativas para introducir en nuestro país medidas y normativas que favorezcan la participación del profesional en programas de formación continuada.

La Ley **14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**⁵¹, en el apartado 14 de su artículo 18, otorga a las Administraciones públicas,

⁵⁰ Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. «BOE» núm. 129, de 28 de Mayo de 2009.

⁵¹ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «B.O.E.» núm. 102, de 29 de abril de 1986.

a través de sus Servicios de Salud, la mejora y adecuación de las necesidades de la formación del personal al servicio de la organización sanitaria. Para ello y de acuerdo con el artículo 104 de la Ley, se dispondrá de toda la estructura asistencial del sistema sanitario para ser utilizada para la formación continuada de los profesionales.

En 1997, en el seno del Consejo interterritorial de salud, se crea la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud⁵², cuyo funcionamiento ha sido clave en el proceso de acreditación y evaluación de la formación continuada. La comisión establece los requisitos mínimos que han de reunir las instituciones y organismos que solicitan reconocimiento de acreditación para poder impartir actividades de formación continuada, así como las características de las mismas para que sean válidas en su capacidad formativa.

El artículo 12 de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias⁵³ defiende la actualización permanente de conocimientos, mediante formación continuada, de los profesionales, como un derecho y un deber de éstos. Para ello las instituciones y centros sanitarios facilitarán la realización de actividades de formación continuada.

Respecto a ésta misma Ley, su artículo 8 determina que los centros sanitarios revisarán, cada tres años como mínimo, que los profesionales sanitarios de su plantilla cumplen los requisitos necesarios para ejercer la profesión conforme a lo previsto en esta ley, entre ellos la titulación y demás diplomas, certificados o credenciales

⁵² Resolución de 22 de diciembre de 1997, de la Subsecretaría, por la que se da publicidad al Convenio de Conferencia Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre formación continuada de las profesiones sanitarias. «BOE» núm. 38, de 13 de febrero de 1998.

⁵³ Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. «B.O.E» núm.280, de 22 de noviembre de 2003.

profesionales de los mismos, en orden a determinar la continuidad de la habilitación para seguir prestando servicios de atención al paciente. Los centros dispondrán de un expediente personal de cada profesional, en el que se conservará su documentación y al que el interesado tendrá acceso.

Se establece aquí un concepto nuevo: la continuidad en la habilitación, o como se ha llamado en otros países recertificación, revalidación o ratificación. Pero la ley no establece quien realizará esta evaluación, quedando en el aire si debe estar en manos de las sociedades científicas, de afiliación voluntaria, de los colegios de médicos o muy discutiblemente, en manos de la Administración.

Por otro lado, los Estatutos de autonomía y los decretos de transferencia de competencias, funciones y servicios a las Comunidades Autónomas otorgan a las mismas competencias en la materia, concretamente sobre la implantación y desarrollo de programas de formación continuada del personal sanitario:

Decreto 84/2002, de 27 de junio⁵⁴, por el que se crea la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Castilla y León.

La **Ley 8/2010, de 30 de agosto**⁵⁵, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León:

Título VII de Formación e Investigación. En reconocimiento a los profesionales del Sistema Público de Salud se promueve la formación continuada, la carrera profesional y la evaluación de las competencias. Se fomenta la investigación con el fin de mejorar la salud de la población y se facilita la cooperación con otras

⁵⁴ Decreto 84/2002, de 27 de junio, por el que se crea la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Castilla y León. «BOCYL» núm. 127, de 3 de julio de 2002.

⁵⁵ Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León. «B.O.C.Y.L.» núm. 173, de 7 de septiembre de 2010.

instituciones como las universidades y el Instituto de Ciencias de la Salud.

En el artículo 59 de este mismo Título, dedicado a la docencia determina que:

-El Sistema de Salud de Castilla y León colaborará con el proceso de formación pregraduada, posgraduada y continuada a los colectivos de profesionales de la Comunidad.

-Las Consejerías competentes en materia de sanidad y educación establecerán el régimen de colaboración entre la Universidad, los centros de formación profesional sanitaria y las instituciones sanitarias en las que se imparta enseñanza sanitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de las profesiones sanitarias y de las enseñanzas técnico-profesionales relacionadas con las Ciencias de la Salud.

Tanto a nivel nacional como a nivel internacional se ha venido legislando sobre esta materia.

La comunidad médica europea recomienda la práctica habitual de la formación médica continuada. Así, existe a nivel del Parlamento Europeo una propuesta sobre la obligatoriedad de incorporar la formación médica continuada como garantía del ejercicio profesional médico.

Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005⁵⁶, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales: es la primera vez que se hace referencia a la formación continuada. Señala que, con el fin de mejorar la seguridad del paciente, los médicos deben actualizar sus competencias a través de la formación profesional continuada. Los Estados miembros introducirán modelos de formación continuada

⁵⁶ Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. «DOUE» num.255, de 30 de septiembre de 2005.

obligatoria para médicos y especialistas y elaborarán un informe de evaluación de los procedimientos de formación continuada que haya realizado cada médico. Un organismo incluido en el European Quality Assurance Register (EQAR) evaluará los sistemas de formación continuada y enviará sus conclusiones al Estado miembro afectado y a la Comisión Europea.

Nueva Directiva Europea de cualificaciones profesionales, 2013/55/UE⁵⁷: entre las novedades que establece, hay que destacar la obligatoriedad de promover el desarrollo profesional continuo de los médicos para garantizar la seguridad del paciente y la salud pública.

3.6-RESUMEN DEL MARCO LEGISLATIVO

Desde la primera regulación de las profesiones sanitarias en 1848 hasta la actualidad, el Sistema Sanitario Español, ha sufrido importantes cambios.

Hechos cruciales como la constitución de 1978, que supuso el reconocimiento del derecho fundamental a la atención sanitaria universal, han hecho que se vayan sucediendo una serie de leyes que garanticen una sanidad de calidad.

Igualmente, tanto la descentralización del sistema sanitario en las Comunidades Autónomas, como la integración de España en la Comunidad Europea, han supuesto reformas a nivel legislativo en profundidad, adaptándose a los nuevos tiempos y necesidades de la sociedad.

Las Universidades españolas se han embarcado en mayor o menor medida en el proceso de adaptación de los programas formativos que implica integrarse en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES)

⁵⁷ Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del consejo, de 20 de noviembre de 2013. «DOUE» num.354, de 28 de diciembre de 2013.

A partir de la LOU, que en su artículo 87 se establece: “En el ámbito de sus respectivas competencias el Gobierno, las comunidades autónomas y las universidades adaptarán las medidas necesarias para la plena integración del sistema español en el EEES” y posteriormente con la publicación de sucesivos Reales Decretos y la promulgación de múltiples declaraciones europeas, la adaptación a Bolonia, con sus requisitos de enseñanza basada en el aprendizaje de competencias y habilidades y con la exigencia de calidad, es una oportunidad que no se debe desaprovechar.

De especial importancia es la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, la cual siendo de naturaleza predominantemente organizativa, recoge en sus cinco títulos, las normas que regulan el sistema educativo (formación básica, práctica y clínica de los profesionales) así como el ejercicio de la profesión, para mejorar la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando que todos los profesionales sanitarios en su totalidad cumplen con los niveles de competencia necesarios para salvaguardar el derecho a la protección de la salud.

Por otra parte, tanto la Ley General de Sanidad como el Estatuto Marco y el Estatuto Jurídico de Castilla y León establecen previsiones, en sus respectivos niveles, en materia de homologación de programas de posgrado, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario, así como de la formación continuada de los profesionales.

Con la regulación de la formación continuada se pretende conseguir una garantía del ejercicio profesional con unos servicios sanitarios más eficaces, equitativos y eficientes para todos los ciudadanos, y que los profesionales sean más competentes, para que la población consiga una mayor calidad asistencial y por tanto una mejora del bienestar social.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 EL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL Y LAS NUEVAS DEMANDAS FORMATIVAS

- 4.1.1 Principios del aprendizaje
- 4.1.2 El aprendizaje experiencial
- 4.1.3 El proceso de razonamiento clínico
- 4.1.4 La práctica reflexiva
- 4.1.5 Resumen

4.2 FORMACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS EN EDUCACIÓN MÉDICA

- 4.2.1 Concepto e importancia de la formación basada en competencias
- 4.2.2 Modelos de educación en competencias
- 4.2.3 Formación basada en competencias en el Grado en Medicina
- 4.2.4 Formación basada en competencias en la especialidad de Obstetricia y Ginecología
- 4.2.5 Resumen

4.3 EL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

- 4.3.1 Concepto
- 4.3.2 Método/Estrategias
- 4.3.3 La Evaluación en el desarrollo profesional continuo
- 4.3.4 Estándares internacionales y situación actual
- 4.3.4 Resumen

4.1 EL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL Y LAS NUEVAS DEMANDAS FORMATIVAS

En un entorno rápidamente cambiante como es el de la medicina, en el que cada día se amplían los límites del conocimiento en las distintas disciplinas a través de la investigación, y donde los nuevos avances se difunden fácilmente gracias a las actuales tecnologías de la información y la comunicación, es lógico que evolucionen las necesidades formativas y el perfil profesional exigido, necesarios para desenvolverse en estas circunstancias.

Los cambios constantes en los conocimientos y tecnologías que se aplican en medicina hacen evidente la necesidad de cambiar los enfoques formativos.

La investigación en educación médica en las últimas décadas ha estado orientada a comprender mejor el proceso de aprendizaje para poder adecuar los programas de formación, además de tratar el proceso de razonamiento clínico y la importancia de la práctica reflexiva durante toda la vida profesional.

4.1.1 Principios del aprendizaje

A lo largo de la historia se han ido proponiendo diferentes teorías del aprendizaje. Actualmente se han acercado posiciones a la luz de los resultados obtenidos de la investigación sobre el aprendizaje, y existe un consenso bastante amplio en considerar que el aprendizaje es un proceso constructivista, autodirigido, colaborativo y contextual. (Dolmans, De Grave, Wolfhagen, & Van Der Vleuten, 2005)

A-El enfoque constructivista

El modelo constructivista, de Piaget y Montessori, considera que los seres humanos aprenden por maduración de los procesos neurológicos y sensoriales. Los nuevos conocimientos se sedimentan sobre lo que ya se sabe, sobre las construcciones mentales o representaciones previas que cada uno hace del conocimiento.

En el constructivismo el estudiante se encuentra en el centro del proceso de aprendizaje, construyendo su conocimiento, de forma

activa, de manera que tenga algún significado a nivel personal. (Saura, Saturno, & Romero, 2006)

La teoría constructivista desafía el objetivismo el cual está impregnado de la noción de que el conocimiento y la verdad existen fuera de la mente del individuo. El constructivismo considera el aprendizaje como un proceso subjetivo, y sugiere que se debe experimentar el mundo para conocerlo. (Peters, 2000)

B- El aprendizaje autodirigido

La capacidad de aprender por uno mismo se ha convertido en un prerrequisito para vivir en el nuevo mundo. Así lo entienden los diversos programas de formación de pre y postgrado en las carreras de la salud, las que en consonancia con la actual visión de la educación superior involucran a diario el aprendizaje autodirigido como una de las competencias principales a desarrollar y adquirir.

Son múltiples las definiciones de aprendizaje autodirigido. El concepto tiene sus inicios en las ideas de Carls Rogers (Casanova, 1989) quien, desde un principio, supone que el hombre, durante la mayor parte de su ciclo vital, es un ser que debe aprender a aprender, a adaptarse y a cambiar, es un ser que forma su camino poniéndose objetivos que ha de cumplir por su propio esfuerzo, es un yo capaz de dirigirse por su conciencia, en su propia autoridad, y que no puede permitirse tener una autoridad externa en el significado de aprender, debe basarse en las experiencias y en cómo cada nueva situación le afecta personal o individualmente.

En este sentido, el alumno debe ser quien se autoanaliza y aprende por su propio esfuerzo, el docente actúa sólo como guía, para orientar cuando se requiera, para que éste pueda continuar forjándose solo su propio camino, y para lo cual el docente debe promover una conciencia reflexiva, autónoma y auténtica, con creatividad, y que tenga como área prioritaria las relaciones con los otros (Geoffrey, Kevin, & Schmidt, 2005).

Este tipo de aprendizaje no implica un abordaje desestructurado o desorganizado, sino que significa que los que aprenden deben ser capaces de tomar responsabilidad para su propio aprendizaje, su

dirección y su relevancia para sus vidas, necesidades e intereses cotidianos (Davies, 2000). Éste se puede considerar un método de organización del proceso de enseñanza-aprendizaje, donde las actividades de aprendizaje están en gran medida bajo el control de quien aprende (Kaufman, 2003), y en donde la reflexión juega un papel importante en el proceso de autorregulación, el cual implica, además de la autorregulación cognitiva, la autorregulación motivacional (Williams, 2001).

El concepto más actual de “aprendizaje autodirigido” es el que hace referencia a un proceso por el cual los individuos toman la iniciativa, con o sin la ayuda de otros, de diagnosticar sus necesidades de aprendizaje, formular sus metas de aprendizaje, identificar los recursos humanos y materiales para aprender, elegir e implementar las estrategias de aprendizaje adecuadas y evaluar los resultados de su aprendizaje. Otros nombres que se le han dado en la literatura actual son “aprendizaje autoplanificado”, “estudio independiente”, “autoeducación”, “autoinstrucción”, “autoenseñanza”, “autoestudio” y “aprendizaje autónomo”(Patiño, 2008).

Es importante destacar, que esta definición de aprendizaje, en su sentido amplio, se conceptualiza a partir de premisas basadas en la educación general, sin que existan descripciones actuales específicas para la educación médica que pudiesen entregar ideas más claras sobre el proceso de aprender de manera autónoma en entornos de aprendizajes preclínicos y clínicos, en donde este tipo de aprendizaje se une de manera firme e inherente a la relación que existe con los otros, siendo tangencial en todas las instancias al aprendizaje colaborativo (Parra, Pérez, Ortiz, & Fasce, 2010).

Finalmente, el concepto engloba la esencia de la cual todo profesional de la salud debe estar cubierto, aquella que lo capacita para aprender a lo largo de toda su vida profesional y lo hace capaz de adquirir nuevos conocimientos y habilidades de forma rápida en beneficio de sí mismo y la sociedad (Williams, 2001).

C-El aprendizaje como proceso colaborativo

En la construcción del conocimiento se ha identificado como uno de los aspectos clave la interacción con otros. La colaboración no es una cuestión de repartimiento de tareas entre los que aprenden, sino que implica la interacción mutua y la comprensión compartida de un problema. En una situación de aprendizaje colaborativo, los factores que pueden aumentar el aprendizaje son las elaboraciones, las verbalizaciones, la co-construcción, el soporte mutuo, la crítica y la sintonía a nivel cognitivo y social (Dolmans et al., 2005).

La perspectiva constructivista social contempla el conocimiento como un producto social que se desarrolla y evoluciona a través de la negociación en el seno de comunidades con influencias importantes de los factores culturales e históricos. El constructivismo social se preocupa de la construcción por parte de los individuos de un conocimiento viable (Peters, 2000).

El concepto de lo que es un conocimiento viable o no viable está limitado por el conocimiento en el seno de una cultura y por los valores existentes en una sociedad determinada.

Otro principio que aporta el abordaje constructivista es que el aprendizaje efectivo se produce en entornos democráticos (Davies, 2000). Los entornos democráticos se refieren a estructuras y estrategias de aprendizaje que son igualitarias, no jerárquicas y no autoritarias.

Con esto no se quiere negar las diferencias en conocimientos y habilidades entre profesores y alumnos, pero sí se niega que estas diferenciales justifiquen un modelo de aprendizaje paternalista, o de arriba a abajo, en el que el profesor es activo y el alumno pasivo. Un enfoque democrático del aprendizaje también reconoce que el aprendizaje es un proceso de dos direcciones entre docente y aprendiz.

D -El aprendizaje como proceso contextual

El abordaje contemporáneo del aprendizaje (G. R. Norman, Van der Vleuten, & Newble, 2002) enfatiza la importancia del contexto en el que se aprende el conocimiento. Se dice que el conocimiento se recuerda mejor en el contexto en que se ha aprendido. En este sentido,

hay un estudio clásico de referencia (Godden & Baddeley, 1975) realizado con buzos que debían aprender parejas de palabras en contextos diferentes (bajo el agua y en tierra). Los resultados mostraron que las palabras aprendidas bajo el agua se recordaban mejor bajo el agua que en tierra, y viceversa, las parejas aprendidas en tierra se recordaban mejor en tierra. De aquí se desprende que parte de la información del contexto es almacenada junto con la información a aprender.

La idea fundamental es que el aprendizaje se debería realizar en el contexto más parecido al que se deberá aplicar el conocimiento, es decir, lo más parecido a los contextos reales profesionales.

En este sentido es relevante la introducción de simulaciones en las situaciones de aprendizaje que no se pueden dar en contextos auténticos.

Albert Oriol, en el prólogo de un estudio sobre el proceso de socialización de los médicos especialistas en formación (Sánchez, 2002) expone que el conocimiento profesional útil no se adquiere tanto cuando se aprende como cuando se utiliza. Pero su utilidad en un contexto no es garantía de que una idea sea aplicada adecuadamente en otro contexto a pesar de ser pertinente.

Cada vez que se utiliza un conocimiento, éste se reaprende, se enriquece de su contextualización y se aumenta el saber profesional.

4.1.2 El aprendizaje experiencial

Una de las competencias más ampliamente demandada en el contexto actual, es la relacionada con la capacidad de aprender de forma autónoma. Esta competencia garantiza que el profesional sea capaz de responder a una sociedad rápidamente cambiante, a través de un aprendizaje continuado a lo largo de toda su vida.

Además, la posibilidad de acceso a la información a través de las nuevas tecnologías exige individuos capaces de gestionar adecuadamente estos recursos, y ser capaces de distinguir la información relevante y rigurosa de la accesoria o la proveniente de fuentes poco fiables.

De este análisis se desprende fácilmente que, la capacidad de análisis crítico y de aplicación del conocimiento ocupan un lugar predominante sobre la mera adquisición de conceptos teóricos. Por ello, se hace más necesario que nunca revisar las pedagogías y metodologías didácticas empleadas, de modo que no estén enfocadas a la transmisión de información, sino a la promoción de competencias en los individuos.

Estos aspectos brevemente comentados, junto con el creciente interés por buscar nuevas formas de enseñar y de aprender, que promuevan el desarrollo de competencias, justifican la especial atención que se está prestando al aprendizaje experiencial.

Fundamentación teórica del aprendizaje experiencial

Smith (2001) señala que uno de los rasgos característicos del aprendizaje experiencial es que involucra al individuo en una interacción directa con aquello que se está estudiando, en lugar de una mera “contemplación” o descripción intelectual. No obstante, este autor enfatiza que no basta la experiencia para asegurar el aprendizaje, sino que éste está íntimamente ligado a un proceso de reflexión personal, en el que se construye significado a partir de la experiencia vivida.

Sin embargo, actualmente no existe un marco teórico consolidado o ampliamente aceptado para explicar el aprendizaje experiencial. Recientemente, algunos autores (Chisholm, Harris, Northwood, & Johrendt, 2009), han tratado de establecer un modelo conceptual, con objeto de aportar una base teórica para el estudio sistemático del aprendizaje vinculado al desempeño de tareas profesionales (work-based learning), entendiendo éste último, como una forma de aprendizaje experiencial. Uno de los argumentos esgrimidos para justificar la pertinencia de su trabajo es el hecho de que, los individuos aprenden continuamente fuera de los contextos formales, como consecuencia de su experiencia e interacción con el medio.

En su intento de establecer un marco conceptual, (Chisholm et al., 2009) revisan distintas teorías previas sobre aprendizaje

experiencial, utilizando como punto de partida el modelo propuesto por Dewey (1938; citado en Chisholm et al, 2009) y retomado posteriormente por Itin, en 1999.

Figura 2: Modelo sobre Aprendizaje Experiencial de Dewey.



Dewey reivindica el potencial de la experiencia para promover conocimiento, entendiendo que los individuos aprenden, cuando encuentran significado en su interacción con el medio. El modelo sobre aprendizaje experiencial de este autor distingue distintas fases: experiencia concreta, reflexión, conceptualización abstracta y aplicación. Por lo tanto, de acuerdo a esa perspectiva, el aprendizaje se

inicia a partir de una experiencia concreta, la cual es interpretada por el individuo a través de la reflexión y la conceptualización. La última fase contemplada en el modelo de Dewey es la de aplicación, que supone la capacidad de transferir el nuevo conocimiento a otras situaciones. Además, el marco teórico comentado, enfatiza el papel clave que el conocimiento previo y las experiencias vividas anteriormente por el sujeto, tienen sobre todo el proceso.

La figura 2 muestra como en el modelo de aprendizaje experiencial de Dewey, la construcción de conocimiento a partir de una experiencia concreta se representa como un proceso cíclico, en el que las distintas fases (experiencia concreta, reflexión, conceptualización y aplicación), están interrelacionadas. Esta representación indica también que, el proceso de aprendizaje requiere de la integración de cada una de las fases. De este modo, no basta con una experiencia para provocar conocimiento, sino que para que esto ocurra realmente, es necesario la participación e implicación cognitiva del sujeto, buscando sentido a lo experimentado, relacionándolo con su conocimiento previo y desarrollando estructuras conceptuales que le permitan aplicar el nuevo conocimiento a diversas situaciones.

Itin (1999) propuso lo que se ha denominado el modelo del diamante, en el que además de integrar las fases del aprendizaje experiencial propuestas por Dewey, muestra un entramado de interrelaciones multidireccionales “entorno-educador-aprendiz”, enfatizando el papel clave del profesor como orientador y dinamizador del proceso. El educador por tanto, ha de seleccionar un contexto que aporte una experiencia rica en estímulos de aprendizaje y ha de incentivar la curiosidad y el interés del aprendiz, favoreciendo su capacidad de reflexión, de conceptualización y de aplicación de conocimiento.

El marco teórico de Itin (1999) describe el aprendizaje experiencial como un proceso formativo en el que se consigue implicar al individuo físicamente, socialmente, intelectualmente, cognitivamente y emocionalmente a través de una experiencia concreta, que le ofrece un reto, no exento de un nivel medido de riesgo y posibilidad de fracaso. En este proceso, el aprendiz es

animado a formular problemas e hipótesis, a experimentar y a aplica su creatividad e ingenio para buscar respuestas y soluciones, desarrollando conocimiento.

Otro de los modelos teóricos que se podrían utilizar para caracterizar el aprendizaje experiencial sería el de Raelin (2000). Este autor lo contextualiza aplicándolo a la construcción de conocimiento a través de la práctica o al aprendizaje que tiene lugar en el trabajo.

En el modelo de Raelin (2000) se distinguen tres tipos o niveles de aprendizaje: de primer orden (single loop learning), de segundo orden (doble-loop learning) y aprendizaje de tercer orden (triple loop learning). Raelin considera que el aprendizaje formal, o el tipo de instrucción que se ha llevado a cabo tradicionalmente en las aulas, promueve un aprendizaje simple o de primer orden, ya que frecuentemente se utilizan metodologías y dinámicas, que favorecen que el individuo adopte una actitud de receptor pasivo de información.

Sin embargo, el aprendizaje experiencial implica una intensa actividad cognitiva por parte del sujeto, que se esfuerza por encontrar sentido e interpretar el mundo, por lo que según este autor, conlleva un aprendizaje de segundo o tercer orden.

El aprendizaje de tercer orden es un aprendizaje reflexivo que va más allá; hasta el punto de, como consecuencia de la interpretación profunda de la experiencia vivida, cuestionar hipótesis ampliamente aceptadas y revisar o modificar ideas fuertemente arraigadas. Se trata por tanto, de lo que las corrientes constructivistas asocian a los procesos de cambio conceptual, o modificación de las estructuras cognitivas del sujeto.

Raelin de esa forma, defiende el potencial de la interacción con la realidad para desarrollar nuevo conocimiento. Desde su punto de vista, la formulación de problemas en contextos complejos y multidisciplinares y la necesidad de buscar respuestas o soluciones a dichos problemas, involucran al sujeto en procesos cognitivos, que conllevan un aprendizaje mucho más profundo y rico que aquel, que tradicionalmente se ha llevado a cabo en las aulas.

Otro de los modelos teóricos que pueden resultar relevantes para caracterizar el aprendizaje experiencial es el de Epstein (1994), que defiende que existen dos modos interactivos para procesar los hechos y fenómenos que nos rodean: uno racional y otro emocional.

Lo que se ha denominado en ocasiones el subconsciente guía el comportamiento del sujeto de forma intuitiva y le permite frecuentemente, responder a situaciones de forma más eficaz, que la que hubiese resultado de un procesamiento racional. Por ello, Epstein declara que ignorar la participación del cerebro emocional en el procesamiento de nuestra experiencia, supone obviar uno de los mecanismos naturales operantes en el ser humano, mientras que tomar conciencia de su existencia puede ayudarnos a adquirir un mejor conocimiento, control y aprovechamiento de nuestras potencialidades. Este modelo está en consonancia con las corrientes que defienden el papel de la inteligencia emocional y la importancia de dotar a los individuos de estrategias para desarrollarla.

En este sentido, Chisholm et al (2009) defienden que el trabajo de Epstein aporta un marco teórico adecuado para describir el aprendizaje que tiene lugar en contextos reales. No obstante, asumiendo que en el aprendizaje espontáneo y cotidiano frecuentemente predomina el componente subconsciente o emocional sobre el racional, estos autores resaltan la importancia de potenciar la reflexión, como instrumento eficaz para tomar consciencia del procesamiento intuitivo o experiencial de la información. De esta forma, el individuo sería capaz de analizar el conocimiento tácito presente en las situaciones reales, e integrarlo con el conocimiento explícito y racional.

Para finalizar este apartado de fundamentación teórica, en el que se han ofrecido unas breves pinceladas sobre algunas teorías relevantes, sería útil encontrar los rasgos comunes presentes en cada una de las teorías sobre aprendizaje experiencial, revisadas anteriormente. Realmente, todas coinciden en el valor de la experiencia para provocar un conjunto de estímulos en el sujeto, potencialmente valiosos para promover conocimiento. No obstante, también existe consenso en torno a la idea de que, no basta la

experiencia para provocar aprendizaje. Por ello, las distintas aproximaciones teóricas al aprendizaje experiencial, acaban de algún modo, señalando el papel clave de la inteligencia racional o de la reflexión, para interpretar y aprovechar los estímulos y la información proveniente del medio. La reflexión se señala por tanto, como la clave para garantizar la construcción de conocimiento a partir de la experiencia (Romero, 2010).

4.1.3 El proceso de razonamiento clínico

Uno de los componentes que se considera esencial de la competencia profesional de los médicos es el razonamiento clínico u otros sinónimos como el juicio clínico, la toma de decisiones clínicas o la solución de problemas clínicos.

A pesar de que este componente ha sido objeto de investigación desde hace 30 años, actualmente el proceso diagnóstico sigue siendo foco de interés de la investigación.

Uno de los primeros modelos de razonamiento propuesto en la década de los 70 fue el modelo hipotético-deductivo o analítico. La idea es que ante un paciente, el profesional es capaz de generar diversas hipótesis diagnósticas que confirma o descarta a base de recoger información. El problema de este modelo es que no se encontraron muchas diferencias entre profesionales expertos y novatos. Unos y otros generaban hipótesis con la misma velocidad y número. Lo que los diferenciaba era que los expertos generaban mejores hipótesis. La precisión diagnóstica de las primeras hipótesis generadas era un gran predictor de la conclusión final (Barrows, Norman, Neufeld, & Feightner, 1982).

Los resultados de las investigaciones de Norman (2005) mostraron que los profesionales con experiencia explicaban mejor el problema, eran más selectivos en el uso de la información y hacían más inferencias a partir de los datos, pero sorprendentemente los expertos usaban menos las ciencias básicas en sus explicaciones que los novatos.

A la luz de estos hallazgos surgió la hipótesis de la existencia de una forma de razonamiento alternativa fruto de la mayor exposición a casos clínicos, es decir, de mayor experiencia. Se trata de un razonamiento no analítico, también denominado reconocimiento de patrones, que esencialmente equivale a comparar el caso actual con los que se han encontrado en el pasado y utilizar estas experiencias pasadas para hacer juicios relacionados con la probabilidad de que cualquier caso pertenezca a una categoría diagnóstica particular (Eva, 2004).

Esta forma de razonamiento puede ocurrir con un cierto automatismo y sin plena consciencia. Con frecuencia, cuando se pregunta a los expertos como han llegado a una cierta conclusión, éstos no son capaces de dar una explicación. Actualmente existe evidencia de que los clínicos usan procesos no analíticos para llegar a las decisiones diagnósticas (G. R. Norman & Brooks, 1997). No obstante, cuando los expertos se enfrentan a situaciones difíciles o ambiguas, sí recurren a las explicaciones de las ciencias básicas.

Otro hallazgo relevante fue lo que Elstein (1978) denominó especificidad de contenido. La buena resolución de un caso no garantizaba la buena solución en otro. Esto desmontaba la idea de que la solución de problemas fuera un proceso o una habilidad de tipo genérico. Además implica para los docentes la necesidad de proporcionar muchos ejemplos para que quien aprende pueda construir una base de datos adecuada a partir de la cual poder razonar por la vía analógica. Ante las evidencias obtenidas, en la actualidad, se está en proceso de proponer modelos alternativos para integrar los dos tipos de razonamiento clínico.

4.1.4 La práctica reflexiva

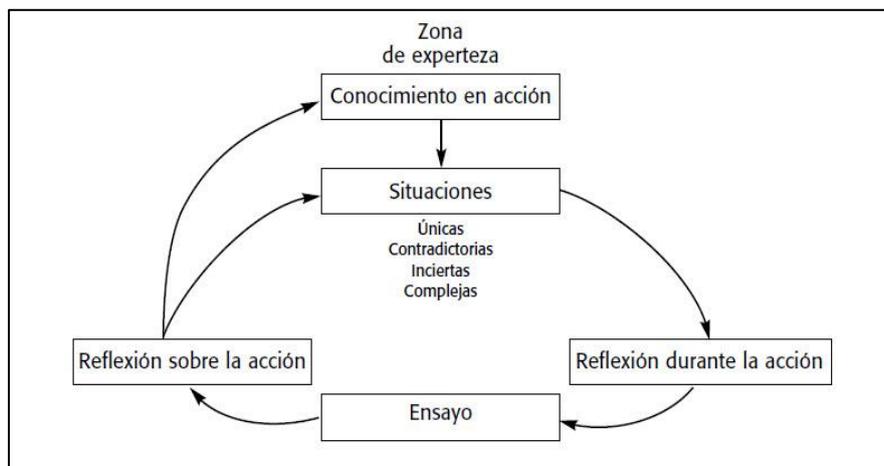
En la década de los 80, Donald Schön (1983, 1992), observando el aprendizaje en varios contextos profesionales, formula la teoría del profesional reflexivo.

Muchas veces se ha planteado la disyuntiva de si la medicina es más una ciencia o un arte. Schön reconoce la vertiente técnica del conocimiento profesional, pero sugiere que la práctica profesional es

un arte más que algo técnico y racional, y que su base de conocimiento está informada principalmente por el aprendizaje a partir de la experiencia o práctica profesional.

Su tesis está muy bien esquematizada en la figura 3 por Davis y Fox(1994). Los profesionales, basándose en su experiencia práctica, van desarrollando comportamientos que con la repetición de situaciones pueden llegar a convertirse en rutinarios o automáticos y que la mayoría de las veces se construyen con conocimientos tácitos y decisiones intuitivas (Coles, 1996).

Figura 3. Esquema que representa el aprendizaje a partir de la práctica profesional según D. Schön (modificado de Davis D. &Fox. R, 1998)



Esta automatización permite al profesional no sobrecargarse de información y poder atender a los aspectos de la práctica que no encajan en las rutinas. A este tipo de conocimiento, Schön lo llama conocimiento en acción (Schön, 1992) y lo define como un “tipo de conocimiento que se revela en las acciones inteligentes, ya sean

observables al exterior o se traten de operaciones privadas. Se muestra a través de la ejecución espontánea y hábil y paradójicamente es difícil explicitarlo... Es tácito, formulado espontáneamente sin una reflexión consciente. Además funciona, produciéndose los resultados esperados siempre que la situación se mantenga dentro de lo que entendemos por normal”.

No obstante, el profesional se enfrenta a muchas situaciones que en la práctica son inciertas, contradictorias, complejas o únicas. A estas situaciones Schön las llama sorpresas y desencadenan un proceso de reflexión en dos tiempos. Hay una primera reflexión hecha sobre la marcha, la reflexión durante la acción (*reflection in action*).

Aquí el profesional intenta, en pocos segundos pensar sobre la sorpresa, y elige alguna acción a llevar a cabo (más preguntas, pedir pruebas complementarias, etc.). Schön lo llama experimentación, en el sentido de probar algo. Una vez pasada la acción (el encuentro médico-paciente, por ejemplo), el profesional puede pensar con más detenimiento sobre lo sucedido, es un momento de reflexión sobre la acción (*reflection on action*). A menudo esta reflexión se produce en contextos informales aunque también es el objetivo de espacios formales como las sesiones clínicas. La reflexión sobre la acción puede tener como resultado un aprendizaje que se añade al conocimiento en acción del profesional, o bien puede quedar por resolver, siendo aún motivo de sorpresa.

En resumen, lo que Schön aporta a la idea de que aprendemos a partir de la experiencia, es la necesidad de reflexionar sobre la práctica. El simple hecho de hacer sin reflexión, no implica aprendizaje.

El proceso de reflexión es tan esencial para el desarrollo profesional continuo, que merece la pena decir algo al respecto. ¿Qué quiere decir reflexionar?

La primera idea que surge es que reflexionar es volver a pensar las cosas. La reflexión nos permite profundizar y ampliar nuestro conocimiento. Tenemos un conocimiento más profundo cuando analizamos y volvemos a sintetizar.

Estas funciones requieren de los profesionales *insight personal*, las habilidades de la autoevaluación, y con frecuencia las habilidades para actuar a partir del feedback de un igual (Coles, Jolly, & Rees, 1998).

La ampliación del conocimiento nos viene básicamente de fuera. A base de contrastar nuestros puntos de vista con los de los demás, podremos incorporar enfoques en nuestros razonamientos. Brookfield (1995) expone que las personas descubren y examinan sus creencias y asunciones observando su práctica a partir de cuatro lentes o puntos de vista (Tabla 1)

Tabla 1: Puntos de vista a tener en cuenta en los procesos de reflexión según Brookfield

-la autobiografía: ¿Qué hay en la vida personal que ayuda o dificulta la práctica profesional?

-el punto de vista de los destinatarios de la práctica profesional (los pacientes, los alumnos)

-el punto de vista de los colegas o iguales

-la bibliografía

En definitiva la reflexión aporta consciencia sobre la práctica profesional. El ciclo de reflexión a partir de la experiencia propuesto por Schön (1983, 1992), se inicia con una sorpresa, y probablemente es esta capacidad de sorprenderse la que desencadena un proceso de aprendizaje. Epstein (1999) propone una práctica profesional reflexiva, atenta y presente (*mindful practice*) para favorecer la capacidad de sorprenderse como base para la mejora continua de la competencia.

Propone unas actitudes a cultivar en aras a la mejora continua de la competencia profesional (Tabla 2) Lo que aporta la actitud reflexiva

(durante la acción y después de ella) es ganar consciencia y autoconocimiento, tanto de la competencia (puntos fuertes) como de la incompetencia (puntos a mejorar)

Tabla 2: *Actitudes que favorecen la consciencia sobre la práctica profesional según R. Epstein*

- la observación atenta
 - mantener la mente del principiante o ser consciente de los propios prejuicios
 - la curiosidad
 - el pensamiento crítico
 - el valor para ver la realidad tal como es (y no como nos gustaría que fuese)
 - la humildad para tolerar la propia falta de competencia
 - la presencia física y mental
-

Coincidiendo con esta idea de aumentar el autoconocimiento, en los programas de formación, se debería poner mucho énfasis en la evaluación llamada formativa, cuyas características se detallan en la Tabla 3, y en proporcionar abundante *feed-back* sobre la propia práctica profesional.

Tabla 3: *Características de la evaluación formativa.* (M. Nolla, 2006)

- el objetivo fundamental es el aprendizaje
 - los resultados deben revertir en la persona evaluada
 - los resultados permiten personalizar los objetivos de aprendizaje (medidas correctoras)
 - estimula el autoaprendizaje (no debe realizarse al final del proceso autoformativo)
-

La reflexión se está identificando cada vez más como un componente clave del profesionalismo médico (Friedman, 2001). Es un proceso que capacita a los médicos para determinar sus acciones, revisar críticamente estas acciones y actuar a partir de los resultados para el mejor interés del cliente o paciente.

4.1.5 Resumen

Tras los resultados obtenidos de la investigación sobre el aprendizaje, las distintas teorías han acercado posiciones y existe bastante acuerdo en considerar que el aprendizaje es un proceso constructivista, autodirigido, colaborativo y contextual.

En la educación médica es fundamental el aprendizaje autodirigido, que es el que hace referencia al proceso por el cual los individuos toman la iniciativa de diagnosticar sus necesidades de aprendizaje, identificar los recursos humanos y materiales para aprender y seleccionar las estrategias de aprendizaje adecuadas y evaluar los resultados de su aprendizaje.

El concepto engloba la esencia que todo profesional de la salud debe poseer, aquella que lo capacita para aprender a lo largo de su ejercicio profesional y lo hace capaz de adquirir nuevos conocimientos y habilidades de forma rápida para su beneficio y el de la sociedad.

Una de las competencias más demandadas en la actualidad es la relacionada con la capacidad de aprender de forma autónoma. Esto ha obligado a revisar las metodologías didácticas empleadas y enfocarla a la promoción de competencias en los individuos, y no a la mera transmisión de información.

El aprendizaje experiencial forma una parte fundamental de esta capacidad de aprender de forma autónoma, pero si es importante la experiencia, lo es más, como señalan las distintas teorías de este tipo de aprendizaje, la inteligencia racional o de la reflexión, para garantizar el conocimiento.

La reflexión además de permitirnos profundizar y ampliar nuestro conocimiento, se está identificando como un componente clave del profesionalismo médico. Es el proceso que capacita a los profesionales de la salud para determinar sus actos, revisarlos de forma crítica y actuar a partir de los resultados, en beneficio del paciente.

4.2 FORMACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS EN EDUCACIÓN MÉDICA

4.2.1 Concepto e importancia de la formación basada en competencias

Como se ha señalado al inicio de este capítulo, vivimos en una época de transformaciones de complejidad e importancia crecientes, a las que es preciso adaptarse cada vez con mayor rapidez. En este contexto de cambio constante, y con la finalidad de procurar una mayor adaptación y desarrollo de las personas, surge la formación basada en competencias (FBC).

Así, uno de los retos más importantes a los que se enfrenta la sociedad del siglo XXI es el aprendizaje a lo largo de la vida y la formación basada en competencias. El aprendizaje ya no se ve como un proceso pasivo y puntual, sino como algo que tiene lugar a lo *largo* y *ancho* de la vida. Ahora más que nunca es necesario un aprendizaje continuo y permanente y este cambio demanda un modelo de educación centrado en el aprendizaje y en la formación integral y

basada en competencias. (Hernández-Pina, Martínez-Clares, & Monroy-Hernández, 2009)

Echeverría (2005) y Martínez & Echeverría (2009) definen las competencias como el conjunto de conocimientos, procedimientos, capacidades y actitudes, complementarios entre sí de tal forma que los profesionales han de saber, saber hacer, saber estar y saber ser para actuar con la máxima eficacia y eficiencia en sus actuaciones profesionales.

Existen tantas definiciones de competencia como autores escriben sobre el tema, y tantos modelos como definiciones.

El movimiento de las competencias “competency movement” fue impulsado por David McClelland (1973), quien en 1973, puso de manifiesto que los test tradicionales de aptitudes académicas, de conocimientos generales y los créditos académicos, no predecían el rendimiento laboral ni el éxito en la vida profesional. Esto le llevó a buscar otras variables, a las que llamó “competencias”, que permitiesen una mejor predicción del rendimiento laboral.

Lo planteado por McClelland respalda que el conocimiento es una condición necesaria pero no suficiente para un buen desempeño profesional. En la FBC, evaluación y formación van de la mano y sus aspectos fundamentales son: un sistema de evaluación formativa basado en la observación del comportamiento en el puesto de trabajo y de los resultados del trabajo, una retroalimentación frecuente y de alta calidad (feedback) por parte del evaluador, documentar los resultados de aprendizaje y flexibilizar el programa en función del ritmo de aprendizaje. Por parte del que aprende (estudiante, residente o profesional) exige una autoevaluación, un compromiso explícito con su propio proceso formativo y una reflexión continua documentando los puntos fuertes y débiles (Holmboe, Sherbino, Long, Swing, & Frank, 2010; Iobst et al., 2010).

Bunk G. P. define las competencias como los comportamientos resultantes de un conjunto de actitudes, habilidades, destrezas, conocimientos y valores que las personas manifiestan para resolver situaciones concretas relacionadas con su vida y su profesión (Bunk,

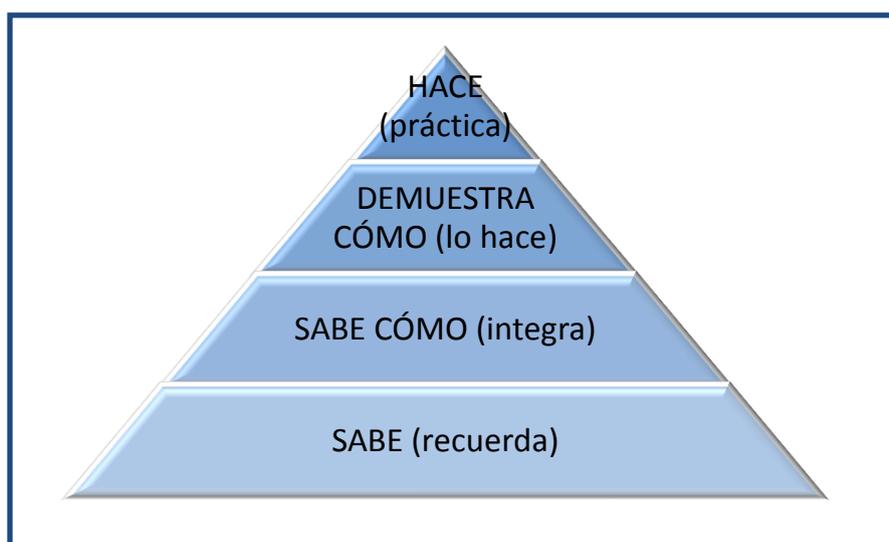
1994). Es decir, una capacidad efectiva para llevar a cabo exitosamente una actividad laboral plenamente identificada; es una capacidad real y demostrada, que se puede evaluar a través de resultados observables, donde se integran los conocimientos (saberes), habilidades y destrezas (saber hacer), actitudes y comportamientos (saber estar), y valores y creencias (saber ser)(Echeverría, 2002). En definitiva, el desempeño (*performance*).

En educación sanitaria el modelo más utilizado es el de la pirámide de Miller(1990), que muestra de manera escalonada las características del saber y quehacer del clínico, para ello, se inicia con los conocimientos hasta llegar a la conducta profesional, tal y como queda reflejado en su representación gráfica.

En la base de la pirámide se sitúan los conocimientos, *el saber*, es decir, todo aquello que el clínico sabe y conoce, adquirido a través de la formación. Para evaluar este nivel son propios del mismo los exámenes tipo test, los exámenes de respuesta corta o los exámenes orales.

El segundo nivel corresponde al *saber cómo*, es decir, al conocimiento aplicado. Consiste en utilizar e integrar estos conocimientos en su práctica diaria. Para su evaluación se realizarán exámenes orales estructurados o exámenes de casos clínicos.

Figura 4: Pirámide de Miller (1990)



El tercer escalón corresponde a *mostrar cómo*, es decir, se refiere a la actuación, donde se analiza lo que el clínico demuestra cuando se encuentra cara a cara con el paciente en situaciones parecidas a la realidad o simuladas. En este nivel se utiliza la prueba ECOE (estaciones de situaciones clínicas simuladas por las que los evaluados van rotando)

Finalmente el vértice, el cuarto escalón, corresponde a la *práctica*, al desempeño en la acción. En esta fase se evalúa lo que el clínico realiza con sus propios pacientes y en situaciones del todo reales. Ésta sería la forma ideal de evaluar la competencia clínica pero también es la más difícil. Uno de los métodos utilizados para la evaluación en este nivel es el Portafolio.(Martínez-Clares, Martínez-Juarez, & Muñoz-Cantero, 2008)

Como señala Durante (2005) en los dos niveles de la base se sitúan los conocimientos (saber) y cómo aplicarlos a casos concretos (saber cómo). En el nivel inmediatamente superior (mostrar cómo), se ubica a la competencia cuando es medida en ambientes “in vitro” (simulados) y donde el profesional debe demostrar todo lo que es capaz de hacer. Y en la cima se halla el desempeño (hacer), o lo que el profesional realmente hace en la práctica real, independientemente de lo que demuestre que es capaz de hacer (competencia).

La FBC tiene como una de sus virtudes documentar la competencia, así como su desempeño, como puede apreciarse en las partes altas de la pirámide, para cerciorar de manera más auténtica que el sanitario está preparado para hacer tanto lo que la sociedad demanda, como lo que el propio gremio admite que debe saber hacer para una praxis eficiente.

4.2.2 Modelos de educación en competencias

Para comprender la importancia de la FBC, y la gran transformación que ella representa en el proceso de enseñanza-aprendizaje, se hace necesario establecer comparaciones con respecto

al enfoque de formación tradicional (Martínez, Rubio, Garvía, & Martínez, 2003)

La FBC se centra en el aprendizaje (discente) y no en la enseñanza (docente), y en resultados, flexibiliza el desarrollo de los programas en función del ritmo de aprendizaje y enfatiza la evaluación formativa y la rendición de cuentas (Frank et al., 2010)

La reflexión es la clave de este proceso de FBC (Roma, 2007) y la evaluación se convierte en el verdadero motor del aprendizaje y del desarrollo profesional. Pasamos de “la evaluación del aprendizaje” a “la evaluación para el aprendizaje”, siendo la clave el feedback (Schuwirth & Van der Vleuten, 2011).

Tabla 4: Comparativa entre formación tradicional y basada en competencias. Adaptado de (Martínez et al., 2003)

FORMACION TRADICIONAL	FBC
Desconectada de la realidad del entorno	Atenta a las necesidades cambiantes de la sociedad y sus profesionales
Enfoque centrado en la enseñanza	Enfoque centrado en el aprendizaje y la gestión del conocimiento
Prima la transferencia de información	Importancia de la formación integral y permanente
Desconocimiento de los intereses de los estudiantes y de la necesidad de potenciar sus capacidades y habilidades	Se parte de la necesidad de potenciar las competencias genéricas, transversales y específicas de los colectivos a los que va dirigida
Currículo compartimentalizado y poco flexible	Currículo integrado y flexible
Clase magistral como metodología única	Metodología diversa, activa y participativa
Alumno receptor pasivo de información	Alumno agente de su propio aprendizaje
Uso de texto escrito como prioritario	Centrada en otras formas alternativas de trabajo

El profesional sanitario del siglo XXI debe ser un profesional competente en los aspectos conceptuales y técnicos de su profesión y, además, poseer un conjunto de características personales (competencias participativas y personales) que son esenciales para alcanzar un desempeño superior ante los desafíos que plantea la realidad actual.

Desde la educación médica la misión será identificar y seleccionar dichas competencias esenciales.

De este modo, el perfil profesional de los sanitarios, formados en las instituciones de educación superior y posteriormente en sus centros de trabajo de manera continuada, debe ser integral y constar de dos tipos de competencias (Martínez-Clares et al., 2008):

- Competencias específicas (también denominadas competencias clínicas) propias del campo profesional, las que corresponden principalmente a las siguientes áreas o dominios, entre otras:

- Habilidades clínicas básicas.
- Manejo de pacientes.
- Salud pública y sistemas de salud.
- Fundamentos científicos de su especialidad.
- Investigación y aplicación del método científico.

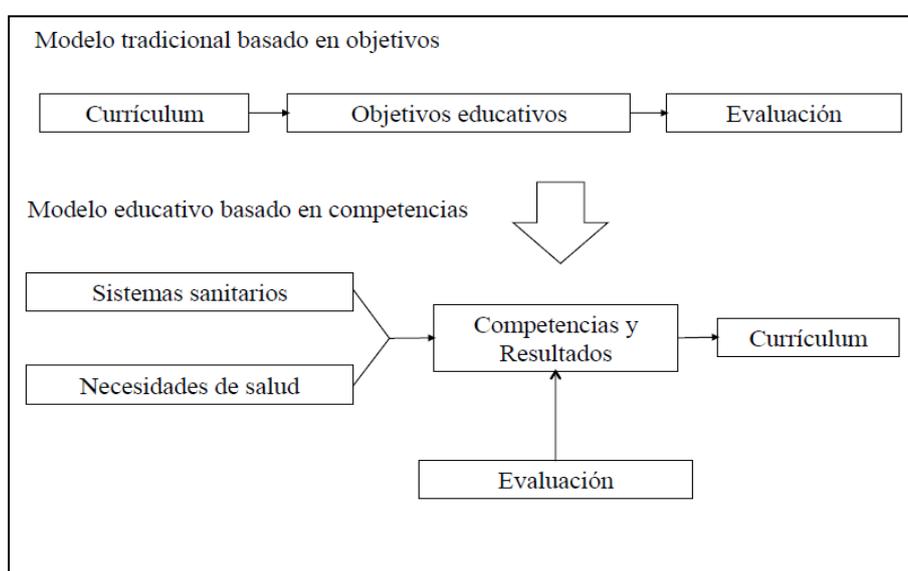
- Competencias genéricas o transversales de formación personal, las que corresponden principalmente a las siguientes áreas o dominios, entre otras:

- Comunicación.
- Sentido ético.
- Gestión de la información.
- Aprendizaje autónomo y desarrollo personal.
- Profesionalismo.

La educación tradicional está frecuentemente orientada de forma exclusiva al logro de algunas de las competencias específicas, dejando

de lado las competencias genéricas, que son las que hacen del profesional no sólo un experto en su campo, sino, además, un profesional de excelencia.

Figura 5. Formación basada en competencias (Modificado de Frenk (Frenk et al., 2010))



El enfoque de competencias implica, por tanto, cambios y transformaciones. En este sentido, la FBC es definida como un “proceso de enseñanza- aprendizaje que facilita la transmisión de conocimientos y la generación de habilidades y destrezas, pero además desarrolla en el participante las capacidades para aplicarlos y movilizarlos en situaciones reales de trabajo, habilitándolo para aplicar sus competencias en diferentes contextos y en la solución de situaciones emergentes” (Vargas, Casanova, & Montanaro, 2001).

Para la FBC es preciso valorar y destacar el valor formativo de la experiencia (Irigoin & Vargas, 2002). El aprender haciendo, y en condiciones reales de trabajo, reactiva las tesis mantenidas por las

corrientes pedagógicas más progresistas de inicios del siglo pasado (Echeverría, 2002)

El enfoque de Formación basada en Competencias, más conocido en la literatura internacional como OutCome Based Education, es considerado uno de los cambios más importantes en la educación sanitaria en el siglo XXI.

Éste es el enfoque educativo que recomiendan los principales organismos rectores y evaluadores de la educación sanitaria (o educación médica en un sentido más restringido).

Pero hay que comprender, que no es posible establecer sistemas educativos y complejos procesos de evaluación, tanto en el grado como en la formación especializada, si no está previamente definido que profesional se precisa y para qué sociedad.

El perfil del profesional a formar para dar respuesta a los retos sociales y educativos actuales se basa en los principios del “profesionalismo” o profesionalidad (tabla 5)

Tabla 5. *El profesionalismo en el nuevo milenio.*(ABIMFoundation, 2002)

Las responsabilidades profesionales implican un compromiso con:

- La competencia: aprendizaje a lo largo de toda la vida profesional
 - La honestidad con los pacientes
 - La confidencialidad
 - El mantenimiento de unas relaciones apropiadas con los pacientes
 - La mejora en la calidad de los cuidados
 - La mejora en el acceso a los cuidados
 - La justa distribución de recursos finitos
 - El conocimiento científico: integridad en el uso del conocimiento y la tecnología
 - El mantenimiento de la confianza en la gestión del conflicto de intereses
 - Las responsabilidades profesionales: trabajo colaborativo, autorregulación
-

En la década de los años 90 y principios del 2000, numerosas organizaciones académicas y sanitarias de distintos países, se adelantaron a definir las competencias básicas comunes de sus médicos y especialistas: el *General Medical Council* del Reino Unido⁵⁸ las universidades escocesas con el “*Scottish Doctor*” (Scottish Deans’ Medical Curriculum(2009), Canadá (CanMEDS Roles) (CanMEDS, 2000b), Estados Unidos (*Outcome Project-Accreditation Council Graduate Medical Education*) (Swing, 2007), y a nivel internacional, el Instituto Internacional para la Educación Médica de New York (IIME, 2002) y la World Federation for Medical Education (WFME, 2004b).

Los perfiles profesionales responden a los principios del profesionalismo ya citados, y es importante enfatizar que los programas educativos incluyan competencias relacionadas con la comunidad, salud pública, gestión y liderazgo, defensa y desarrollo de la salud comunitaria, resolución de problemas, creatividad, motivación y autoreflexión (Ladhani, Scherpbier, & Stevens, 2012)

En España, la Fundación Educación Médica, a través del consenso de expertos ha editado el documento “El médico del futuro” (Pardell Alentá & Médica., 2009) y lo define como:

Un médico que trate enfermos y no enfermedades, con actitud crítica, comunicador y empático, responsable individual y socialmente, que toma buenas decisiones para el paciente y para el sistema, líder del equipo asistencial, competente, efectivo y seguro, honrado y confiable, comprometido con el paciente y con la organización, y que vive los valores del profesionalismo, mencionados anteriormente (p.47).

En la tabla 6 podemos ver una comparativa de los modelos de las principales instituciones, incluido el programa “Ser Médico” del Hospital de Cruces en Bilbao, iniciado en el año 2008 (Tabla 6).

⁵⁸*General Medical Council* del Reino Unido (<http://www.gmc-uk.org/education/index.asp>)

Tabla 6: Modelos Competenciales de diferentes instituciones, su paralelismo y dominios competenciales adoptados por el Hospital U. Cruces. (Morán-Barrios, 2013)

CanMEDS	Outcome Project (ACGME)	IIEM New York	Ser Médico/Profesional en el Hospital U. Cruces 2008
<ol style="list-style-type: none"> 1. Experto Médico 2. Comunicador 3. Colaborador 4. Gestor 5. Consejero de salud 6. Erudito, estudioso 7. Profesional 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesionalidad 2. Habilidades Interpersonales y de Comunicación 3. Conocimiento Médico 4. Cuidados del Paciente 5. Práctica basada en el contexto del Sistema de Salud 6. Práctica clínica basada en el aprendizaje y la mejora 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética 2. Habilidades de Comunicación 3. Fundamentos científicos de la medicina 4. Habilidades clínicas. 5. Salud pública, sistemas de Salud 6. Manejo de la información 7. Análisis crítico, autoaprendizaje e investigación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesionalidad: valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética 2. Comunicación 3. Cuidados del paciente y habilidades clínicas 4. Conocimientos 5. Práctica basada en el contexto del Sistema de Salud (Salud Pública y Sistemas Sanitarios) 6. Práctica basada en el aprendizaje y la mejora continua (análisis crítico y autoaprendizaje) 7. Manejo de la información

Existe un paralelismo entre los diferentes modelos de competencias, que se adaptan a la cultura y necesidades de cada contexto social. Por ejemplo: el dominio competencial “Salud Pública y Sistemas de Salud” en el modelo del IIEM de Nueva York es superponible al concepto de “Práctica basada en el sistema de salud” del *Accreditation Council Graduate Medical Education* (ACGME) o al del modelo canadiense de “gestor y consejero de salud”.

Unos están dirigidos exclusivamente a la formación de grado y otros a la formación especializada. El modelo del IIEM tiene una amplia aceptación para el grado, y el modelo ACGME o el de CanMEDS para la especialización. Cabe destacar de los modelos del Reino Unido, Tomorrow’s Doctor y Good Medical Practice, que la seguridad del paciente es el centro del marco formativo. (Morán-Barrios, 2013)

En 1999, la “China Medical Board de Nueva York” creó el Instituto para la Educación Médica Internacional (IIME) con el objetivo de definir las competencias esenciales mínimas que todos los

licenciados en medicina debieran poseer para poder ser reconocidos como médicos (Wojtczak & Schwarz, 2000) de forma que los que posean dichas competencias queden capacitados para seguir una formación postgraduada en una especialidad médica en cualquier lugar.

Desarrollaron los “Requisitos Globales Esenciales Mínimos” (RGEM) que definen el conocimiento, las habilidades y las conductas profesionales y éticas que todos los médicos deben exhibir independientemente del lugar donde hubieren adquirido su formación.

El programa también se encargó de identificar y desarrollar los métodos necesarios para evaluar las competencias de los graduados para así poder considerar si la facultad está proporcionando las experiencias educativas que permitan a sus estudiantes adquirir dichas competencias. Las fases finales del programa, consistían en su aplicación en un número determinado de facultades y corrección de las deficiencias y la globalización de los resultados.

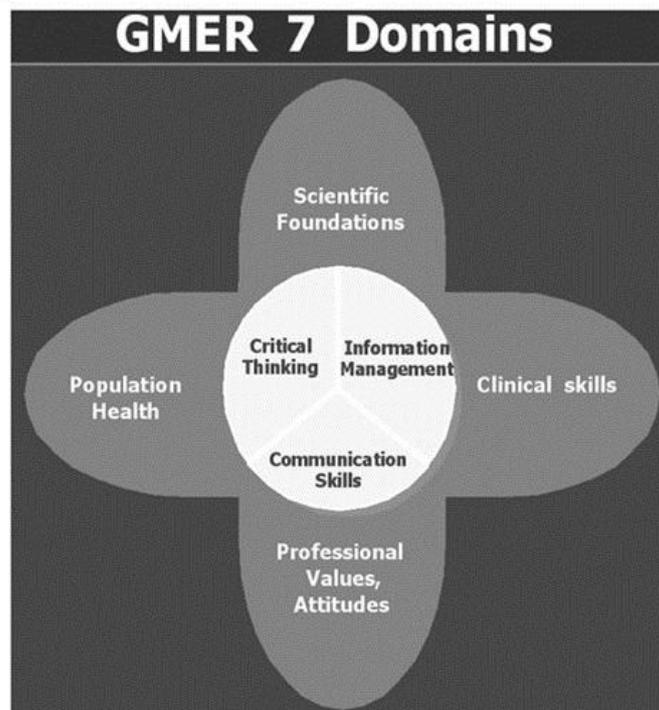
El IIME ha definido el núcleo de competencias esenciales mínimas agrupándolas en siete dominios. Estos dominios fueron identificados en un proceso de revisión bibliográfica o de fuentes inéditas aportadas por los expertos y por agrupación de experiencias y expertezas de los componentes del comité del IIME.

Las competencias englobadas en los RGEM definen lo que es ser médico y no pretenden definir lo que es ser especialista. Son el núcleo que define la profesión médica.(Schwarz & Wojtczak, 2002)

Los siete dominios identificados por deliberación y consenso y considerados como esenciales son (Figura 6):

- Valores, Actitudes, Conductas y Ética Profesionales
- Bases Científicas de la Medicina
- Habilidades Clínicas
- Habilidades relacionales o comunicativas
- Salud Poblacional y Sistemas Sanitarios
- Gestión de la información
- Pensamiento crítico e Investigación

Figura 6: *Requisitos Globales Esenciales Mínimos del IIME.* (Schwarz & Wojtczak, 2002)



Nadie pone en duda que los profesionales sanitarios dominen las bases científicas de la medicina, o desarrollen las habilidades clínicas, pero también es de suma importancia que perfeccionen los valores y conductas éticas, sabiendo sobre todo, que la mayoría de las quejas contra los médicos y los servicios asistenciales están relacionados con este dominio.

No se puede dudar tampoco de la importancia de las habilidades comunicativas del médico, cuando es esencial para crear un buen clima con los pacientes y sus familiares, otros miembros del equipo, colegas etc.

Haber seleccionado el dominio de “Salud Poblacional y Sistemas Sanitarios” como esencial refleja la creciente convicción en que no basta el conocimiento de las enfermedades y su tratamiento. Dadas las epidemias globales a las que hay que enfrentarse (como el Ébola, el tabaco o la violencia), se precisan los conocimientos y las habilidades para tratar con la salud de las poblaciones, la capacidad para trabajar en equipo con otros profesionales de la salud a fin de promover, mantener e incrementar la salud de la población. Estos esfuerzos deben llevarse a cabo en el contexto de los sistemas sanitarios existentes, motivo por el cual los médicos deben entender como funcionan y bajo que principios se estructuran, así como sus fundamentos legislativos y limitaciones económicas.

Se justifica que la “Gestión de la Información” sea considerada como un dominio de competencias esenciales para los médicos por el hecho de que cada vez más su quehacer dependerá de que disponga de un flujo de información y acceso al conocimiento que ya solo es posible a través de las nuevas tecnologías. Su uso es cada vez más imprescindible para manejar la información necesaria, para resolver los problemas de salud y para la toma de decisiones en la asistencia a los pacientes. Los médicos van a ser cada vez más dependientes de su capacidad de utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, de la comprensión de sus capacidades y limitaciones en su aplicación a la solución de los problemas médicos y como ayuda para la toma de decisiones.

Finalmente, la consideración del dominio “Pensamiento Crítico e Investigación” como esencial refleja la importancia que tiene para el médico ser capaz de valorar críticamente el conocimiento, la tecnología y la información disponible para resolver los problemas con los que debe enfrentarse. Los médicos deben aplicar los principios de la medicina basada en la evidencia en su toma de decisiones en un entorno de recursos escasos. Deben aprender a valorar críticamente los

datos y la información así como comprender el papel de la investigación para la mejora de la calidad del ejercicio profesional, puesto que la medicina de hoy no será la de mañana.

Es evidente que será necesario que los médicos adquieran de forma continuada nuevos conocimientos y habilidades. Deben adquirir un compromiso consigo mismos para el aprendizaje a lo largo de toda la vida y además han de ser capaces de aprender en esta era de la información.

Pero además requieren desarrollar la capacidad emocional e intelectual que les permita ser conscientes y de reconocer sus propias limitaciones, estar dispuestos a autoevaluarse regularmente así como a serlo por sus colegas y permanentemente a dedicar tiempo y esfuerzos al aprendizaje autodirigido.

Los “RGEM” conforman los objetivos de aprendizaje y capacitación globales mínimos para los graduados de las facultades de medicina. Sin embargo es necesario comprender que hace falta atender también las necesidades locales, nacionales o regionales, por tanto es necesario considerar también las peculiaridades culturales y las condiciones socioeconómicas en todo cuanto afecten las relaciones médico paciente.

En consecuencia, un currículum que solo atendiera a los “RGEM” y no lo hiciera a las necesidades propias de su entorno, sería un currículum incompleto. Es necesario comprender que el concepto “RGEM” no implica un uniformismo curricular ni de los procesos educativos. Cada facultad debe adoptar su propio diseño curricular aunque asegurando en primer lugar, que se alcanzan las competencias nucleares del “RGEM” y en segundo lugar, todas las necesarias para responder a las peculiaridades locales.

Sin embargo, la aceptación de los “RGEM” y su incorporación en el currículum por sí solo no necesariamente producirán los cambios deseados en las competencias de los graduados a no ser que el cambio vaya acompañado de las correspondientes adaptaciones en el proceso evaluador. La evaluación de los productos del aprendizaje expresados en los “RGEM” debe garantizar que la evaluación se centra realmente

en los objetivos desde el momento en que se planifica el programa educativo y que los estudiantes, siendo conocedores de cómo van a ser evaluados, estarán adquiriendo dichas competencias antes de que sean normativamente evaluados. (Schwarz & Wojtczak, 2002)

El proyecto del IIME creó un modelo de formación experimental cuya pretensión era preparar al estudiante de Medicina para el desempeño de los roles que actualmente son necesarios y describen las actitudes, habilidades y conocimientos básicos de un proceso de aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Su importancia ha sido tal que la comunidad académica ha tomado como referencia este modelo.

La Conferencia de Decanos en España, dentro del marco del programa de la ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y Acreditación) sobre el diseño de planes de estudio y títulos oficiales adaptados al Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES) y la reforma de Bolonia, adoptó en su modelo formativo las competencias específicas del modelo del Institute for International Medical Education (IIME) (2002), incorporando las competencias genéricas del proyecto Tunning. (ANECA, 2005)

Trabajar con un modelo de este tipo facilita el desarrollo y adaptación del proceso formativo (objetivos de aprendizaje derivados de las competencias, actividades, tareas específicas, itinerarios formativos, cronograma, metodologías y recursos docentes) y realizar una evaluación del desempeño (evaluación por resultados).

4.2.3 Formación basada en competencias en el Grado en Medicina

A- Introducción

La enseñanza de la medicina ha sufrido en los últimos años un gran cambio. La aparición de nuevas tecnologías aplicadas al diagnóstico y tratamiento, lo cambiante de los conocimientos, el aumento de la demanda sanitaria por una población cada vez más informada son algunas de las causas por las que en la actualidad se requiere un perfil profesional distinto. Se precisan médicos con actitud crítica, preparados para el autoaprendizaje, efectivos, seguros y

capaces de tomar decisiones adecuadas para el paciente y para el sistema.

De igual modo entre los objetivos de la Unión Europea está el coordinar las políticas y normas legislativas de sus estados miembros en cuestiones relacionadas no sólo con el desarrollo económico sino también con el bienestar social y el ámbito de la educación, muy especialmente el de la enseñanza superior. Así se ha producido una reordenación de las enseñanzas universitarias para favorecer la construcción del Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES).

Las Facultades de Medicina españolas realizaron en este sentido un proceso de reforma curricular en el marco del proceso de implantación del EEES.

En los nuevos planes de estudio se prioriza la adquisición de competencias por parte del alumno, así como en los métodos para adquirir esas competencias y en los procedimientos de evaluación de su adquisición. Se promueve el aprendizaje de habilidades clínicas mediante la realización obligatoria de prácticas en un período de rotación clínica en centros asistenciales (centros de salud, hospitales).

Igualmente cambia el concepto de “currículum”, pasa de ser un listado de materias, a algo más complejo. Incluye las estrategias educativas, el entorno educativo, la evaluación, los estilos y los ritmos de aprendizaje, la programación de tareas y el programa y resultados del aprendizaje.

Este nuevo plan de estudios se implantó en las Universidades españolas desde el curso 2010-2011.

B-Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES)

La creación del Espacio Europeo de Enseñanza Superior tiene su origen en la Declaración de Bolonia (19 de junio de 1999)⁵⁹. Es una iniciativa para reformar el sistema educativo europeo, sobre todo a

⁵⁹ Bologna Declaration. The Higher Education Area. Joint Declaration of the European Ministers of Education (Bologna), 1999. URL:<http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/about>.

nivel de la enseñanza superior, con el fin de coordinar normas legislativas y en definitiva homogeneizar los estudios y títulos universitarios. En este proceso han desempeñado un papel decisivo las instituciones universitarias europeas y los responsables de educación de los 29 países que formaban entonces la Unión Europea a los que se han ido añadiendo otros pertenecientes al Espacio Europeo de Libre Comercio y del Este y del Centro de Europa, hasta un total de 47 países.⁶⁰

Entre sus objetivos destacan los siguientes:

1. Reforzar la competitividad de la educación europea superior adoptando un sistema de titulaciones comprensible y comparable entre los diferentes países basado en tres ciclos (Grado, Máster y Doctorado).

2. Favorecer la movilidad y la tasa de empleo de los universitarios.

3. Establecer un sistema de créditos como unidad de medida de carga docente: European Credit Transfer System (ECTS). Los créditos ECTS representan el volumen de trabajo del estudiante para conseguir los objetivos del programa. Comprenderán toda la actividad educativa requerida por el programa académico: lecciones magistrales, trabajos prácticos, seminarios, periodos de prácticas, trabajos de campo, trabajo personal así como los exámenes y/o evaluaciones.

El crédito ECTS corresponde a unas 25-30 horas y describe los estudios cursados para hacer posible una homologación y comparación a nivel europeo.

4. Promocionar la movilidad y el intercambio de estudiantes, profesores y profesionales postgraduados entre los países.

5. Impulsar la cooperación europea para garantizar la calidad y para desarrollar unos criterios y unas metodologías educativas comparables.

⁶⁰ La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Documento Marco. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Febrero 2003.

En los comunicados de Praga (2001)⁶¹ y Berlín (2003)⁶² se añadieron posteriormente otros tres objetivos:

1. Integrar el aprendizaje de por vida en la estrategia educativa global.
2. Implicar a los estudiantes en el desarrollo del proceso y el rol activo de las universidades y de las instituciones de educación superior
3. Promover la creación de un área europea de investigación.

La declaración de Bolonia pone de manifiesto la voluntad de potenciar una Europa del conocimiento de acuerdo con las tendencias que predominan en los países más avanzados socialmente, en los que la calidad de la educación superior es un factor decisivo en el incremento de la calidad de vida de los ciudadanos.

C- Objetivos del Grado en Medicina

La conferencia de Decanos para llevar a cabo la reforma que nos hiciera converger con Europa hizo una serie de recomendaciones y determinó una serie de objetivos del Grado en Medicina, basados en otros modelos ya puestos en marcha y que habían resultado ser útiles e innovadores.

Uno de los documentos más prácticos en este sentido ha sido el elaborado por el IIME(2002), que ya se ha comentado anteriormente y que define los dominios esenciales mínimos para la formación del médico.

Fundamental también es el documento de la World Federation for Medical Education (WFME)(2004b) que define los estándares de

⁶¹ Prague Communiqué. Towards the European Higher Education Area (Prague)2001 URL:http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/PRAGUE_COMMUNIQUE.

⁶² Berlin Communiqué. Realising the European Higher Education Area. (Berlin)2003
URL:http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/BERLIN_COMMUNIQUE.

calidad para la educación médica pregraduada. Son un conjunto de estándares estructurados en 9 áreas:

- Misión y objetivos
- Programa educativo
- Evaluación de los estudiantes
- Plantilla académica
- Recursos educativos
- Programa evaluativo
- Gobernabilidad y gestión
- Renovación continuada

Las premisas de estos estándares es que cubren sólo aspectos generales para las facultades y de la educación médica básica. Respetan las diferencias regionales y nacionales en los programas educativos, de forma que se mantenga una autonomía razonable, sin que el uso de estándares internacionales implique una equivalencia total de los programas de las facultades.

Estimulan la calidad por encima de los requerimientos mínimos y deben ser vistos con una voluntad de mejora planificada.

Se deben evaluar los resultados y si los programas cumplen o no los estándares. Las facultades que no los cumplan pueden acceder a programas de mejora, aumentando así la calidad sanitaria, tanto a nivel nacional como internacional.

El objetivo específico del grado en medicina es la formación de profesionales capaces de indicar y realizar actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención (Amalich, 2010; ANECA, 2005).

Se deberá enseñar el conocimiento, habilidades y actitudes que necesitará el estudiante para practicar la Medicina y además, certificar que cada graduado es clínicamente competente, con unas bases adecuadas para la posterior formación en cualquier especialidad médica.

La competencia clínica es el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores necesarios para la ejecución de acciones relacionadas con la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, e igualmente necesarios para la interacción interpersonal (pacientes, familiares, otros profesionales) en la búsqueda de solución de los graves problemas de salud.

Es decir, la competencia clínica requiere el dominio de conocimientos específicos propios de cada patología así como de habilidades de comunicación, organización, capacidad para trabajar en equipo etc. Igualmente engloba valores como la responsabilidad, sensibilidad social, servicio, empatía etc.

En el anexo de la Orden Ministerial (ORDEN ECI/332/2008)⁶³ se recogen las 37 competencias específicas de la titulación de Medicina.

Se da más importancia a la formación práctica, incluyéndose prácticas externas obligatorias y un trabajo de fin de grado, en los últimos semestres del Grado. Surge igualmente la necesidad de evaluar no solo el conocimiento resultado de la memorización, sino el que proviene del razonamiento clínico, de la toma de decisiones y de la resolución de problemas y relaciones interpersonales. Aparece así el nuevo formato de examen Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) que evalúa las competencias prácticas y profesionales, especialmente las actitudes y las habilidades, que ha ido obteniendo el estudiante durante su formación.

Un último objetivo es el de establecer protocolos de evaluación de calidad, elaborados conjuntamente por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación y las agencias de evaluación de las comunidades autónomas que cumplan los criterios y estándares de calidad establecidos por la European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA).

⁶³ ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. «BOE» núm. 40 de 15 de febrero de 2008, páginas 8351-8355.

Deben establecer un sistema de garantía de:

- La calidad del plan de estudios.
- Evaluación y mejora de la calidad de la enseñanza y el profesorado.
- La calidad de las prácticas externas y los programas de movilidad.
- Procedimientos de análisis de la inserción laboral de los graduados.
- De la satisfacción con la formación recibida.

D- El Grado en Medicina en las Universidades de Castilla y León

En el curso 2014-2015 existían en España 40 Facultades de Medicina (33 públicas y 7 privadas) que han ofertado un total de 6877 plazas. En Castilla y León se puede estudiar el Grado en Medicina en las facultades de Valladolid y Salamanca, instaurado desde el curso académico 2010-2011 en ambas. La implantación se ha realizado de forma progresiva de tal forma que el primer año académico con el plan instaurado de forma completa en todos los cursos será el 2015-2016.^{64,65}

1-Objetivo

El perfil formativo del graduado en Medicina debe permitir el desempeño eficiente de las siguientes FUNCIONES profesionales, que constituyen los objetivos generales de la formación, y que se desglosarán en Competencias y Objetivos más específicos en las diferentes materias y asignaturas:

- Prevenir problemas de salud, en el ámbito social y en el personal, con énfasis en los más prevalentes y graves.

⁶⁴ Universidad de Valladolid (2010) *Programa del Grado en Medicina de la Universidad de Valladolid*. Valladolid, España: UVA.

⁶⁵ Universidad de Salamanca (2010) *Programa del Grado en Medicina de la Universidad de Salamanca*. Salamanca, España: USAL.

- Diagnosticar los problemas de salud.
 - Resolver los problemas de salud mediante el tratamiento adecuado.
 - Aliviar el sufrimiento, minorando las consecuencias de aquellos problemas de salud que sean solo susceptibles de paliación.
 - Mantener su competencia profesional, siendo capaz de detectar sus necesidades de formación y de buscar la información fiable, relevante y actualizada al respecto.
 - Contribuir a la formación de otros profesionales de salud.
 - Realizar tareas de gestión sanitaria.
- Para ello se precisan actitudes, habilidades y conocimientos que le permitan alcanzar
- Una formación adecuada de las bases biológicas y sociales de la medicina.
 - Un razonamiento clínico competente.
 - Un firme compromiso ético y social.
 - Una plena consideración humanista de la profesión.

2-Competencias

Competencias Básicas

Las competencias básicas identifican los elementos compartidos que pueden ser comunes a cualquier titulación, tales como la capacidad de aprender, de tomar decisiones, de diseñar proyectos, las destrezas administrativas etc que son comunes a la mayoría de las titulaciones. En una sociedad cambiante donde las demandas tienden a hallarse en constante reformulación, estas competencias y destrezas genéricas son de gran importancia.

Las competencias básicas son las siguientes:

CB1.Poseer y comprender conocimientos que incluyan aspectos que proceden de la vanguardia de su campo de estudio.

CB2.Elaboración y defensa de argumentos y resolución de problemas dentro de su área de estudio.

CB3.Reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de conocimiento) para emitir juicios que incluyan una

reflexión sobre temas trascendentes de índole social, científica o ética.

CB4.Ser capaz de transmitir información, ideas, problemas y soluciones a públicos especializados y no especializados.

CB5.Desarrollar aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.

CB6.Fomentar actitudes no discriminatorias en función del género.

CB7.Prestar a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas, sobre la base de un consentimiento libre e informado y entre otras formas, mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y sus necesidades a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas, para la atención de la salud en los ámbitos público y privado.

CB8.Fomentar la educación y la cultura de la paz

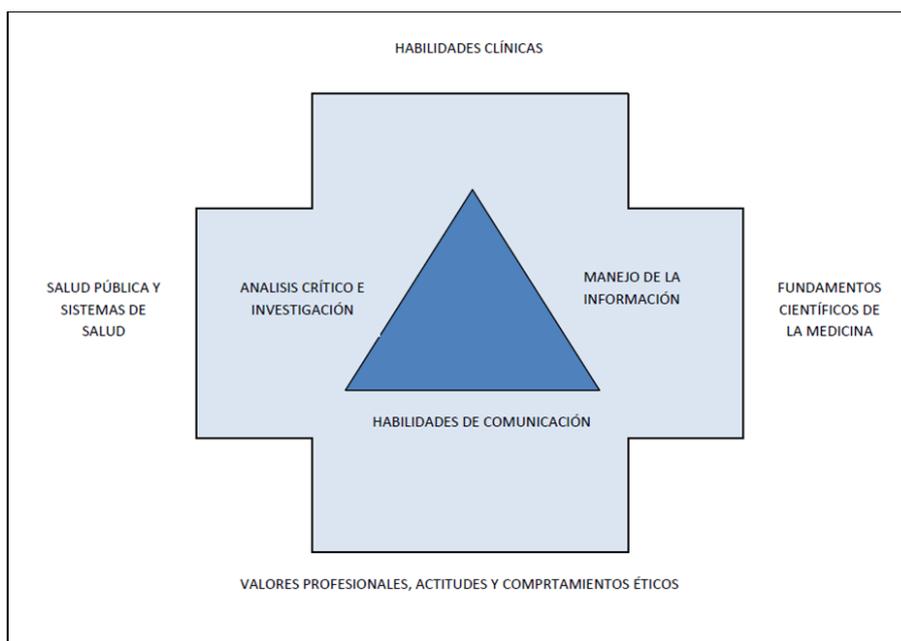
El médico con formación básica debe tener el soporte necesario para continuar con la formación especializada posterior, pero también ser capaz de desarrollar otros perfiles profesionales, como la dedicación a la actividad docente y/o investigadora, la dedicación a la industria farmacéutica o a la gestión sanitaria.

Competencias Generales

El estudiante de medicina debe adquirir unas competencias generales que le permitan obtener una base adecuada para la posterior formación en cualquiera de las ramas de la medicina, en concordancia con el papel de los médicos en el sistema de salud.

Las Competencias Generales que se adquieren en el Grado en Medicina están agrupadas en siete campos, inspirados en los requisitos globales mínimos esenciales en Educación Médica del Instituto Internacional para la educación Médica (IIME, 2002), de acuerdo con el esquema siguiente:

Figura 7: Esquema Competencias Generales. Modificado por ANECA e inspirado en (IIME, 2002)



Se describen a continuación:

1. VALORES PROFESIONALES, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS ÉTICOS:

Proporcionan la capacidad de entender la naturaleza del ejercicio de la medicina, la ética profesional, la responsabilidad legal y la repercusión económica de sus actuaciones:

C01.Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales y el ejercicio profesional centrado en el paciente.

C02.Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional.

C03.Saber aplicar el principio de la justicia social a la práctica profesional y comprender las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.

C04.Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura.

C05.Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.

C06.Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.

2. FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DE LA MEDICINA:

Se debe enseñar al estudiante el método científico como estructura del pensamiento y los fundamentos científicos necesarios para la resolución de problemas clínicos:

C07.Comprender y reconocer la estructura y función normal del cuerpo humano, a nivel molecular, celular, tisular, orgánica y de sistemas, en las distintas etapas de la vida y en los dos sexos.

C08.Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.

C09.Comprender y reconocer los efectos, mecanismos y manifestaciones de la enfermedad sobre la estructura y función del cuerpo humano.

C10.Comprender y reconocer los agentes causales y factores de riesgo que determinan los estados de salud y el desarrollo de la enfermedad.

C11.Comprender y reconocer los efectos del crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento sobre el individuo y su entorno social.

C12.Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones terapéuticas, basándose en la evidencia científica disponible.

3. HABILIDADES CLÍNICAS:

Las siguientes competencias proporcionan al estudiante las habilidades clínicas adecuadas para la posterior formación especializada en cualquiera de las ramas de la medicina:

C13. Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante.

C14. Realizar un examen físico y una valoración mental.

C15. Tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada.

C16. Reconocer y tratar las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato y aquellas otras que exigen atención inmediata.

C17. Establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, aplicando los principios basados en la mejor información posible y en condiciones de seguridad clínica.

C18. Indicar la terapéutica más adecuada de los procesos agudos y crónicos más prevalentes, así como de los enfermos en fase terminal.

C19. Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.

C20. Adquirir experiencia clínica adecuada en instituciones hospitalarias, centros de salud u otras instituciones sanitarias, bajo supervisión, así como conocimientos básicos de gestión clínica centrada en el paciente y utilización adecuada de pruebas, medicamentos y demás recursos del sistema sanitario.

4. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN:

Estas competencias están dirigidas a que el futuro médico aprenda a obtener y sintetizar la información obtenida de los pacientes y saber transmitirla en la Historia Clínica y a otros profesionales:

C21. Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el contenido de esta información.

C22. Redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros.

C23. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.

C24. Establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.

Los últimos tres apartados de competencias proporcionan el entrenamiento en la obtención, valoración crítica y aplicación de la información médica a las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación:

5. SALUD PÚBLICA Y SISTEMAS DE SALUD:

C25. Reconocer los determinantes de salud en la población, tanto los genéticos como los dependientes del sexo y estilo de vida, demográficos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos y culturales.

C26. Asumir su papel en las acciones de prevención y protección ante enfermedades, lesiones o accidentes y mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.

C27. Reconocer su papel en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud, como en las intervenciones para la promoción de la salud.

C28. Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre salud.

C29. Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud y los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.

C30. Conocimientos básicos del Sistema Nacional de Salud y legislación sanitaria

6. MANEJO DE LA INFORMACIÓN:

C31. Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y sanitaria.

C32.Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.

C33.Mantener y utilizar los registros con información del paciente para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos.

C34.Tener, en la actividad profesional, un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo constructivo y orientado a la investigación.

C35.Comprender la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, la prevención y el manejo de las enfermedades.

C36.Ser capaz de formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas, siguiendo el método científico

7. ANÁLISIS CRÍTICO E INVESTIGACIÓN

C37.Adquirir la formación básica para la actividad investigadora

Competencias específicas de la asignatura de Obstetricia y Ginecología

Se refieren a la especificidad propia del campo de estudio de la Ginecología y Obstetricia. Permiten adquirir al graduado en Medicina un conocimiento general de la asignatura y que es común al resto de las Facultades de Medicina. Son las siguientes:

CMIII27. Conocer los fundamentos de la exploración y seguimiento del embarazo.

CMIII28. Conocer y diferenciar el curso del embarazo normal y el patológico.

CMIII29. Puerperio.

CMIII30. Conocer las enfermedades de transmisión sexual.

CMIII31. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías ginecológicas.

CMIII32. Saber los fundamentos científicos y la orientación de la contracepción y la fertilización.

Competencias Específicas desarrolladas por UVA (Universidad de Valladolid): Estas competencias se permiten en atención a las necesidades de cada Universidad y al objeto de dar flexibilidad a cada plan de estudios. Se encuentran recogidas con las siglas asignadas a las diferentes asignaturas que componen cada uno de los Módulos y Materias.

OG1. Conocer cómo se realiza la asistencia al parto normal y patológico.

OG2. Reconocer, diagnosticar y orientar la patología mamaria.

3-Resultados del Aprendizaje

Los estudios del Grado en Medicina están estructurados en competencias, pero también en Resultados del aprendizaje

Estos están basados en el Proyecto Tuning y en otras publicaciones relevantes en educación médica.

El Proyecto Tuning (González & Wagenaar, 2003) se trata de un proyecto financiado por la Comisión Europea en el marco del programa Sócrates creado para responder al reto de la Declaración de Bolonia y del Comunicado de Praga. En él se introdujo el concepto de resultados del aprendizaje y competencias. Por resultados del aprendizaje entendemos que es el conjunto de competencias que incluye conocimientos, comprensión y habilidades que se espera que el estudiante domine, comprenda y demuestre después de completar un proceso corto o largo de aprendizaje.

Esto supone el desplazamiento de una educación centrada en la enseñanza hacia una educación centrada en el aprendizaje.

Las competencias y destrezas se entienden como “conocer y comprender” (conocimiento teórico de un campo académico, la capacidad de conocer y comprender), “saber cómo actuar” (la aplicación práctica y operativa del conocimiento a ciertas situaciones) “saber cómo ser” (los valores como parte integrante de la forma de percibir a los otros y vivir en un contexto social)

Los trabajos de Miller (1990) ya comentados, estructuran el progreso de la competencia de forma piramidal, situando en la base los “conocimientos” (Knowledge). En el segundo nivel se sitúa el

“saber cómo...” (know how), en el que se integran los conocimientos con las aptitudes y actitudes. En el tercer nivel está la actuación, “demostrar como...” (performance, show how) en situaciones que se acercan a la realidad. Finalmente estaría el “hacer”, la práctica médica, probablemente propia de los profesionales que ya han pasado por un período de formación especializada.

En base a lo anterior, los resultados del aprendizaje se han estructurado en dos grandes apartados. “saber” y “saber hacer”. Se entiende que dentro del “saber” se incorporan aquellos contenidos relacionados fundamentalmente con los conocimientos “aquello que se es capaz de recordar e integrar desde una perspectiva básicamente conceptual”. En el “saber hacer” se incorporan las destrezas, habilidades y actitudes en las que el alumno debe ser competente de forma previa a la formación especializada.

Los contenidos de los apartados “saber” y “saber hacer” se relacionan a continuación:

1. Saber:

En este apartado se incorporan aquellos conocimientos que por su relevancia, prevalencia o ejemplaridad el estudiante debe conocer en profundidad, de tal forma que sepa reconocer el cuadro que se presenta, establecer un diagnóstico indicando las pruebas complementarias pertinentes, para así poder indicar una estrategia terapéutica, que necesariamente deberá completarse durante el período de formación especializada. Los contenidos son los siguientes:

Conocer los cambios fisiológicos que acontecen durante la gestación

Conocer los procedimientos diagnósticos para el embarazo en su primera mitad (diagnóstico presumible, probable y cierto).

Conocer la pauta diagnóstica prenatal de las cromosomopatías desde el punto de vista obstétrico.

Conocer la sistemática de control del embarazo normal.

Conocer las maniobras y pruebas de exploración obstétrica y los criterios de normalidad de las mismas.

Conocer la fisiología y clínica del parto normal, así como la asistencia al mismo.

Evaluar el puerperio normal y destacar la importancia de la lactancia materna.

Conocer las enfermedades que cursan con metrorragia en el primer trimestre de gestación y conocer su diagnóstico y conducta terapéutica.

Conocer los fundamentos diagnósticos y conocer el tratamiento de la hiperemesis gravídica.

Conocer los estados hipertensivos del embarazo, reconocer la conducta asistencial y las repercusiones materno-fetales.

Reconocer los criterios diagnósticos de la diabetes gestacional y las repercusiones de la diabetes sobre el embarazo y del embarazo sobre la diabetes.

Conocer las anemias asociadas al embarazo y su profilaxis.

Conocer la alta prevalencia de las infecciones urinarias durante la gestación y saber su tratamiento.

Conocer las infecciones maternas más importantes que cursan con afectación fetal.

Conocer las repercusiones de las cardiopatías sobre el embarazo y del embarazo sobre las cardiopatías y conocer la sistemática asistencial.

Conocer las repercusiones de la incompatibilidad Rh y del sistema ABO durante la gestación y su profilaxis.

Conocer las alteraciones del crecimiento intrauterino retardado y su repercusión fetal.

Conocer la patología de la rotura prematura de membranas y las repercusiones feto-maternas.

Conocer la patología del parto pretérmino y las repercusiones feto-maternas.

Conocer las enfermedades que cursan con metrorragia en el tercer trimestre y conocer su diagnóstico y conducta terapéutica.

Conocer las causas y sistemática de control del embarazo de alto riesgo. Conocer las distocias dinámicas, el parto prolongado y su repercusión feto-materna.

Conocer el concepto de desproporción pélvico-cefálica y del parto de prueba.

Conocer las características y sistemática asistencial del parto distócico (embarazo gemelar, presentación de nalgas y situación transversa).

Conocer los principales accidentes obstétricos (rotura uterina y desgarros del canal).

Conocer las hemorragias del alumbramiento.

Conocer los principales instrumentos y operaciones obstétricas.

Conocer la patología del puerperio y conocer su tratamiento.

Conocer las principales exploraciones ginecológicas.

Conocer la clínica, diagnóstico y tratamiento de las infecciones vaginales.

Conocer las principales ETS y su repercusión en la reproducción.

Conocer los principales síndromes dolorosos ginecológicos y su conducta terapéutica.

Conocer el síndrome climatérico y las ventajas e inconvenientes de su tratamiento.

Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general de las amenorreas patológicas.

Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general de la endometriosis.

Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general del síndrome del ovario poliquístico.

Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general de la enfermedad inflamatoria pélvica. Repercusión en la fertilidad.

Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general de los prolapsos genito-urinaros y de la incontinencia de orina.

Conocer la clínica, pauta diagnóstica y terapéutica de las distrofias, tumores benignos y malignos de la vulva.

Conocer la clínica, pauta diagnóstica y terapéutica de los pólipos, lesiones preneoplásicas y malignas del cuello uterino.

Conocer la clínica, pauta diagnóstica y tratamiento de los miomas, pólipos, sarcomas y cáncer de endometrio.

Conocer la clínica, pauta diagnóstica y tratamiento de los tumores benignos y malignos del ovario.

Conocer la clínica, pauta diagnóstica y tratamiento de la patología benigna y maligna de la mama.

Conocer los diferentes métodos contraceptivos, ventajas, inconvenientes y fiabilidad de los mismos.

Conocer las técnicas de reproducción asistida humana.

2. Saber hacer:

La descripción detallada de las competencias en “el saber hacer” ha sido un elemento absolutamente novedoso en nuestro país. Se destaca así la importancia que adquiere la formación práctico-clínica del médico, disminuyendo el tradicional peso dado a los conocimientos (“saber”) y reforzando entrenamiento y capacitación en habilidades y actitudes, las cuales deben ser también evaluadas.

El estudiante debe ser capaz al finalizar el adecuado proceso de aprendizaje, de realizar de forma autónoma las siguientes actividades:

Mostrar comprensión y sensibilidad ante la paciente obstétrica o ginecológica, sabiendo preservar su dignidad y guardando el secreto profesional.

Debe saber realizar una anamnesis para conformar una historia clínica obstétrico-ginecológica y exploraciones básicas de la especialidad bajo supervisión.

Debe conocer las diversas patologías obstétricas y ginecológicas y tener los conocimientos necesarios para aproximarse a un diagnóstico.

Debe saber analizar los síntomas, signos, exploración clínica y exploraciones complementarias habituales de la patología obstétrica y ginecológica, para alcanzar un diagnóstico.

Debe saber valorar la evolución, el pronóstico y el tratamiento de la patología obstétrico-ginecológica más frecuente.

Saber interpretar un informe obstétrico-ginecológico.

4. *Estructura de las enseñanzas*

Existen distintas formas de estructurar los contenidos, según las distintas metodologías de enseñanza:

El modelo paralelo o clásico se basa en la estructuración de los contenidos docentes en asignaturas que discurren de forma paralela y secuencial. En los primeros años se estudia anatomía, bioquímica, fisiología, etc., para continuar con el estudio de la medicina interna, la cirugía, la radiología, etc. Estas asignaturas suelen estar impartidas por una única área de conocimiento, con la que suelen coincidir en denominación. Dicha área/departamento es responsable de la elaboración del programa y de la evaluación de los alumnos. Las distintas asignaturas pueden coordinarse entre sí, aunque es el alumno el encargado de integrar sus contenidos. En la actualidad este modelo es empleado por el 43% facultades españolas.

En el modelo integrado las asignaturas se suelen impartir por diversas áreas de conocimiento, que comparten un mismo programa y una misma evaluación. Las materias suelen responder a los distintos órganos y aparatos del organismo humano, que se ven tanto en su estructura y función normal como en su patología, como un todo. La estructura y función normal del sistema nervioso o su patología, se enfocan con referencia a este último, independientemente de que se analice su anatomía, función normal, patología, diagnóstico o terapéutica. Los objetivos y contenidos son previamente consensuados. Permite una integración denominada horizontal, entre contenidos del mismo año, y vertical a lo largo de distintos años del desarrollo del plan de estudio.

En los actuales planes vigentes en España se ha producido cierto grado de integración/aposición, exclusivamente horizontal. Así el 18% de las facultades de medicina integran disciplinas básicas y clínicas. Además el 39% integran con un rango variable disciplinas clínicas, en general médico-quirúrgicas.

La tercera metodología docente en la enseñanza de la medicina es la basada en la resolución de problemas. Dicha metodología se

fundamenta en que “el conocimiento es memorizado mejor cuando se adquiere en el mismo contexto en el que debe ser aplicado más tarde”.

Es decir, se crean pequeños grupos con un tutor que es el encargado de ofrecer apoyo en el aprendizaje de los alumnos; una vez planteados los problemas, estos extraen de cada uno de ellos sus objetivos y contenidos más importantes. Esta metodología da a los alumnos la capacidad de trasladar sus conocimientos a la práctica y desarrollar habilidades de grupo. Se basa más en la comprensión que en memorizar conceptos, de tal modo que su aprendizaje es directo.

Este sistema conlleva un plan de estudios estructurado en “Z”. Es decir al mismo tiempo que los alumnos ganan experiencia práctico-clínica en etapas iniciales de la formación, ganan profundidad de forma progresiva en los conocimientos teóricos.

Atendiendo a criterios de flexibilidad y autonomía universitaria cada facultad puede organizar su plan de estudios en función de la metodología docente deseada, siempre que queden identificados los contenidos y su carga en créditos ECTS.

La estructuración de los contenidos de la titulación en las Facultades de Castilla y León se ha realizado teniendo en cuenta las actuales corrientes en metodología docente dentro de la educación médica, de manera que las distintas Facultades pudieran aplicar cualquiera de ellas, partiendo de contenidos comunes.

Su estructuración en bloques o módulos no es más que una forma de agrupar contenidos y de garantizar el reconocimiento de los mismos.

En las Facultades de Medicina de Salamanca y Valladolid los estudios constan de un total de 360 créditos ECTS, divididos en 60 por año.

Están distribuidos en 36 ECTS de asignaturas básicas, 258 ECTS de obligatorias, 6 ECTS de optativas, 54 ECTS por las prácticas y rotatorio y 6 ECTS del trabajo Fin de Grado.

El plan de estudios se organiza en 6 Módulos, divididos en Materias y éstas en asignaturas, que disponen de un número de créditos ECTS variable, relacionado con la extensión de su contenido.

Los módulos son los siguientes:

Módulo I: Estructura y Función del Cuerpo Humano (84 ECTS)

Módulo II: Medicina Social. Habilidades de Comunicación e
Iniciación a la Investigación (32 ECTS)

Módulo III: Formación Clínica Humana (135 ECTS)

Módulo IV: Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos (43
ECTS)

Módulo V: Prácticas Tuteladas y Trabajo de Fin de Grado (60
ECTS)

Módulo VI: Formación Optativa (6 ECTS)

Dentro del Módulo III se encuentra la Materia de Formación
Materno-Infantil. Está constituida por las asignaturas de Obstetricia y
Ginecología y Pediatría.

La asignatura de Obstetricia y Ginecología se estudia en el 4º
curso con una distribución anual y enseñanza práctica por grupos.
Consta de 9 ECTS.

La Obstetricia estudia la fisiología y la patología de la
gestación, parto y puerperio, mientras que la Ginecología se ocupa de
la patología propia de los órganos del tracto genital femenino,
asumiendo la patología de la mama.

Las prácticas tuteladas de esta asignatura constan de 6 créditos
ECTS. Se realizan durante 4 semanas, con incorporación completa a
las tareas clínicas y formativas de los Servicios hospitalarios
adjudicados del área de Obstetricia y Ginecología, sometidas a una
evaluación continua.

Dentro de las asignaturas optativas, se encuentra la de
Reproducción Humana Asistida, fundamental en la actualidad para la
labor profesional del especialista en Ginecología y Obstetricia.

Consiste en el desarrollo de los conocimientos actualizados
sobre las alteraciones de la reproducción humana, de sus
procedimientos diagnósticos y de las posibilidades de tratamiento en
la esterilidad e infertilidad, así como de los aspectos bioéticos y
legales que pueden relacionarse con la reproducción asistida.

4.2.4 FBC en la especialidad de Obstetricia y Ginecología

Formar médicos especialistas supone integrar a un recién licenciado en las actividades asistenciales de un centro sanitario con responsabilidad creciente y supervisión decreciente en el tiempo. Esta labor formativa es posible llevarla a cabo disponiendo de los instrumentos y recursos que garanticen que dicha integración está adecuadamente planificada, supervisada y que el resultado final (médico especialista competente) es consecuencia del cumplimiento de un programa adaptado a las demandas sociosanitarias actuales (Morán Barrios, 2003)

El sistema MIR, que nació en los años sesenta con el Seminario de Hospitales, se basa en el aprendizaje en un contexto laboral y ha sido uno de los motores más importantes de la modernización de la medicina en España.

El sistema tiene una sólida estructura estatal centrada en el Ministerio de Sanidad y Política Social, que fue regulado en 1984 (Real Decreto 127/1984)⁶⁶, destacando los siguientes aspectos: la acreditación de centros y unidades docentes cuya garantía de calidad formativa se regula mediante auditorías periódicas; una prueba de acceso universal; la definición y clasificación de especialidades y sus programas regulados por las correspondientes Comisiones Nacionales de Especialidades y un Consejo Nacional. Sin embargo, el sistema tiene importantes debilidades en su desarrollo en las instituciones sanitarias. La orden de Comisiones de Docencia de 1995⁶⁷ (Orden de 22 de Junio de 1995, por el que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la Formación de médicos y de Farmacéuticos Especialistas), que regulaba el funcionamiento y funciones de éstas, así como la de los jefes de estudio y tutores, prácticamente no se llegó a desarrollar y el sistema de evaluación que

⁶⁶ Real Decreto 127/1984, de 11 de enero de 1984 por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. «BOE» núm. 26, de 31 de enero de 1984.

⁶⁷ Orden de 22 de Junio de 1995, por el que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la Formación de médicos y de Farmacéuticos Especialistas. «BOE» núm. 155, de 30 de junio de 1995, páginas 19793 a 19799.

proponía, actualmente en vigor, es más un sistema de certificación del cumplimiento de una serie de rotaciones o estancias en determinadas unidades asistenciales, que una verdadera evaluación formativa y de competencias.

Un estudio de la Comisión Nacional de Nefrología ya puso de manifiesto algunas de dichas debilidades en la formación de especialistas, desde la irregular dotación de medios materiales y humanos de las Unidades Docentes, al cumplimiento de objetivos docentes o la función de tutoría voluntarista y poco reconocida (Quereda et al., 2008). El Real Decreto 183/2008⁶⁸, supone una gran oportunidad para desarrollar y mejorar el sistema de formación sanitaria especializada, ya que proporciona el marco para formar y evaluar en competencias, abordando, entre otros aspectos, las unidades multiprofesionales, y un tema controvertido pero fundamental, la troncalidad. Primero hay que ser médico y después especialista.

J. Cobo-Reinoso destaca los elementos que deben configurar una residencia segura y eficiente: 1) la definición de un programa formativo coherente con los objetivos de formación; 2) establecer protocolos de supervisión; 3) una adecuada comunicación con el tutor; 4) un sistema de evaluación integral, esencialmente formativo, más exigente, y 5) un control de calidad por parte de las Comisiones de Docencia.(Cobo-Reinoso, 2009). Todo ello no será posible sin una dotación de recursos y una consolidación definitiva en las organizaciones sanitarias, de las estructuras docentes y de los agentes formadores (jefes de estudio, tutores, otros formadores y personal técnico docente), lo cual corresponde a las Comunidades Autónomas.

⁶⁸ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero de 2008, 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. «BOE» núm. 45, de 21 de febrero de 2008.

A-La formación en el contexto laboral

La formación en el contexto laboral profesionaliza al residente al contribuir a desarrollar en éste el conocimiento, las habilidades, destrezas, actitudes y valores que están presentes, hoy día, en la profesión médica. Pero también puede desprofesionalizar, ya que existe una dificultad para plantear prácticas educativas en todos y en cada uno de los contextos asistenciales en los que los residentes se forman. La presión asistencial y otros factores ligados a la organización sanitaria y su gestión no facilitan la interacción entre tutores/facultativos y residentes. Este clima lleva, en ocasiones, a que tutores y facultativos olviden que son docentes y que los residentes son profesionales en formación, si bien éstos no deben olvidar que son los primeros responsables de su formación, estando obligados a adoptar posiciones activas.

Las instituciones deben garantizar: 1) el ejercicio del liderazgo desde la alta dirección y mandos intermedios (jefe de estudios, jefes de servicio, tutores); 2) la planificación y el desarrollo de una estrategia docente, que implique a todas las personas (tutores y plantillas), facilitando la toma de decisiones y la asunción de responsabilidades, incluidas las de los residentes; 3) los recursos necesarios (estructurales, materiales, económicos y organizativos); 4) el desarrollo de los programas integrándolos en la organización asistencial de acuerdo a un perfil definido de médico especialista, y 5) la medición cualitativa y cuantitativa de resultados.

Dentro de este esquema es donde la figura del tutor toma relevancia como gestor de un programa de especialización bajo la estrategia docente del centro. Es en el contrato-programa de los centros y en la cartera de servicios de las unidades docentes donde deben figurar los compromisos y las tareas formativas. Esto supone un ejercicio de responsabilidad social derivado de la acreditación docente (Morán Barrios, 2003).

Por tanto, el objetivo está en formar a un profesional: 1) con una formación amplia y esencial basada en valores éticos, hábitos y actitudes y que abarque aspectos humanísticos, científicos y tecnológicos; 2) un conocimiento y una práctica del método científico

que esté unido a la gestión de la complejidad y de la incertidumbre; 3) el manejo correcto del lenguaje científico, tecnológico e informático que facilite el aprendizaje autónomo, y 4) una buena experiencia en el ámbito de las relaciones interpersonales que dé paso a la iniciativa y al trabajo en equipo, al desarrollo de destrezas para los asuntos personales y para una eficaz participación democrática en la sociedad (Fonseca & Ruiz de Gauna, 2006).

Para garantizar ese objetivo, los centros y las unidades docentes deben ser conscientes de que tiene que haber una coherencia en el proceso formativo, teniendo en cuenta los tres momentos de una acción docente: un antes, un durante y un después.

Un antes donde se contempla el entorno social de la especialidad, las competencias que deben desarrollarse por niveles, el papel del tutor, del residente, el de los demás formadores y el de la institución. *Un durante* (interacción), que incluye los contextos de formación, el cómo se va a potenciar el aprendizaje en cada uno de los contextos, tareas específicas, conjuntas e individuales, estrategias metodológicas, y una evaluación continua o formativa. *Un después* (evaluación) del aprendizaje del residente, de la actuación del tutor, del desarrollo del proceso formativo, del programa, del resto de agentes formadores y de la estructura de soporte (Fonseca & Ruiz de Gauna, 2006). El tutor como eje de esta compleja y delicada tarea de tanta responsabilidad social debe adquirir y desarrollar determinadas competencias docentes.

B-La evaluación dentro del programa formativo

Una evaluación de rigor y homologable es la gran asignatura pendiente del sistema de formación especializada, pero no será posible llevarla a cabo si todos los agentes formadores (no sólo los tutores) no tienen claro qué evaluar, es decir, si no hay un buen programa con las competencias a alcanzar claramente definidas (Morán Barrios & Ruiz de Gauna-Bahillo, 2010), del ginecólogo en nuestro caso y con instrumentos aceptados por toda la institución. La evaluación (el después) es una obligación moral ante la sociedad, la institución y el

propio residente. Es un derecho de éste a fin de orientarle y ayudarlo en su autoaprendizaje, y en la adquisición y mejora de sus competencias.

Así pues, la evaluación forma parte de un complejo proceso formativo y debe estar bien definida *a priori*. Evaluar es también un proceso como tal, que genera información a través de una valoración mediante parámetros de referencia y ésta se utiliza para formar juicios y tomar decisiones. Estas decisiones pueden ser de muchos tipos, y se resumen en dos conceptos: una decisión calificadora, sancionadora, de apto/no apto, sin posibilidad de rectificación inmediata, salvo pasar un nuevo proceso de evaluación. A este tipo se le llama evaluación *sumativa*. Y otro tipo, que, pudiendo utilizar los mismos instrumentos, permite al evaluado, ante los resultados, conocer sus fortalezas y debilidades y establecer planes de mejora, es la evaluación *formativa*. Ambas exigen el mismo rigor de procedimiento y documentación.

En el actual sistema de formación hay que desarrollar y trabajar en profundidad la evaluación formativa y olvidar el concepto arraigado en nuestra cultura de «evaluación igual a examen y a sanción» (suspense o aprobado). Hay que tener en cuenta que la evaluación fracasa si previamente no se han respondido con claridad a las siguientes preguntas (Morán Barrios & Ruiz de Gauna-Bahillo, 2010): ¿qué competencia se va a evaluar?, ¿cómo? (¿con qué instrumento?), ¿por qué?, ¿para qué? (¿cuál es el objetivo?), ¿cuándo?, ¿por quién?, ¿dónde?, ¿con qué recursos?, ¿colaboran todos los miembros del equipo? Por tanto, los principios que debe cumplir toda evaluación son los siguientes: 1) adecuada al propósito (¿para qué?); 2) contenido basado en el programa (¿qué?); 3) métodos seleccionados en función de la validez, fiabilidad y viabilidad (basados en la mejor evidencia disponible); 4) documentación y métodos, estandarizados, transparentes y públicos; 5) proporcionar un *feedback* relevante y positivo (evaluación formativa); 6) capacidad de los evaluadores demostrada y colaboración (¿quién?); 7) personas legas podrán asesorar o examinar en áreas para las que ellas son competentes (p. ej., comunicación, profesionalidad); 8) recursos

suficientes, y 9) disponer de un sistema integral de aseguramiento de la calidad.

La evaluación no sólo debe limitarse al residente sino que debe abarcar el programa, el proceso, la estructura y los agentes formativos, como la única clave para mejorar.

1-Qué y cómo evaluar las competencias de un profesional

La evaluación de los residentes tiene como objetivo mejorar y facilitar el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes del residente. Para alcanzar este objetivo se requiere una evaluación progresiva del residente en la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes y documentar los aciertos o fallos del diseño o desarrollo de los programas formativos. La evaluación de las competencias de un profesional comprende distintas dimensiones que se ponen de manifiesto en sus actuaciones (Group, 2009): 1) lo que es capaz de hacer: inteligencia técnica (habilidades y destrezas clínicas); 2) cómo enfoca su práctica: inteligencia intelectual (conocimiento básico), la emocional (actitudes), la creativa y analítica (razonamiento), y 3) el médico como profesional: inteligencia personal (valores, ética, profesionalidad).

Existen numerosos instrumentos y métodos validados para evaluar cada una de dichas áreas, que, combinados, nos permiten emitir un juicio sobre la competencia de un profesional; su descripción y aplicación exceden el propósito de este artículo, existiendo excelentes revisiones sobre el tema (R. Epstein, 2007) (Wass, Van der Vleuten, Shater, & Jones, 2001). Un documento muy útil es el *Toolbox (ACGME, 2000)* ya que describe muy bien cada instrumento, su concepto, cualidades psicométricas, utilidad, validez y fiabilidad. Basándose en dicho documento y agrupando las competencias en los siete dominios competenciales descritos en la tabla 2, los posibles instrumentos de evaluación para cada dominio serían los siguientes:

1. *Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética*: evaluación 360° (evaluación múltiple por personal sanitario y equipo de trabajo) (Whitehouse, Hassell, Bullock, Wood, & Wall, 2007),

método habitual en el mundo de la empresa privada; opinión de pacientes, ECOE (Martínez Carretero, 2005)

2. *Habilidades clínicas (experto clínico-cuidados de salud)*: pacientes estandarizados, simulaciones, ECOE, evaluación clínica por observación directa de la práctica clínica en el puesto de trabajo (MiniCEX, DOPs-Observación Directa de Procedimientos o Técnicas) (Norcini & Burch, 2007), (Norcini, 2005), cuestionarios, casos, registros clínicos, auditorías, revisión por pares, indicadores de calidad, memorias, portafolios (Snadden & Thomas, 1998). En este sentido, el Hospital de Cruces de Bilbao, por ejemplo viene desarrollando su propio modelo de memoria reflexiva como base de un portafolio (Morán, Carballo, & Ruiz de Gauna, 2007), (Morán, Fernández, Lorenzo, & Sharluyan, 2005).

No obstante, en cuanto a las pruebas de evaluación clínica por observación directa, han sido desarrolladas en el mundo anglosajón ante una preocupación que el propio Norcini destaca en su artículo (Norcini & Burch, 2007) y es que raramente observan a los residentes, circunstancia que en nuestro entorno puede ser diferente.

3. *Fundamentos científicos de la medicina (conocimientos médicos)*: todo tipo de pruebas de conocimiento, preguntas de elección múltiple (PEM), pareadas (EMI) (Case & Swanson, 1993), casos estructurados, simulaciones y modelos.

4. *Comunicación*: opinión de pacientes, 360°, pacientes estandarizados, ECOE.

5. *Salud pública, sistemas sanitarios (promotor de la salud y gestor de recursos)*: 360°, cuestionarios, opinión de pacientes

6. *Manejo de la información*: simulaciones por ordenador, casos.

7. *Análisis crítico e investigación, autoaprendizaje*: portafolios, memorias reflexivas, casos estandarizados.

En resumen, la evaluación de las competencias de un profesional implica una multidimensionalidad, teniendo que inferir de lo parcial al todo. No obstante, deberemos comenzar por instrumentos muy sencillos, económicos, aceptados y entendidos por todo el equipo

asistencial y el residente, y que aporten valor añadido sobre nuestro actual sistema.

C-Estándares internacionales

Al igual que en la formación de grado, existen programas formativos internacionales para especialistas basados en competencias, que se han convertido en importantes referentes.

A principios de 1990 el Colegio de Médicos Canadiense desarrolló un programa innovador basado en la adquisición de las competencias básicas, habilidades y destrezas de los médicos especialistas.

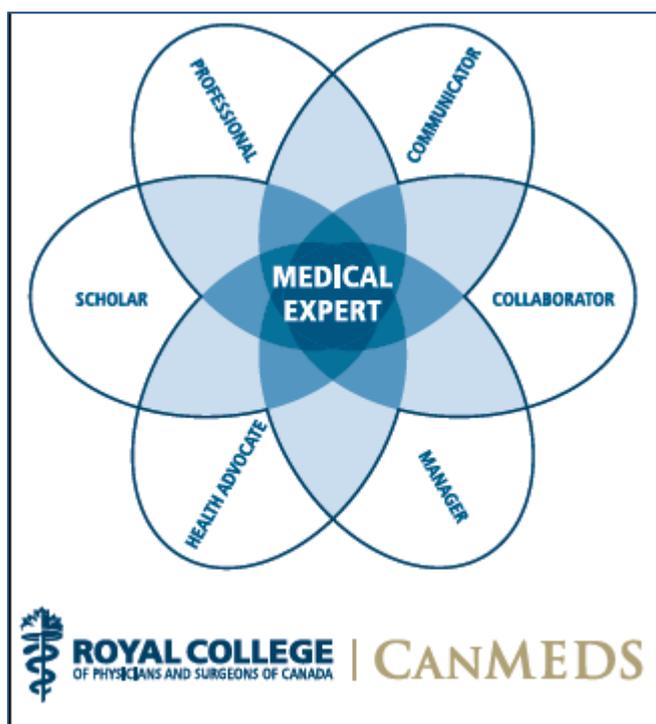
Bajo el nombre de “CanMEDS”(2000a) se establece el programa marco que define los siete roles, hitos o dominios en los que el médico especialista debe formarse: 1) Experto médico, 2) Comunicador, 3) Colaborador, 4) Gestor, 5) Consejero de salud, 6) Erudito, estudioso y 7) profesional (Figura 8)

Como vemos en el diagrama, el Experto Médico se coloca en el centro. En él se integran todos los roles de CanMEDS. El médico aplica los conocimientos médicos, habilidades clínicas y actitudes profesionales en la prestación de la atención centrada en el paciente.

Como comunicadores, los médicos facilitan eficazmente la relación médico-paciente, con las familias, así como con otros colegas.

Como colaboradores, los médicos trabajan con eficacia dentro de un equipo con otros profesionales para lograr una atención óptima del paciente.

Figura 8: Diagrama de CanMeds © 2014 Royal College of Physicians and Surgeons of Canada



Como gerentes, los médicos participan en actividades que contribuyan a la eficacia de sus organizaciones y de sus sistemas de salud y administran los recursos adecuadamente

Como defensor de la salud, los médicos utilizan responsablemente sus conocimientos para promover la salud y el bienestar de los pacientes de forma individual, pero también de la comunidad y las poblaciones.

Como estudiosos, los médicos demuestran un compromiso de por vida con el aprendizaje reflexivo, así como con la contribución a la investigación, y la difusión y aplicación de los conocimientos médicos.

Finalmente, como profesionales, los médicos están comprometidos con la salud y el bienestar de los individuos y la sociedad a través de la práctica ética.

Fundamental también es el ACGME Outcome Project. ACGME es el Consejo de Acreditación de Educación Médica para Graduados. Es un organismo privado, sin ánimo de lucro, fundado en 1981 en EEUU, que avala y acredita los programas de postgrado de formación médica.

En 1999 lanzó el Outcome Project (ACGME, 2000), una iniciativa en formación basada en competencias para sus residentes. Así, define seis competencias generales o básicas en las que se tienen que formar y sobre las que se les va a evaluar hacia el final de su programa.

Estas seis competencias generales son:

1) Cuidados del paciente: Los residentes deben ser capaces de proporcionar atención al paciente de forma compasiva, apropiada y eficaz para el tratamiento y promoción de la salud.

2) Conocimiento médico: Los residentes deben ser capaces de implementar sus conocimientos médicos y clínicos y demostrar la aplicación de éstos en beneficio del paciente.

3) Práctica clínica basada en el aprendizaje y la mejora: Los residentes deben ser capaces de investigar y aplicar los conocimientos adquiridos en sus prácticas en la atención al paciente.

4) Habilidades interpersonales y de comunicación: Los residentes deben ser capaces de intercambiar información efectiva que mejore la relación médico-paciente, con los familiares y con otros profesionales.

5) Profesionalismo: Deben demostrar un compromiso en llevar a cabo sus responsabilidades profesionales y la adhesión a los principios éticos.

6) Práctica basada en el contexto del sistema de salud: Los residentes deben demostrar un conocimiento y capacidad de respuesta en un contexto más amplio, como lo es el de la salud pública y ser capaz de emplear eficazmente los recursos de su sistema de salud.

Posteriormente y en conjunto con el American Board of Obstetrics and Gynecology y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) diseñaron un programa de hitos o dominios para su uso en la evaluación semestral de los médicos residentes. Los hitos son los conocimientos, habilidades, actitudes y otros atributos para cada una de las competencias ACGME. Proporcionan un marco para la evaluación del desarrollo del especialista en formación en las principales dimensiones de las competencias en su especialidad, desde el inicio en su formación hasta la graduación como especialista.

Los hitos se organizan en 5 niveles, que no se corresponden a los años de formación, sino al nivel de formación y capacidad que alcanzan. En el nivel 1, el residente demuestra los hitos esperados en un principiante. En el 2, el residente demuestra hitos adicionales, pero aún no trabaja a un nivel medio. Alcanza el nivel 3 cuando sigue avanzando e incluye sistemáticamente la mayoría de los hitos dirigidos para la residencia. En el nivel 4 el residente demuestra sustancialmente los hitos específicos para la especialidad. Este nivel está diseñado como el objetivo de la graduación. Por último, el nivel 5 es cuando el residente ha avanzado más allá de los objetivos de rendimiento establecidos para la residencia y está demostrando comportamientos de un profesional que ejerce desde hace varios años. Se espera que solo algunos residentes excepcionales alcancen este nivel.

En las figuras 9 y 10 se pueden ver ejemplos de este sistema.

Figura 9: Obstetrics and Gynecology Milestones. ACGME Outcome Project. Ejemplo 1.

Version 09/2013 The Obstetrics and Gynecology Milestones: Gynecology, ACGME Report Worksheet Practice-based Learning and Improvement Milestones					
Self-directed Learning/Critical Appraisal of Medical Literature — Practice-based Learning and Improvement					
Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5	
Demonstrates an understanding of critical appraisal of the literature	Identifies resources (e.g., texts, search engines) to answer questions while providing patient care	Applies patient-appropriate use of evidence-based on review articles or guidelines on common topics in practice	Tailors evidence-based practice based on the values and preferences of each patient	Designs a hypothesis-driven or hypothesis-generating study	<input type="checkbox"/>
Demonstrates responsiveness to constructive feedback	Recognizes limits of knowledge, expertise, and technical skills	Critically reviews and interprets the literature with the ability to identify study aims, hypotheses, design, and biases	Reads and assesses strength of evidence in current literature and applies it to one's own practice	Contributes to peer-reviewed medical literature	<input type="checkbox"/>
	Describes commonly used study designs (e.g., randomized controlled trial [RCT], cohort; case-control, cross-sectional)		Analyzes his or her own outcomes as compared to national standards		<input type="checkbox"/>
Comments:					Not yet achieved Level 1 <input type="checkbox"/>

Figura 10: Obstetrics and Gynecology Milestones. ACGME Outcome Project. Ejemplo 2.

Version 09/2013 The Obstetrics and Gynecology Milestones: Gynecology, ACGME Report Worksheet Gynecology Milestones					
Gynecology Technical Skills: Laparotomy (e.g., Hysterectomy, Myomectomy, Adnexectomy) — Patient Care					
Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5	
<p>Demonstrates knowledge of basic abdominal and pelvic anatomy</p> <p>Demonstrates basic surgical principles, including use of universal precautions and aseptic technique</p> <p>Positions patient appropriately for surgery</p>	<p>Works effectively as a surgical assistant</p> <p>Performs simple abdominal incision and closure</p> <p>Demonstrates basic surgical skills, including:</p> <ul style="list-style-type: none"> • knot tying • simple suturing • suture and staple removal 	<p>Demonstrates appropriate tissue handling, request for instruments, and flow of the procedure</p> <p>Understands and uses various forms of energy sources used in surgery</p> <p>Performs uncomplicated gynecologic procedures</p> <p>Recognizes surgical complications and formulates an initial management plan</p>	<p>Independently performs gynecologic procedures</p> <p>Demonstrates good intra-operative decision making, including the ability to modify a surgical plan based on operative findings</p> <p>Demonstrates the ability to recognize and manage surgical complications, including the appropriate use of intra-operative consultation</p> <p>Applies an evidence-based approach to the adoption of new technologies</p> <p>Effectively supervises and educates lower-level residents regarding laparotomy</p> <p>Collaborates and provides consultation to other members of the health care team regarding laparotomy</p>	<p>Applies innovative and complex approaches to laparotomy and implements treatment plans based on emerging evidence</p>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comments:					Not yet rotated <input type="checkbox"/>

En Europa el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists de Reino Unido (RCOG) ha desarrollado también un programa para la especialización basado en adquisición de competencias y habilidades, con una descripción detallada de lo que se espera en cada nivel (tres niveles) del avance de cada residente.

Entre las metodologías de formación se encuentra el e-portfolio, discusiones basadas en casos clínicos, preparación de sesiones clínicas, asistencia a cursos, e-learning en los tutoriales del RCOG o el uso de la sala de operaciones. Al final de cada año de formación se realiza una evaluación formal del progreso del residente, para determinar si se puede avanzar al año siguiente del programa de formación en la especialidad. En el programa están igualmente detalladas las formas de evaluación: entrevistas con el tutor/docente, e-portfolio, evaluación 360°, Mini-CEX (mini Clinical Evaluation Exercise, OSATS (Objective structured assessment of technical skills), CBD (case-based discussions)

Finalmente, comentar el Programa ENTOG (European Network of trainees in Obstetrics and Gynaecology): Tiene como objetivo establecer los medios de comunicación entre los residentes de Ginecología y Obstetricia europeos, de forma que haya una mayor comunicación entre ellos, mejorando el nivel de formación y la calidad de la atención médica en todos los países europeos. Para alcanzar sus objetivos, ENTOG organiza un programa de intercambio anual y reunión educativa de los alumnos. Este programa está bajo la supervisión de la Unión Europea y el EBCOG (Colegio Europeo de Ginecología y Obstetricia, en el que hay representantes de los Colegios Profesionales de Europa).

D-Programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología

El programa formativo actual de la especialidad de Obstetricia y Ginecología fue elaborado en el año 2009 por la Comisión Nacional de dicha especialidad y ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, órgano asesor de los

Ministerios de Sanidad y Política Social y de Educación en materia de formación sanitaria especializada.

Asimismo, dicho programa formativo fue estudiado, analizado e informado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud de la que forman parte, entre otros, los consejeros de sanidad de las diversas comunidades autónomas y el Director General de Universidades del Ministerio de Educación.

El programa tiene una duración de cuatro años y recoge, de modo estructurado, en un mapa de competencias actualizado, los conocimientos, habilidades y actitudes que debe adquirir el residente para poder acceder al título de especialista.

La especialidad de Obstetricia y Ginecología debe conceptuarse actualmente como una especialidad de contenido extenso y diverso que incluye:

- a) La fisiología de la gestación, el parto y el puerperio, así como de su patología y su tratamiento.
- b) La fisiología, patología y tratamiento inherente a los órganos que constituyen el tracto genital femenino, incluyendo la mama.
- c) Los fenómenos fisiológicos y patológicos de la reproducción humana y su tratamiento.
- d) Los aspectos preventivos, psíquicos y sociales que necesariamente se relacionan con los apartados anteriores.

El objetivo primario a cubrir por el programa docente de la especialidad, es ofrecer las líneas generales de aprendizaje para obtener especialistas competentes y útiles a la sociedad donde deben desarrollar su actividad, lo que implica facilitar al residente la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes que lo capaciten para realizar con eficacia la asistencia a la mujer durante la gestación, el parto y el puerperio, para diagnosticar y tratar los problemas ginecológicos de la mujer, incluyendo los de la mama, y para promocionar su salud reproductiva y diagnosticar y tratar los problemas de infertilidad. El mapa de competencias de la especialidad, se adjunta en el Anexo. II

El acceso a la formación, su organización, supervisión, evaluación y acreditación de unidades docentes multiprofesionales de

Obstetricia y Ginecología, se lleva a cabo conforme a lo previsto en el Real Decreto 183/2008⁶⁹, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos de la formación sanitaria especializada.

Otros objetivos derivados de éste programa docente son formar especialistas capaces de ser autocríticos, de mantener una actitud permanente de aprendizaje y formación continuada, de desarrollar proyectos de investigación y de asumir con responsabilidad la gestión adecuada de los recursos que la sociedad pone en sus manos.

Además de las competencias específicas, las hay que son comunes o transversales al resto de programas.

En Castilla y León se dispone de un Plan Transversal Común aprobado por la Orden SAN/914/2010⁷⁰, de 17 de junio. Este plan está dirigido a proporcionar una formación integral en áreas de competencias esenciales y compartidas por las distintas especialidades. El Plan Transversal Común se aplica a todos los residentes que se forman en la Comunidad de Castilla y León. Es decir no solo para los residentes que provienen del grado de medicina. Se aplica a los farmacéuticos, químicos, radiofísicos, enfermeros, biólogos y psicólogos.

El seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales durante el período de residencia se lleva cabo mediante las evaluaciones formativa, anual y final, como se detalla en el Real Decreto 183/2008.

⁶⁹ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero de 2008, 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. «BOE» núm. 45, de 21 de febrero de 2008.

⁷⁰ Orden SAN/914/2010, de 17 de junio⁷⁰, por la que se regula el plan formativo transversal común para los Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla y León. «BOCYL» núm. 125, de 1 de julio de 2010.

La evaluación formativa.

La evaluación formativa efectúa el seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación, permitiendo evaluar el progreso en el aprendizaje del residente, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación de la correspondiente especialidad, identificar las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas.

Son, entre otros, instrumentos de la evaluación formativa:

a) Entrevistas periódicas de tutor y residente, de carácter estructurado y pactado, que favorezcan la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación. Estas entrevistas, en un número no inferior a cuatro por cada año formativo, se realizarán en momentos adecuados, normalmente en la mitad de un área o bloque formativo, para valorar los avances y déficits y posibilitar la incorporación al proceso de medidas de mejora. Las entrevistas se registrarán en el libro del residente

b) Instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente según los objetivos del programa formativo y según el año de formación que se esté cursando.

c) El libro del residente como soporte operativo de la evaluación formativa del residente.

Informes de evaluación formativa.

El tutor, como responsable de la evaluación formativa, cumplimentará informes normalizados basados en los instrumentos anteriormente mencionados y se incorporarán al expediente personal de cada especialista en formación.

El libro del residente. Concepto, características y diseño.

El libro del residente es el instrumento en el que se registran las actividades que realiza cada residente durante su período formativo.

Son características del libro del residente:

- a) Su carácter obligatorio.
- b) Ser el registro individual de actividades que evidencian el proceso de aprendizaje del residente, por lo que en dicho libro se

incorporarán los datos cuantitativos y cualitativos que serán tenidos en cuenta en la evaluación del proceso formativo.

c) Registrar las rotaciones realizadas, tanto las previstas en el programa formativo como las externas autorizadas.

d) Ser un instrumento de autoaprendizaje que favorezca la reflexión individual y conjunta con el tutor a fin de mejorar las actividades llevadas a cabo por el residente durante cada año formativo.

e) Ser un recurso de referencia en las evaluaciones junto con otros instrumentos de valoración del progreso competencial del residente.

El libro es propiedad del residente, que lo cumplimentará con ayuda y supervisión de su tutor. Los datos que contenga estarán sujetos a la legislación aplicable sobre protección de datos de carácter personal y secreto profesional.

La comisión nacional de la correspondiente especialidad diseñará la estructura básica del libro del residente, que será aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, correspondiendo a la comisión de docencia garantizar la adaptación individual de su contenido (plan individual de formación) a la guía o itinerario formativo aprobado por ella a propuesta de los tutores de cada especialidad.

Comités de evaluación. Composición.

Se constituirá un comité de evaluación por cada una de las especialidades cuyos programas formativos se desarrollen en el centro o unidad docente. Los comités tendrán el carácter de órgano colegiado y su función será realizar la evaluación anual y final de los especialistas en formación.

Los comités de evaluación estarán integrados, al menos:

a) Por el jefe de estudios de formación especializada, que presidirá el comité y dirimirá con su voto los empates que pudieran producirse.

b) Por el presidente de la subcomisión que en su caso corresponda.

c) Por el tutor del residente.

d) Por un profesional que preste servicios en el centro o unidad de que se trate, con el título de especialista que en cada caso corresponda, designado por la comisión de docencia.

e) Por uno de los vocales de la comisión de docencia designado por la comunidad autónoma.

Las evaluaciones anuales y finales se harán constar en las correspondientes actas del comité de evaluación.

La evaluación anual.

La evaluación anual tiene la finalidad de calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el programa formativo, en los siguientes términos:

a) Positiva: cuando el residente ha alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate.

b) Negativa: cuando el residente no ha alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate.

Las evaluaciones anuales negativas podrán ser recuperables o no según los supuestos.

El informe anual del tutor es el instrumento básico y fundamental para la valoración del progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias profesionales, tanto asistenciales como de investigación y docencia. Este informe debe contener:

a) Informes de evaluación formativa, incluyendo los informes de las rotaciones, los resultados de otras valoraciones objetivas que se hayan podido realizar durante el año de que se trate y la participación en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionados con el correspondiente programa.

b) Informes de evaluación de rotaciones externas no previstas en el programa formativo siempre que reúnan los requisitos previstos al efecto.

c) Informes que se soliciten de los jefes de las distintas unidades asistenciales integradas en la unidad docente de la especialidad en la que se esté formando el residente.

La evaluación anual se llevara a cabo por el correspondiente comité de evaluación en los 15 días anteriores a aquel en que concluya el correspondiente año formativo, y sus resultados se trasladarán a la comisión de docencia para que proceda a su publicación.

La evaluación final del periodo de residencia.

La evaluación final tiene como objeto verificar que el nivel de competencias adquirido por el especialista en formación durante todo el periodo de residencia le permite acceder al título de especialista.

La evaluación final se someterá al siguiente procedimiento:

Se realizará a los residentes tras la evaluación del último año de residencia y se llevará a cabo por el comité de evaluación de la especialidad.

El comité de evaluación, a la vista del expediente completo de todo el periodo de residencia, levantará acta otorgando a cada residente una de las siguientes calificaciones:

- a) Positiva.
- b) Positiva destacado.
- c) Negativa.

No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del período de residencia.

Cuando la evaluación final sea positiva o positiva destacado, el residente podrá solicitar su revisión ante la comisión nacional de la especialidad de que se trate, para optar a la calificación de destacado con mención o de destacado con mención especial de dicha comisión, mediante la realización de una prueba artículo siguiente.

Cuando la evaluación final sea negativa, el residente podrá solicitar su revisión ante la comisión nacional de la especialidad para realizar la prueba ordinaria y, en su caso, extraordinaria.

Recientemente se ha publicado el Real Decreto 639/2014⁷¹ por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica (ACE). La especialidad de Obstetricia y Ginecología no queda adscrita al sistema formativo troncal, pero este decreto permitiría afrontar el nuevo reto de la formación integral para subespecialistas, con la oportunidad de la creación de algún ACE que complemente la formación de los especialistas.

4.2.5 Resumen

La formación de los especialistas sanitarios exige una reflexión permanente para dar respuesta a una sociedad en continua transición, máxime cuando se viven momentos sociales y económicos tan delicados como el actual que influyen directamente en el mundo sanitario.

En un mundo globalizado, en continuo cambio, lleno de incertidumbres, donde la movilidad de profesionales entre países es creciente, se precisan profesionales con nuevas competencias para que sean capaces de adaptarse con flexibilidad a los nuevos tiempos, nuevos roles de docentes y discentes, así como nuevas metodologías de educación y evaluación (Morán-Barrios, 2013).

A partir de la formación básica y de especialidad, el médico debe entrar en un proceso de formación continuada a lo largo de su vida, que le permita alcanzar niveles óptimos de desarrollo profesional, de los que se derive una actualización competencial

⁷¹ Real Decreto 639/2014, de 25 de julio de 2014 por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen normas aplicables a las pruebas de acceso y otros aspectos de sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se modifican determinados títulos de especialista. «BOE» núm. 190, de 6 de agosto de 2014.

permanente, que se traduzca en unos niveles de calidad de acuerdo con los cánones científico-médicos y profesionales de este momento.

La formación en las Facultades de Medicina debe potenciar el aprendizaje a lo largo de la vida, la autonomía y la responsabilidad personal y profesional, y sobre todo el pensamiento crítico. La formación y evaluación en competencias permite abordar estos retos.

La aplicación del espacio europeo de enseñanza superior (EEES) ha supuesto importantes cambios en la metodología docente, tradicionalmente centrada en la enseñanza, para pasar a centrarse en el aprendizaje.

A su vez, la reforma de los estudios de Medicina tras su implantación ha sido el principio de un largo camino orientado a la mejora de la competencia profesional de los titulados.

Se precisa un perfil del médico distinto, entrenado para el autoaprendizaje.

La metodología de la enseñanza en Medicina debe sufrir también una serie de cambios. Basada hasta ahora en la asimilación de conceptos teóricos, en la actualidad nos encontramos una enseñanza más basada en el aprendizaje y en la práctica. Se promueve el aprendizaje de habilidades clínicas y la adquisición de competencias por parte del alumno.

En educación sanitaria el modelo competencial más utilizado es el de la pirámide de Miller (Miller, 1990), que muestra de manera escalonada las características del saber y quehacer del clínico.

El objetivo específico del grado en Medicina es la formación de profesionales capaces de realizar actividades dirigidas a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Se adquiere el concepto de competencia clínica, que es el conjunto de habilidades, conocimientos, destrezas, actitudes y valores necesarios para la ejecución de acciones relacionadas con la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Estas competencias se agrupan en competencias básicas, que incluyen la capacidad de aprender, de tomar decisiones, diseñar

proyectos que pueden ser comunes a cualquier titulación, competencia genéricas que permiten obtener una base adecuada para la posterior formación en cualquiera de las ramas de la Medicina y por último, las competencias específicas de cada asignatura o materia en concreto.

Se establece un sistema de créditos como unidad de medida de la carga docente, que incluye no solo las horas lectivas, sino las de trabajo dedicadas a dicha materia.

Cada facultad estructura los contenidos en una serie de módulos y asignaturas a los que les adjudica una serie de créditos, en total 360 para el Grado en Medicina.

De esta manera se facilita la homologación de los estudios a nivel europeo, con el fin de promocionar la movilidad y el intercambio de estudiantes, profesores y profesionales postgraduados entre los distintos países, uno de los objetivos de Bolonia.

Así es en la actualidad el Grado en Medicina, primer paso en la formación médica y que precisa de la formación médica especializada para el acceso al mercado de trabajo.

Ambas etapas deberían coordinar sus programas y objetivos con el fin de facilitar la continuidad entre ambas.

Habría que esperar todavía a que finalicen las primeras promociones del Grado (curso 2015-2016) para ver si se han logrado los objetivos de este plan y si se necesitan incluir mejoras.

A partir de los años 90, numerosas instituciones internacionales (CanMEDS, IIME, WFME) han establecido unos estándares de calidad para la formación de los profesionales en los tres estadios de su profesión (grado-posgrado-especialistas) que se han convertido en una importante referencia.

Trabajar con estos modelos facilita el desarrollo del proceso formativo (objetivos de aprendizaje derivados de las competencias, metodologías, recursos docentes) y poder realizar una evaluación por resultados.

Facilitaría además a contribuir a desarrollar el verdadero continuo formativo entre las tres fases de la formación y desarrollo del médico.

El sistema MIR nacido en los años 70, se basa en el aprendizaje en un contexto laboral y ha sido uno de los motores más importantes de la modernización de la Medicina en España.

La formación en el contexto laboral profesionaliza al residente al contribuir a desarrollar en éste el conocimiento, las habilidades, destrezas, actitudes y valores que están presentes hoy en día, en la profesión médica.

Los elementos que deben configurar una residencia segura y eficiente son la definición de un programa formativo coherente con los objetivos de evaluación, establecer protocolos de supervisión, una adecuada comunicación con el tutor, un sistema de evaluación integral, esencialmente formativo, más exigente, y un control de calidad por parte de las comisiones de docencia.

Las instituciones deben garantizar que se cumplan estos elementos, y es aquí donde la figura del tutor toma relevancia como gestor de un programa de especialización bajo la estrategia docente del centro.

Si tiene una asignatura pendiente el sistema de formación especializada, es una evaluación de rigor y homologable.

El programa formativo actual de la especialidad de Obstetricia y Ginecología fue elaborado en el año 2009 por la Comisión Nacional de dicha especialidad. Tiene una duración de cuatro años y recoge, de modo estructurado, en un mapa de competencias actualizado, los conocimientos, habilidades y actitudes que debe adquirir el residente para acceder al título de especialista.

El objetivo de este programa es ofrecer las líneas generales de aprendizaje para obtener especialistas competentes, capaces de ser autocríticos, de mantener una actitud permanente de aprendizaje y formación continuada, de desarrollar programas de investigación, y de asumir con responsabilidad la gestión adecuada de los recursos que la sociedad pone en sus manos.

4.3 EL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

El desarrollo profesional continuo (DPC) es un proceso inherente a la profesión médica. Desde hace tiempo los profesionales sanitarios son conscientes de la necesidad de seguir aprendiendo una vez finalizados los estudios o periodos de especialización.(M. Nolla, 2006). Esto implica involucrarse en alguna forma de formación continuada.

La motivación para el DPC desde la perspectiva del médico deriva de tres fuentes principales:

- La motivación profesional para proveer atención óptima al paciente como individuo.
- La obligación de asumir las demandas de los directivos y de la sociedad.
- La necesidad de mantener la satisfacción en el trabajo y evitar “quemarse”.

4.3.1 Concepto

El DPC es la actualización permanente de conocimientos. Para ser un poco más explícitos, y para especialidades médicas, podríamos decir que es el mantenimiento de la competencia profesional adquirida durante las dos primeras fases de aprendizaje (universidad y postgrado). Lo deseable sería, no sólo el mantenerla, sino perfeccionarla continuamente, acorde con los nuevos avances que experimenta la ciencia. Esto es fácil de entender, ya que hasta un 50% de los conocimientos cambian o se demuestran erróneos en un plazo de 5 años. El desarrollo profesional continuo es por tanto un imperativo profesional de cada médico (DPC individual) y un prerrequisito para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

El DPC individual debe entenderse desde una perspectiva global e integradora de los elementos de formación continuada, de valoración de la actividad asistencial, docente e investigadora impregnados todos ellos de un componente de ética y profesionalismo (Martín Zurro, 2006).

El DPC individual debe estimular la mejora de todas y cada una de las actividades profesionales mencionadas e implica una dinámica

activa de progresión, mantenida a largo de toda la vida profesional, encaminada a búsqueda de la excelencia de la práctica, incluyendo los ámbitos de conocimientos, habilidades, capacidades y actitudes. Por contraposición, la formación continuada (FC) es el conjunto de actividades formativas que un profesional realiza a lo largo de su vida, una vez obtenida la titulación básica o especializada que le permite ejercer. El objetivo de la FC es el mantener y mejorar la competencia profesional individual y sin duda es un deber de todo profesional.

En ocasiones también existe confusión entre DPC y Carrera Profesional. La Carrera Profesional (CP) es el resultado de la valoración de diferentes elementos del DPC individual en el contexto laboral del profesional sanitario. El DPC individual está vinculado a la propia sociedad y a las instituciones y organizaciones profesionales.

La mezcla y confusión conceptual entre DPC individual y CP se plasma en el propio articulado de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)⁷², de noviembre de 2003. En su título tercero desarrolla los principios generales comunes y homologables del “desarrollo profesional y su reconocimiento”, pero cuando se analiza su contenido se observa que incluye principalmente elementos más propios de la CP que del DPC individual (tabla 7).

⁷²Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. «B.O.E» núm.280, de 22 de noviembre de 2003.

Tabla 7. *El Desarrollo Profesional en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)*

<p>Concepto de desarrollo profesional</p> <p>Es el reconocimiento público, expreso y individualizado del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario, en cuanto a conocimiento, experiencia en el trabajo asistencial, docente y de investigación, y al cumplimiento de los objetivos asistenciales y de investigación de la institución donde presta sus servicios</p> <p>Características</p> <p>Acceso al sistema de desarrollo profesional: voluntario</p> <p>Puede tener efectos en la estructura de las retribuciones y las cuantías (a negociar con las organizaciones sindicales)</p> <p>El reconocimiento del desarrollo profesional lo regulan las Administraciones sanitarias, dentro de los principios generales establecidos en la LOPS</p> <p>Estructura</p> <p>Se articula en 4 grados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Acceso al primer grado: mínimo 5 años de ejercicio profesional Acceso a grados superiores: mínimo 6 años desde la anterior evaluación positiva <p>Homologación y reconocimiento</p> <p>El Consejo Interterritorial establece los principios generales y criterios para la homologación del reconocimiento del desarrollo profesional en el Sistema Nacional de Salud, y en particular en relación con: a) denominación de los grados; b) sistemas de valoración de los méritos; c) composición de los comités de evaluación, y d) reconocimiento mutuo de los grados alcanzados por los profesionales de diferentes servicios de salud</p> <p>Qué se evalúa</p> <p>Principalmente, conocimientos, competencias, formación continua acreditada, actividad docente y de investigación, y también resultados de la actividad asistencial del interesado, calidad de la actividad asistencial, cumplimiento de los indicadores de valoración establecidos, implicación en la gestión y dirección clínica</p> <p>Quién evalúa</p> <p>Un comité específico creado en cada centro, integrado por profesionales de la misma profesión sanitaria que el evaluado, representantes del servicio o unidad donde pertenece el evaluado, evaluadores externos designados por agencias de calidad o sociedades científicas</p>
--

En este marco legal poco clarificador, la Ley 55/2003⁷³, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, regula la CP para el personal estatutario y prevé

⁷³ Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. «BOE» núm.301, de 17 de diciembre de 2003.

establecer mecanismos e instrumentos de homologación y de reconocimientos pactados en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

El DPC individual incluye todas las iniciativas orientadas a mantener y mejorar la competencia profesional individual a lo largo de la vida, adaptándose a las necesidades tanto del sistema docente-sanitario como de las organizaciones empleadoras. Supone pues, un paso más allá del concepto tradicional de Formación Continuada, que tiene un ámbito más restringido y menos orientado hacia la calidad del sistema y a la involucración del profesional en las organizaciones.

Los objetivos fundamentales del DPC individual son, 1) mantener y mejorar la competencia profesional individual, 2) garantizar la calidad de la actuación profesional, 3) reconocer el esfuerzo individual en el mantenimiento de la competencia, y 4) reconocer las capacidades de adaptación a los cambios y a las necesidades (Martín Zurro & Gual Sala, 2005).

El conjunto de iniciativas relacionadas con el DPC individual se pueden dividir en cinco grandes ámbitos, recogidos en la tabla 8:

Tabla 8: Componentes del desarrollo profesional continuo. Libro Blanco de las profesiones Sanitarias en Cataluña. 2003

Formación continuada

Actividad asistencial

Actividades de investigación y docencia

Otras actividades de perfeccionamiento

Ética y profesionalismo.

1. *Formación continuada.* La formación continuada (FC) es el conjunto de actividades formativas que el profesional realiza a lo largo de su vida, una vez obtenida la titulación básica y la de la especialidad correspondiente. El objetivo fundamental es el mantenimiento y la mejora de la competencia individual. La LOPS la conceptualiza como un derecho y un deber de todos los profesionales sanitarios.

2. *Actividad asistencial,* en el seno del sistema sanitario y de las organizaciones, incluyendo:

– Asistencia: la actividad asistencial propiamente dicha, orientada a la atención de los usuarios/pacientes.

– Gestión clínica: la actividad de gestión clínica, que supone la asunción de responsabilidades en la calidad y eficiencia de las actuaciones asistenciales.

– Implicación en la organización: la implicación activa en las actividades de las organizaciones asistenciales (sesiones, programas de mejora de la calidad, comisiones, etc.).

3. *Actividades de investigación y docencia:*

– Investigación (básica, clínica, epidemiológica).

– Docencia (grado, posgrado y FC).

– Publicaciones.

– Participación en las reuniones científicas profesionales (ponencias, comunicaciones).

– Tutorías docentes.

4. *Otras actividades de perfeccionamiento:*

– Estancias de perfeccionamiento profesional en centros cualificados.

– Tutorías.

– Otras.

5. *Ética y profesionalismo.*

Este apartado, más que un componente por sí mismo, ha de impregnar todos los otros. Todas las actividades profesionales han de construirse con un componente esencial de ética (código deontológico de los colegios profesionales) y profesionalismo, común a todas ellas,

y sin el cual la actividad profesional deviene sensiblemente devaluada y pierde una gran parte de su significado.

4.3.2 Método/Estrategias

Un DPC efectivo se basa en detectar las necesidades, determinar un método de aprendizaje y un método de evaluar lo aprendido.

La mejor evidencia disponible sugiere que un DPC efectivo se caracteriza por la presencia de tres factores:

-aparece una clara necesidad o razón para llevar a cabo un DPC particular.

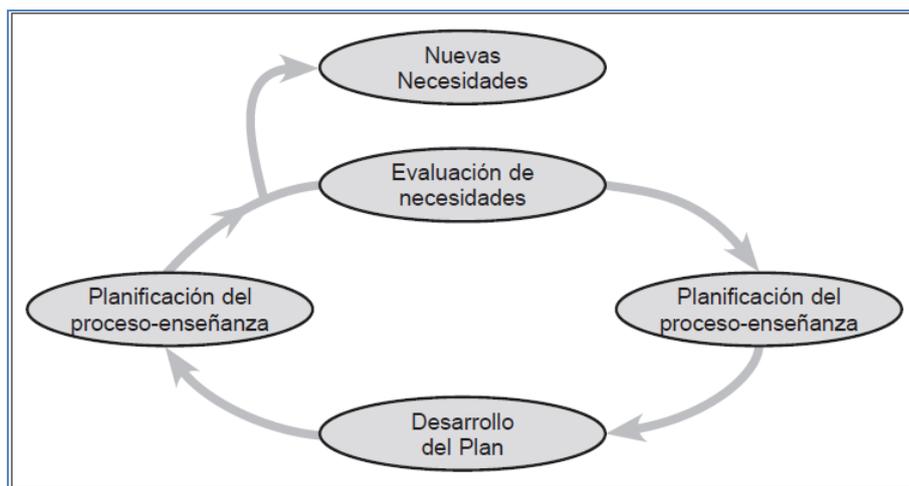
-el aprendizaje se basa en esta necesidad o razón identificadas.

- la provisión de seguimiento se hace para reforzar el aprendizaje alcanzado. (Figura 11)

La evaluación de las necesidades es por tanto, en muchos casos, un componente integral de un DPC exitoso. Los métodos para identificar las necesidades de aprendizaje van desde la *evaluación formal* (utilizando test de conocimientos, habilidades y actitudes, la revisión externa, la revisión sistemática de la práctica médica como la *auditoría* o el análisis de hechos significativos), a los métodos más comunes e igualmente efectivos que son parte de la *práctica clínica diaria*: pensar sobre los errores, reflejar en la práctica, recibir quejas y *feedback*, interaccionar con los equipos, etc.

El objetivo del DPC sería, siempre que sea posible, mejorar las necesidades identificadas; en cualquier caso, el aprendizaje profesional habría de permitir a los médicos enfrentarse a necesidades clínicas futuras no predecibles, teniendo una base más amplia de conocimiento y experiencia, además de compensar las carencias detectadas.

Figura 11: *Desarrollo Profesional Continuo.* (Hernández-Pina et al., 2009)



Parte del DPC debería estar basado en la necesidad profesional general de explorar, desarrollar y considerar nuevas áreas de competencia. Tanto si la necesidad identificada es específica o general, las actividades de aprendizaje han de planificarse adecuadamente, y debe haber un equilibrio entre DPC general y específico.

El método de aprendizaje será fundamentalmente el aprendizaje autodirigido, basado en la práctica y fruto de la reflexión sobre la propia experiencia. Faculta al profesional a tomar la iniciativa en la identificación de necesidades, formular metas, identificar los recursos, llevar a cabo las actividades apropiadas y evaluar sus resultados (Zarco Rodríguez, 2006). El método de aprendizaje en sí, es menos importante que la importancia de su necesidad, y puede variar según las circunstancias desde clases, asistir a congresos, cursos, reuniones de grupo, o visita a una institución.

Hacer un seguimiento de cualquier aprendizaje lo refuerza y ofrece nuevas oportunidades de divulgarlo y compartirlo entre otros;

ello comporta cambios beneficiosos en los métodos de la práctica médica, y se puede hacer una evaluación del grado de efectividad del DPC desarrollado, en relación con la necesidad o el motivo que lo originó.

A pesar de que la práctica médica se considera muchas veces como rutinaria y predecible, a menudo es necesario que los médicos hagan juicios en situaciones complejas y no predecibles, con altos niveles de incertidumbre y donde lo paradójico es frecuente. El contrato no definido entre los médicos y los usuarios reclama una capacidad para saber que es lo “mejor” en cada circunstancia particular en lugar de que es lo que está “bien” en un sentido absoluto. Omisiones en general, improvisaciones y juicios profesionales son piedras angulares en la práctica médica.

Las diferentes formas de conocimiento que permiten a los médicos ejercer su juicio profesional incluyen: conocimiento formal o adquirido; conocimiento de procedimiento; y conocimiento intuitivo.

La madurez práctica deriva de una amalgama complicada de estas diversas formas de conocimiento. La aplicación de los conocimientos de los médicos no es nada fácil y no siempre, el conocimiento nuevo se aplica a la práctica.

Generalmente los médicos desarrollan y cambian su práctica mediante intercambios de opiniones profesionales y el diálogo con colegas, más que como resultado de procesos educativos formales. Así pues, el proceso educativo necesario para una práctica clínica efectiva es aquel que comporta un desarrollo continuado, más que uno de objetivos con intervenciones intermitente. Los médicos han de aprender mediante la reflexión sobre su práctica y la de los otros. Es mediante este proceso continuado que identifican y clarifican sus necesidades educativas.

La mayoría de este desarrollo continuado es informal y a menudo inconsciente y así es una parte integral de la práctica médica en todo el mundo, incluso en los lugares más remotos donde no hay acceso informático o actividades planificadas de DPC.

La importancia de las conversaciones, tanto informales como en marcos formales (revisión externa, conferencias, reuniones de *auditoría*) habría de quedar reflejada en las condiciones de trabajo de los médicos, por encima de su accesibilidad a actividades de DPC como por ejemplo cursos.

Haciendo énfasis sobre la importancia del DPC informal, no se menosprecia en absoluto el hecho de que elementos sistemáticos formalizados, como cursos, conferencias, etc, son esenciales para un DPC efectivo. Un sistema de DPC multifacético sería aquel que mejor satisfaría las necesidades de todos los médicos, teniendo en cuenta las diferencias en las funciones profesionales, necesidades y prioridades de aprendizaje.

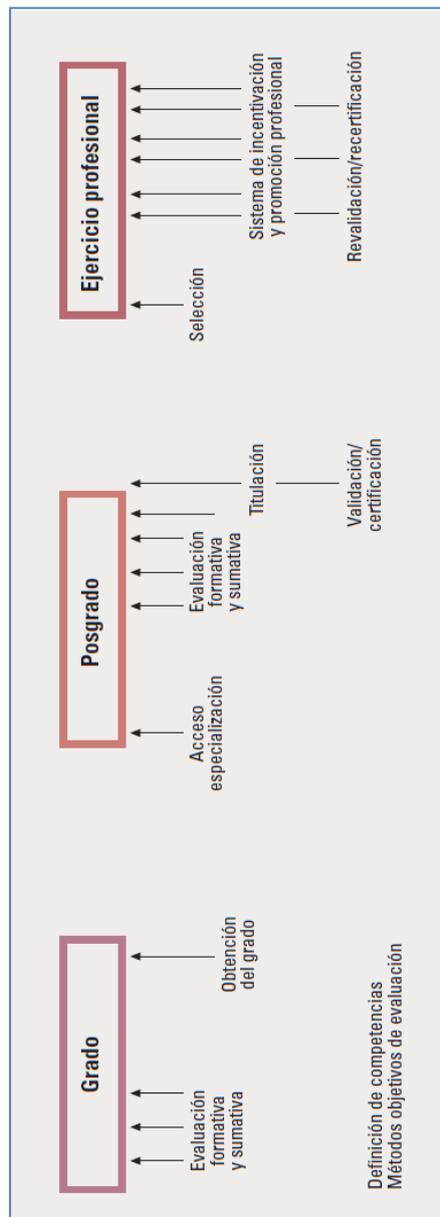
4.3.3 Evaluación

La evaluación de los resultados es fundamental si se quiere mejorar y habrá que buscar el mejor de los instrumentos, el que mejor mida las competencias adquiridas y siempre con un sentido de ayuda al colectivo que pretende mejorar y con voluntad de servicio público (Blay Pueyo, 2006).

La evaluación del DPC individual a lo largo de la trayectoria formativa y del ejercicio profesional debe contemplar objetivos y métodos diferentes, en consonancia con los propósitos y las necesidades primordiales de cada uno de ellos. También deben ser distintas las responsabilidades institucionales de la evaluación.

Así, en el pregrado, la responsabilidad recae en las universidades (facultades y escuelas universitarias), conjuntamente con los colegios profesionales, que son los organismos responsables de garantizar a la sociedad la competencia de sus profesionales. En el nivel de especialización deberían compartir la responsabilidad las asociaciones profesionales y científicas conjuntamente con las administraciones sanitaria y educativa. La revalidación y la recertificación sería responsabilidad de las asociaciones profesionales mientras que la de la CP, correspondería a cada entidad o centro sanitario en el que ejerza el profesional. (Figura 12)

Figura 12: Continuum Formativo y DPC individual. Métodos de Evaluación. (Martín Zurro, 2006)



Para evaluar cada una de las competencias profesionales definidas previamente, los instrumentos han de ser necesariamente diferentes y, en muchas ocasiones, complementarios, ya que no hay ningún método de evaluación que, por sí mismo, pueda proporcionar toda la información necesaria para juzgar la competencia de un profesional. De nuevo, siguiendo lo señalado en el documento del Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias, podemos establecer los siguientes apuntes metodológicos:

Métodos para evaluar los conocimientos

Las preguntas orales, escritas y especialmente las preguntas de elección múltiple, han sido las más utilizadas, porque son más válidas, fiables y fáciles de elaborar que otros métodos y pueden proporcionar una visión e información amplia sobre las habilidades cognoscitivas, incluidas las habilidades para interpretar pruebas complementarias.

Métodos para evaluar la competencia

Los métodos utilizados para evaluar la competencia se basan fundamentalmente en las simulaciones, que intentan reproducir situaciones similares a las de la vida real, en condiciones estandarizadas, que permiten que los observadores puedan analizar las actuaciones específicas que se pretenden evaluar. Estos métodos incluyen, entre otros, las simulaciones por ordenador y los enfermos simulados estandarizados. La prueba conocida como OSCE (*objective structured clinical examination*) o evaluación clínica objetiva y estructurada (ECO) merece una mención especial.

Métodos para evaluar la práctica profesional

Es obvio que este nivel de evaluación es el más importante y completo, ya que nos proporciona la información de lo que el profesional realmente hace en su práctica profesional. Existen instrumentos que nos pueden dar información muy relevante de la práctica real del profesional, entre otras, las escalas de evaluación global, la revisión de las historias clínicas (*audit*), la revisión de las decisiones clínicas (*chart stimulated recall*), las observaciones de la práctica por compañeros o mediante videograbaciones, las encuestas de satisfacción de pacientes y familiares, los cuadernos de autoaprendizaje o portafolio, la opinión de otros miembros del equipo,

los indicadores de problemas en la práctica o la calidad de las prescripciones terapéuticas.

La valoración formativa

Los métodos mencionados anteriormente pueden utilizarse también como instrumentos de evaluación del progreso competencial, durante el proceso de formación con finalidades fundamentalmente formativas y no exclusivamente sumativas, tanto en el grado como en el posgrado. La información obtenida, individual o grupal, permite mejorar y adaptar los métodos y contenidos de aprendizaje al progreso de los estudiantes o profesionales.

Desde hace ya algunos años se está utilizando el portafolio como un instrumento, para la valoración formativa o para la evaluación sumativa, tanto en la formación de grado como de posgrado o en la formación continuada. Asimismo, es una herramienta útil para valorar la práctica profesional. Se considera además que es un instrumento útil considerando un buen instrumento para la revalidación/recertificación o en la CP. El portafolio es una compilación de la evidencia de la consecución de los objetivos de aprendizaje y de reflexión de la propia práctica profesional.

Habitualmente, se trata de material impreso pero también puede contener cualquier otro tipo de material, como videograbaciones de la práctica profesional u otros que proporcionen una evidencia documental equivalente.

La formación continuada

La mera participación en actividades formativas no es sinónimo de evaluación objetiva de la adquisición o del mantenimiento de las competencias profesionales; no obstante, la formación continuada es fundamental en la mejora y el mantenimiento competencial y, por tanto, habrá de desempeñar un papel muy relevante, si bien no exclusivo, en la evaluación de los profesionales.

Por otro lado, será necesario que las actividades de formación continuada estén acreditadas por las instituciones o los organismos responsables correspondientes y que estén orientadas a las tareas que

hace el profesional y evitar la simple acumulación de créditos formativos sin relación con su papel como profesional.

4.3.4 Estándares internacionales del DPC y situación actual

A-Estándares internacionales

La tendencia actual es que hay que situar el DPC individual en el continuum formativo y garantizar la coherencia de los objetivos y métodos de aprendizaje en todas sus etapas, desde el inicio de la formación hasta el ejercicio profesional. (Martín Zurro & Gual Sala, 2005)

El sistema de DPC individual, que va adquiriendo fortaleza en diferentes países de Europa y América, tiene como último objetivo implicar e incentivar a los profesionales en un contexto determinado, con la intención particular de que el profesional disponga de la mejor formación y con la intención general de mejorar el sistema sanitario.

Las instituciones dedicadas a la formación médica, han definido al igual que en la formación de grado, determinados estándares que deben cumplirse para conseguir un DPC de calidad.

La WFME (2004a) proporciona estándares globales internacionales, que pueden ser usados como base para el reconocimiento y acreditación de programas educativos a nivel nacional y regional. Y a un nivel más individual, los estándares pueden orientar a los médicos a planificar sus propios programas formativos en DPC.

La intención de los estándares no es solo delimitar los requerimientos mínimos, sino también estimular el desarrollo de la calidad de la educación médica.

Basar el DPC en estándares internacionales compartidos facilitará el intercambio de la entrada de médicos en países diferentes de los que se han formado.

La WFME estructura los estándares en 9 áreas:

1. Objetivos y resultados

La profesión médica junto con los organismos involucrados en la regulación de la profesión médica, deberían definir los objetivos deseados del DPC y hacerlos públicos a sus miembros. Se debe asegurar que las actividades llevadas a término, sirvan para mantener y desarrollar las competencias necesarias para asistir adecuadamente a la sociedad.

Las competencias se pueden definir en términos profesionales amplios o como conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos específicos. Las competencias relevantes para el DPC incluirían en cada nivel según el campo de la medicina escogido, las siguientes áreas:

- La atención al paciente que sea apropiada, efectiva y compasiva para responder a los problemas de salud y a la promoción de la misma.
- El conocimiento médico en las ciencias biomédicas, clínicas, de comportamiento y sociales y en la ética y la jurisprudencia médicas, y la aplicación de este conocimiento en la atención al paciente.
- Las habilidades interpersonales y de comunicación para garantizar un intercambio de información efectivo con los pacientes y sus familias y un trabajo en equipo con otros profesionales sanitarios, la comunidad científica y el público.
- La actualización y la utilización de nuevo conocimiento científico para poner al día y mejorar constantemente la práctica clínica.
- El funcionamiento como supervisor, formador y profesor en relación a los colegas, a los estudiantes de medicina y otros profesionales médicos.
- La capacidad basada en el conocimiento para contribuir al desarrollo y a la investigación en la especialidad de la medicina escogida.
- El profesionalismo.

- El interés y la capacidad para actuar como defensor del paciente.
- El conocimiento de la salud pública y de las políticas sanitarias, así como del contexto más amplio de los sistemas sanitarios, incluyendo por ejemplo la organización de la atención sanitaria, la asociación con los proveedores y los responsables de la salud, la práctica de una atención sanitaria coste-efectiva, la economía de la salud y la distribución de los recursos.
- La capacidad para entender la sanidad e identificar y llevar a cabo mejoras en la atención basadas en el sistema.
- El desarrollo de las competencias incluiría la ampliación y la profundización del conocimiento y las habilidades existentes, además de llevar a cabo actividades para responder a necesidades y objetivos de aprendizaje más amplios.

2. *Métodos de aprendizaje*

El DPC debe adaptarse a las necesidades de cada médico individualmente, y debe llevarse a cabo de forma continuada. El aprendizaje debe integrar la práctica con la teoría para mejorar la práctica médica. El DPC debería utilizar diferentes modalidades de aprendizaje. Los médicos deberían integrarse con otros colegas en redes de aprendizaje para compartir experiencias y beneficiarse de un aprendizaje colaborador.

- La integración de la práctica y la teoría se puede llevar a cabo en sesiones didácticas y experiencias de atención al paciente supervisadas, así como también a través de aprendizaje activo autodirigido.
- Las modalidades de aprendizaje incluirían cursos, conferencias seminarios, lectura individual, autoevaluación del conocimiento y de la práctica, proyectos de investigación, así como también visitas de estudios y experiencias clínicas.
- Las redes incluirían reuniones con colegas, intercambio de información en Internet, discusiones y dar consejo. También podrían incluir otros profesionales sanitarios y otros grupos o personas relevantes.

El contenido del DPC debe basarse en la ciencia y en la evidencia práctica. Se debería acceder a la evidencia actualizada, mejorando las habilidades críticas.

Se debe reconocer el DPC como una parte integrante de la práctica médica, y esto debe reflejarse en los presupuestos, distribución de recursos y planificación del tiempo, y no estar subordinado a las demandas del servicio.

3. Planificación y documentación

La base principal para la planificación de las actividades de DPC debe ser la práctica clínica y las necesidades de salud pública. La profesión médica debe determinar las necesidades percibidas de los médicos y hacerlas públicas para la planificación del DPC. Se debería tener en cuenta el aprendizaje resultante de cualquier actividad formativa, no la mera asistencia, por lo que los médicos deberían crear portafolios personales de aprendizaje que se puedan compartir con colegas.

4. El médico como individuo

El criterio de los médicos para escoger actividades de DPC debe basarse en el valor educativo de éstas y deben escoger actividades de alta calidad y que sean apropiadas para sus necesidades de aprendizaje. Se deben desarrollar instrumentos autoevaluadores para ayudar a los médicos a identificar sus necesidades de aprendizaje. Las condiciones de trabajo en la práctica médica y la contratación de los médicos deben propiciar el tiempo y otros recursos para el DPC.

5. Proveedores de DPC

Debe haber un sistema para el reconocimiento de proveedores de las actividades de DPC y declararse todos los conflictos de intereses.

Las facultades de Medicina deben ser líderes en la mejora de la calidad del DPC. Mediante el currículum de educación médica básica, las facultades deben iniciar la motivación y la habilidad para adherirse al DPC, preparando al estudiante para un aprendizaje de por vida.

Además, deberían proveer actividades de DPC siempre que fuese oportuno.

6. Contexto y recursos educativos

Las actividades de DPC deben llevarse a cabo en lugares y circunstancias que permitan un aprendizaje efectivo. Se debe tener tiempo libre y oportunidades para tener acceso a la literatura profesional y oportunidades para formarse en habilidades.

Las instalaciones, el equipamiento y los horarios de trabajo deberían ser evaluados y actualizados regularmente para que aporten un contexto y unas condiciones adecuadas para el DPC. La participación en redes de formación con otros colegas también mejora la calidad del DPC.

El uso relevante de tecnología de la información y la comunicación debe funcionar como parte integrante del proceso de DPC.

7. Evaluación de los métodos y de las competencias

La profesión médica debe establecer mecanismos para la evaluación de las actividades de DPC y para la valoración del aprendizaje resultante. La evaluación del DPC debería incluir expertos en educación médica, y dirigir el contexto del proceso de aprendizaje, la estructura y los componentes específicos del DPC y de los resultados de aprendizaje.

- El uso de mecanismos para la evaluación implicaría el uso de métodos válidos y fiables, y requeriría que los datos básicos se hicieran públicos. La evaluación garantizaría que las principales preocupaciones fuesen identificadas y resueltas mediante el seguimiento de los recursos disponibles, los procesos de aprendizaje, los resultados y los beneficios.

- La valoración implicaría el uso de diferentes instrumentos para la autoevaluación, el uso de una normativa y de juicios basados en criterios, y el uso del portafolio y de tipos especiales de evaluación, por ejemplo visitas por agentes externos en base a un protocolo establecido.

- La implicación de expertos en la educación médica amplificaría aún más la base de una evidencia de calidad. Esto ha de garantizar el seguimiento de los recursos disponibles, el resultado del

aprendizaje y los beneficios que se derivan para el médico individualmente.

- El contexto del proceso de aprendizaje incluiría la organización y los recursos, así como también el ámbito del aprendizaje.

- Los componentes específicos del DPC incluirían la descripción del programa y los resultados deseados.

8. Organización

El DPC debe llevarse a cabo de acuerdo con las políticas de las organizaciones profesionales representativas, incluyendo el reconocimiento de actividades y su evaluación. Las organizaciones profesionales médicas deben asumir la responsabilidad en cuanto a liderazgo y organización de las actividades de DPC. El sistema sanitario debe incluir en sus presupuestos la subvención de actividades de DPC. Los médicos deben tener condiciones de trabajo que les permitan escoger y participar en actividades de DPC.

9. Renovación continuada

La profesión médica debe iniciar procedimientos para una revisión y puesta al día de su estructura, funciones y calidad de las actividades de DPC, y debe corregir las deficiencias detectadas.

El proceso de renovación debería estar basado en la investigación. Haciéndolo así, debería incluir los siguientes puntos:

- La adaptación de la misión y los objetivos del DPC al desarrollo científico, socioeconómico y cultural de la sociedad.

- La reevaluación y definición de las competencias necesarias para incorporar el progreso médico científico y las necesidades cambiantes de la población.

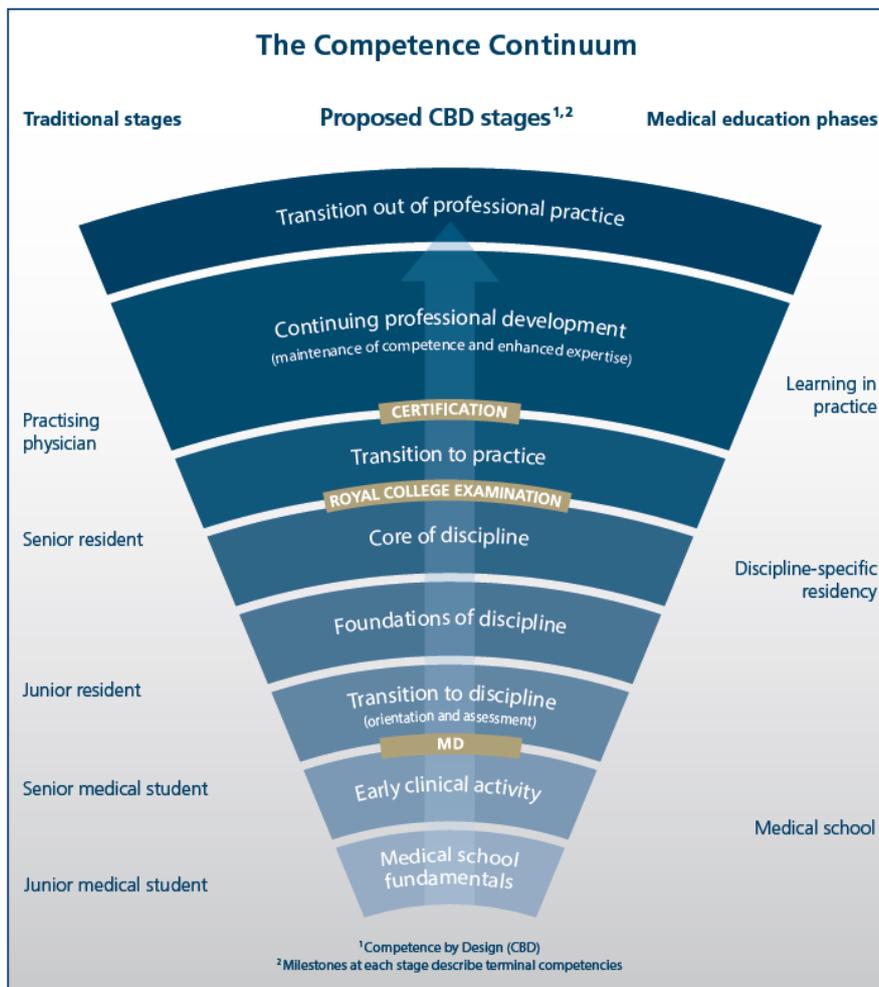
- La revisión de los métodos de aprendizaje y formación para garantizar que sean apropiados y relevantes.

- El desarrollo de métodos de evaluación y aprendizaje basado en la práctica para facilitar el aprendizaje de los médicos a lo largo de su vida.

- El desarrollo de la estructura administrativa y de gestión para ayudar a los médicos a responder a las necesidades emergentes de sus pacientes y a dar una atención de calidad.
- La demostración y la mejora continuada de los contenidos y la metodología del DPC.

Como se ha visto anteriormente, el programa CanMEDS (2014), auspiciado por el Royal College of Physicians and Surgeons of Canadá es fundamentalmente, un movimiento en contra de la acreditación médica únicamente basada en el tiempo trabajado, y a favor de la evaluación de los logros alcanzados y de las competencias adquiridas.(Figura 13).

Figura 13: *The Competence Continuum* © 2014 Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.



En el capítulo referente a la formación de los especialistas sanitarios, ya se habló en profundidad de este programa.

Su modelo de planificación estructurada del *continuum* formativo del médico define el marco de competencias necesarias para la práctica médica y, basándose en estas competencias, articula la formación necesaria para la mejora de la asistencia.(Tabla 9)

El programa CanMEDS se ha desarrollado durante más de veinte años a partir de las experiencias y necesidades de los ciudadanos y pacientes. Las funciones básicas definidas por CanMEDS se han convertido en el ámbito internacional en estándares del arte de la medicina y son un marco de referencia para el desarrollo profesional, la formación continuada y su evaluación.

Tabla 9: Marco de competencias necesarias para la práctica médica según CanMEDS

- Experto
 - Comunicador
 - Colaborador
 - Gestor
 - Defensor de la salud (health advocate)
 - Académico (scholar)
 - Profesional
-

B-Situación actual del DPC en España

Podemos decir, en pocas palabras, que la formación continuada prepara a los profesionales para ejercer en los años venideros, y esto nos plantea una reflexión sobre el tipo de profesional que queremos para nuestra sociedad en el futuro.

Gual-Sala et al (2010) han publicado un interesante artículo sobre el médico del futuro. Las principales características que ellos proponen pueden resumirse en que el médico del futuro debe ser

competente, responsable socialmente, comprometido con el paciente y la organización donde trabaja, y con mente abierta para adaptarse a las necesidades individuales de los enfermos y los cambios científicos y sociales. Por tanto, la formación continuada debería orientarse al cumplimiento de dichos objetivos.

Al contrario que los estudios del grado o de la especialización, la formación continuada no está reglada y se sustenta en sistemas voluntarios, parcialmente acreditados, no sistemáticos, con escasa evaluación externa y sin objetivos docentes bien especificados.

El hecho de estar basada en sistemas voluntarios de acreditación hace que la formación adquirida tenga sesgos importantes de acuerdo con los gustos, preferencias y oferta, en lugar de estar orientada a los objetivos anteriormente expuestos.

Otro problema de la formación continuada en la actualidad en nuestro medio es que gran parte de la formación está financiada por la industria farmacéutica. Parece razonable que la industria colabore en la formación continuada de los profesionales, y en muchas ocasiones esa formación es de gran calidad, aportando medios y recursos a los que el profesional no puede llegar. Sin embargo, basar gran parte de la formación de los profesionales en actividades que, de forma directa o indirecta, son financiadas por intereses privados puede conducir a una formación muy limitada a los aspectos relacionados con la prescripción.

Del mismo modo, la formación continuada actualmente está muy orientada a los aspectos relacionados con el conocimiento científico y, sin embargo, las necesidades sociales y del propio sistema sanitario están mucho menos representadas.

Las Administraciones Públicas tienen la responsabilidad de asegurar la calidad de las múltiples actividades de formación continuada que se ofertan, pero esta responsabilidad se limita, en muchos casos, a la mera aprobación de un programa científico, al cumplimiento de una serie de horas, sin valorar en profundidad objetivos docentes y consecución de objetivos.

En España existe una Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, que es un órgano colegiado de las

Administraciones públicas, adscrito a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, creada con el fin de armonizar y coordinar las actuaciones en formación continuada.

Esta comisión está compuesta por representantes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, del Ministerio de Defensa, y de cada una de las comunidades autónomas presentes en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Aunque incorpora a sus reuniones a representantes de los colegios profesionales o asociaciones profesionales, de las universidades, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de las sociedades científicas de ámbito estatal, su estructura, dependencia y financiación son muy dependientes del sistema sanitario público, y, como se puede comprobar por su composición, la función de la universidad es testimonial.

La principal función de la Comisión de Formación Continuada es la acreditación de las diferentes actividades que en este campo se realizan en España. Para ello tiene requisitos, procedimientos y criterios preestablecidos. La acreditación tiene efectos en todo el territorio nacional, sea cual sea la Administración pública, estatal o autonómica, que expidió la acreditación.

Desde la administración sí se está haciendo un esfuerzo en proporcionar medios que faciliten la formación continuada. Tenemos un ejemplo en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y la creación del portal de formación. Se trata de un lugar de referencia para la información, comunicación, colaboración y acceso a la formación de los profesionales de nuestro servicio de salud, de los especialistas en formación y de los estudiantes de titulaciones en Ciencias de la Salud que se forman en los centros sanitarios de la Comunidad de Castilla y León.

Esta plataforma se ha configurado procurando integrar los tres estadios formativos que conviven en el servicio de salud: formación pregrado/grado, formación sanitaria especializada-postgrado y formación continuada.

La estrategia para la mejora de la formación en la Gerencia Regional de Salud queda recogida en el documento: “*Líneas Estratégicas y Objetivos en Formación de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León 2013-2015*”. En él se definen los valores de la formación continuada, los objetivos, basados en los estándares internacionales ya comentados y los planes y memorias anuales.

Las Organizaciones Colegiales han enfocado sus esfuerzos a la creación y validación de programas de Recertificación (proceso evaluativo periódico que garantiza la competencia suficiente para poder mantener la certificación). Estos programas son independientes de la evolución de la práctica personal del profesional sanitario.

Muchas Sociedades Científicas, sobre todo en la especialidad de Atención Primaria, Oncología, Psiquiatría o determinados Hospitales Universitarios como el de Cruces de Bilbao, están elaborando proyectos basados realmente en adquisición, mejora y evaluación de competencias.

En cuanto a la especialidad que nos ocupa, el desarrollo profesional se limita a la formación continuada, cursos, congresos, seminarios, que proporcionan un determinado número de créditos, echándose en falta mayor implicación de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia para la elaboración de un proyecto basado en la adquisición y evaluación de competencias basadas en el profesionalismo médico.

4.3.4 Resumen

El desarrollo profesional continuo es un proceso inherente a la profesión médica. Es la actualización permanente de sus conocimientos y el mantenimiento de la competencia profesional adquirida durante las dos primeras fases de aprendizaje (grado y posgrado). Lo deseable sería no solo el mantenerla, sino perfeccionarla continuamente, acorde con los nuevos avances que experimenta la ciencia.

El DPC es por tanto un imperativo profesional de cada médico (DPC individual) y un prerrequisito para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

El DPC tiende a confundirse con la carrera profesional, que valora los distintos componentes del desarrollo profesional en un contexto laboral, y con la formación continuada, que tiene un ámbito más restringido y menos orientada hacia la calidad del sistema.

Los objetivos fundamentales del DPC individual son mantener y mejorar la competencia profesional individual, garantizar la calidad de la actuación profesional, reconocer el esfuerzo individual en el mantenimiento de la competencia y por último, reconocer las capacidades de adaptación a los cambios y necesidades.

Un DPC efectivo se basa en detectar las necesidades, determinar un método de aprendizaje y un método de evaluar lo aprendido.

La evaluación de los resultados es fundamental si se quiere mejorar y habrá que buscar el mejor de los instrumentos, el que mejor mida las competencias adquiridas y siempre con un sentido de ayuda al colectivo que pretende mejorar.

La tendencia actual es que hay que situar el DPC individual en el continuum formativo y garantizar la coherencia de los objetivos y métodos de aprendizaje en todas sus etapas, desde el inicio de la formación básica hasta el ejercicio profesional.

Las instituciones internacionales que se dedican a la formación médica (WFME, CanMEDS etc) han definido al igual que en la formación de grado, determinados estándares que deben cumplirse para conseguir un DPC de calidad.

Estos estándares pueden orientar a las instituciones y al propio médico a planificar sus propios programas formativos en DPC.

Al contrario que los estudios de la licenciatura, del grado o de las especialidades sanitarias, el DPC no está reglado. Se sustenta en sistemas voluntarios, parcialmente acreditados, hecho que hace que la formación adquirida tenga sesgos importantes de acuerdo con los gustos, preferencias y oferta.

Desde la administración se están haciendo esfuerzos en proporcionar medios que faciliten esta formación, bien a nivel nacional o autonómico (planes formativos de la Gerencia Regional de Salud, desde los Colegios de Médicos o de las Sociedades Científicas.

5- MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 MATERIAL

El estudio se ha llevado a cabo con los datos obtenidos al analizar los nuevos programas para la obtención del título de Graduado en Medicina de las Facultades de Medicina de Castilla y León, basados en competencias clínicas e implantados desde el curso 2010-2011.

El plan de estudios comparte la normativa europea común que fija la formación del médico en seis años con una formación teórico-práctica de 5.500 horas bajo la tutela de la Universidad.

La asignatura de Obstetricia y Ginecología se estudia durante el cuarto año carrera y comprende 9 ECTS (European Credit Transfer System). Al finalizar el sexto curso, se realizan las prácticas tuteladas de la asignatura que comprenden 6 ECTS.

Posteriormente, se ha analizado el programa formativo nacional de los Médicos Internos Residentes en la especialidad de Obstetricia y Ginecología, que define los conocimientos, habilidades y actitudes que deben adquirir los residentes a lo largo del período formativo. Este programa está recogido en la Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología⁷⁴

Se ha estudiado la valoración que hacen los elementos implicados en la formación médica del grado en que se adquieren las competencias formativas tanto de la asignatura como de la especialidad de Obstetricia y Ginecología.

Para ello, se han realizado dos encuestas distintas.

⁷⁴ Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. «BOE» núm. 129, de 28 de Mayo de 2009.

La primera (ANEXO III) está dirigida a los responsables de la asignatura de Obstetricia y Ginecología de las Facultades de Medicina de Castilla y León (Salamanca y Valladolid) y a los alumnos de 5º curso que ya han cursado la asignatura.

El cuestionario empleado está basado en las competencias específicas de la asignatura y consta de dos partes: la primera sobre competencias específicas (“*saber*”: ítems 1-8) y la segunda sobre habilidades (“*saber hacer*”: ítems 1-5). Se pide al encuestado que seleccione qué grado de conocimiento y qué habilidades posee al finalizar el estudio de la asignatura. El grado de conocimiento se mide en una escala tipo Likert de 1 a 5, siendo 1 el mínimo grado adquirido y 5 el máximo. En cuanto a las habilidades, solo se pide que responda si la tiene o no.

La segunda encuesta (ANEXO IV) se ha realizado a los tutores y residentes de 4º año de la especialidad de Obstetricia y Ginecología de las unidades docentes de Castilla y León.

Se entiende por unidad docente el lugar donde el residente puede realizar la Formación Sanitaria Especializada. En Castilla y León hay siete unidades docentes acreditadas para la formación en la especialidad de Obstetricia y Ginecología. (Tabla 10)

Estas unidades son las de Burgos, León, Salamanca, Segovia y Valladolid Este y Oeste. Las plazas para Formación Sanitaria Especializada que se ofertan en la convocatoria anual se eligen entre las plazas acreditadas en Castilla y León, y varían cada año en función de las necesidades de especialistas a nivel autonómico y nacional, además de los criterios que se determinen cada año desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y desde la Consejería de Sanidad.

Las plazas ofertadas en los centros de Castilla y León son dos por año en cada centro a excepción de Salamanca donde son tres y Segovia, donde se oferta una. Se excluye del estudio la unidad docente de Zamora con una plaza acreditada por primera vez en la

convocatoria del año 2014, por lo que no hay aún residente en su último año de especialidad.

Tabla 10: Unidades docentes acreditadas para la formación en la especialidad de Obstetricia y Ginecología en Castilla y León.

ÁREA DE SALUD	•UNIDAD DOCENTE
BURGOS	•COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS
LEÓN	•COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN
SEGOVIA	•COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA
SALAMANCA	•COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA
VALLADOLID ESTE	•HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
VALLADOLID OESTE	•HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA
ZAMORA	•COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

El cuestionario está basado igualmente en las competencias formativas de la especialidad y se han agrupado en 7 dominios competenciales, tomando como referencia, los modelos de CanMEDS (2000a), el ACGME Outcome Project (Swing, 2007) y el IIME New York (IIME, 2002) . Los dominios competenciales son los siguientes:

- Profesionalidad (6 ítems)
- Habilidades de comunicación (5 ítems)
- Conocimientos médicos (3 ítems)
- Habilidades clínicas (7 ítems)
- Salud pública (3 ítems)
- Manejo de la información (2 ítems)
- Análisis crítico, autoaprendizaje, formación (5 ítems)

Se ha solicitado a los encuestados que seleccionen el grado de competencia que consideren que han adquirido al finalizar el período

formativo. Igualmente, se mide en una escala tipo Likert del 1 al 5, en la que 1 es el mínimo grado adquirido y 5 el máximo.

Finalmente se analizaron las competencias formativas de los especialistas de Obstetricia y Ginecología de Castilla y León a lo largo de su formación (grado y posgrado) y se compararon con la formación continuada desarrollada por los profesionales en ejercicio a través de los datos de formación del aplicativo Gestión@FC en el periodo 2009 a 2014.

Gestión@FC es una aplicación informática que permite la gestión integral de los planes anuales de formación continuada del Servicio de Salud de Castilla y León.

Los planes anuales de Formación Continuada constituyen el instrumento de programación anual para los profesionales y son un referente para la mejora de las competencias profesionales y de la calidad asistencial.

Se elaboran teniendo en cuenta las propuestas de las distintas Gerencias de Atención Primaria, Atención Especializada, Gerencia de Emergencias Sanitarias y Gerencias de Salud de Área y contienen los objetivos específicos en función de las necesidades detectadas y la oferta formativa que se recoge en un catálogo de actividades formativas a realizar durante un período de tiempo marcado, así como los recursos disponibles para llevarlas a cabo, el calendario y el ámbito de realización.

Para acceder a la gestión de la formación continuada, los profesionales deben estar registrados en la aplicación informática Gestión@FC. Para ello los nuevos usuarios han de acceder y cumplimentar una solicitud de registro, que será validada por el responsable de la unidad de formación continuada de la gerencia correspondiente y automáticamente recibirá unas claves de acceso a la aplicación. Esta aplicación permite la gestión personal del profesional sobre la formación continuada, donde tendrá acceso a su registro de

datos personales, detección de necesidades formativas, darse de baja o consultar su historial formativo desde enero de 2009.

En la Comunidad Autónoma de Castilla y León trabajan en este momento, en el sistema de salud, unos 213 especialistas en Obstetricia y Ginecología con acceso a esta aplicación.

Para analizar las actividades de formación continuada llevadas a cabo por los especialistas en Obstetricia y Ginecología se ha creado una base de datos obtenidos de la aplicación Gestión@FC.

Las variables que se han estudiado son las siguientes:

- 1-Modalidad de la actividad formativa.
- 2-Ámbito de desarrollo de las actividades formativas.
- 3-Destinatarios a los que va dirigida la oferta formativa.
- 4- Número de plazas ofertadas para cada actividad.
- 5-Duración de las actividades en horas.
- 6-Año en que se han realizado.
- 7-Lugar.
- 8-Temática.
- 9-Tipo de metodología
- 10-Acreditación
- 11-Colaboradores

1-Modalidad de la oferta formativa

Las distintas modalidades formativas que se han encontrado son las siguientes:

Curso/Taller/Jornadas, Interconsulta/sesiones, seminario, grupos de trabajo, congresos y otros.

2-Ámbito de desarrollo de las actividades formativas

Los profesionales sanitarios que desarrollan su labor profesional en el sistema de salud de Castilla y León, lo hacen tanto en los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud, como en la red de Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social, integrados en las Delegaciones Territoriales y Gerencias Periféricas que pertenecen a las diferentes áreas de salud, como se observa en el mapa (Figura 14) y la tabla siguientes (Tabla 11):

Figura 14: Ordenación Territorial del Sistema Sanitario de Castilla y León. Áreas de Salud.



Tabla 11: *Ámbito de desarrollo de las actividades formativas.*

SERVICIOS CENTRALES	GERENCIAS PERIFERICAS
Gerencia regional de Salud	Gerencia de Salud de Área
Consejería de Sanidad	Gerencia de Atención Especializada
	Gerencia de Atención Primaria
	Gerencia de Emergencias Sanitarias
	Servicios territoriales

3-Destinatarios a los que va dirigida la oferta formativa:

Las actividades formativas, en ocasiones, están dirigidas a profesionales de diferentes especialidades y estamentos (Tabla 12), cuyo trabajo diario se relaciona íntimamente con el de la especialidad que nos ocupa, aunque se analizarán únicamente los realizados por los ya especialistas en Obstetricia y Ginecología.

Tabla 12: *Destinatarios de las actividades formativas.*

Licenciado Sanitario	Ginecólogos, Médicos de Familia, Pediatras, Neonatólogos, Anestesiólogos
Diplomado Sanitario	Matronas
Residentes	Residentes Ginecología, Pediatría y E.I.R de enfermería obstétrico-ginecológica
Técnico Sanitario	Auxiliares

Tabla 12. Destinatarios actividades formativas. Continuación

Personal Directivo

Mandos Intermedios

Personal de Servicios Generales

Personal de Hostelería

Personal de Ingeniería, Arquitectura y Mantenimiento

Personal de Gestión Administrativa y Económica

Tutores

Otros

4- Número de plazas ofertadas para cada actividad

Las actividades pueden estar dirigidas a grupos muy reducidos (5 plazas) normalmente cuando se refieren a técnicas novedosas o específicas, o por el contrario, dirigidas a grupos amplios (hasta 100 plazas) cuando son temas de carácter más general.

5- Duración en horas de las actividades

La duración de las actividades formativas puede ser también muy breve, de una hora, como suelen ser las sesiones clínicas o actividades cuya temática se trata más en profundidad y pueden tener una duración de hasta 90h.

6- Año en que se han realizado

Corresponden al período comprendido entre los años 2009 a 2014

7-Lugar

Se recoge la relación de todos los lugares donde se han realizado las actividades. Comprende desde los distintos Colegios de Médicos de la comunidad, los propios hospitales, centros de salud etc.

8-Temática de la materia formativa

Las materias formativas objeto de acreditación que tienden a aumentar, mantener y mejorar la competencia profesional, se encuadran en las siguientes áreas temáticas:

Formación continuada en Salud Pública

Formación continuada en Investigación

Formación continuada en Práctica Clínica

Formación continuada en Gestión Sanitaria y Calidad

Formación continuada en Docencia.

En este trabajo se han clasificado las actividades realizadas en el período a estudio según las competencias, generales o específicas de la especialidad de Obstetricia y Ginecología que pretenden mejorar.

Tabla 13: *Competencias de las Actividades Realizadas.*

COMPETENCIAS GENERALES
Legislación Sanitaria
Bioética
Comunicación
Gestión Clínica y Salud Pública

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

Embarazo, parto y puerperio normal

Embarazo, parto y puerperio patológico

Cirugía en Ginecología

Oncología Ginecológica

Epidemiología, Etiología, Fisiopatología, Clínica, Diagnóstico, Pronóstico y Manejo de los procesos ginecológicos generales

Endocrinología

Ecografía Ginecológica

Ecografía Obstétrica

Suelo Pélvico

Otros

9- Tipo de metodología

Presencial o Mixta (presencial/*on-line*): Las nuevas formas organizativas y de gestión hacen necesario la creación de nuevos entornos formativos abiertos, flexibles, diferenciados e interactivos, que favorezcan el aprendizaje continuo, que ofrezcan nuevas posibilidades para la enseñanza y el aprendizaje y que ayuden a mantener actualizadas las competencias de los profesionales y así garantizar que ejerzan su actividad en continua mejora.

Para facilitar la accesibilidad de los profesionales a la formación se potencian los entornos virtuales de aprendizaje mediante la oferta de actividades con metodología *online* o mixta.

10-Acreditación de las actividades por la Comisión de Formación Continuada.

Serán actividades de formación continuada acreditables, aquellas actividades de enseñanza-aprendizaje que no estén calificadas como formación reglada, o/y formación de grado o postgrado y especialidad.

11-Colaboradores: en ocasiones instituciones sociales o empresas privadas pueden colaborar en la organización de algunas actividades de formación.

5.2- MÉTODOS

Los datos recogidos en las encuestas han sido tratados estadísticamente con los programas Excel y SPSS.

El trabajo realizado es un estudio observacional descriptivo. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los datos obtenidos en las dos encuestas, así como de los datos recogidos en la base de datos Gestión@FC.

Para las variables cuantitativas se han calculado las medidas de síntesis adecuadas en cada caso: media, desviación típica, mediana, recorrido intercuartílico, máximo, mínimo, etc.

En el caso de las variables cualitativas se han calculado distribuciones de frecuencias.

Se han realizado representaciones gráficas: diagramas de sectores, diagramas de barras, series de tiempo y box plots.

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en
Obstetricia y Ginecología

6. RESULTADOS

6.1 RESULTADOS DEL ANALISIS DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS DEL GRADO EN MEDICINA Y LA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

A lo largo de este capítulo se exponen los resultados obtenidos en primer lugar, de la comparación de los planes formativos de la asignatura de Obstetricia y Ginecología en el Grado en Medicina y el de la especialidad, comparando posteriormente sus perfiles profesionales y objetivos y mapa de competencias.

Posteriormente, se continuará con la relación de los datos recogidos de las encuestas realizadas a los protagonistas de ambos planes, responsables de la asignatura y alumnos y tutores y residentes.

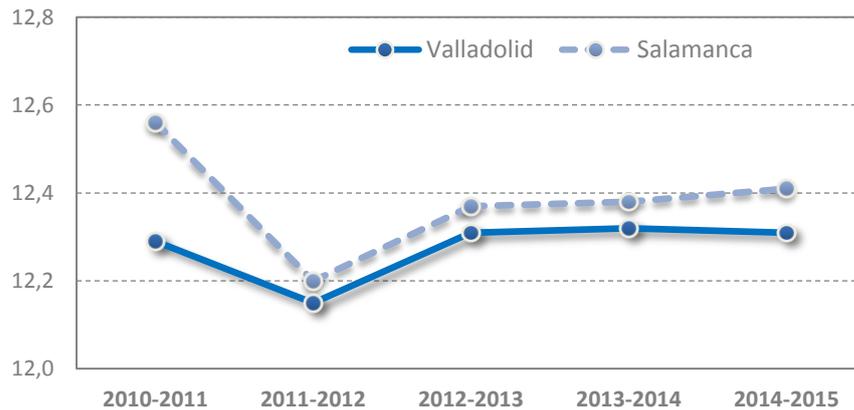
Para cerrar este capítulo, se presenta la información obtenida del análisis del aplicativo Gestión@FC para formación continuada.

6.1-1 Grado en Medicina. Asignatura de Obstetricia y Ginecología

El título de graduado en Medicina se imparte en las Facultades de Medicina de Castilla y León desde el curso 2010-2011.

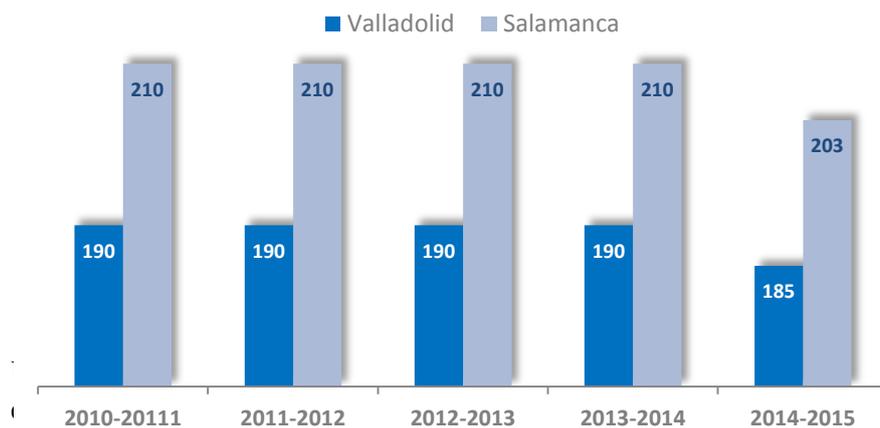
La demanda numérica en primera opción para acceder a los estudios de Medicina, tanto a nivel nacional como en nuestra comunidad es muy elevada, y como cabe imaginar esto influye en las notas de corte de las pruebas de acceso a la Universidad, de tal forma que en los últimos años han sido de las notas más altas.

Figura 15: Evolución notas de corte curso 2010-2011 a 2014-2015.



El número de plazas ofertadas debe responder a la demanda de médicos que se precisan en nuestro país, manteniéndose constante en los últimos años en ambas facultades, con una ligera disminución en el número del último curso analizado.

Figura 16: Evolución del número de plazas ofertadas en los cursos 2010-2011 a 2014-2015.



selección sitúan los alumnos aprobados entre el 80 y el 90% y en los percentiles altos de las primeras plazas.

A-Perfil y objetivos del Grado

Siguiendo la Directiva Europea 2021(1)12 2004, 13781/04 REV 2, de 21 de Diciembre de 2004⁷⁵ el perfil profesional del graduado en Medicina es un perfil único y común sobre el que se desarrolla la formación especializada posterior. Este perfil único y común es el soporte sobre el que se desarrolla la formación especializada posterior. No obstante, a partir de la formación básica de médico, es posible desarrollar otros perfiles profesionales, como la dedicación a la actividad docente y/o investigadora, la dedicación a la industria farmacéutica (I+D+I) o a la gestión sanitaria.

Los objetivos del programa deben ser especificados preferiblemente en términos de resultado del aprendizaje y de competencias que han de ser adquiridas.

Los objetivos generales de su formación son los siguientes:

- Prevenir problemas de salud, en el ámbito social y en el personal, con énfasis en los más prevalentes y graves.
- Diagnosticar los problemas de salud.
- Resolver los problemas de salud mediante el tratamiento adecuado.
- Aliviar el sufrimiento, minorizando las consecuencias de aquellos problemas de salud que sean solo susceptibles de paliación.

⁷⁵ Directiva 2021 (1) 12 2004; 13781/2/04 REV2, de 21 de diciembre de 2004. Posición común aprobada por el Consejo Europeo el 21 de diciembre de 2004 con vistas a la adopción de la directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. (Bruselas, 07/03/2002. COM (2002) 119 final; 200270061 COD).

- Mantener su competencia profesional, siendo capaz de detectar sus necesidades de formación y de buscar la información fiable, relevante y actualizada al respecto.

- Contribuir a la formación de otros profesionales de salud.

- Realizar tareas de gestión sanitaria.

Para ello se proporciona al estudiante de medicina actitudes, habilidades y conocimientos que le permitan alcanzar:

- Una formación adecuada de las bases biológicas y sociales de la medicina.

- Un razonamiento clínico competente.

- Un firme compromiso ético y social.

- Una plena consideración humanista de la profesión.

B-Estructura general del título

Está adaptado a los requisitos establecidos en la Orden ECI/332/2008 del 13 de febrero del Ministerio de Educación y Ciencia⁷⁶. El plan se organiza en seis módulos, divididos en Materias y éstas en Asignaturas, dependiendo de las actividades formativas correspondientes (Tabla 14). Tanto los Módulos, como las Materias y las Asignaturas, disponen de un número de créditos ECTS variable, relacionado con la extensión de su contenido.

⁷⁶ ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. «BOE» núm.40, de 15 de febrero de 2008; páginas 8351 a 8355.

Tabla 14: Estructura general del Grado en Medicina.**ESTRUCTURA GENERAL DEL GRADO EN MEDICINA****MÓDULO I: ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DEL CUERPO HUMANO
(84ECTS)****MÓDULO II: MEDICINA SOCIAL. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN
E INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN (32 ECTS)****MÓDULO III: FORMACIÓN CLÍNICA HUMANA (135 ECTS)****MÓDULO IV: PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS
(43 ECTS)****MÓDULO V: PRÁCTICAS TUTELADAS Y TRABAJO FIN DE GRADO (60
ECTS)****MÓDULO VI: FORMACIÓN OPTATIVA (6 ECTS)**

La asignatura de Obstetricia y Ginecología forma parte del Módulo de Formación Clínica Humana, dentro de la Materia denominada Formación Materno-Infantil junto con la asignatura de Pediatría. Tiene una distribución anual, con enseñanza práctica por grupos. Comprende 9 ECTS. La valoración de los tiempos de los diferentes componentes se ha realizado de acuerdo con el RD 1125/2003⁷⁷ sobre crédito europeo. Cada crédito europeo supone un trabajo de entre 25 y 30 horas del alumno, incluyendo las horas de

⁷⁷ Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. «BOE» núm. 224, de 18 de septiembre de 2003, páginas 34355 a 34356.

contacto con el profesor, las de trabajo personal y la realización de exámenes.

Consta además de unas prácticas tuteladas que comprenden 6 créditos ECTS. Se realizan durante 4 semanas, con la incorporación completa a las tareas clínicas y formativas de los servicios hospitalarios adjudicados del área de Obstetricia y Ginecología, sometidas a una evaluación continua.

Definición y competencias de la asignatura de Obstetricia y Ginecología

La Obstetricia estudia la fisiología y la patología de la gestación, el parto y el puerperio, mientras que la Ginecología se ocupa de la patología propia de los órganos del tracto genital femenino, asumiendo la patología de la mama.

1-Competencias

Las competencias que se deben adquirir durante el estudio del Módulo III son todas las básicas del Grado en Medicina y las generales C01 a C37, ya descritas ambas en el Capítulo del Marco Teórico y que se pueden consultar en el Anexo I.

Se describen a continuación únicamente las específicas de la asignatura de Obstetricia y Ginecología:

Conocer los fundamentos de la exploración y seguimiento del embarazo.

Conocer y diferenciar el curso del embarazo normal y el patológico.

Puerperio.

Conocer las enfermedades de transmisión sexual

Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías ginecológicas.

Saber los fundamentos científicos y la orientación de la contracepción y la fertilización.

Competencias específicas desarrolladas por la Universidad de Valladolid:

Conocer cómo se realiza la asistencia al parto normal y patológico.

Reconocer, diagnosticar y orientar la patología mamaria.

Universidad de Salamanca no ha desarrollado competencias específicas propias para esta asignatura

2-Resultados del aprendizaje

La asignatura está estructurada en competencias, pero también en términos de resultados de aprendizaje, que deben entenderse como aquello que se espera que el estudiante conozca, entienda y sea capaz de hacer al finalizar el período de estudio.

Así, tenemos dos grados apartados: “saber” y “saber hacer”. Se entiende que dentro del “saber” se incorporan aquellos contenidos relacionados fundamentalmente con los conocimientos "aquello que se es capaz de recordar e integrar desde una perspectiva básicamente conceptual". En el “saber hacer” se incorporan las destrezas habilidades y actitudes en las que el alumno debe ser competente de forma previa a la formación especializada.

-Saber:

· Conocer los cambios fisiológicos que acontecen durante la gestación

· Conocer los procederes diagnósticos para el embarazo en su primera mitad (diagnóstico presumible, probable y cierto).

· Conocer la pauta diagnóstica prenatal de las cromosomopatías desde el punto de vista obstétrico.

- Conocer la sistemática de control del embarazo normal.
- Conocer las maniobras y pruebas de exploración obstétrica y los criterios de normalidad de las mismas.
- Conocer la fisiología y clínica del parto normal, así como la asistencia al mismo.
- Evaluar el puerperio normal y destacar la importancia de la lactancia materna.
- Conocer las enfermedades que cursan con metrorragia en el primer trimestre de gestación y conocer su diagnóstico y conducta terapéutica.
- Conocer los fundamentos diagnósticos y conocer el tratamiento de la hiperemesis gravídica.
- Conocer los estados hipertensivos del embarazo, reconocer la conducta asistencial y las repercusiones materno-fetales.
- Reconocer los criterios diagnósticos de la diabetes gestacional y las repercusiones de la diabetes sobre el embarazo y del embarazo sobre la diabetes.
- Conocer las anemias asociadas al embarazo y su profilaxis.
- Conocer la alta prevalencia de las infecciones urinarias durante la gestación y saber su tratamiento.
- Conocer las infecciones maternas más importantes que cursan con afectación fetal.
- Conocer las repercusiones de las cardiopatías sobre el embarazo y del embarazo sobre las cardiopatías y conocer la sistemática asistencial.
- Conocerlas repercusiones de la incompatibilidad Rh y del sistema ABO durante la gestación y su profilaxis.
- Conocer las alteraciones del crecimiento intrauterino retardado y su repercusión fetal.

-
- Conocer la patología de la rotura prematura de membranas y las repercusiones feto-maternas.
 - Conocer la patología del parto pretérmino y las repercusiones feto-maternas.
 - Conocer las enfermedades que cursan con metrorragia en el tercer trimestre y conocer su diagnóstico y conducta terapéutica.
 - Conocer las causas y sistemática de control del embarazo de alto riesgo.
 - Conocer las distocias dinámicas, el parto prolongado y su repercusión feto-materna.
 - Conocer el concepto de desproporción pélvico-cefálica y del parto de prueba.
 - Conocer las características y sistemática asistencial del parto distócico (embarazo gemelar, presentación de nalgas y situación transversa).
 - Conocer los principales accidentes obstétricos (rotura uterina y desgarros del canal).
 - Conocer las hemorragias del alumbramiento.
 - Conocer los principales instrumentos y operaciones obstétricas.
 - Conocer la patología del puerperio y conocer su tratamiento.
 - Conocer las principales exploraciones ginecológicas.
 - Conocer la clínica, diagnóstico y tratamiento de las infecciones vaginales.
 - Conocer las principales ETS y su repercusión en la reproducción.
 - Conocer los principales síndromes dolorosos ginecológicos y su conducta terapéutica.

- Conocer el síndrome climatérico y las ventajas e inconvenientes de su tratamiento.
- Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general de las amenorreas patológicas.
- Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general de la endometriosis.
- Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general del síndrome del ovario poliquístico.
- Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general de la enfermedad inflamatoria pélvica. Repercusión en la fertilidad.
- Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general de los prolapso genito-urinarios y de la incontinencia de orina.
- Conocer la clínica, pauta diagnóstica y terapéutica de las distrofias, tumores benignos y malignos de la vulva.
- Conocer la clínica, pauta diagnóstica y terapéutica de los pólipos, lesiones preneoplásicas y malignas del cuello uterino
- Conocer la clínica, pauta diagnóstica y tratamiento de los miomas, pólipos, sarcomas y cáncer de endometrio.
- Conocer la clínica, pauta diagnóstica y tratamiento de los tumores benignos y malignos del ovario.
- Conocer la clínica, pauta diagnóstica y tratamiento de la patología benigna y maligna de la mama.
- Conocer los diferentes métodos contraceptivos, ventajas, inconvenientes y fiabilidad de los mismos.
- Conocer las técnicas de reproducción asistida humana.

-Saber Hacer:

- El alumno debe mostrar comprensión y sensibilidad ante la paciente obstétrica o ginecológica, sabiendo preservar su dignidad y guardando el secreto profesional.
- Debe saber realizar una anamnesis para conformar una historia clínica obstétrico-ginecológica y exploraciones básicas de la especialidad bajo supervisión.
- Debe conocer las diversas patologías obstétricas y ginecológicas y tener los conocimientos necesarios para aproximarse a un diagnóstico.
- Debe saber analizar los síntomas, signos, exploración clínica y exploraciones complementarias habituales de la patología obstétrica y ginecológica, para alcanzar un diagnóstico.
- Debe saber valorar la evolución, el pronóstico y el tratamiento de la patología obstétrico-ginecológica más frecuente.
- Saber interpretar un informe obstétrico-ginecológico.

C-Procedimientos de evaluación y sistema de calificaciones

Los procedimientos de evaluación y la repercusión de cada uno de ellos en la calificación final, serán fijados por cada responsable de la asignatura y publicados antes de comenzar el curso. En síntesis, se corresponden con las siguientes opciones:

Exámenes escritos con preguntas tipo test de respuestas múltiples

Exámenes escritos con preguntas de temas

Supuestos prácticos a desarrollar

El sistema de calificaciones implica que los resultados finales obtenidos por el alumno se calificarán en escala numérica de 0 a 10,

con expresión de un decimal, a la que se podrá añadir la correspondiente calificación cualitativa atendiendo al baremo:

0,0-4,9: Suspenso

5,0-6,9: Aprobado

7,0-8,9: Notable

9,0-10: Sobresaliente

A modo de resumen, en el plan de la formación del Grado en Medicina, queda bien definido que perfil de médico se quiere formar y los objetivos de la enseñanza básica en Medicina, las competencias en las que se debe formar y los resultados de este aprendizaje y el sistema de evaluación.

Figura 17: Plan formativo del Grado en Medicina. Elaboración propia.



6.1-2 Programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología

El programa formativo actual de la especialidad de Obstetricia y Ginecología fue elaborado en el año 2009⁷⁸ por la Comisión Nacional de dicha especialidad y ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y Política Social y de Educación en materia de formación sanitaria especializada.

El acceso a la formación se realiza a través del examen MIR. El número de plazas ofertadas, responde a la necesidad de especialistas manifestada por las comunidades autónomas.

El programa recoge de modo estructurado un mapa de competencias que engloba los conocimientos, las habilidades y las actitudes que deben adquirir a lo largo del período de formación de la especialidad de Obstetricia y Ginecología.

La especialidad de Obstetricia y Ginecología abarca la fisiología, patología y tratamiento de:

- Gestación, parto y puerperio.
- Tracto genital femenino, incluyendo la mama.
- Reproducción humana.
- Aspectos preventivos, psíquicos y sociales que se relacionan con los apartados anteriores.

A-Perfil y objetivos

En el plan de formación se definen los objetivos generales de la especialidad englobando en ellos el perfil del profesional que desea formar. Un profesional que sea capaz de:

- proporcionar una asistencia eficaz
- diagnosticar y tratar los problemas ginecológicos y del embarazo de la mujer
- promocionar su salud

⁷⁸ Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. «BOE» núm. 129, de 28 de mayo de 2009.

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en la especialidad de Obstetricia y Ginecología

- ser autocríticos
- mantener una actitud permanente de aprendizaje y formación continuada
- desarrollar proyectos de investigación
- asumir con responsabilidad la gestión adecuada de los recursos

El mapa de competencias está dividido en tres bloques: conocimientos, habilidades y actitudes, y cada uno de ellos se subdivide como señala la tabla siguiente:

Tabla 15: Mapa de competencias de la especialidad.

CONOCIMIENTOS	1-GENERALES	
	2-EMBARAZO,PARTO	Y
	PUERPERIO NORMAL	Y
	PATOLÓGICO	
HABILIDADES	3-GINECOLOGÍA	
	1-GENERALES	
	2-EMBARAZO,PARTO	Y
	PUERPERIO NORMAL	Y
ACTITUDES	PATOLÓGICO	
	3-GINECOLOGÍA	
	1-GENERALES	
	2-RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	
	3-RAZONAMIENTO CLÍNICO	
	4-GESTIÓN DE LA ATENCIÓN	

El mapa de competencias completo se describe de forma detallada en el Anexo II.

La estructura del mapa de competencias sigue la de los trabajos de Miller.(1990) En la base de esta pirámide se encuentra el saber

(conocimientos) y a continuación el saber hacer (habilidades y actitudes).

B-Estructura del plan de formación

Para alcanzar las competencias propias del especialista en Obstetricia y Ginecología, el residente ha de rotar por las diferentes estructuras que forman la Unidad Docente, de modo que se cubran todas las necesidades formativas.

La distribución de la atención obstétrica y ginecológica entre los ámbitos de atención primaria y hospitalaria y la organización interna de los hospitales es muy variable. Por esta razón, el calendario de rotaciones, cuya división temporal es orientativa, no está definida por unidades asistenciales, sino por áreas de conocimiento.

Se dividen en obligatorias (tabla 16) y optativas (tabla 17) en otras especialidades con competencias cercanas. Cada residente deberá realizar al menos una rotación optativa durante su formación y el tiempo dedicado a éstas será de 2-3 meses.

Objetivos de las rotaciones:

Adquisición de conocimientos

Participación en talleres, seminarios, sesiones clínicas

Empleo del razonamiento clínico

Utilización de guías y protocolos

Lectura crítica de la literatura médica

Participar en las actividades de los especialistas tanto asistenciales como de formación, investigación y gestión clínica.

Estos objetivos recuerdan los dominios de los programas CanMeds (2000a) o el OutCome Project del ACGME(2000) descritos en el Marco Teórico.

Tabla 16: Rotaciones obligatorias.

ROTACIONES OBLIGATORIAS	
R1	Atención al embarazo normal Atención al puerperio normal Atención a urgencias
R2	Atención al embarazo y puerperio patológicos Ginecología General Contracepción Menopausia Suelo Pélvico
R3	Patología cervical y del tracto genital inferior Endocrinología y reproducción Histeroscopia
R4	Oncología ginecológica Patología mamaria Diagnóstico prenatal
R1-4	Atención al parto Cirugía ginecológica programada Atención a urgencias obstétricas y ginecológicas

Tabla 17: Rotaciones optativas.

ROTACIONES OPTATIVAS
Cirugía General
Urología
Medicina Interna y especialidades médicas (Endocrinología)
Medicina de Familia ⁷⁹
Genética

Niveles de autonomía

La capacidad para realizar determinados actos médicos instrumentales o quirúrgicos guarda relación con el nivel de conocimientos y experiencia. Por ello deben considerarse tres niveles de autonomía (Tabla 18)

⁷⁹ Se puede rotar en Medicina de Familia en las Comunidades Autónomas donde Medicina de Familia desarrolle programas de atención a la salud de la mujer.

Tabla 18: Niveles de autonomía del especialista en formación.

NIVELES DE AUTONOMÍA	
NIVEL 1	Las habilidades adquiridas permiten al médico residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente.
NIVEL 2	El residente tiene un extenso conocimiento pero no alcanza la experiencia suficiente para hacer un tratamiento completo de forma independiente.
NIVEL 3	El médico residente ha visto o ha ayudado a determinadas actuaciones, pero no tiene experiencia propia.

Niveles de responsabilidad

En cada período de formación el residente realizará un mínimo de actividades que le permitan asumir con eficacia y seguridad los distintos apartados del proceso clínico. No obstante, no puede ni debe asumir responsabilidades que estén por encima de sus capacidades, por ello se ha de considerar el nivel de responsabilidad. (Tabla 19)

Tabla 19: Nivel de responsabilidad del especialista en formación.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD	
NIVEL 1	Son actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutela directa. El residente hace y luego informa.
NIVEL 2	Son actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del tutor o de un facultativo responsable.
NIVEL 3	Son actividades a realizar por los especialistas y observadas o asistidas por el médico residente.

Cada unidad docente debe definir el nivel de responsabilidad del residente en cada una de las rotaciones y especialmente para las actividades invasivas o de alta complejidad. En cada caso, deben ser el tutor del residente y el médico responsable de la rotación, los que determinen cuando el médico en formación ha alcanzado la capacidad para asumir actividades con nivel de responsabilidad 1.

Tal y como especifica el Real Decreto 183/2008⁸⁰, la supervisión del residente de primer año debe ser directa, por tanto, no podrá definirse para él un nivel de responsabilidad 1 en ninguna de las rotaciones.

⁸⁰ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero de 2008, 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. «BOE» núm. 45, de 21 de febrero de 2008.

El nivel 3 de responsabilidad se reserva para aquellas actividades altamente cualificadas, que responden a áreas de capacitación específica o subespecialidades.

En el Anexo II se describe de forma detallada los niveles de autonomía por área de conocimiento y año de residencia.

La actuación del residente, con sus distintos niveles de autonomía y responsabilidad, correspondería al tercer estamento de la pirámide de Miller, al “demostrar cómo”.

Finalmente estaría el “hacer”, la práctica médica, propia de los profesionales que ya han pasado por el período de formación.

C-Evaluación

Aunque se asume que el sistema de evaluación es el recogido en el Real Decreto 183/2008, en el programa de la especialidad de Obstetricia y Ginecología no existe una descripción de la evaluación formativa y los instrumentos de evaluación que se emplearán específicos para esta especialidad.

Igual que esquematizábamos el plan formativo del grado en Medicina, podemos hacerlo con el plan formativo de la especialidad:

Figura 18: Plan Formativo Especialistas Obstetricia y Ginecología. Elaboración propia.



6.1-3 Comparativa ambos planes

A-Objetivos generales

Si comparamos los objetivos generales de ambos planes formativos, del grado y del especialista en Obstetricia y Ginecología encontramos varios puntos comunes. Ambos definen un perfil de profesional capaz de:

- Prevenir problemas de salud, en el ámbito social y en el personal, con énfasis en los más prevalentes y graves.
- Promoción de la salud
- Diagnosticar los problemas de salud.
- Resolver los problemas de salud mediante el tratamiento adecuado.
- Mantener su competencia profesional, siendo capaz de detectar sus necesidades de formación y de buscar la información fiable, relevante y actualizada al respecto. Actitud permanente de aprendizaje y formación continuada.
- Realizar tareas de gestión sanitaria.

Se puede observar sin embargo, que en el grado, quizá porque trata de dar una formación básica, más general y que sirva de base a cualquier otro perfil profesional, da un paso más en el perfil profesional del médico que quiere formar, añadiendo el componente social, ético y humanista de la medicina:

- Aliviar el sufrimiento, minorizando las consecuencias de aquellos problemas de salud que sean solo susceptibles de paliación.
- Proporcionar una formación adecuada de las bases biológicas y sociales de la medicina.
- Un firme compromiso ético y social.
- Una plena consideración humanista de la profesión.

Entre los objetivos generales del especialista se encuentra el adquirir pensamiento autocrítico y desarrollar proyectos de investigación, básico para un desempeño profesional de calidad, pero se pierde ya el objetivo de contribuir a la formación de otros profesionales de salud, que sí se considera un objetivo en el Grado.

B-Mapa de competencias

Las competencias generales del grado en Medicina, divididas en los siete apartados basados en los dominios del IIME (2002) se corresponden prácticamente con los conocimientos y habilidades Generales del programa de formación del especialista, como se puede apreciar en la siguiente tabla (Tabla 20)

Tabla 20: Competencias Generales del Grado y la Especialidad.

GRADO	ESPECIALIDAD
A. Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos	Bioética Legislación Sanitaria
B. Fundamentos científicos de la medicina	Aspectos Generales Soporte Vital Básico
C. Habilidades clínicas	Anamnesis, Exploraciones y Pruebas Complementarias
D. Habilidades de comunicación	Comunicación
E. Salud pública y sistemas de salud	Gestión Clínica y Salud Pública
F. Análisis crítico e investigación	Metodología científica Medicina basada en la evidencia
G. Manejo de la información	Comunicación

En el plan formativo de los MIR de Obstetricia y Ginecología se incluye el idioma inglés dentro de las competencias generales.

Las competencias específicas de la asignatura de Obstetricia y Ginecología están divididas en áreas de conocimiento y se correlacionan con los conocimientos en embarazo, parto y puerperio tanto normal como patológico y con los conocimientos ginecológicos.

Las habilidades que deben aprender los residentes de la especialidad son las específicas que tendrán que llevar a cabo en su vida profesional posterior, por lo que son mucho más amplias que lo que se puede adquirir en el estudio de la asignatura en la Facultad.

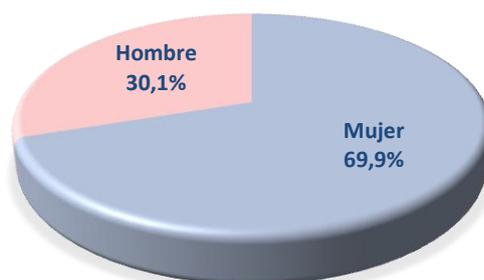
6.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE COMPETENCIAS ESPECÍFICAS Y HABILIDADES OBTENIDAS EN LA ASIGNATURA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Para conocer la opinión sobre la adquisición de las Competencias Específicas y Habilidades obtenidas en la asignatura de Ginecología y Obstetricia en los alumnos de Grado en Medicina de las Universidades de Castilla y León (Valladolid y Salamanca) se ha encuestado a los elementos implicados en ella: a los dos responsables de la asignatura de ambas universidades, a 96 alumnos de Valladolid y a 58 alumnos de Salamanca de quinto curso, puesto que la asignatura se estudia en el cuarto año de carrera.

Los porcentajes de participación han sido del 60% en Valladolid y de cerca del 40% en Salamanca. La participación global ha rondado el 50%.

El perfil del encuestado ha sido en su mayoría mujeres (un 69,9% frente a un 30,1% de hombres), de entre 18 y 25 años de edad (un 97,4%).

Figura 19: Distribución porcentual del sexo del encuestado (%).



La encuesta está dividida en dos bloques bien diferenciados. En el primero se les preguntó a todos los encuestados sobre el grado en el que habían adquirido distintas competencias específicas de la asignatura de Obstetricia y Ginecología en el Grado en Medicina, siendo 1 la puntuación mínima y 5 la puntuación máxima.

En el segundo se les preguntó sobre si habían adquirido determinadas habilidades en este periodo.

6.2.1 Competencias específicas

La valoración media de las competencias específicas adquiridas varía desde el 4,2 ($\pm 0,7$) con el que han valorado el ítem “*Conoces las enfermedades de transmisión sexual*”, al 3,1 ($\pm 0,8$) con el que han valorado el ítem “*Reconoces, sabes diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías ginecológicas*”.

Tabla 21: Valoración media de las Competencias Específicas.

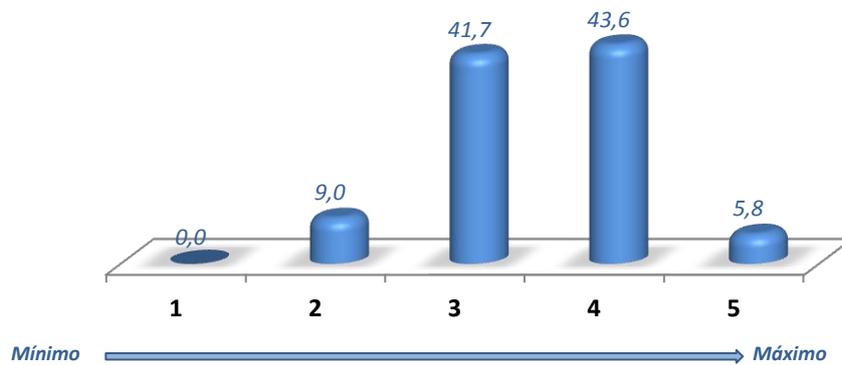
Competencias Específicas	Media	D.T.
P4.1. Conoces los fundamentos de la exploración y seguimiento del embarazo	3,5	0,7
P4.2. Conoces y diferencias el curso del embarazo normal y el patológico	3,7	0,7
P4.3. Conoces cómo se realiza la asistencia al parto normal y patológico	3,4	0,9
P4.4. Conoces el puerperio normal y patológico	3,3	0,8
P4.5. Conoces las enfermedades de transmisión sexual	4,2	0,7
P4.6. Reconoces, sabes diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías ginecológicas	3,1	0,8
P4.7. Sabes los fundamentos científicos y la orientación de la contracepción y la fertilización	3,5	0,9
P4.8. Reconoces, sabes diagnosticar y orientar la patología mamaria	3,4	1,0

Las figuras 20 a 23 representan las respuestas obtenidas en relación a las competencias específicas en Obstetricia, es decir, al conocimiento de embarazo, parto y puerperio, tanto normal como patológico.

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en la especialidad de Obstetricia y Ginecología

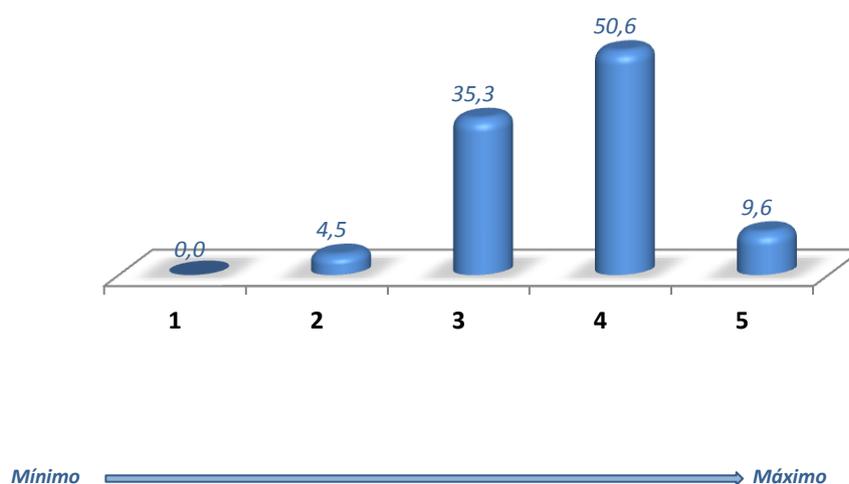
A la pregunta sobre conocimiento de la exploración y seguimiento del embarazo el 43,6 % de los encuestados consideran que adquieren esta competencia en un grado 4. La media de las respuestas es de 3,5 con una D.T. de 0,7.

Figura 20: Conoces los fundamentos de la exploración y seguimiento del embarazo (%).



Casi el 86% de los encuestados considera diferenciar bien entre el embarazo normal y el patológico, habiendo adquirido dicha competencia el 50,6% en un grado 4 y el 41,7% en un grado 3. Hay un 9% que solo lo hace en un grado 2. La media es de 3,7 (D.T. 0,7).

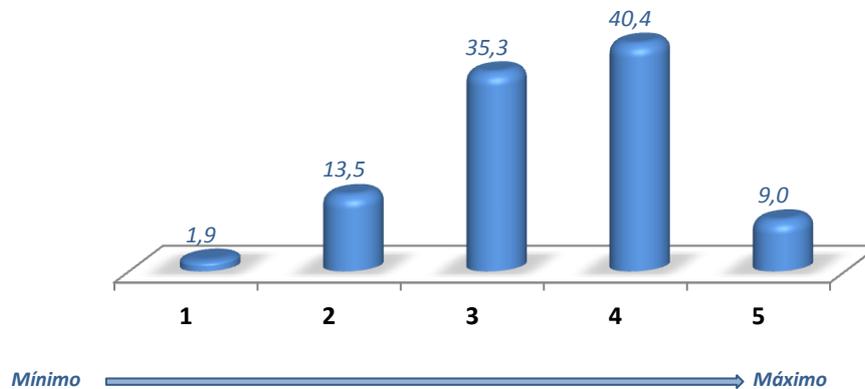
Figura 21: Conoces y diferencias el curso del embarazo normal y el patológico (%).



Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en la especialidad de Obstetricia y Ginecología

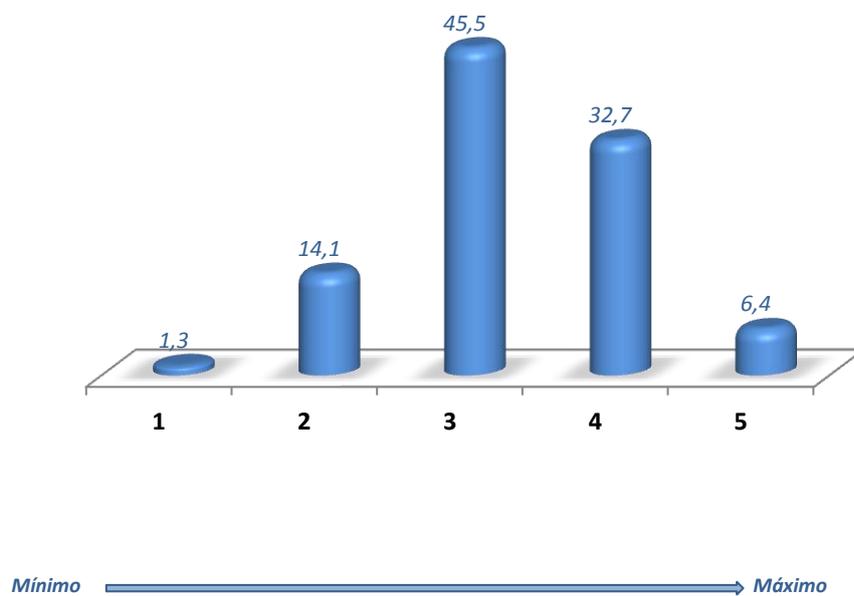
El grado 4 de competencia adquirido sigue siendo la respuesta más frecuente en la pregunta sobre la asistencia al parto normal y patológico, aunque suman el 15,4% los que consideran tener los mínimos grados (1 y 2) de competencia adquiridos. La media obtenida es de 3,4 con una D.T. de 0,9.

Figura 22: Conoces cómo se realiza la asistencia al parto normal y patológico (%).



En la pregunta sobre puerperio el 45,5% de las respuestas se encuentran en el grado 3, siendo solo el 32% los que consideran haber adquirido un grado 4 (superando el 40% en las preguntas previas). La media es de 3.3 (D.T. 0,8)

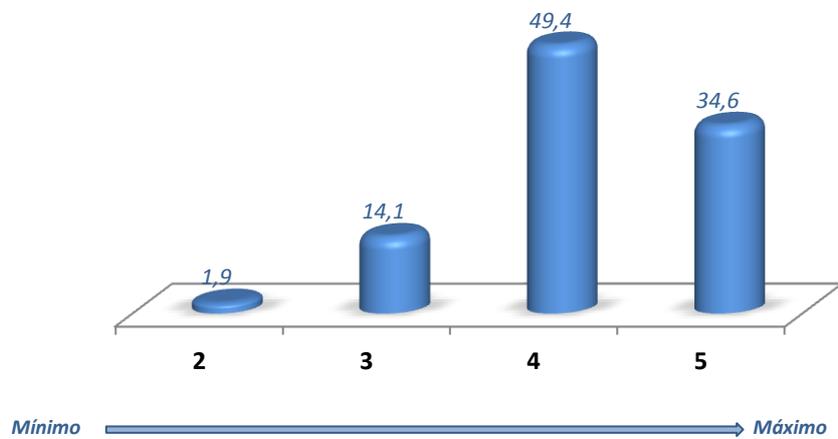
Figura 23: Conoces el puerperio normal y patológico (%).



Las figuras 24 a 27 son las representaciones de las respuestas a las preguntas sobre competencias específicas de Ginecología.

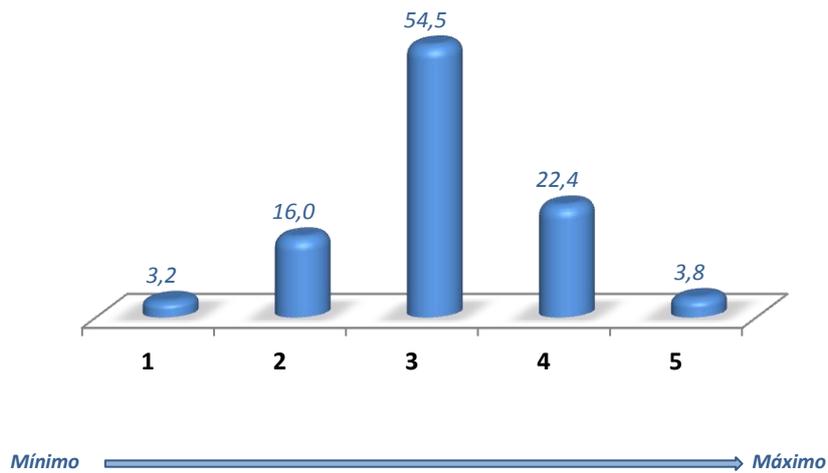
Conocer las enfermedades de transmisión sexual es la competencia que se ha adquirido en mayor grado (el 34,6% en grado 5 y el 49,4% en grado 4). La media es la más alta de todas las respuestas obtenidas, 4,2 (D.T. 0,7)

Figura 24: Conoces las enfermedades de transmisión sexual (%).



Reconocer, diagnosticar y tratar las patologías específicas ginecológicas es por el contrario la competencia en la que menor grado de conocimiento se ha adquirido (el 54,5 % considera un grado 4, el 22,4% el grado 4 y entre el grado 1 y 2 suman 19,2%). La media es de 3,1, la más baja y la D.T. es de 0,8

Figura 25: Reconoces, sabes diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías ginecológicas (%).

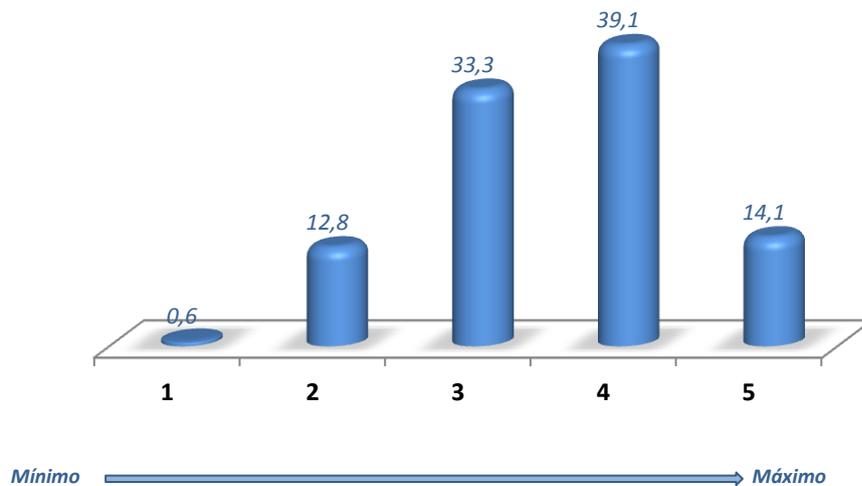


En un nivel intermedio se encuentran la los temas de contracepción y reproducción y la patología mamaria.

Los porcentajes están algo más repartidos en estas dos últimas cuestiones.

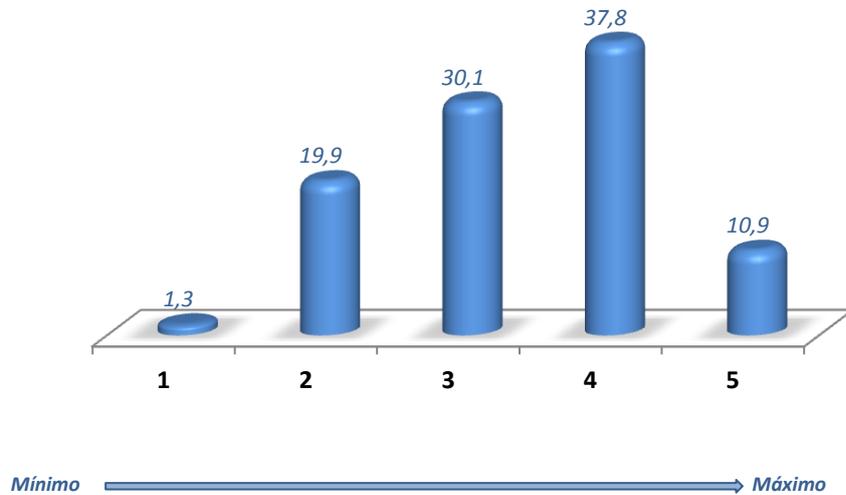
El 39,1% de los encuestados considera que los conocimientos que adquiere en contracepción y reproducción lo hace en un grado 4 y el 33,3% en un grado 3. La media de las repuestas obtenidas es de 3,5 y D.T. 0,9.

Figura 26: Sabes los fundamentos científicos y la orientación de la contracepción y la fertilización (%).



Los porcentajes de respuestas en la pregunta sobre patología mamaria son los siguientes: El 37,8% considera un nivel de conocimiento adquirido de grado 4, le sigue el 3 con un 30,1%, posteriormente el 2 con el 19,9% y en último lugar el 5 y el 1 con el 10,9% y el 1,3% respectivamente. La media de todas las respuestas es de 3,4 y la D.T. de 1,0.

Figura 27: Reconoces, sabes diagnosticar y orientar la patología mamaria (%).



6.2.2 Habilidades

En cuanto a las habilidades, cabe destacar que el 100% consideran que han adquirido la habilidad de *“Mostrar comprensión y sensibilidad ante la paciente obstétrica o ginecológica, sabiendo preservar su dignidad y guardando el secreto profesional”*.

Por otro lado, el ítem que en menor proporción consideran haber conseguido es *“Saber valorar la evolución, el pronóstico y el tratamiento de la patología obstétrico-ginecológica más frecuente”* (un 50,6%).

Tabla 22: Distribución porcentual de las habilidades disponibles (%).

<i>¿Dispones de la habilidad...?</i>	Sí	No
P5.1. Mostrar comprensión y sensibilidad ante la paciente obstétrica o ginecológica, sabiendo preservar su dignidad y guardando el secreto profesional	100,0%	0,0%
P5.2. Saber realizar una anamnesis para conformar una historia clínica obstétrico-ginecológica y exploraciones básicas de la especialidad bajo supervisión	79,5%	20,5%
P5.3. Conocer las diversas patologías obstétricas y ginecológicas y tener los conocimientos necesarios para aproximarse a un diagnóstico	66,0%	34,0%
P5.4. Saber analizar los síntomas, signos, exploración clínica y exploraciones complementarias habituales de la patología obstétrica y ginecológica, para alcanzar un diagnóstico	58,3%	41,7%
P5.5. Saber valorar la evolución, el pronóstico y el tratamiento de la patología obstétrico-ginecológica más frecuente	50,6%	49,4%

Cabe destacar que el 100% considera haber adquirido la habilidad de contenido social como es el mostrar comprensión y sensibilidad con las pacientes.

Igualmente consideran que sí han adquirido las habilidades relacionadas con los conocimientos (79,5%) o las que se pueden solventar con la memoria, como es la habilidad de realizar una anamnesis detallada o una exploración básica (66%).

Sin embargo, salen peor paradas las habilidades relacionadas con el pensamiento analítico o juicio clínico, como son el analizar los signos, síntomas o pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico concreto (el 41,7% admite no haberla adquirido) o el valorar una evolución o pronóstico (hasta el 49,4% no ha adquirido esta habilidad)

6.3 RESULTADOS DE LA ENCUESTA COMPETENCIAL DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN MIR DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Igualmente se ha llevado a cabo una Encuesta Competencial del Programa de Formación MIR de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, para conocer su opinión sobre el nivel en que se adquieren determinadas competencias.

La encuesta se ha realizado a los residentes de 4º año (R4), que han finalizado su residencia en el período 2014-2015 (el 64,7% de las respuestas son de residentes) y a los tutores de las 6 unidades docentes acreditadas⁸¹ (el 35,3% de las respuestas son de tutores). El porcentaje de participación ha sido muy elevado, del 94,4%.

Una vez recabada la información, pasamos al análisis de los datos obtenidos en la encuesta.

El perfil del encuestado ha sido en su mayoría mujeres (un 70,6% frente a un 29,4% de hombres), de entre 26 y 35 años de edad (un 70,6%), correspondiéndose con la distribución habitual por sexos de esta especialidad.

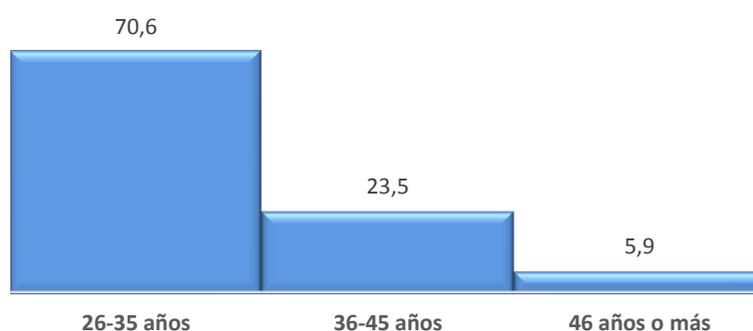
Figura 28: Distribución porcentual del sexo del encuestado (%).



⁸¹ Hay una séptima unidad docente acreditada, que es Zamora, pero está acreditada desde el año 2014, por lo que no tiene todavía residentes de 4º año.

La mayoría de los encuestados son residentes (el 64,7%) haciendo que el rango de edad más frecuente sea el comprendido entre los 25 a 35 años.

Figura 29: Distribución porcentual del grupo de edad del encuestado (%).



A todos los encuestados se les preguntó sobre el grado en el que habían adquirido distintas competencias al finalizar la formación como Especialista en Obstetricia y Ginecología, siendo 1 la puntuación mínima y 5 la puntuación máxima.

Las competencias se agruparon en torno a nueve bloques, tomando como referencia los dominios o hitos en los que el médico especialista debe formarse, según los referentes internacionales en educación médica. Estos bloques son:

Profesionalidad, habilidades de comunicación, conocimientos médicos, habilidades clínicas, salud pública, manejo de la información y análisis crítico, autoaprendizaje y formación.

6.3.1 Profesionalidad

En este bloque las cuestiones van dirigidas a conocer en qué grado consideran los encuestados que han adquirido las competencias relacionadas con la “profesionalidad”, es decir, en qué modo conocen

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en la especialidad de Obstetricia y Ginecología

y asumen sus niveles de responsabilidad y autonomía en relación con los pacientes y sus tutores o superiores.

La valoración media de las competencias adquiridas en cuanto a profesionalidad, es muy elevada, siempre por encima del 4,47.

Tabla 23: Valoración media de las competencias- Profesionalidad.

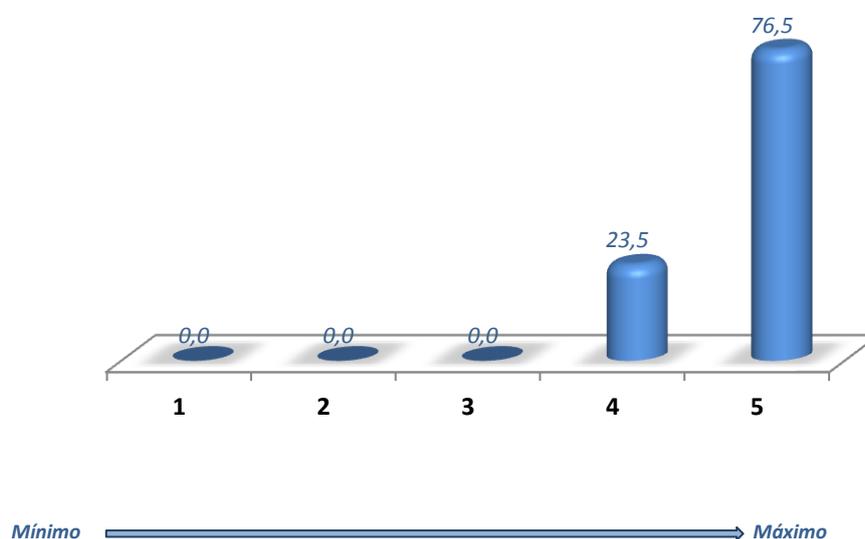
<i>Profesionalidad</i>	Media	D.T.
P4.1. Realizar el trabajo asignado	4,76	0,44
P4.2. Aceptar la responsabilidad del ejercicio profesional	4,82	0,53
P4.3. Conocer el protocolo de supervisión del residente	4,47	0,62
P4.4. Respetar los límites de su capacidad	4,47	0,87
P4.5. Solicitar ayuda si es necesario	4,82	0,39
P4.6. Conocer los derechos de los pacientes en aspectos éticos del ejercicio profesional	4,71	0,59

A continuación, se representan mediante gráficos las respuestas a cada una de las preguntas planteadas en este bloque.

Realizar el trabajo asignado:

El 76,5% considera que ha adquirido esta competencia en el grado máximo que es el 5. La media de las respuestas es 4.7 con una D.T de 0.44. Cabe destacar que nadie seleccionó los grados 1,2 ó 3.

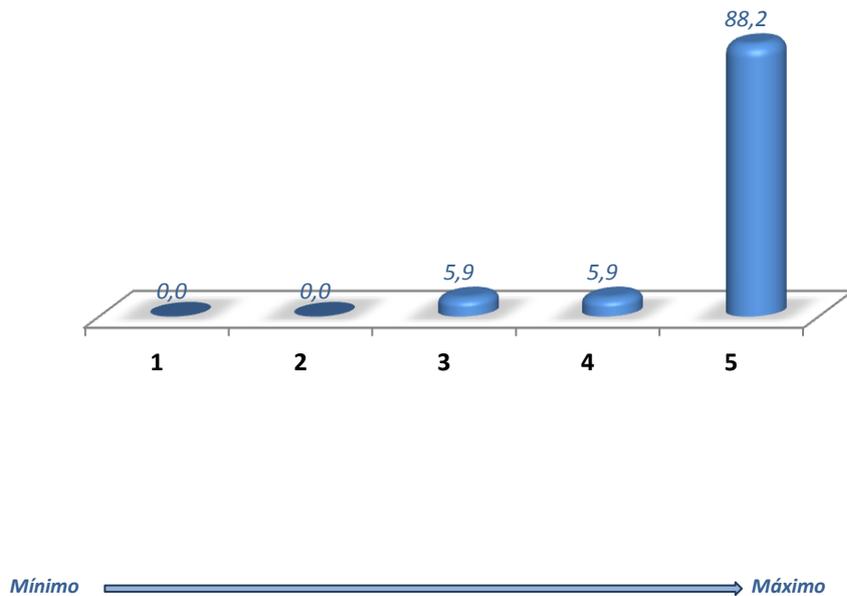
Figura 30: Realizar el trabajo asignado. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Aceptar la responsabilidad del ejercicio profesional:

El 88,2% de los residentes y tutores consideran que finalizan su período de residencia habiendo adquirido esta competencia en su grado máximo, el 5. La media de las respuestas obtenidas es 4,82 con una D.T de 0,53.

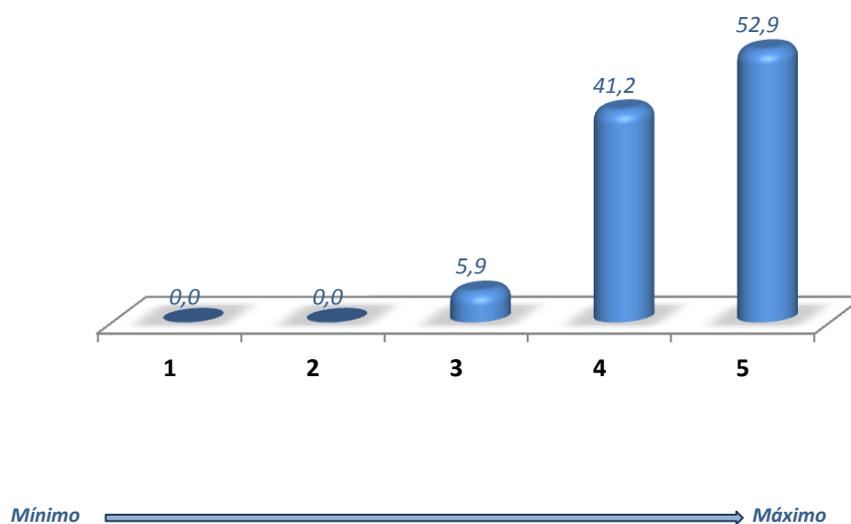
Figura 31: Aceptar la responsabilidad del ejercicio profesional. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Conocer el protocolo de supervisión del residente:

La media de las respuestas a esta pregunta se encuentra en el 4,47 con una D.T de 0.62. El 52,9 de los encuestados y el 41,2 consideran que adquieren esta competencia en un grado 5 y 4 respectivamente.

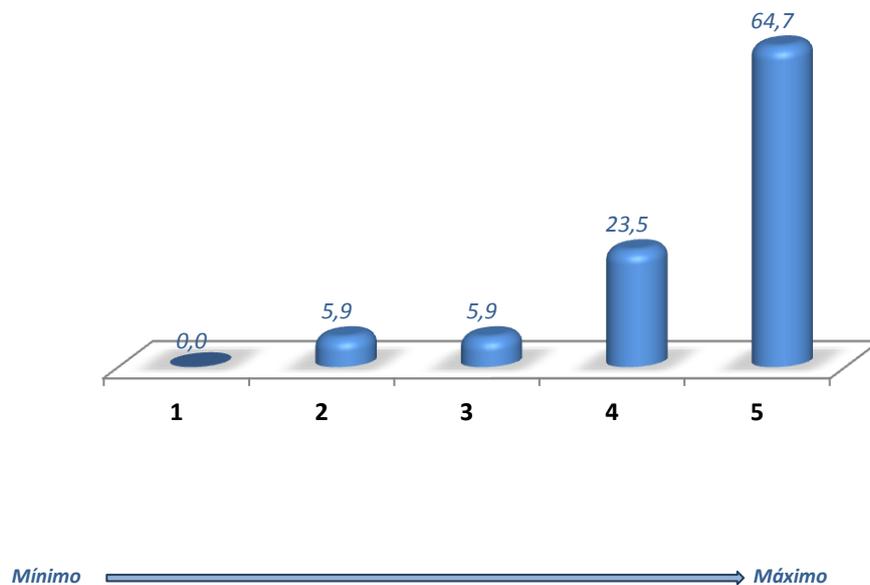
Figura 32: Conocer el protocolo de supervisión del residente. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Respetar los límites de la capacidad del residente en formación:

En cuanto a respetar los límites de la capacidad del residente en formación, la media de las respuestas es de 4.47 igual que la anterior, aunque con una D.T de 0.87, discretamente mayor. A pesar de que la mayoría (el 64,7%) opina que esta competencia se adquiere, es decir, se respeta, en un grado 5, se observa que un 5.9% que lo adquiere únicamente en un grado 2.

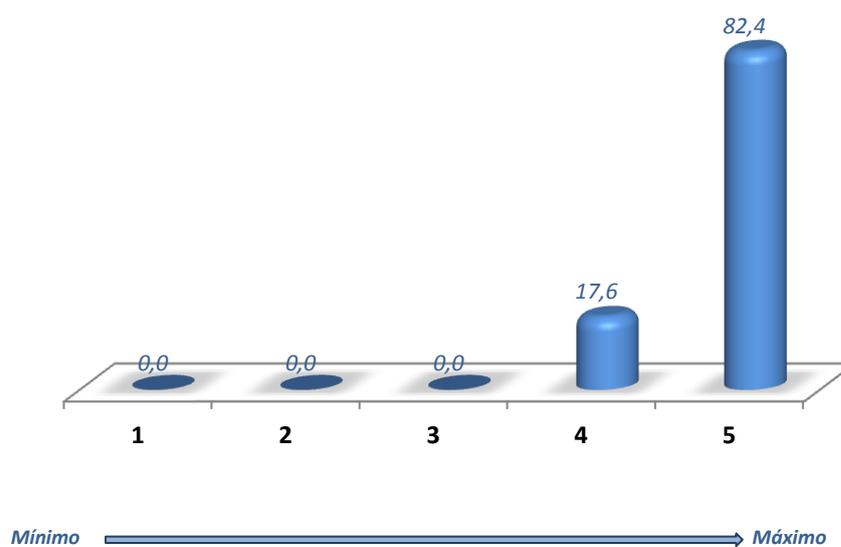
Figura 33: Respetar los límites de su capacidad. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Solicitar ayuda si es necesario:

El 82% de los encuestados considera que el grado con el que adquiere la capacidad de solicitar ayuda en caso necesario es el máximo que se les propuso. La media de las respuestas es 4,82 con una D.T de 0.39, la menor de este grupo de preguntas.

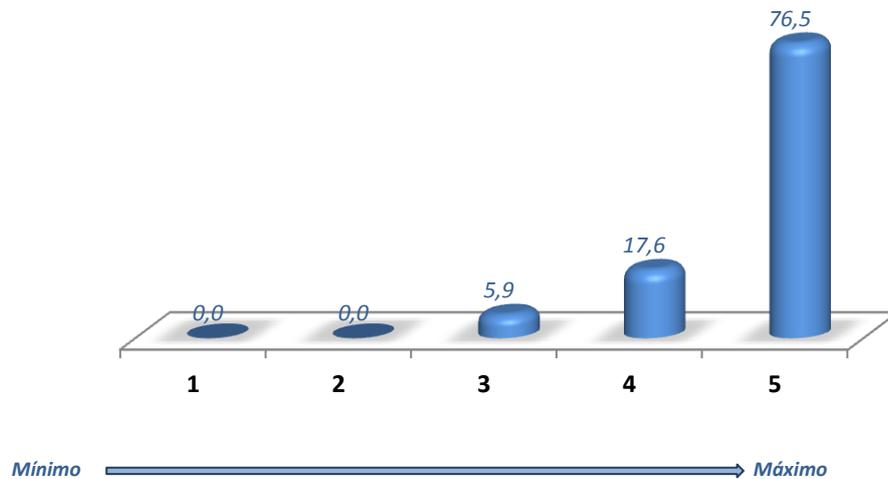
Figura 34: Solicitar ayuda si es necesario. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Conocer los derechos de los pacientes en aspectos éticos del ejercicio profesional:

La última cuestión sobre competencias relacionadas con la profesionalidad, es la que pregunta sobre aspectos éticos. La valoración media es como en todas las anteriores (y en general, en toda la encuesta) muy elevada (4,71 y D.T de ,59). El 76,5% considera que la ha adquirido en un grado 5.

Figura 35: Conocer los derechos de los pacientes en aspectos éticos del ejercicio profesional. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



6.3.2 Habilidades de comunicación

En este bloque se agrupa la información obtenida sobre las habilidades de comunicación, es decir, como el profesional en formación intercambia de forma efectiva información con pacientes, familiares u otros profesionales.

La valoración media de las competencias adquiridas en cuanto a las habilidades de comunicación, es muy elevada, siempre por encima del 4,41.

Tabla 24: *Valoración media de las competencias- Habilidades de comunicación.*

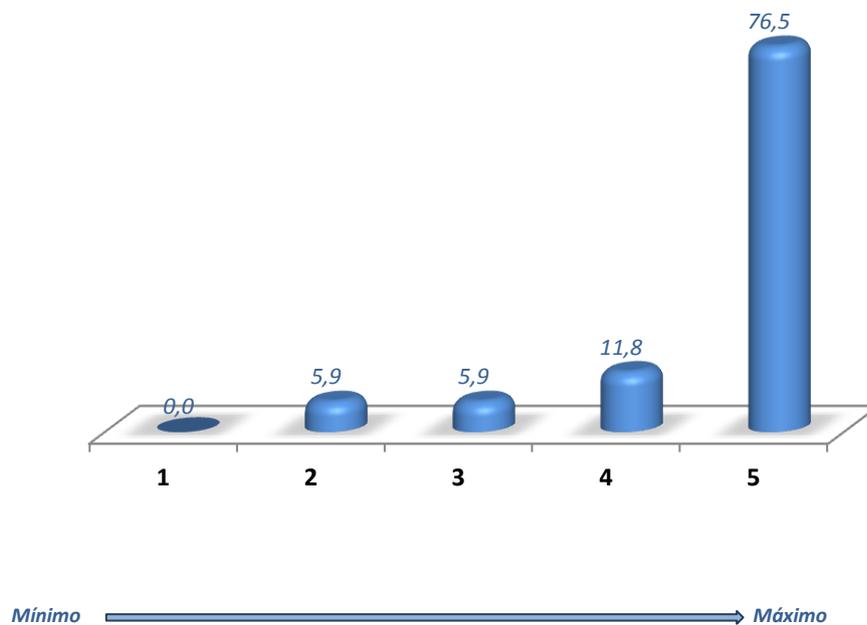
<i>Habilidades de comunicación</i>	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>
P5.1. Comunicarse de forma efectiva con pacientes y familiares	4,59	0,87
P5.2. Comunicarse de forma efectiva con otros miembros del servicio	4,76	0,44
P5.3. Comunicarse de forma efectiva con el resto del personal sanitario	4,82	0,53
P5.4. Participar en sesiones clínicas y/o bibliográficas	4,41	0,51
P5.5. Presentar casos clínicos correctamente	4,53	0,51

Se analiza a continuación pregunta a pregunta como en el apartado anterior:

Comunicarse de forma efectiva con pacientes y familiares:

La media de las respuestas 4.59, con una D.T. de 0,87. El 76,5% de los encuestados cree que se adquiere esta competencia en el grado máximo, 5.

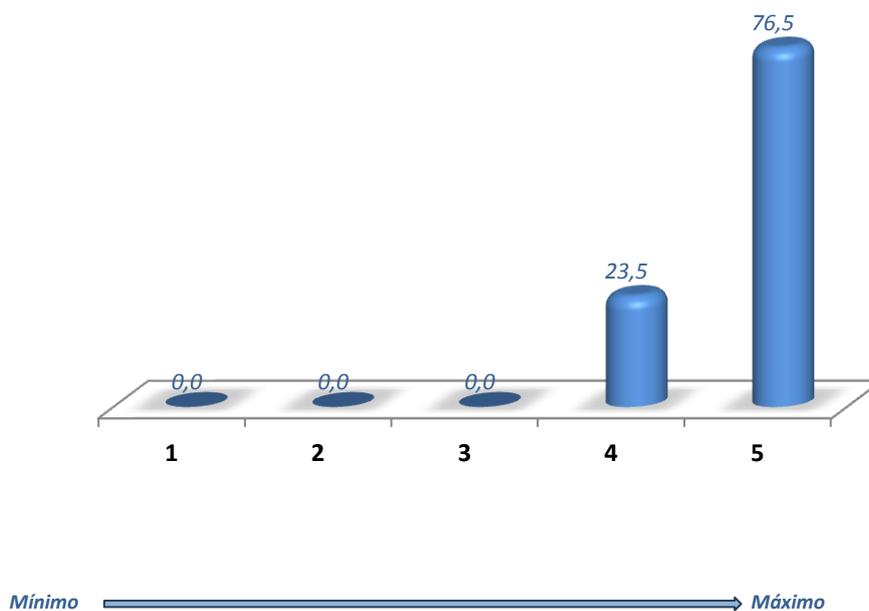
Figura 36: Comunicarse de forma efectiva con pacientes y familiares. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Comunicarse de forma efectiva con otros miembros del servicio:

La comunicación con otros compañeros del servicio, que es la siguiente cuestión, tiene una media de respuesta de 4,76, también elevada (D.T. 0,44). El 76,5% considera que se adquiere esta competencia en el grado 5. Los grados mínimos, 1,2 y 3 no fueron seleccionados por ninguno de los encuestados.

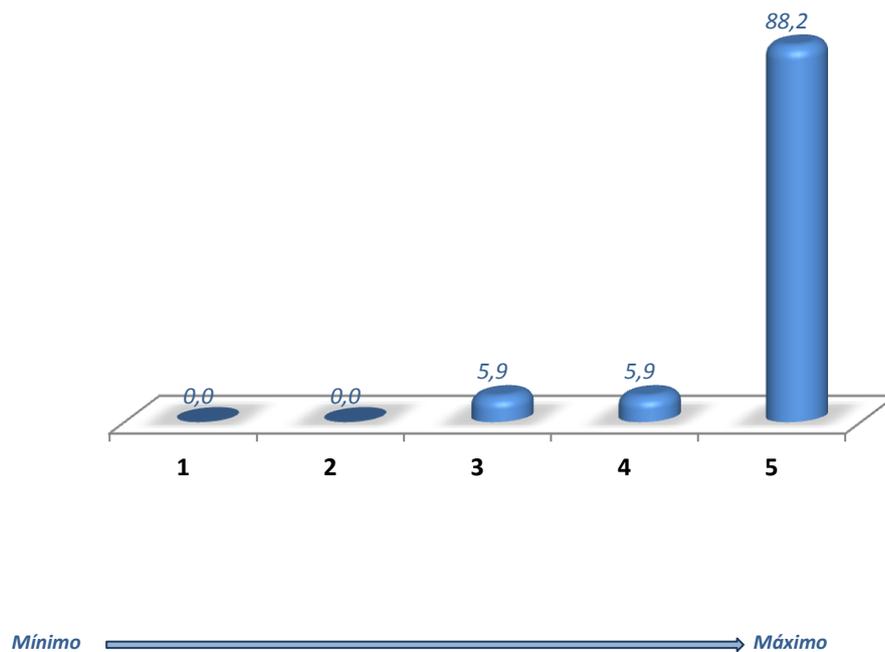
Figura 37: Comunicarse de forma efectiva con otros miembros del servicio. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Comunicarse de forma efectiva con el resto del personal sanitario:

También se obtiene una media muy elevada de las respuestas a la pregunta sobre comunicación con el resto del personal sanitario. El 88,2% respondió con el grado máximo de adquisición de esta habilidad. La media de las repuestas está en 4,82, y una D.T de 0,53.

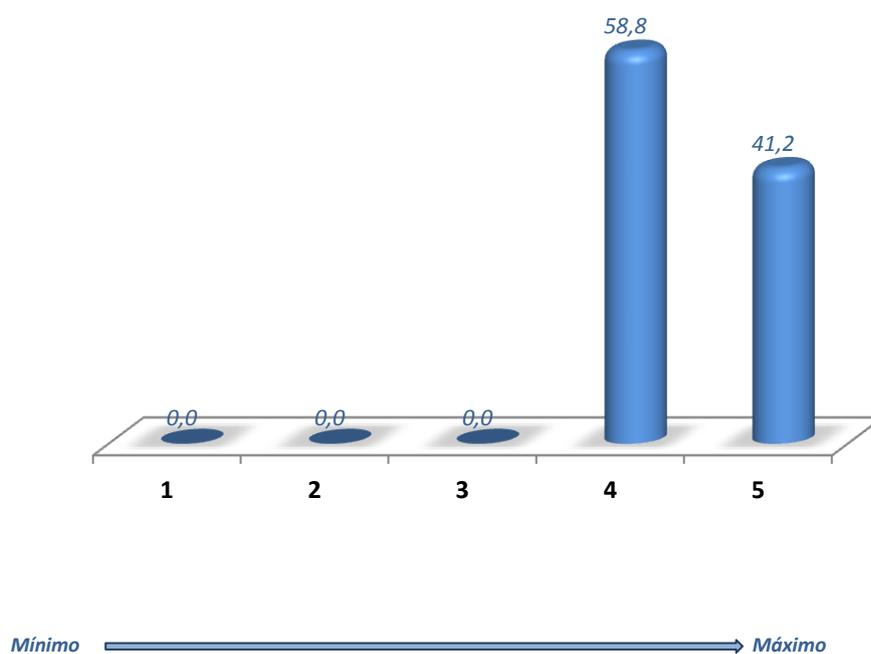
Figura 38: Comunicarse de forma efectiva con el resto del personal sanitario. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Participar en sesiones clínicas y/o bibliográficas:

A la pregunta sobre la presentación de sesiones clínicas o bibliográficas, el 41,2% responden que ha adquirido esta habilidad al fin del periodo formativo en un grado 5, un porcentaje menor en comparación con las respuestas previas, aunque si vemos la media esta sigue siendo elevada (el 58,8% contestó que en un grado 4). La media es entonces 4,41 con una D.T. de 0.51.

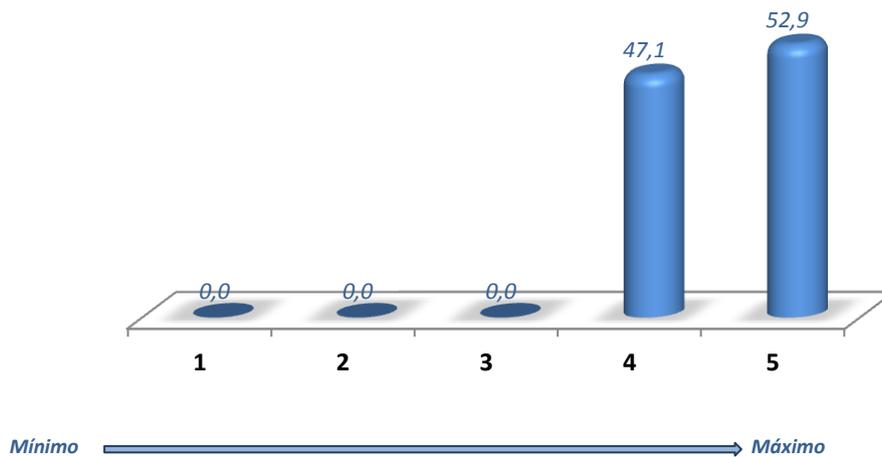
Figura 39: Participar en sesiones clínicas y/o bibliográficas. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Comunicarse de forma efectiva con pacientes y familiares:

El 52,9% de los encuestados, considera que adquiere la habilidad de comunicarse de forma efectiva con pacientes y familiares en el grado 5. La media es muy elevada, de 4,53 (D.T. de 0,51), y nadie seleccionó los valores mínimos.

Figura 40: Comunicarse de forma efectiva con pacientes y familiares. Distribución porcentual de las valoraciones (%)



6.3.3 Conocimientos médicos

Una vez analizadas las competencias sobre profesionalidad y habilidades de comunicación, se consideró necesario detenernos en las competencias sobre conocimientos médicos, actualización de los conocimientos y uso del razonamiento analítico.

La valoración media de las competencias adquiridas en cuanto a los conocimientos médicos, es muy elevada, siempre por encima del 4,41. En todas las preguntas, la mayoría elige como respuesta los grados 4 y 5.

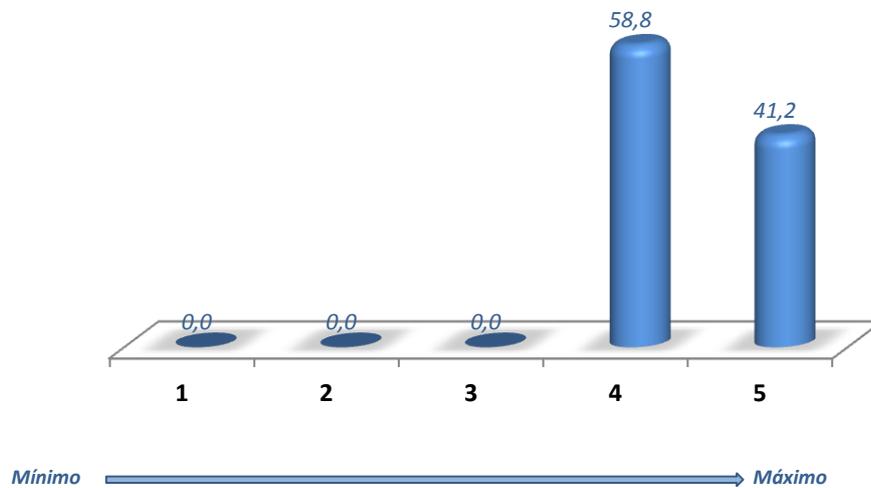
Tabla 25: *Valoración media de las competencias- Conocimientos médicos.*

<i>Conocimientos médicos</i>	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>
P6.1. Estar al día de los conocimientos médicos	4,41	0,51
P6.2. Resolver los problemas clínicos con pensamiento analítico	4,47	0,72
P6.3. Establecer juicios clínicos correctos	4,47	0,72

Estar al día de los conocimientos médicos:

La media de las respuestas a la pregunta sobre actualización de los conocimientos es de 4,41, con una D.T. de 0,51. Y es que entre las respuestas grado 4 y 5 se suma el 100% de las respuestas.

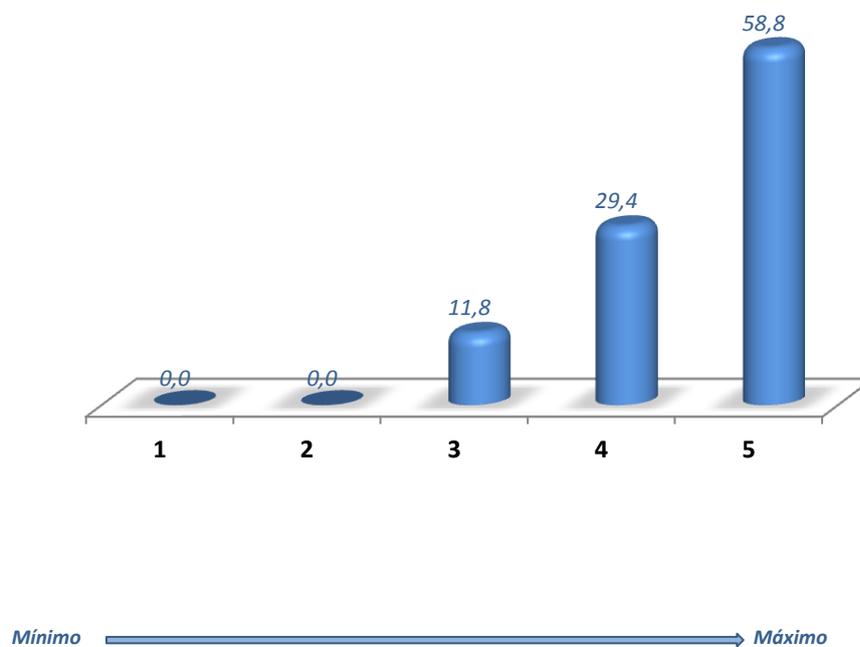
Figura 41: *Estar al día de los conocimientos médicos. Distribución porcentual de las valoraciones (%).*



Resolver los problemas clínicos con pensamiento analítico:

El 58,8% de los encuestados considera que adquiere esta competencia en un grado 5.

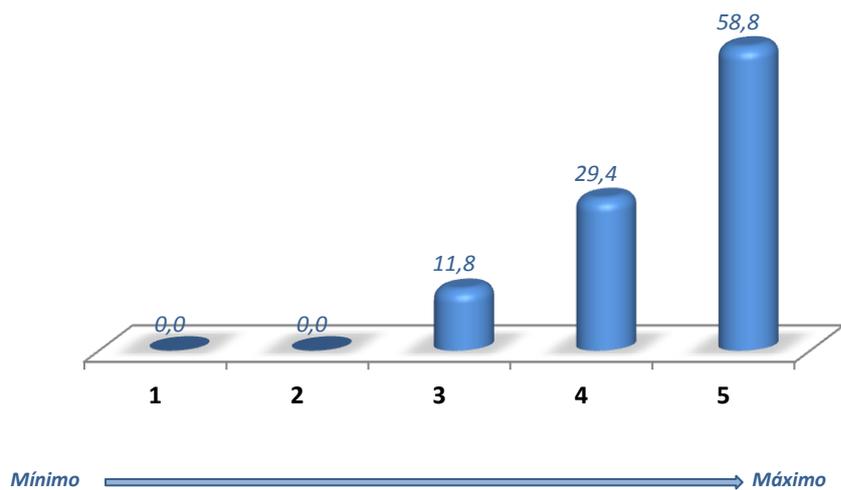
Figura 42: Resolver los problemas clínicos con pensamiento analítico. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en la especialidad de Obstetricia y Ginecología

El 58,8% de los encuestados, opina que es capaz de establecer juicios diagnósticos correctos, habiendo adquirido esta competencia en el grado 5. El 29,4% en el grado 4% y el 11,8 en el 3. La media es de 4,47 con una D.T. de 0,72.

Figura 43: Establecer juicios clínicos correctos. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



6.3.4 Habilidades clínicas

Es en este bloque donde se pregunta por las habilidades específicas de la práctica diaria del especialista en Obstetricia y Ginecología.

La valoración media de las competencias adquiridas en cuanto a las habilidades clínicas, es muy elevada. El ítem mejor valorado, “*Obtener una historia clínica correcta*”, obtuvo una puntuación media de 4,88 ($\pm 0,33$). El ítem con la puntuación más baja fue “*Conocer y realizar con destreza las principales técnicas quirúrgicas*”, con un 3,94 ($\pm 0,75$).

Tabla 26: Valoración media de las competencias- Habilidades clínicas.

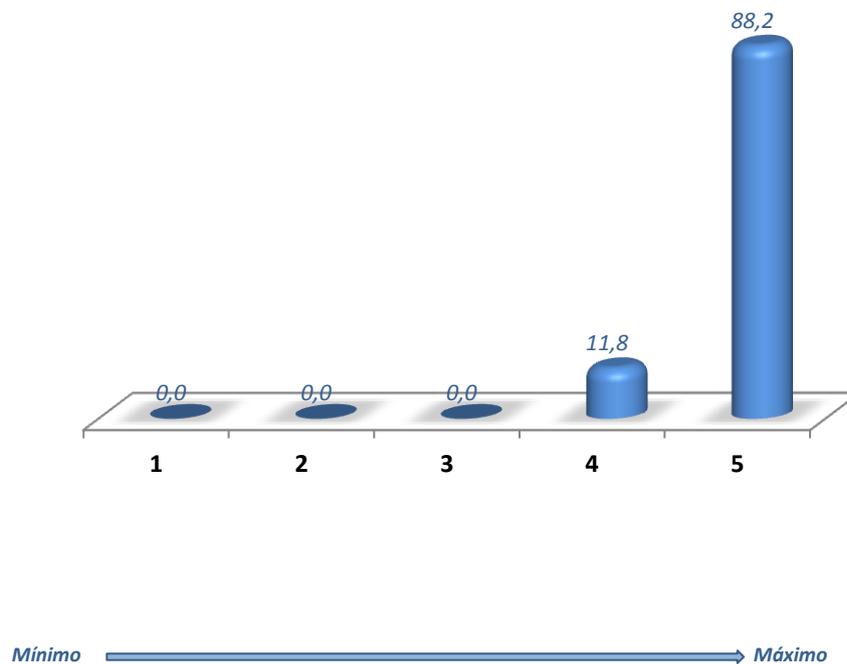
<i>Habilidades clínicas</i>	Media	D.T.
P7.1. Obtener una historia clínica correcta	4,88	0,33
P7.2. Realizar una exploración física completa	4,82	0,53
P7.3. Solicitar las pruebas diagnósticas necesarias	4,53	0,72
P7.4. Integrar la información para un diagnóstico diferencial adecuado	4,47	0,62
P7.5. Proponer opciones de tratamiento adecuadas	4,53	0,51
P7.6. Realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas con destreza	4,47	0,51
P7.7. Conocer y realizar con destreza las principales técnicas quirúrgicas	3,94	0,75

Analizamos como en los casos anteriores una a una de las preguntas:

Obtener una historia clínica correcta:

El 88,2% de los encuestados considera que adquiere en grado 5 la habilidad de realizar una anamnesis detallada. Con el 11,8% que considera que se obtiene en un grado 4%, tenemos el 100% de las respuestas. La media por tanto es muy elevada, 4,88 con una D.T. de 0,33.

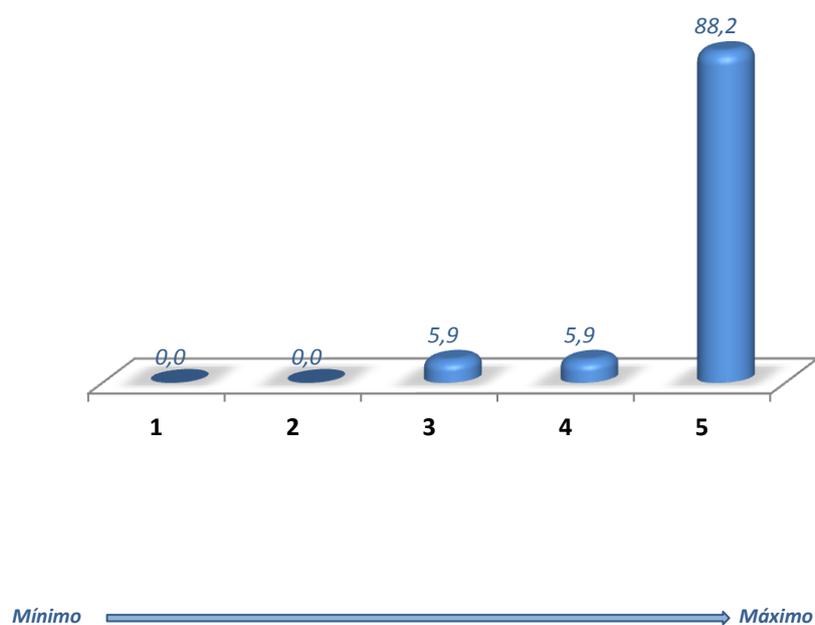
Figura 44: *Obtener una historia clínica correcta. Distribución porcentual de las valoraciones (%).*



Realizar una exploración completa:

Realizar una exploración ginecológica completa también se adquiere por un porcentaje muy alto (el 88,2%) en el grado máximo. La media de las repuestas obtenidas es 4,82, con 0,53 de D.T.

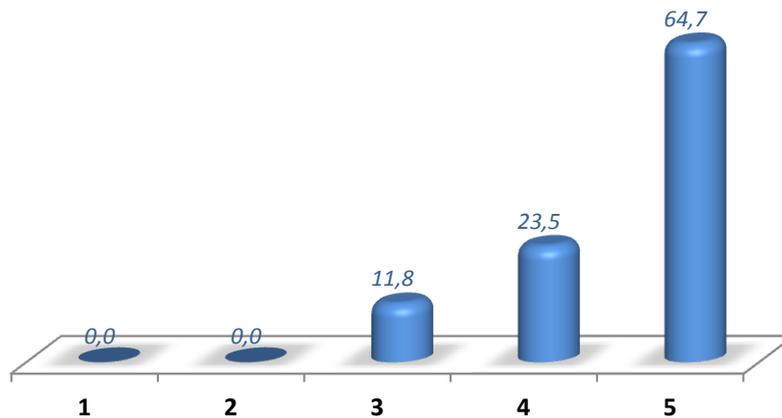
Figura 45: Realizar una exploración física completa. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Solicitar las pruebas diagnósticas necesarias:

El porcentaje de respuestas que considera adquirida esta habilidad en grado 5 es sensiblemente menor que en las anteriores. El 64.7% contesta que en un grado 5 y el 23,5 en un grado 4. Aún así, la media es elevada, 4,53 y una D.T de 0,72

Figura 46: Solicitar las pruebas diagnósticas necesarias. Distribución porcentual de las valoraciones (%).

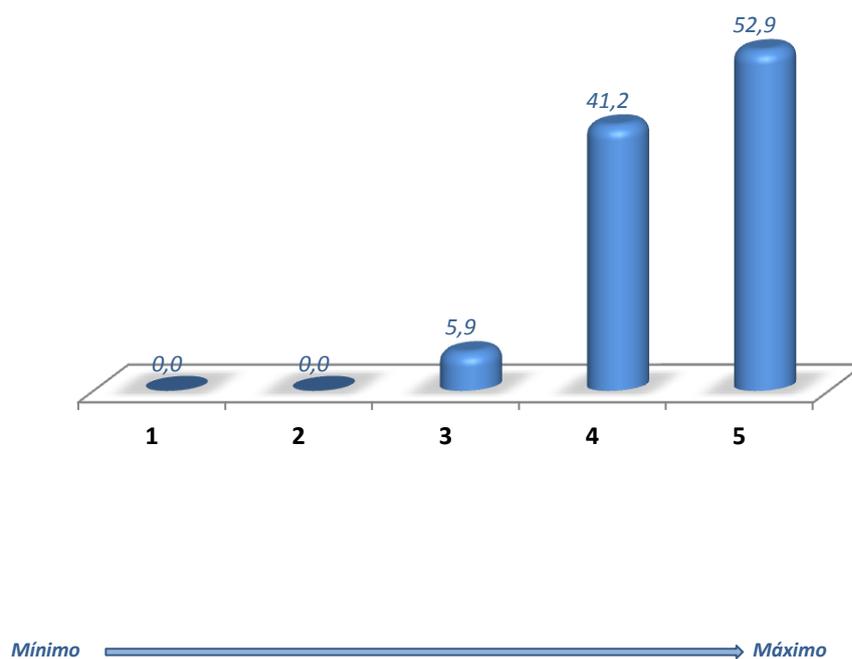


Mínimo  Máximo

Integrar la información para un diagnóstico diferencial adecuado:

La media de las respuestas cuando se pregunta sobre la habilidad para realizar un diagnóstico diferencial correcto es de 4,47 con una D.T. de 0,62. Desglosando el resultado en porcentajes, tenemos que el 52,9% considera que al finalizar el período de formación ha adquirido esta habilidad en un grado 5, el 41,2 en un grado 4 y el 5,9 en un grado 3.

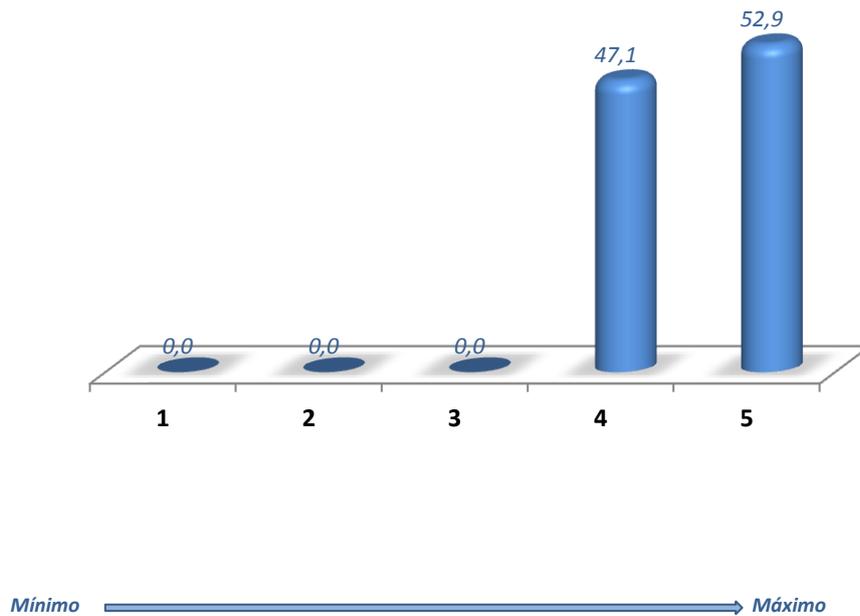
Figura 47: Integrar la información para un diagnóstico diferencial adecuado. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Proponer opciones de tratamiento adecuadas:

El porcentaje de encuestados que señala como respuesta el grado 5 de nivel de habilidad adquirida es similar a la anterior, el 52,9%. La media de las respuestas es 4,53 con una D.T. de 0,51.

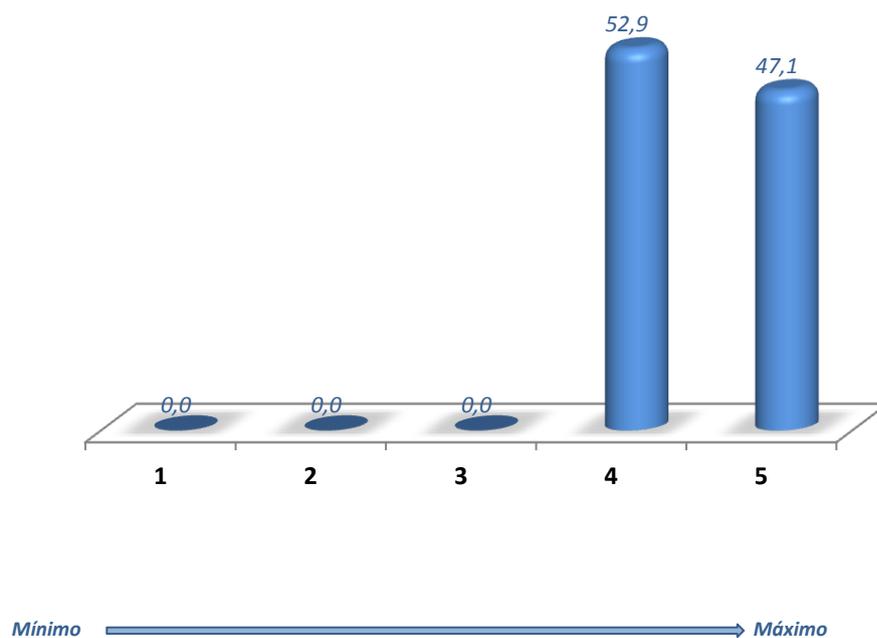
Figura 48: Proponer opciones de tratamiento adecuadas. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas con destreza:

La media de respuestas a esta pregunta es de 4,47, con una D.T. de 0,51. El 47,1% considera que ha adquirido esta habilidad en el grado máximo, y el 52,9% en el grado 4. Ningún encuestado seleccionó las respuestas grado 1,2 ó 3.

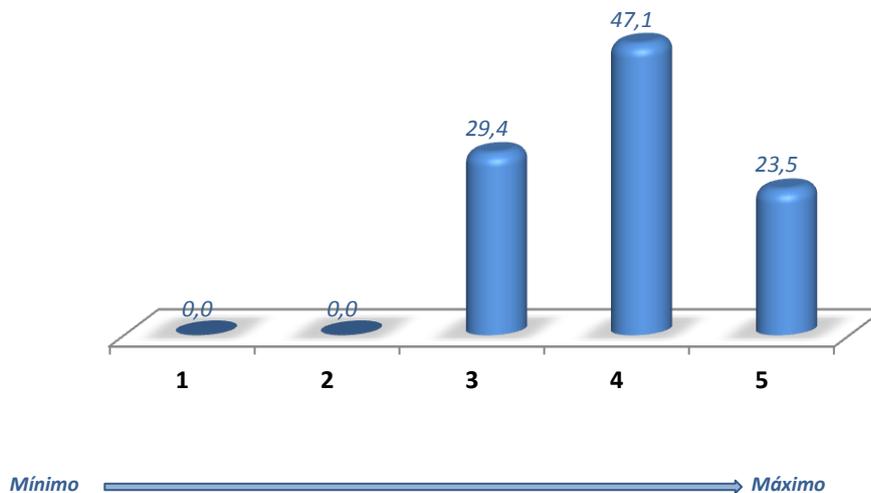
Figura 49: Realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas con destreza. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Conocer y realizar con destreza las principales técnicas quirúrgicas:

La pregunta sobre habilidades quirúrgicas, es la que ha obtenido menor porcentaje de respuestas de grado 5. Solo el 23,5% considera que ha adquirido esta habilidad en su grado máximo al finalizar la residencia. La media es discretamente menor también, de 3,94 con una D.T. de 0,75.

Figura 50: Conocer y realizar con destreza las principales técnicas quirúrgicas. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



6.3.5 Salud pública

Los residentes también deben formarse para actuar como profesionales responsables en cuanto a empleo de recursos, y seguridad del paciente, conociendo y aplicando los protocolos de cada servicio. Sobre estas competencias trata este bloque de cuestiones.

La valoración media de las competencias adquiridas en cuanto a Salud pública, es muy elevada, siempre por encima del 4,18.

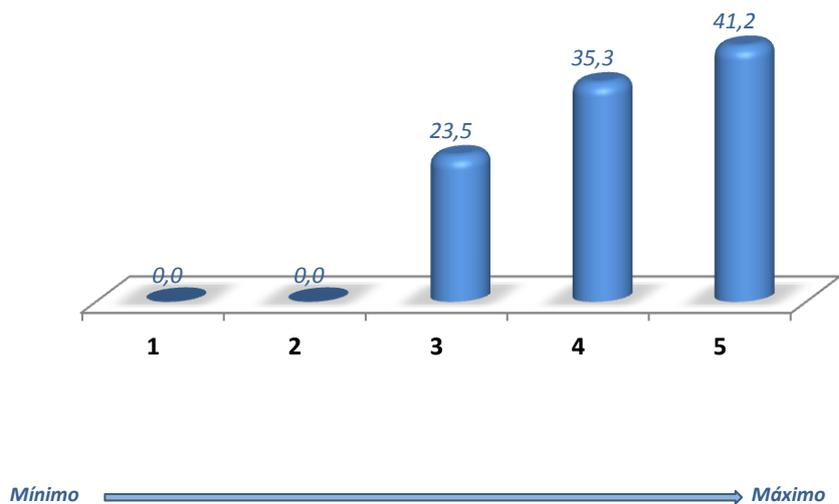
Tabla 27: Valoración media de las competencias- Salud pública.

<i>Salud pública</i>	Media	D.T.
P8.1. Emplear los recursos sanitarios de forma racional	4,18	0,81
P8.2. Trabajar para garantizar la seguridad del paciente	4,82	0,39
P8.3. Trabajar en base a los protocolos clínicos existentes	4,82	0,39

Emplear los recursos sanitarios de forma racional:

Los porcentajes de encuestados que han seleccionado los grados 5,4 y 3 de nivel en que han adquirido esta competencia se encuentran algo más repartidos que en otras preguntas. Así estos porcentajes son el 41,2%, el 35,3% y el 23,5% respectivamente. La media es de 4,18 y la D.T. de 0,81.

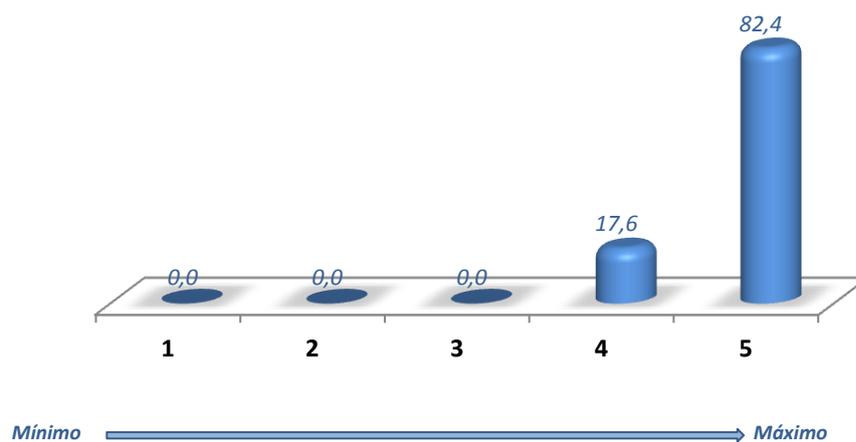
Figura 51: Emplear los recursos sanitarios de forma racional. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Trabajar para garantizar la seguridad del paciente:

En esta pregunta y la siguiente, que hacen referencia a la seguridad de las pacientes y el trabajar de acuerdo a los protocolos de los servicios, el 82,4% de los encuestados responden que han adquirido esta competencia en el grado 5. La media es de 4,82 con una D.T. de 0,39.

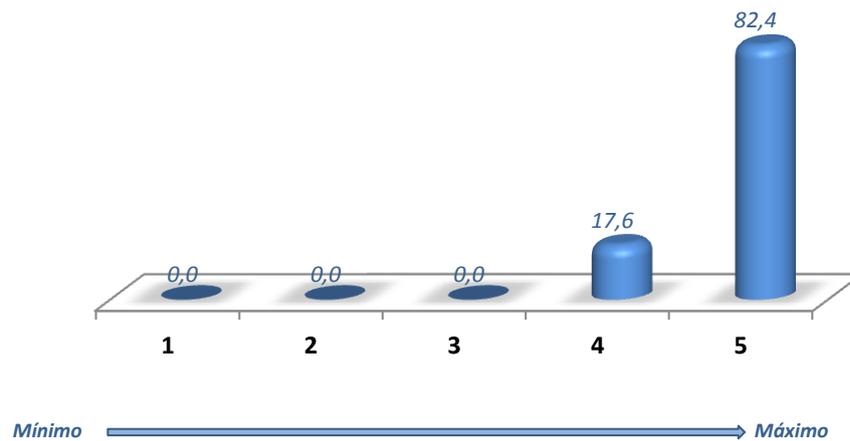
Figura 52: Trabajar para garantizar la seguridad del paciente. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Trabajar en base a los protocolos clínicos existentes:

La media de respuestas a esta pregunta es de 4,82 con una D.T. de 0,39.

Figura 53: Trabajar en base a los protocolos clínicos existentes. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



6.3.5 Manejo de la información

La búsqueda de información y saber aplicarla en la práctica diaria es una herramienta básica para el especialista. Preguntamos en este bloque por esta competencia.

La valoración media de las competencias adquiridas en cuanto al manejo de la información, es muy elevada, siempre por encima del 4,47.

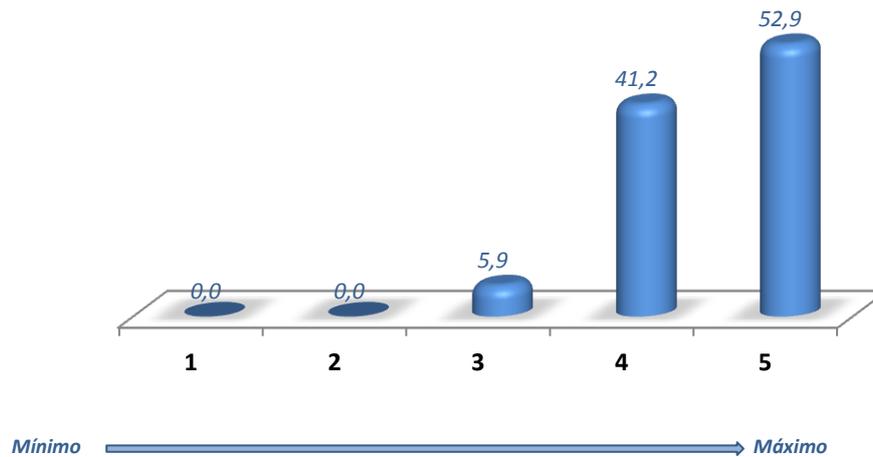
Tabla 28: *Valoración media de las competencias. Manejo de la información.*

<i>Manejo de la información</i>	Media	D.T.
P9.1. Buscar adecuadamente información científica	4,47	0,62
P9.2. Integrar en la práctica la información obtenida	4,53	0,62

Buscar adecuadamente información científica:

El 52,9% de los encuestados opina que al finalizar la residencia ha adquirido la capacidad de buscar adecuadamente información científica en su grado máximo. El 41,2% lo hace en grado 4. La media de las respuestas obtenidas es de 4,47 (D.T. 0,62)

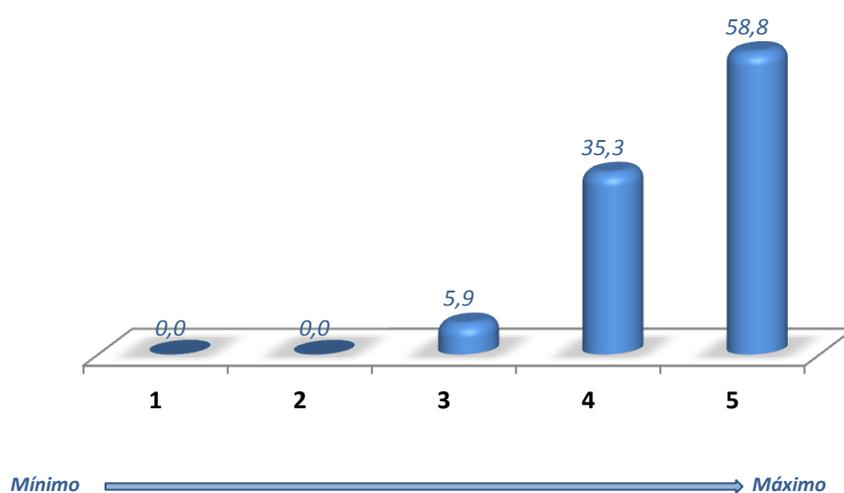
Figura 54: *Buscar adecuadamente información científica. Distribución porcentual de las valoraciones (%).*



Integrar en la práctica la información obtenida:

Media de las respuestas a la pregunta sobre la integración de la información obtenida a la práctica diaria también es elevada, de 4,53 (D.T. 0,62) El 58,8% de los encuestados consideró que la había obtenido en el grado 5 y el 35,3 en el grado 4.

Figura 55: Integrar en la práctica la información obtenida. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



6.3.6 Análisis crítico, autoaprendizaje, formación

En este último bloque, se analizan las competencias que serán básicas para el desarrollo profesional del ya especialista, la capacidad de autoaprendizaje, conocimiento de las nuevas tecnologías etc.

La valoración media de las competencias adquiridas en cuanto al Análisis crítico, autoaprendizaje, formación, es muy elevada. El ítem mejor valorado, “*Participar en las actividades docentes del servicio*”, obtuvo una puntuación media de 4,53 ($\pm 1,07$). El ítem con la puntuación más baja fue “*Participar en proyectos de investigación*”, con un 3,24 ($\pm 0,97$).

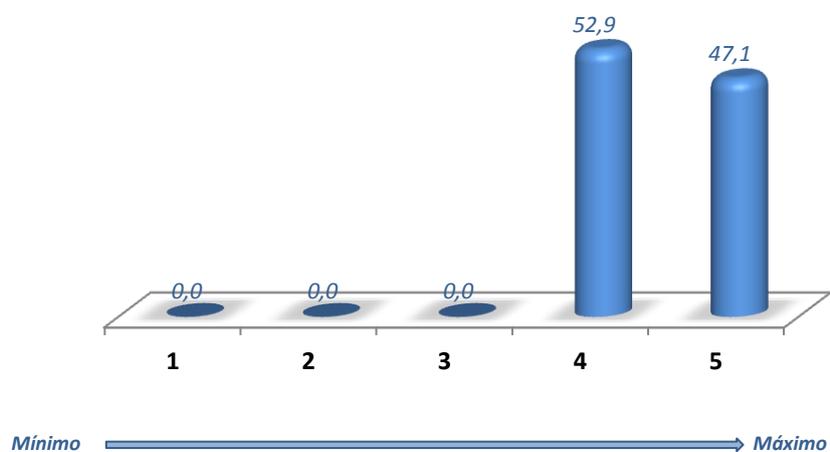
Tabla 29: Valoración media de las competencias- Análisis crítico, autoaprendizaje, formación.

<i>Análisis crítico, autoaprendizaje, formación</i>	Media	D.T.
P10.1. Aprovechar las tecnologías informáticas para la autoformación	4,47	0,51
P10.2. Realizar una lectura crítica de la literatura científica	3,88	0,70
P10.3. Participar en proyectos de investigación	3,24	0,97
P10.4. Asistir a actividades formativas (cursos, congresos)	4,35	0,61
P10.5. Participar en las actividades docentes del servicio	4,53	1,07

Aprovechar las tecnologías informáticas para la autoformación:

El 47,1% y el 52,9% responden que poseen esta capacidad al fin de la residencia en un grado 5 y 4 respectivamente. La media de las repuestas es de 4,47 y la D.T. es de 0,51.

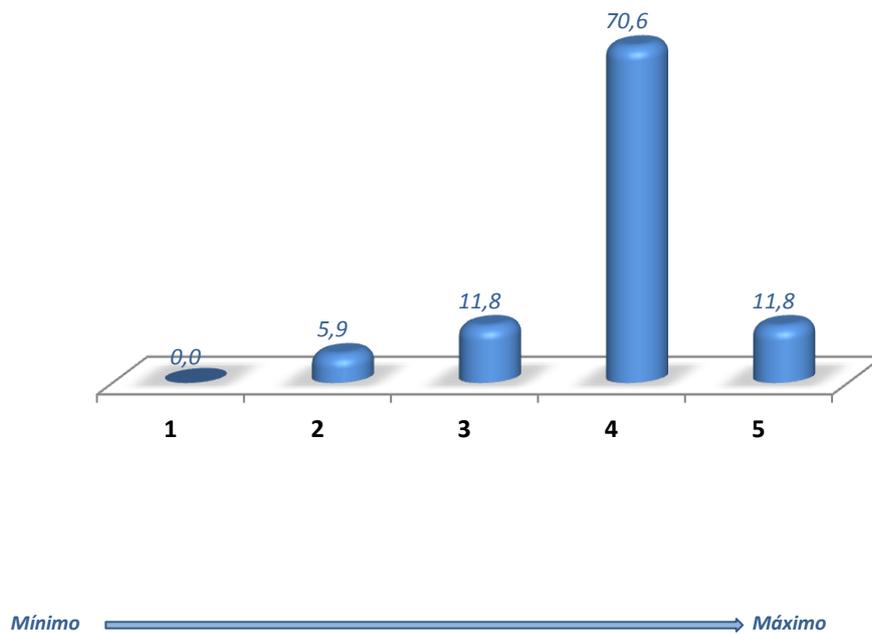
Figura 56: Aprovechar las tecnologías informáticas para la autoformación. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Realizar una lectura crítica de la literatura científica:

El 70,6% de los encuestados eligieron como respuesta el grado 4 para el nivel en que han adquirido esta habilidad. Solo el 11,8% escogieron el grado 5, igual porcentaje que el grado 3. La media obtenida de todas las respuestas es de 3,88 (D.T. 0,70).

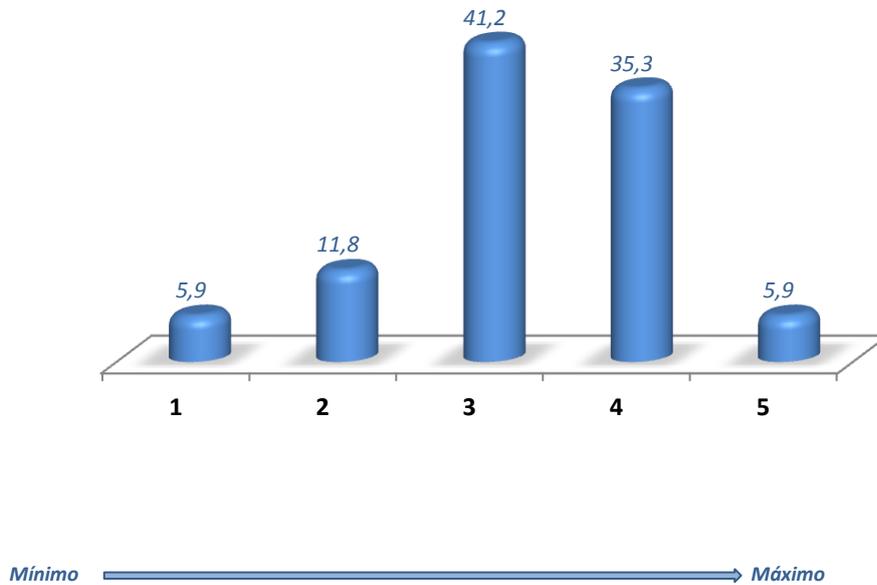
Figura 57: Realizar una lectura crítica de la literatura científica. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Participar en proyectos de investigación:

3,24 (D.T. 0,97) es la media de respuestas más baja de todas las cuestiones realizadas. Sólo el 5,9% considera que ha adquirido la capacidad de participar en trabajos de investigación en su grado máximo, el 5. Es la primera pregunta en la que un porcentaje de los encuestados considera que la ha adquirido mínimamente (5,9% en grado 1 y 11,8% el 2)

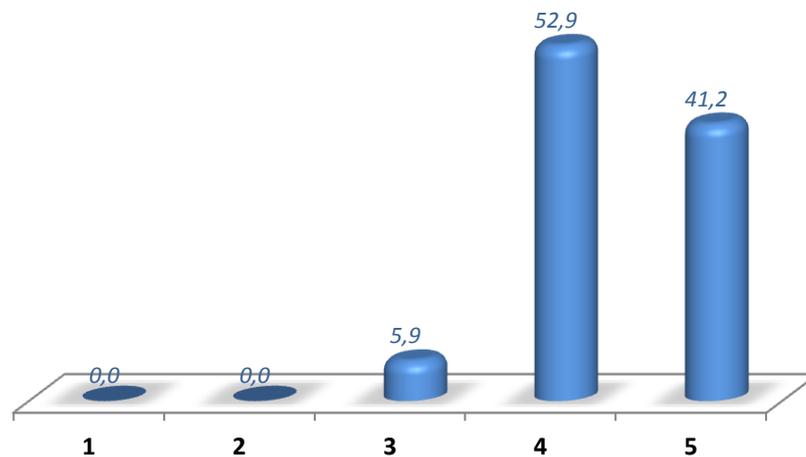
Figura 58: Participar en proyectos de investigación. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



Asistir a actividades formativas (cursos, congresos):

La media de respuestas es alta (4,35; D.T. 0,61) en la pregunta sobre asistencia a actividades formativas.

Figura 59: Asistir a actividades formativas (cursos, congresos). Distribución porcentual de las valoraciones (%).

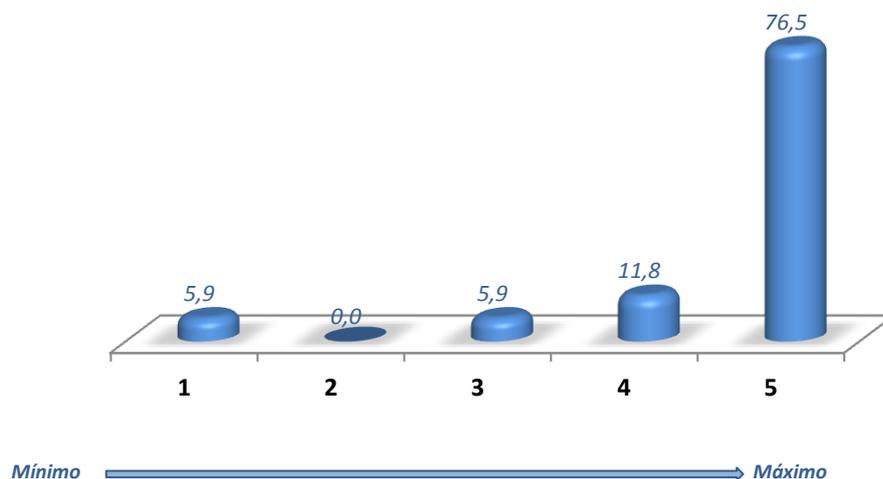


Mínimo  Máximo

Participar en las actividades docentes del servicio:

El 76,5% de los encuestados contesta que ha adquirido esta capacidad en su grado máximo, y sorprende que un pequeño porcentaje (5,9%) lo haga al mínimo nivel. Aún así la media es alta, de 4,53 pero la D.T. es de 1,07.

Figura 60: Participar en las actividades docentes del servicio. Distribución porcentual de las valoraciones (%).



6.4 RESULTADOS BASE DE DATOS GESTIÓN@

Es en este último apartado donde se exponen los datos que resultan de analizar las actividades del aplicativo Gestión@ de formación continuada de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Se han recogido únicamente los relacionados con la Especialidad de Obstetricia y Ginecología

6.4.1 Número de acciones formativas

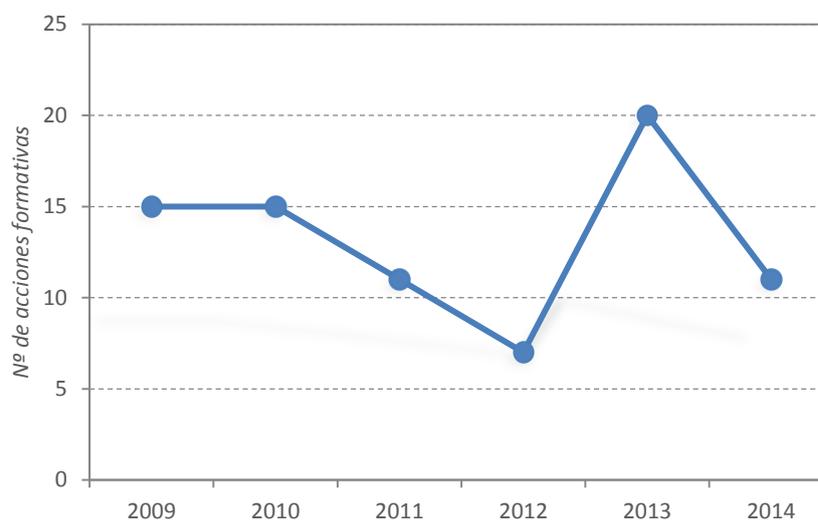
Desde el año 2009 al 2014 se realizaron un total de 79 acciones formativas relacionadas con la especialidad de Obstetricia y Ginecología. La distribución por años, puede verse en la Tabla 1. El año 2013 fue en el que se realizaron mayor número de acciones formativas en este campo (un 25,3% del total).

Tabla 30: *Número de acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología. Años 2009 a 2014.*

<i>Año</i>	Nº acciones	% sobre total
2009	15	19,0
2010	15	19,0
2011	11	13,9
2012	7	8,9
2013	20	25,3
2014	11	13,9
Total	79	100,0

El número de actividades como puedes verse en el gráfico siguiente es más o menos constante en los años 2009 y 2010. En el 2011 inicia un descenso que es máximo en el año 2012 y posteriormente hay un repunte de actividades en el 2013 (25% de los años analizados). En el 2014 vuelve a las cifras iniciales.

Figura 61: Evolución del número de acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología. Años 2009 a 2014.



6.4.2 Modalidades formativas

Dentro de las distintas modalidades formativas, la más frecuente fue Curso/Taller (un 40,5%) seguida de Jornadas (un 25,3). Lo menos frecuente fueron los grupos de trabajo, que sólo se organizó uno.

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en la especialidad de Obstetricia y Ginecología

Tabla 31: Modalidades de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología.

<i>Modalidad</i>	Nº acciones	% sobre total
Congresos	2	2,5
Curso/Taller	32	40,5
Grupo de trabajo	1	1,3
Interconsulta/Sesiones	18	22,7
Jornadas	20	25,3
Seminario	3	3,8
Otros	3	3,8
Total	79	100,0

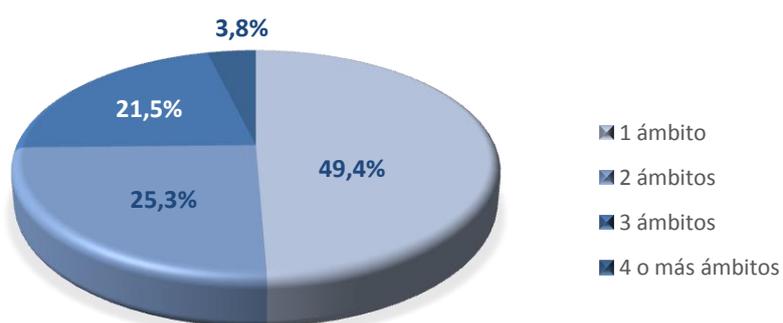
Figura 62: Distribución porcentual de las modalidades de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología (%)



6.4.3 Ámbito desde donde se organizan las actividades

La mayoría de las acciones formativas están organizadas desde un solo ámbito, el 49,4%. Los ámbitos más frecuentes suelen ser las Gerencias de Atención Especializada y de Atención Primaria.

Figura 63: Ámbitos desde donde se organizan las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología (%).

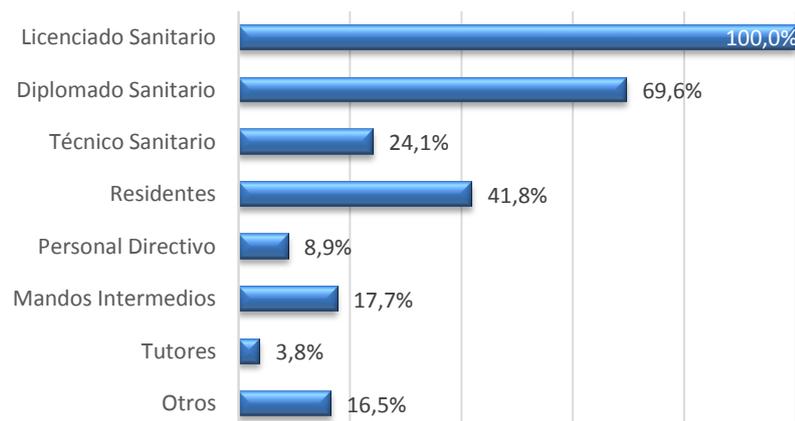


6.4.4 Destinatarios de las actividades formativas

Todas las acciones formativas que se han analizado están dirigidas al personal Licenciado Sanitario. Al igual que en la actividad diaria la asistencia especializada se realiza por equipos formados por miembros de distintas categorías profesionales, hay parte de las actividades analizadas, que además de estar dirigidas a los licenciados, lo están también a otros estamentos. Así al Diplomado Sanitario van dirigidas el 69,6% y a los Residentes el 41,8%.

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en la especialidad de Obstetricia y Ginecología

Figura 64: Destinatarios de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología (respuesta múltiple %).



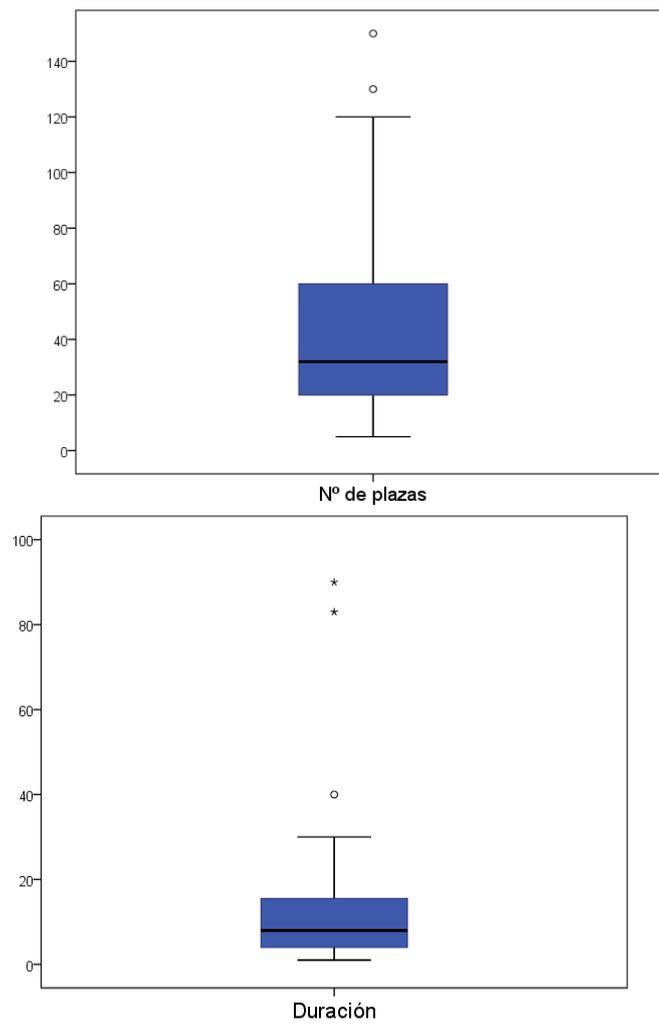
6.4.5 Número de plazas y duración

Ambas son muy variables, como se ve a continuación:

Tabla 32: Número de plazas y duración de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	Mediana	Recorrido intercuartílico
Nº de plazas	5	150	44,5	32,5	32,0	40,0
Duración (horas)	1	90	11,9	14,3	8,0	12,0

Figura 65: Box plots del número de plazas y duración de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología.



Se observa que la distribución de las variables *Número de plazas* y *Duración* de las actividades formativas son claramente asimétricas. El 50% de las acciones formativas tienen 32 (RI= 40) o más plazas y una duración de 8 horas (RI= 12) o más.

Se puede ver que hay un par de cursos con unas duraciones muy por encima del resto, se corresponden con una Sesión y un Curso con duraciones de 90 y 83 horas respectivamente, sobre temas de Reproducción.

6.4.6 Lugar de realización

A lo largo de los 6 años de estudio el mayor número de acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología se han desarrollado en Burgos (30,4%) seguido de Valladolid (21,5%). El menor número de acciones se han desarrollado en Zamora (1,3%).

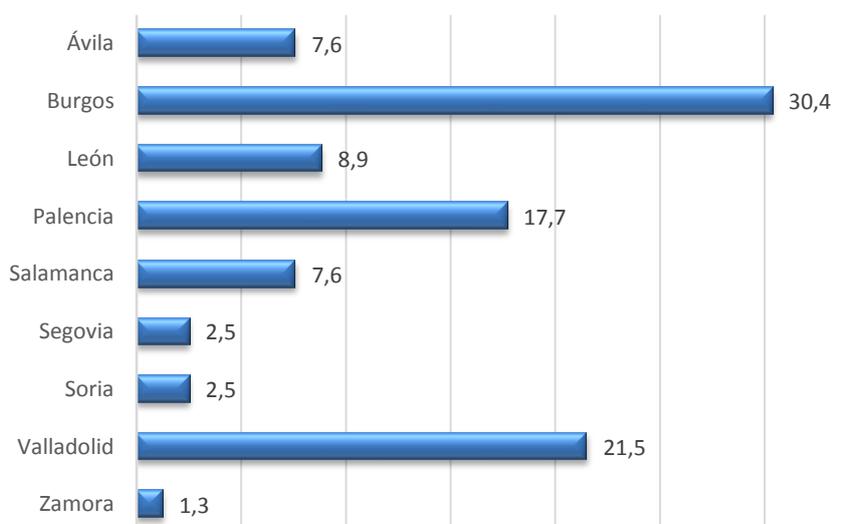
Esta disparidad de resultados puede estar relacionada con el tamaño de los servicios y con la concesión de ciertas unidades de referencia para la comunidad a estos servicios, que condicione la concentración en ellos de más actividades de formación.

Tabla 33: Acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología por provincia y año. Años 2009 a 2014.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Ávila	1	1	0	0	3	1	6
Burgos	7	5	5	2	3	2	24
León	2	1	3	1	0	0	7
Palencia	2	2	1	2	4	3	14
Salamanca	0	1	1	0	2	2	6
Segovia	0	1	0	0	1	0	2
Soria	0	1	0	0	1	0	2
Valladolid	3	3	1	2	5	3	17
Zamora	0	0	0	0	1	0	1
Total	15	15	11	7	20	11	79

Se ve igualmente reflejado en la figura siguiente:

Figura 66: Distribución porcentual de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología por provincia (%).



El servicio de Obstetricia y Ginecología de Burgos es de los mayores de la Comunidad y en Valladolid se concentran dos servicios de dos Hospitales distintos.

6.4.7 Temática de las actividades formativas

Las temáticas de las distintas actividades se han agrupado teniendo en cuenta el mapa de competencias de la especialidad según las competencias a las que estaban dedicadas. (Conocimientos y Habilidades Generales del plan formativo de la especialidad).

Tabla 34: *Temática de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología.*

<i>Temática</i>	Nº acciones	% sobre total
Oncología	14	17,7
Embarazo, parto y puerperio normal	10	12,7
Cirugía	9	11,4
Bioética	8	10,1
Embarazo, parto y puerperio patológico	8	10,1
Endocrinología	7	8,9
Legislación sanitaria	7	8,9
Epidemiología, etiología, fisiopatología clínica...	4	5,1
Suelo pélvico	2	2,5
Otros	10	12,7
Total	79	100,0

Como puede observarse en la tabla anterior, prácticamente todas las actividades están enfocadas al mantenimiento de las competencias puramente relacionadas con conocimientos médicos o aspectos técnicos. Sólo el 19% está dedicado a las competencias que están relacionadas con aspectos sociales, como son la bioética o la legislación (10,1% y 8,9% respectivamente).

Las temáticas más frecuentes de las acciones formativas fueron Oncología (representada en su mayoría por la patología de la mama) (17,7%) y Obstetricia (22,8%) si sumamos el Embarazo, parto y puerperio normal (12,7%) y el patológico (10,1%).

La cirugía se encuentra en tercer lugar, lo que traduce el interés por el mantenimiento o aprendizaje de nuevas técnicas en una especialidad médico-quirúrgica como es la que nos ocupa.

La inmensa mayoría de las acciones formativas fueron presenciales (97,5%) y casi la mitad estaban acreditadas (13,9%) o se había solicitado su acreditación (35,4%) por la comisión nacional de formación continuada.

Tabla 35: Acreditación de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología.

<i>Acreditación</i>	Nº acciones	% sobre total
Acreditada	11	13,9
Solicitada	28	35,4
No se menciona	40	50,6
Total	79	100,0

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en
la especialidad de Obstetricia y Ginecología

7. DISCUSIÓN

7.1 INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo de investigación es analizar si existe o no un continuo formativo en cuanto a las competencias adquiridas a lo largo de la formación del especialista en Obstetricia y Ginecología, con el propósito de mejorar el Desarrollo Profesional Continuo individual (DPCi).

Figura 67: Continuo formativo competencial. Elaboración propia.



El DPCi debe entenderse desde una perspectiva global e integradora de los elementos de formación continuada, de valoración de la actividad asistencial, docente e investigadora impregnados todos ellos de un componente de ética y profesionalismo (Martín Zurro, 2006).

Figura 68: Componentes del DPCi. *Elaboración propia.*



El DPCi debe estimular la mejora de todas y cada una de las actividades profesionales mencionadas e implica una dinámica activa de progresión, mantenida a largo de toda la vida profesional, encaminada a la búsqueda de la excelencia de la práctica, incluyendo los ámbitos de conocimientos, habilidades, capacidades y actitudes.

La formación continuada (FC) es uno de los componentes del DPCi. Es el conjunto de actividades formativas que un profesional realiza a lo largo de su vida, una vez obtenida la titulación básica o especializada que le permite ejercer. El objetivo de la FC es el mantener y mejorar la competencia profesional individual y sin duda es un deber de todo profesional.

Uno de los retos más importantes a los que se enfrenta el especialista de hoy es mantener este continuo formativo a lo largo de su vida profesional.

7.2 ANÁLISIS DEL GRADO EN MEDICINA. COMPETENCIAS FORMATIVAS DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

El periodo que se ha elegido para la realización del estudio no ha sido al azar. En el año 2009 comenzó a funcionar el aplicativo informático Gestión@FC de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, encargado de la formación continuada del personal sanitario.

Además, durante el curso académico 2010-2011 se instauró el nuevo plan de los estudios de Grado en Medicina en las dos Facultades de Medicina de la Comunidad, Salamanca y Valladolid, debido a la implantación del Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES).

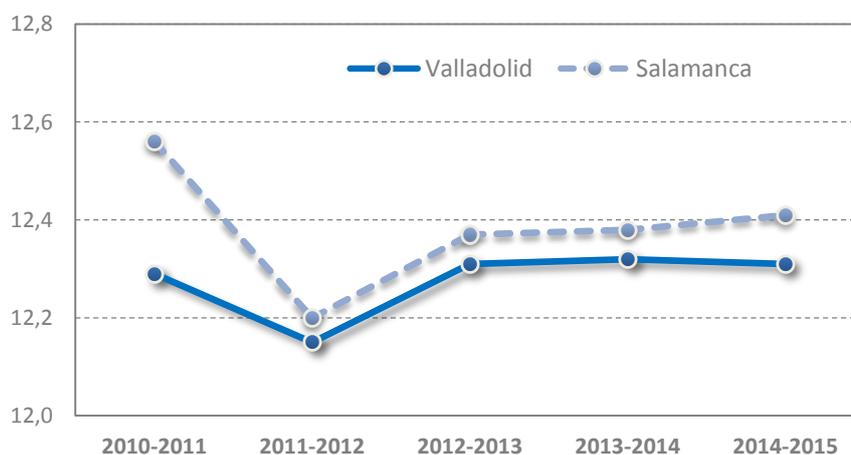
La enseñanza de la Medicina en estos años precisamente, ha sufrido un gran cambio, con la aplicación de estos nuevos modelos de enseñanza que en teoría, están más enfocados a la práctica clínica.

Desde las Facultades de Medicina se debe iniciar a los alumnos en actividades de competencia profesional, motivándoles con la ideología del “life-long learning”, es decir, del aprendizaje continuo a lo largo de la vida y haciéndoles partícipes de la realización de actividades de competencia profesional.

Esta tarea se ve facilitada porque el alumno alcanza los estudios de Medicina con una elevada preparación y se le ha exigido un alto rendimiento académico previo, motivado por la fuerte demanda para cursar los estudios de Medicina tanto a nivel nacional, como autonómico.

Las notas de corte de las pruebas de acceso a la Universidad, para cursar los estudios de Medicina, son de las más altas, como queda reflejado en la figura 69.

Figura 69 (15): Evolución notas de corte curso 2010-2011 a 2014-2015.



El sistema actual de formación de especialistas y el cumplimiento de las normativas europeas hace que prácticamente la totalidad de los estudiantes de Medicina, tenga que realizar al final de sus estudios el examen MIR⁸². Esto condiciona invariablemente el plan de estudios: impide la adaptación de los programas que siguen

⁸² Directiva 86/457/CEE del Consejo, de 15 de septiembre de 1986, relativa a la formación específica en medicina general. DO nº L 267/26 (19/9/1986):26-9.

siendo excesivamente teóricos, orientados a la consecución de óptimos resultados en el examen MIR.

También hace que la dedicación a algunas áreas competenciales como las relaciones interprofesionales, la comunicación, la formación en investigación etc. sean deficitarias.

Las Facultades de Medicina hicieron un gran esfuerzo en la adaptación a los nuevos planes de estudio, encaminados a la adquisición de competencias formativas.

Para el correcto desarrollo del nuevo plan el planteamiento es el siguiente: en primer lugar a concretar el perfil deseado y objetivos, después, definir el mapa de competencias y desarrollar estrategias para que el alumno las adquiera y posteriormente, a implantar modelos de evaluación objetiva.

Figura 70: Estructura de un plan de formación. *Elaboración propia.*



7.2.1 Perfil y objetivos

El perfil profesional del Graduado en Medicina en Castilla y León es un perfil profesional único sobre el que se desarrolla la formación especializada posterior y otros aspectos de la dedicación a la medicina, como son la docencia, la investigación, la industria farmacéutica y/o la gestión sanitaria.

Los objetivos del programa de formación están especificados en términos de resultado del aprendizaje y de competencias que han de ser adquiridas.

Entre los objetivos generales, además de los lógicos como son la prevención y promoción de la salud, el conocimiento, el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud se incluyen también el objetivo de mantener la competencia profesional, detectar necesidades de formación, buscar la información adecuada, contribuir a la formación de otros profesionales de la salud y realizar tareas de gestión sanitaria.

Se hace hincapié para proporcionar al estudiante actitudes, habilidades y conocimientos que le permitan alcanzar:

- Una formación adecuada de las bases biológicas y sociales de la medicina.
- Un razonamiento clínico competente.
- Un firme compromiso ético y social.
- Una plena consideración humanista de la profesión.

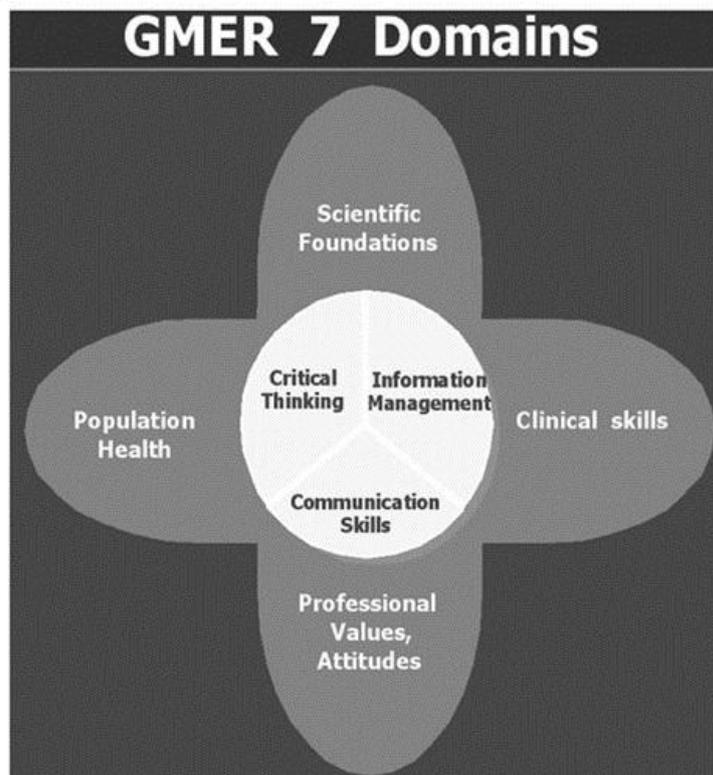
El perfil y objetivos definidos en los planes de estudios están basados en los modelos creados en Europa en los años 90 por instituciones de referencia en la enseñanza médica.

Podemos compararlos en concreto, con los Requisitos Globales Esenciales Mínimos (GMER) del IIME(2002):

- Bases científicas de la medicina
- Habilidades clínicas

Salud poblacional y sistemas sanitarios
Valores, actitudes, conductas y ética profesionales
Habilidades relacionales o comunicativas
Gestión de la información
Pensamiento crítico e investigación.

Figura 71(6): *Requisitos Globales Esenciales Mínimos del IIME.*(Schwarz & Wojtczak, 2002)



7.2.2 Definición y desarrollo de competencias

En cuanto a la estructura general del título, el grado en Medicina, está adaptado a los requisitos establecidos en la Orden ECI/332/2008 del 13 de febrero (B.O.E. del 15 de febrero)⁸³ del Ministerio de Educación y Ciencia. El plan se organiza en seis módulos, divididos en materias y éstas en asignaturas, dependiendo de las actividades formativas correspondientes. Tanto los módulos, como las materias y las asignaturas, disponen de un número de créditos ECTS variable, relacionado con la extensión de su contenido.

La asignatura de Obstetricia y Ginecología forma parte del Módulo de Formación Clínica Humana, dentro de la Materia denominada Formación Materno-Infantil junto con la asignatura de Pediatría. Tiene una distribución anual, con enseñanza práctica por grupos. Comprende 9 ECTS, además de unas prácticas tuteladas que comprenden 6 Créditos ECTS.

Al final, no deja de ser un modelo en el que los contenidos de las diferentes disciplinas o asignaturas se articulan en materias que en general se yuxtaponen.

Resulta difícil romper esta tendencia a la compartimentación del conocimiento, que se aviene poco con la realidad asistencial. Se deja para el periodo de rotatorio del último curso la posibilidad de que el estudiante realice un proceso de síntesis de toda la formación recibida para poder aplicarla a la práctica diaria.

La implantación de otras estrategias docentes utilizadas ampliamente en Universidades anglosajonas y escandinavas, como es el aprendizaje basado en problemas (Wood, 2003) o la integración de las disciplinas, en España ha sido mucho menor.

⁸³ Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. «BOE» núm. 40, de 15 de febrero de 2008, páginas 8351 a 8355.

Hubo algunos intentos innovadores en la Universidad Autónoma de Barcelona, donde a mediados de los 90 estuvo en vigor un plan de estudios con una integración parcial de disciplinas (Sarrias-Ramis, 2000). O la Universidad de Castilla La Mancha, donde se implantó de forma generalizada el aprendizaje basado en problemas (Alfonso & Fonseca, 2001).

Las razones que podrían explicar la falta de éxito de las innovaciones educativas en el ámbito médico, según (Barnadas-Molins & Baños, 2010) son múltiples, aunque es posible que uno de los motivos más importantes sea la existencia de una cultura académica propia en las Facultades de Medicina.

También pueden provocar en los docentes la sensación de que se puedan obviar aspectos relevantes y propios de cada disciplina, que creen indispensables para la formación médica. (Barnadas-Molins & Baños, 2010)

El borrador de la orden Ministerial que regula los estudios adaptados al EEES⁸⁴ recomendaba explícitamente la organización transversal de las competencias, aunque posteriormente, en el escrito definitivo⁸⁵, mantenía las mismas competencias pero desaparecía esa recomendación.

Terés et al (2006) han defendido también la existencia de una troncalidad en los estudios de Medicina, que permita que los estudiantes tengan una formación amplia y común en el ámbito de aquellas competencias básicas, al igual que se tiende a la troncalidad en la formación de determinadas especialidades.

⁸⁴ Borrador de la Orden Ministerial por la que se establecen los requisitos oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. 21 de noviembre de 2007.

⁸⁵ Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. «BOE» núm. 40, de 15 de febrero de 2008, páginas 8351 a 8355.

Una vez definidos el perfil profesional y los objetivos, y la estructura de la asignatura, se van a analizar las competencias:

Las competencias de la asignatura de Obstetricia y Ginecología, comprenden las básicas y generales del Grado en Medicina y las específicas sobre la asignatura en cuestión.

Estas consisten en adquirir los conocimientos necesarios para el manejo del embarazo, parto y puerperio normal y patológico y las enfermedades ginecológicas y de la mama.

La estructuración de los contenidos incluye los resultados del aprendizaje que deben entenderse como aquello que se espera que el estudiante conozca, entienda y sea capaz de hacer al finalizar el período de aprendizaje.

Así, el resultado del aprendizaje se ha dividido en dos grandes apartados: “saber” y “saber hacer”.

Se entiende que dentro del “saber” se incorporan aquellos contenidos relacionados fundamentalmente con los conocimientos "aquello que se es capaz de recordar e integrar desde una perspectiva básicamente conceptual".

En el “saber hacer” se incorporan las destrezas, habilidades y actitudes en las que el alumno debe ser competente de forma previa a la formación especializada.

En un estudio de investigación realizado a instancias de la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-UCM, recogiendo la opinión de 435 profesionales implicados en la docencia práctica en los hospitales universitarios adscritos a la Universidad Complutense (catedráticos, profesores titulares, profesores asociados, facultativos sin vínculo docente y médicos residentes) en el mismo año que se implantaba el nuevo plan (curso 2009-2010), la valoración realizada sobre la enseñanza de la medicina era razonablemente satisfactoria (el 68% de los catedráticos y el 62% de los residentes, consideraban que

la enseñanza de la Medicina estaba muy bien o bastante bien)(Millán, 2009).

Cuando preguntaban la opinión sobre habilidades clínicas (realización de historia clínica, exploraciones complementarias, seguimiento del paciente y establecimiento de un plan terapéutico) la respuesta era que aún siendo aceptable, resultaba insuficiente.

En este trabajo de investigación se ha querido conocer la opinión sobre cómo se adquieren las competencias específicas y determinadas habilidades clínicas de la asignatura de Obstetricia y Ginecología.

Han respondido a la encuesta 154 alumnos de 5º curso, entre ambas Facultades de Medicina de la Comunidad, alumnos que ya han cursado la asignatura y los dos responsables de la asignatura de cada Facultad.

Esto hace una participación global del 50% compuesta en su mayoría (69,9%) por mujeres como corresponde con la tendencia desde hace años ya, a que la carrera de Medicina sea elegida en su mayoría por alumnado femenino.

La opinión sobre la enseñanza de las distintas áreas competenciales es muy favorable, y existe bastante unanimidad en las respuestas, concentrándose la mayoría de ellas entre los grados 3 y 4 (en una escala del 1 al 5, siendo 1 el mínimo y 5 el máximo). (Tabla 36).

Desglosando las preguntas, la competencia que la mayoría de los encuestados considera como mejor adquirida es la relacionada con el conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual (la media de las respuestas es un 4,2) probablemente por ser un tema común con otras asignaturas (microbiología, venereología o medicina interna).

La valoración del grado de conocimiento de las competencias relacionadas con la Obstetricia también es elevada, puede que debido a que la Obstetricia es una parte muy importante y delicada de la

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en la especialidad de Obstetricia y Ginecología

actividad asistencial de esta especialidad, por lo que en la enseñanza de la asignatura tiene mucho peso.

Tabla 36(21): Valoración media de las Competencias Específicas.

Competencias Específicas	Media	D.T.
P4.1. Conoces los fundamentos de la exploración y seguimiento del embarazo	3,5	0,7
P4.2. Conoces y diferencias el curso del embarazo normal y el patológico	3,7	0,7
P4.3. Conoces cómo se realiza la asistencia al parto normal y patológico	3,4	0,9
P4.4. Conoces el puerperio normal y patológico	3,3	0,8
P4.5. Conoces las enfermedades de transmisión sexual	4,2	0,7
P4.6. Reconoces, sabes diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías ginecológicas	3,1	0,8
P4.7. Sabes los fundamentos científicos y la orientación de la contracepción y la fertilización	3,5	0,9
P4.8. Reconoces, sabes diagnosticar y orientar la patología mamaria	3,4	1,0

Por el contrario, la mayoría considera que la competencia peor adquirida es la relacionada con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades ginecológicas, quedando en una situación intermedia las competencias sobre conocimientos de la patología mamaria y la reproducción y anticoncepción.

Cuando se pregunta la opinión sobre las habilidades, cabe destacar que el 100% considera haber adquirido la habilidad de

contenido social como es el mostrar comprensión y sensibilidad con las pacientes.

Igualmente un porcentaje elevado considera que sí ha adquirido las habilidades relacionadas con los conocimientos (79,5%) o las que se pueden solventar con la memoria, como es la habilidad de realizar una anamnesis detallada o una exploración básica (66%).

Sin embargo, salen peor paradas las habilidades relacionadas con el pensamiento analítico o juicio clínico, como son el analizar los signos, síntomas o pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico concreto (el 41,7% admite no haberla adquirido) o el valorar una evolución o pronóstico (hasta el 49,4% no ha adquirido esta habilidad).

Quizá la forma en que está organizada la enseñanza práctica sea uno de los motivos. Los alumnos de cuarto curso realizan una semana de prácticas en el hospital, insuficiente para integrar y relacionar los conocimientos adquiridos en la asignatura, y posteriormente, al final del sexto curso, realizan el rotatorio, con la posibilidad de mejorar estas habilidades, pero con la mayoría de los conocimientos teóricos ya olvidados.

Según (Millán, 2009) parte de los factores clave para llevar a cabo la enseñanza práctica de calidad es un plan de asistencia regular y suficiente (en términos de temporalidad) y los conocimientos previos adquiridos, por supuesto además de interés del alumno, un buen docente, integración en la actividad asistencial diaria etc.

7.2.3 Evaluación de la asignatura de Obstetricia y Ginecología

El acceso a la formación especializada mediante el examen MIR, ha supuesto enormes beneficios para nuestro sistema sanitario, pero solo explora competencias cognitivas, e influye de forma negativa en el proceso educativo. El conjunto de preguntas sigue una

distribución que no tiene relación con la carga académica y el peso curricular de las distintas materias. Además, hace que el estudiante esté más motivado en adquirir conocimientos y tenga menos interés en las habilidades prácticas.(Pérez-Jiménez, 2009)

El profesor debería enseñar y evaluar pensando en la formación básica del médico, aunque es muy difícil obviar la referencia que es para el alumno el examen MIR.

En la evaluación de la materia que se está tratando, aún tienen más peso las competencias puramente cognitivas que las competencias profesionales que tienen que ver con el razonamiento clínico, con la toma de decisiones, con la resolución de problemas y con las habilidades en las relaciones interpersonales.

Sería interesante adoptar un formato de examen que evalúe las competencias prácticas y profesionales, especialmente las actitudes y las habilidades que ha adquirido el alumno durante el estudio de la asignatura (ECO) como se hace tras el rotatorio para las materias de Medicina Interna y Pediatría.

7.3 TRANSICIÓN DEL GRADO A ESPECIALISTA. COMPETENCIAS FORMATIVAS DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Durante la residencia, el graduado en Medicina se transforma en especialista. Y esta transformación no es sencilla.

La transición entre ambos sistemas de formación, entre la Universidad y el sistema de residencia, no es un continuo, sino que hay una ruptura en cuanto al sistema de adquisición de los conocimientos y habilidades del especialista.

El residente se encuentra en un escenario completamente distinto al del mundo académico de universidad, donde las “reglas de juego” son explícitas y mucho más controlables (Cobo-Reinoso, 2009).

Aunque la estructura del programa de formación de especialistas de Obstetricia y Ginecología sigue la misma línea que la estructura del Grado, la forma de aplicarse cambia radicalmente.

Se definen igualmente un perfil y unos objetivos, posteriormente un mapa de competencias y habilidades que el residente debe aprender y aplicar con una responsabilidad y autonomía que se adquiere de forma gradual, y se desarrollan unas estrategias de evaluación.

7.3.1 Perfil y objetivos

El programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología que se aplica en la actualidad, es el elaborado en el año 2009 por la comisión nacional de dicha especialidad.

Define un perfil profesional que tiene varios puntos comunes con el definido en el Grado. Ambos concretan un perfil de profesional capaz de:

- Prevenir problemas de salud, en el ámbito social y en el personal, con énfasis en los más prevalentes y graves.
- Promoción de la salud
- Diagnosticar los problemas de salud.
- Resolver los problemas de salud mediante el tratamiento adecuado.
- Mantener su competencia profesional, siendo capaz de detectar sus necesidades de formación y de buscar la información fiable, relevante y actualizada al respecto. Actitud permanente de aprendizaje y formación continuada.
- Realizar tareas de gestión sanitaria.

Se puede observar sin embargo, que en el grado, quizá porque trata de dar una formación básica, más general y que sirva de base a cualquier otro perfil profesional, da un paso más en el perfil profesional del médico que quiere formar, añadiendo el componente social, ético y humanista de la medicina:

- Aliviar el sufrimiento, minorizando las consecuencias de aquellos problemas de salud que sean solo susceptibles de paliación.

- Proporcionar una formación adecuada de las bases biológicas y sociales de la medicina.

- Un firme compromiso ético y social.

- Una plena consideración humanista de la profesión.

Entre los objetivos generales del especialista se encuentra el adquirir pensamiento autocrítico y desarrollar proyectos de investigación, básico para un desempeño profesional de calidad, pero se pierde ya el objetivo de contribuir a la formación de otros profesionales de salud, que sí se considera un objetivo en el Grado.

7.3.2 Mapa de competencias

El mapa de competencias de la especialidad está dividido en tres bloques: conocimientos, habilidades y actitudes, y cada uno de ellos se subdivide como señala la tabla siguiente:

Tabla 37 (15): Mapa de competencias de la especialidad.

CONOCIMIENTOS	1-GENERALES 2-EMBARAZO,PARTO Y PUERPERIO NORMAL Y PATOLÓGICO 3-GINECOLOGÍA
HABILIDADES	1-GENERALES 2-EMBARAZO,PARTO Y PUERPERIO NORMAL Y PATOLÓGICO 3-GINECOLOGÍA
ACTITUDES	1-GENERALES 2-RELACIÓN MÉDICO PACIENTE 3-RAZONAMIENTO CLÍNICO 4-GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

El mapa de competencias completo se describe de forma detallada en el Anexo II.

Su estructura sigue la de los trabajos de Miller (Miller, 1990) En la base de esta pirámide se encuentra el saber (conocimientos) y a continuación el saber hacer (habilidades y actitudes).

El residente sabe que debe aprender los contenidos básicos de su especialidad, pero la forma de hacerlo, es completamente distinta a la realizada en la Facultad. Las fuentes de información son inabarcables, aparentemente no hay plazos concretos en el estudio y se enfrenta a múltiples libros y revistas especializadas e innumerables recursos en Internet, cursos y seminarios, en contraste con los apuntes tomados en el aula y el libro de texto recomendado por el docente.

Para alcanzar las competencias propias del especialista en Obstetricia y Ginecología, el residente ha de rotar por las diferentes estructuras que forman la Unidad Docente, de modo que se cubran todas las necesidades formativas.

De este modo, el residente desde el momento en el que llega al hospital comienza a trabajar y, por tanto, se espera que desarrolle tareas, muchas de las cuales no se explicitan.

Los objetivos de cada una de las rotaciones que lleva a cabo, deben quedar bien definidos ya que pueden parecer evidentes para el tutor, pero a veces no lo son para un médico apenas recién licenciado.

En el programa de Obstetricia están definidos estos objetivos de un modo general y basados en los dominios de los programas CanMeds (CanMEDS, 2000b) o el OutCome Project del ACGME (Swing, 2007) descritos en el Marco Teórico.

Objetivos de las rotaciones:

Adquisición de conocimientos.

Participación en talleres, seminarios, sesiones clínicas.

Empleo del razonamiento clínico.

Utilización de guías y protocolos.

Lectura crítica de la literatura médica.

Participar en las actividades de los especialistas tanto asistenciales como de formación, investigación y gestión clínica.

La distribución de la atención obstétrica y ginecológica entre los ámbitos de atención primaria y hospitalaria y la organización interna de los hospitales es muy variable. Por esta razón, el calendario de rotaciones, cuya división temporal es orientativa, no está definida por unidades asistenciales, sino por áreas de conocimiento.

7.3.3 Niveles de autonomía y responsabilidad

La actuación del residente, con sus distintos niveles de autonomía y responsabilidad, correspondería al tercer estamento de la pirámide de Miller, al “demostrar cómo”.

El nivel de autonomía es la capacidad para realizar determinados actos médicos instrumentales o quirúrgicos y guarda relación con el nivel de conocimientos y experiencia.

El nivel de responsabilidad es la capacidad que tiene el residente para asumir, en cada período de formación, un mínimo de actividades con eficacia y seguridad en los distintos apartados del proceso clínico.

El residente debe conocer hasta dónde puede o debe mostrar iniciativas, y no puede ni debe asumir responsabilidades que estén por encima de sus capacidades.

Tareas, responsabilidades, supervisión y autonomía se van adquiriendo de forma gradual y se debe tener en cuenta que pueden cambiar además súbitamente en función de la rotación que estén llevando a cabo, el facultativo al que estén asignados o el tipo de guardias que realicen.

7.3.4 Evaluación

Finalmente, el sistema de evaluación es completamente nuevo para el residente al pasar de afrontar una evaluación sumativa, basada en pruebas y puntuaciones objetivas, a una evaluación formativa, en general poco desarrollada (al menos hasta ahora) y basada esencialmente en las valoraciones de terceros y en la realización de actividades (cursos, sesiones, comunicaciones a congresos).

En el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero⁸⁶ en el que se regula la formación sanitaria especializada, está detallado el sistema y los instrumentos más adecuados para la evaluación del residente.

El paradigma del programa que necesitan los especialistas en formación y que podría servir de guía a otras especialidades médicas es el programa formativo de Oncología Médica, publicado en abril de 2013. Se basa en un programa de competencias genéricas, específicas y transversales, cada una de las cuales lleva aparejada los instrumentos de evaluación más adecuados.

A día de hoy en el plan formativo de Obstetricia y Ginecología, no están desarrollados estos aspectos de forma específica para la especialidad y esto puede afectar a los resultados docentes.

La comisión nacional de la especialidad no ha publicado el modelo del libro del residente/portafolio ni el sistema de evaluación objetivo de las competencias, lo que constituye una importante limitación para el completo aprendizaje basado en competencias, tanto para los tutores, que gestionan la formación, como para los residentes, que demandan planificación y objetividad en el proceso docente y evaluativo. Por otra parte, el tiempo de residencia se queda corto y sólo permite adquirir las competencias en un nivel general, por lo que

⁸⁶ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero de 2008, 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. «B.O.E.» núm. 45, de 21 de febrero de 2008.

es casi imposible profundizar en un nivel avanzado en todas las áreas de conocimiento específico identificadas de la especialidad.

Hay una necesidad de que en el programa de formación de los obstetras y ginecólogos, se desarrolle este aspecto, y no quedarse solo en un mero listado de objetivos y competencias a adquirir.

Recientemente se ha publicado el Real Decreto 639/2014 por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica (ACE)⁸⁷. La especialidad de Obstetricia y Ginecología no queda adscrita al sistema formativo troncal, pero este decreto permitiría afrontar el nuevo reto de la formación integral para subespecialistas, con la oportunidad de la creación de algún ACE que complemente la formación de los especialistas.

A modo de resumen, desde el punto de vista formativo, las principales diferencias entre la formación del grado y la formación para los residentes, quedan reflejadas en la siguiente tabla elaborada por (Cobo-Reinoso, 2009)

⁸⁷ Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. «BOE» núm.190, de 6 de agosto de 2014, páginas 63130 a 63167.

Tabla 38: Principales cambios para los residentes en aspectos formativos. (Cobo-Reinoso, 2009)

	Universidad	Residencia
Programa teórico	Temario ordenado y explícito	Generalmente no estructurado, dependiente a menudo de los casos atendidos
Fuentes de información	Limitadas, a menudo muy concretas y explícitas	Múltiples, a menudo excesivamente especializadas; difícil de elegir y limitar
Objetivos formativos	Coinciden básicamente con el programa teórico	Objetivos teóricos y competenciales con límites más imprecisos
Tareas	Individuales casi siempre	Frecuentemente colectivas
Interacción con profesorado y/o alumnado	No imprescindible, escasa influencia real	Imprescindible, elevado impacto sobre resultados
Evaluación	Sumativa, objetiva, con impacto curricular, basada casi exclusivamente en conocimientos	Formativa, incluye valoraciones subjetivas, Menor impacto curricular, basada en competencias y actitudes

Tras analizar y comparar los sistemas de formación del Grado y la especialidad de Obstetricia y Ginecología, se ha querido conocer la opinión de los residentes de esta especialidad de Castilla y León y sus tutores sobre como consideran que han adquirido determinadas competencias al final de su período formativo.

Se ha encuestado a todos los residentes en su último año de formación y sus tutores. El porcentaje de participación ha sido muy elevado, del 94,4%.

Las competencias sobre las que se ha preguntado son las siguientes:

- Profesionalidad
- Habilidades de comunicación
- Conocimientos médicos
- Habilidades clínicas
- Salud pública
- Manejo de la información y análisis crítico
- Autoaprendizaje y formación

La forma de agrupar las competencias y habilidades de la especialidad por las que preguntamos se ha hecho tomando como referencia los dominios o hitos estandarizados por las instituciones internacionales dedicadas a la formación médica, CanMEDS (2000a), ACGME (2000)etc.

La opinión que tienen sobre la adquisición de las competencias profesionales es muy buena, con una satisfacción generalizada sobre el nivel formativo alcanzado.

Demuestran valores profesionales, la mayoría se considera muy responsable en cuanto a la realización del trabajo asignado y lo aceptan con responsabilidad, conocen los protocolos de supervisión y los límites de la responsabilidad y saben solicitar ayuda cuando es necesario. La mayoría de los encuestados considera que ha adquirido estos valores en su nivel máximo (una escala del 1 al 5, siendo el 5 el máximo)

Sí consideran que pueden comunicarse de forma efectiva tanto con pacientes y familiares como con otros compañeros del servicio o con el resto del personal sanitario.

Los conocimientos médicos adquiridos y las habilidades clínicas también son muy bien valoradas, con la excepción de la destreza en técnicas quirúrgicas, que la mayoría considera que se adquiere en un rango algo menor (3). Esto es normal, puesto que la destreza quirúrgica necesita inevitablemente de una curva de aprendizaje.

Son profesionales responsables en cuanto al gasto de los recursos sanitarios, preocupados por la seguridad del paciente y que trabajan siguiendo los protocolos clínicos existentes.

Saben buscar adecuadamente información científica y la aplican a su práctica diaria. Manejan las nuevas tecnologías, participan en cursos y congresos. Solo disminuye ligeramente la media de las respuestas cuando valoran la capacidad de hacer una lectura crítica de la literatura científica y en cuanto a participar en proyectos de investigación, ambas a tener en cuenta para la mejora de calidad de nuestros servicios.

El resultado de nuestra encuesta valora solamente la percepción que tienen los residentes y sus tutores sobre su propia formación, algo completamente subjetivo. En el programa de la especialidad, no se ha desarrollado de manera específica el sistema de evaluación ni los instrumentos a emplear como han hecho ya otras especialidades.

Un ejemplo serían los propuestos por Morán Barrios (Morán Barrios & Ruiz de Gauna-Bahillo, 2010), instrumentos específicos para cada dominio competencial, que nos ayudaría a medir de forma objetiva como se forman nuestros residentes.(Tabla 39)

Tabla 39: Instrumentos de evaluación adecuados para cada dominio competencial. (Morán Barrios & Ruiz de Gauna-Bahillo, 2010)

Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética:
Evaluación 360° (evaluación múltiple por personal sanitario y equipo de trabajo), opinión de pacientes, ECOE.

Habilidades clínicas (experto clínico-cuidados de salud):
Pacientes estandarizados, simulaciones, ECOE, evaluación clínica por observación directa de la práctica clínica en el puesto de trabajo (MiniCEX, DOPs-Observación directa de Procedimientos o Técnicas) cuestionarios, casos, registros clínicos, auditorías, revisión por pares, indicadores de calidad, memorias

Fundamentos científicos de la medicina (conocimientos médicos)

Todo tipo de pruebas de conocimiento, preguntas de elección múltiple (PEM), pareadas (EMI), casos estructurados, simulaciones y modelos.

Comunicación:

Opinión de pacientes, 360°, pacientes estandarizados, ECOE.

Salud pública, sistemas sanitarios (promotor de la salud y gestor de recursos):

360°, cuestionarios, opinión de pacientes.

Manejo de la información:
Simulaciones por ordenador, casos.

Análisis crítico e investigación, autoaprendizaje:
Portafolios, memorias reflexivas, casos estandarizados.

En resumen, la evaluación de las competencias de un profesional implica una multidimensionalidad, teniendo que inferir de lo parcial al todo. No obstante, se debe comenzar por instrumentos sencillos, económicos, aceptados y entendidos por todo el equipo asistencial y el residente, y que aporten valor añadido sobre nuestro actual sistema.

7.4 COMPETENCIAS FORMATIVAS DE LOS ESPECIALISTAS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

La educación médica a lo largo de sus diferentes etapas (grado, posgrado y desarrollo profesional continuo) debe considerarse como un *continuum*.

El concepto de *continuum de la educación médica* ha estado clásicamente ligado con la necesidad del aprendizaje ininterrumpido a lo largo de toda la vida del médico. En la actualidad, más bien, se relaciona con la necesidad de diseñar estrategias para enlazar eficazmente la formación de los primeros años con el ejercicio profesional.

En los apartados anteriores se han analizado las competencias y modelos de formación para los niveles del grado y posgrado.

Se realizan a partir de ahora, algunas reflexiones sobre la tercera etapa del continuum de la educación médica, extrapolándolas de la revisión de las actividades formativas relacionadas con la especialidad de Obstetricia y Ginecología de la aplicación Gestión@FC, del Sistema de Salud de Castilla y León en el período del 2009 a 2014.

Gestión@FC es una aplicación informática que permite la gestión integral de los planes anuales de formación continuada del Servicio de Salud de Castilla y León.

Los planes anuales de Formación Continuada elaborados por la Consejería de Sanidad de Castilla y León constituyen el instrumento de programación anual para los profesionales del Sistema de Salud y su objetivo es la mejora de las competencias profesionales y de la calidad asistencial.

El primer paso consiste en que los profesionales y sus organizaciones detecten sus necesidades formativas de forma objetiva, para ofrecer programas adecuados de formación.

Según Ramírez-Puerta, González-Béjar, Zarco-Rodríguez, Gilbert & Gual-Sala (2006) las necesidades formativas percibidas, suelen estar influenciadas por elementos subjetivos, relacionados con intereses personales o con características de la formación previa.

Sin embargo, las necesidades formativas objetivadas nos definen áreas de mejora de la competencia profesional de los médicos, así como los posibles déficits formativos.

Los médicos deben tener la oportunidad de discutir sus necesidades de aprendizaje, así como de participar en la planificación y ejecución de actividades con los proveedores de la competencia profesional.

Los planes anuales de formación mencionados se elaboran teniendo en cuenta las propuestas de las distintas Gerencias de Atención Primaria, Atención Especializada, Gerencia de Emergencias Sanitarias y Gerencias de Salud de Área y contienen los objetivos

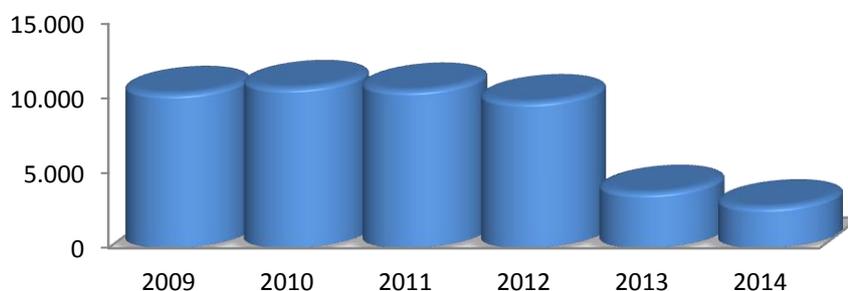
específicos en función de las necesidades detectadas y la oferta formativa, que se recoge en un catálogo de actividades a realizar durante un período de tiempo marcado, así como los recursos disponibles para llevarlas a cabo, el calendario y el ámbito de realización.

El tipo de demanda formativa recogida puede ser:

- Institucional (son las propuestas de las diferentes Gerencias)
- Colectiva (Propuestas por Jefes de Servicio, coordinadores etc)
- Individual (la que hace cada profesional)

Así, a través de la aplicación Gestión@FC, cada profesional registrado puede solicitar hasta 5 necesidades formativas por año, aunque en el año 2012 se disminuyeron a 3. Si añadimos que en este mismo año hubo una reducción importante del presupuesto en la formación, que obligó a centrarse en la planificación de actividades institucionales y colectivas, sin poder cubrir las individuales, explica la reducción tan importante en el año 2013 respecto a años anteriores, como se refleja en la figura 72.

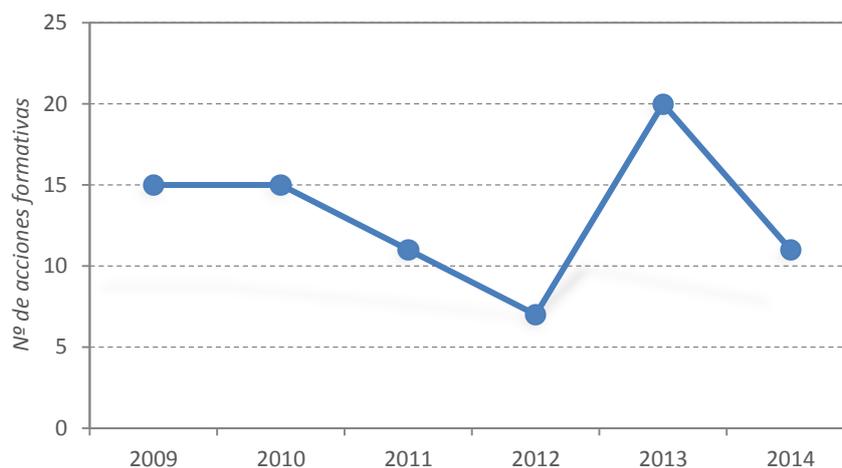
Figura 72: Número de demandas formativas individuales durante el período 2009-2014.



Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en la especialidad de Obstetricia y Ginecología

La reducción presupuestaria justificaría también el descenso de actividades formativas realizadas en el año 2012, como queda reflejado en la figura 73

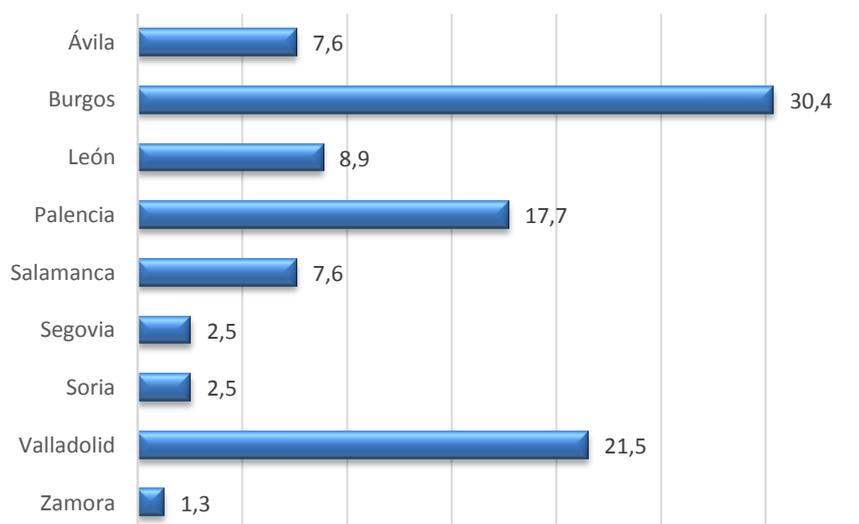
Figura 73(61): Evolución del número de acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología. Años 2009 a 2014.



El que se atiendan preferentemente las necesidades formativas institucionales y colectivas tiene como consecuencia la marcada diferencia de actividades formativas realizadas en determinadas

provincias (Burgos y Valladolid), donde se encuentran los servicios de mayor tamaño y además, centros de referencia para determinadas prestaciones sanitarias, que conlleva mayor interés en formación para estas técnicas o métodos diagnósticos específicos.(Figura 74)

Figura 74(66): Distribución porcentual de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología por provincia (%).



En cuanto a las modalidades de las actividades formativas, la mayoría responde a un formato de actividad formal, presencial en su mayoría (97,5%) en forma de asistencia a cursos, jornadas, sesiones, seminarios etc. En términos generales son estas estrategias las más utilizadas para actualizar conocimientos, que además permite el intercambio de opiniones entre colegas, que es otro mecanismo importante de aprendizaje. La WFME (2004) sostiene que “generalmente los médicos desarrollan y cambian su práctica

mediante intercambio de opiniones entre profesionales, el diálogo con colegas, más que como resultado de procesos educativos formales”

En esta tercera etapa de la formación, también ha habido un cambio en los objetivos de la misma, pasando del conocimiento como objetivo prioritario a formar profesionales en el amplio conjunto de la competencia profesional.

En el análisis realizado de las actividades formativas, se dividieron las temáticas de dichas actividades tomando como referencia el mapa de competencias de la especialidad de Obstetricia y Ginecología.

Prácticamente todas las actividades están dirigidas al mantenimiento de las competencias cognitivas, es decir, a los conocimientos médicos o las relacionadas con aspectos técnicos.

Las temáticas más frecuentes fueron la Oncología (en su mayoría patología mamaria) y la Obstetricia; ambos temas causan un gran interés entre los profesionales y entre las instituciones.

Siendo una especialidad médico-quirúrgica, es normal que la tercera temática en interés sea la Cirugía.

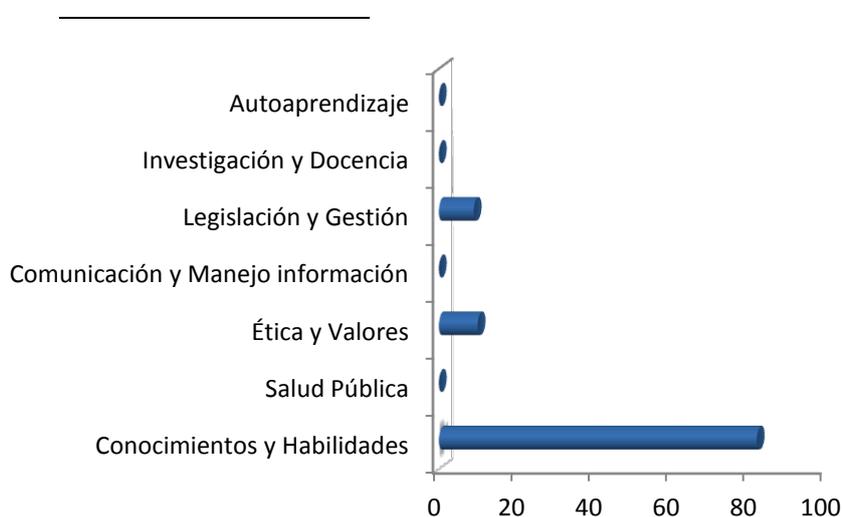
Se ha tratado ya en varias ocasiones cuáles deben ser las competencias globales del médico:

- Bases científicas de la Medicina
- Desempeño clínico
- Salud pública
- Valores, actitudes, ética y profesionalismo.
- Comunicación y manejo de la información.
- Gestión sanitaria y marco jurídico de la práctica médica.
- Investigación y docencia.
- Autoaprendizaje autodirigido.

Sólo el 19% de las actividades recogidas están dedicadas a las competencias de ética y legislación.

Queda claramente reflejado en la siguiente figura:

Figura 75: Porcentaje de las actividades formativas según competencias.



Si el objetivo es mantener y mejorar las competencias para tener un profesional formado en todos los ámbitos del profesionalismo médico, falta mucho que mejorar. Pero hay que tener en cuenta, que en este estudio se han analizado las actividades relacionadas única y exclusivamente a la Obstetricia y Ginecología.

Las competencias peor paradas en nuestro análisis, son competencias genéricas, que competen a todos los profesionales, y

que se contemplan en actividades globales, no específicas de cada especialidad.

Evaluar las competencias es un reto pero es fundamental para reconocer el esfuerzo individual en el mantenimiento de la competencia y garantizar la calidad de la actuación profesional.

Las modalidades formativas existentes como: cursos, seminarios, jornadas, tienen su papel en el aprendizaje profesional, pero también tiene un papel fundamental el aprendizaje a través de la propia experiencia, realizado de forma autónoma, autodirigido y a partir de situaciones concretas.

Los instrumentos empleados para evaluar la competencia profesional son múltiples, pero no hay ninguno que sea capaz de evaluar per se el DPCi. Se tiene que recurrir por tanto a la combinación de varios elementos, hecho que haga más complejo el proceso de evaluación.

Para finalizar este apartado, podemos concluir que según lo analizado sobre las actividades formativas de la especialidad de Obstetricia y Ginecología de Castilla y León:

-Detección de las necesidades formativas: es más perceptiva que objetiva (no hay una autoevaluación previa).

-Atención de necesidades: se atiende más a las necesidades institucionales y colectivas que a las individuales.

-Competencias perseguidas: las actividades formativas están en su mayoría dirigidas a la mejora de las competencias cognitivas.

-Evaluación formativa competencial: falta un sistema de evaluación que valore en que grado se han implementado las competencias adquiridas.

-Desarrollo Profesional: no hay desarrollado un verdadero DPCi entendido como el avance progresivo del médico, desde el estadio

inicial de principiante profesional hacia los estadios de profesional experto.

El *continuum* formativo se ve varias veces interrumpido.

El primer responsable del aprendizaje es el médico, pero en sus diferentes etapas se encuentra arropado por distintas instituciones:

El Grado es propiedad de la Universidad, la formación especializada de las instituciones sanitarias acreditadas para la docencia y el DPC como dice Gual-Sala en su libro “Aprender a ser médico” es propiedad de “una caja negra de dueño incierto”(Arcadi. Gual-Sala, 2012).

Esto dificulta de entrada que se establezca un programa y objetivos conjuntos.

Existe un acuerdo en el tipo de profesional que se quiere formar y mantener, de acuerdo al nuevo profesionalismo médico: un médico con conocimientos y habilidades médicas, pero además gestor, comunicador, formado en valores éticos y salud pública, docente e investigador.

Que la formación debe realizarse en base a un mapa de competencias definidas y enseñar y motivar para el autoaprendizaje, que será fundamental para el ejercicio de la profesión.

Pero a medida que avanzamos por las distintas etapas de la educación médica, la forma de aplicar estos objetivos va interrumpiendo esta línea continua.

En el grado, a pesar de haberse realizado importantes cambios desde la aplicación del EEES, todavía tienen mucho peso las competencias formativas cognitivas, debido a la prueba selectiva MIR que espera al 90% de los estudiantes.

El rotatorio del último año ha de mejorarse, tratando de integrar a los alumnos en las actividades diarias de los servicios y

homologándose en todas las facultades, de forma que fuera igual en todas ellas.

Se debería enlazar con la formación troncal de las especialidades, pudiendo ser como un R0, como el programa “shadowing” neerlandés o el “Foundation Program” británico, y facilitarse así la transición a la formación especializada.

El examen MIR, debería incluir la realización de determinadas pruebas (ECOE) para valorar no solamente conocimientos, sino valores y actitudes, sin perder la objetividad que ahora tiene.

Durante la residencia, debería haber un sistema eficaz que evaluara las competencias adquiridas, y que el paso a niveles de responsabilidad y autonomía superior no fuera simplemente cronológica, sino en función del grado en que se han adquirido dichas competencias. Y sería fundamental una evaluación final formativa, voluntaria desde el año 2012, que acreditara que se está preparado para el ejercicio de la profesión, y con los instrumentos adecuados para ello.

Durante la última etapa, es necesario estimular a las sociedades científicas y a las administraciones públicas para generar circuitos de evaluación de competencias válidos, fiables y flexibles, basados fundamentalmente en evaluación formativa (buscando un impacto educativo) para el desarrollo de un verdadero DPCi y que sirva además como proceso de recertificación, como ya existe en otros países, sobre todo anglosajones (EEUU, Canadá, Reino Unido, Australia)

Se pretende en el próximo capítulo desarrollar una propuesta de DPCi, basado en el mantenimiento y mejora de competencias para los especialistas de Obstetricia y Ginecología.

CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

8.1 INTRODUCCIÓN

Una vez descrito este estudio y a partir de los objetivos definidos para nuestra investigación, se detallan a continuación las conclusiones obtenidas, además de comentar las fortalezas y limitaciones de la investigación y las posibles aplicaciones futuras.

8.2 CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

A continuación, se exponen las siguientes conclusiones:

1. Las tres etapas en que se divide la formación de los médicos en general, y de los especialistas en Obstetricia y Ginecología en particular, el grado, la formación especializada y el DPC, siguen siendo compartimentos estancos.

2. Existe un interés cada vez mayor en conseguir un verdadero *continuum formativo*, y que tenga como colofón el desarrollo profesional continuo individual, basado en el mantenimiento de las competencias formativas.

3. La detección objetiva de las necesidades formativas individuales, es algo que aún falta por desarrollar, con una pre-evaluación inicial.

4. Los planes de formación continuada, están basados sobre todo, en la mejora de las competencias puramente cognitivas. Habría que reforzar el resto de las competencias (salud pública, valores, actitudes, ética y profesionalismo médico, comunicación, gestión, investigación, docencia y autoaprendizaje autodirigido), basándose en los estándares globales de calidad de las instituciones internacionales de educación médica: IIME(2002), ACGME(2000), CanMeds(2000a) o WFME(2004b).

5. Es necesaria la realización de una evaluación objetiva y formativa de las competencias adquiridas, elemento necesario para el aprendizaje.

6. No existe un instrumento único de evaluación del DPCi, sino que es necesaria la combinación de varios elementos.

7. En la actualidad, en el sistema sanitario español, no existe un desarrollo profesional continuo individual verdadero, confundándose además con la carrera profesional o con los recientes procesos de recertificación o recolección.

8.3 FORTALEZA Y LIMITACIONES

Se inicia este apartado comentando en primer lugar, las fortalezas de este trabajo.

En primer lugar, el analizar desde el punto de vista sanitario un tema como es el de la educación médica, lo que demuestra el interés creciente de los profesionales sanitarios en planificar su propia formación y no ser meros asistentes.

Por otra parte, destacar la importancia de conocer la opinión de los protagonistas de los distintos segmentos de la medicina: profesores, alumnos, residentes y tutores, así como el análisis de la formación continuada en Obstetricia y Ginecología en un período de 6 años.

Aunque este trabajo no está exento de algunas limitaciones.

En primer lugar, la valoración del nivel de competencia adquirido tanto en la asignatura de obstetricia y Ginecología como entre los residentes, es subjetiva, y hubiera sido necesario disponer de pruebas de evaluación objetivas.

Habría sido interesante obtener más datos del aplicativo informático Gestión@FC, como el número de Ginecólogos registrados, grado de participación de los mismos a la hora de solicitar

actividades formativas etc. pero en la actualidad, imposibles de obtener.

8.4 APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN: PROPUESTA DE DISEÑO DE UN PLAN DE DPCI PARA LOS ESPECIALISTAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

En los últimos tiempos, el término desarrollo profesional continuo (DPC) se ha incorporado de lleno al mundo profesional médico. Tanto a nivel internacional como nacional, hay determinadas sociedades médicas (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), instituciones (Hospital Universitario de Cruces) o especialidades (Oncología médica) que ya aplican planes de desarrollo profesional continuo.

Proponemos el diseño de un DPC para los especialistas de Obstetricia y Ginecología, basado en el de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (D. Ramírez-Puerta & Cantero-Santamaría, 2010) y el Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG) (Mahmood, 2010)

Se propone la siguiente metodología:

Definir las competencias que debe tener todo especialista en Obstetricia y Ginecología.

▪ Experto:

Aplica los conocimientos médicos, habilidades clínicas y actitudes profesionales en la prestación de la atención centrada en la mujer.

▪ Comunicador:

Los médicos facilitan eficazmente la relación médico-paciente, con las familias, así como con otros colegas.

▪ Colaborador:

Los médicos trabajan con eficacia dentro de un equipo con otros profesionales para lograr una atención óptima del paciente.

▪ Gestor:

Los médicos participan en actividades que contribuyan a la eficacia de sus organizaciones y de sus sistemas de salud y administran los recursos adecuadamente

▪ Salud Pública:

Los médicos utilizan responsablemente sus conocimientos para promover la salud y el bienestar de los pacientes de forma individual, pero también de la comunidad y las poblaciones.

▪ Autoaprendizaje y formación:

Los médicos demuestran un compromiso de por vida con el aprendizaje reflexivo, así como con la contribución a la investigación, y la difusión y aplicación de los conocimientos médicos. Integra la información y tiene análisis crítico

▪ Profesionales:

Los médicos están comprometidos con la salud y el bienestar de los individuos y la sociedad a través de la práctica ética.

Cada competencia se evalúa según la pirámide de Miller(1990):

- Conocimientos (saber)
- Habilidades (saber como)
- Actitudes (demostrar como)
- Práctica médica diaria (hacer)

Podrían establecerse tres niveles de competencia: básico, avanzado o excelente.

Aportar un método de detección de áreas de mejora, que permita conocer el grado de competencia alcanzado.

Realizar una pre-evaluación para establecer la categoría inicial empleando herramientas como las preguntas de respuesta múltiples

tipo test para la evaluación de conocimientos, casos clínicos y ECOE (Examen Clínico Objetivo Estructurado) virtuales para la evaluación de las habilidades, o revisión del currículum para las actitudes.

Y posteriormente, el empleo de la herramienta e-portafolio, con la creación de una aplicación informática, como la del RCOG, en el que el profesional se pudiera registrar e ir “subiendo” sus actividades de DPC.

Este instrumento demuestra la consecución de unos niveles determinados de la práctica profesional real a partir de la recolección de una serie de actividades bien definidas.

El portafolio promueve la reflexión y el aprendizaje basado en la práctica con la ventaja de mostrar el progreso durante un tiempo, y no solo una fotografía estática del momento de la evaluación, como ocurre con los demás instrumentos.(María. Nolla & Fornells-Domenjó, 2006).

Habría que concretar qué actividades cuentan o no para el DPC

Actividades que se admiten para DPC:

Reuniones científicas locales, nacionales o internacionales.

Cursos o Jornadas acreditadas por la Comisión de Formación Continuada.

Horas de docencia.

Publicaciones en revistas científicas, de libros trabajos de investigación.

Formación *on-line*: casos clínicos, programas de monitorización fetal *on-line*, de diagnóstico por la imagen, cuestionarios tipo test...

Episodios de reflexión:

Cualquier incidencia en nuestro trabajo diario que nos haya llevado a alcanzar un conocimiento nuevo o un cambio en nuestra práctica habitual (sobre seguridad del paciente, aplicación de guías

clínicas, relación con otros compañeros) explicando cómo se ha producido. Se adjunta el modelo de "reflexión personal" del RCOG.

Actividades que no se admiten:

Lectura de revistas o libros médicos, ver vídeos de contenido médico o técnicas quirúrgicas, jornadas o reuniones patrocinadas únicamente por la industria farmacéutica, reuniones de comités, o trabajos médico-legales.

Cada actividad registrada está dotada de unos créditos determinados, necesarios para el cómputo anual y por ciclo (que deben estar predefinidos. Por ejemplo, en el DPC del RCOG son 50 créditos anuales mínimo por año y 250 créditos por cada ciclo de 5 años)

Planificar, una vez realizada la fase evaluativa las actividades formativas necesarias para alcanzar el nivel competencial deseado así como la monitorización necesaria para mantener el nivel de competencia alcanzado.

Este e-portfolio puede ser en función de su finalidad, formativo únicamente, de forma que ayuda al autoconocimiento y de estímulo para la mejora, pero también puede servir para valorar el nivel adquirido de determinadas competencias o de desarrollo y ayudar a la creación de planes adecuados de formación continuada por parte de las instituciones o administraciones sanitarias y para que el resultado de su evaluación tenga consecuencias para el ejercicio profesional (obtener una acreditación o no).

Se entiende que para elaborar un plan de DPC en este sentido es complejo, y se precisa la creación de un comité de expertos que lleve a cabo la realización del mismo.

Además se precisa la figura del “mentor” o “tutor” que acompaña al especialista en este proceso, y con un perfil determinado: años de experiencia, doctores, tutores de residentes etc.

Y por último, es indispensable para llevar a cabo un proyecto como éste, la íntima colaboración entre las Sociedades Científicas (en este caso la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología) Colegios de Médicos y administraciones sanitarias, sobre todo si se quieren unificar la formación continuada, carrera profesional y procesos de recertificación.

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en
la especialidad de Obstetricia y Ginecología

BIBLIOGRAFÍA

- ABIM Foundation. (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*, 5(3), 243-246.
- ACGME. (2000). Toolbox of assessment methods. ACGME outcome project.[acceso: 14-01-2015]. Disponible en: <http://www.acgme.org/outcome/assess/toolbox.pdf> website.
- Accreditation Council for Continuing Medical Education.(1993). *Accreditation policies & procedures*. Chicago: ACCME.
- Alfonso, M., & Fonseca, M. (2001). Aprendizaje basado en problemas: situación actual y perspectivas de implantación en las Facultades de Medicina europeas. *Dolor*, 16, 119-127.
- Amalich, F. (2010). Adaptación del nuevo grado en Medicina al Espacio Europeo de Educación Superior.¿Cual ha sido la aportación de Bolonia? *Revista Clínica Española*, 210(9), 462-467.
- ANECA. (2005). *Libro Blanco. Título de Grado en Medicina*. Granada: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
- Barnadas-Molins, A., & Baños, J. E. (2010). La transversalidad en la enseñanza de la Medicina: el ejemplo de la Oncología. *Educación Médica*, 13(2), 77-84.
- Barrows, H. S., Norman, G. R., Neufeld, V. R., & Feightner, J. W. (1982). The clinical reasoning proces of randomly selected physicians in general medical practice. *Clin Invest Med*, 5, 49-56.
- Bennett, N., Davis, D., Easterling, W., Friedman, P., Green, J., & Koeppen, B. (2000). Continuing medical education: a new vision of the proffessional development of physicians. *Acad Med*, 75, 1167-1172.
- Berguen Communiqué. The European Higher Education Area Achieving the Goals (Berguen) 2005. [acceso: 24-02-2015]. Disponible en:

http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/050520_BERGUEN_COMMUNIQUE.

Berlin Communiqué. Realising the European Higher Education Area. (Berlin) 2003. [Acceso: 24-02-2015] Disponible en: URL:http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/BERLIN_COMMUNIQUE.

Blay Pueyo, C. (2006). Como evaluar el desarrollo profesional continuo. *JANO*, 1626, 36-42.

Bologna Declaration. The Higher Education Area. Joint Declaration of the European Ministers of Education (Bologna), 1999. [acceso: 24-02-2015]. Disponible en: URL:<http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/about>.

Borrador de la Orden Ministerial por la que se establecen los requisitos oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. 21 de noviembre de 2007.

Brookfield, S. D. (Ed.) (1995). *Becoming a critically reflective teacher*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Bucharest Communiqué. Making the Most of our Potential: Consolidating the European Higher Education Area. [Acceso: 25-02-2015] Disponible en: URL:[http://www.ehea.info/Uploads/\(1\)/Bucharest%20Communique%201012\(2\).pdf](http://www.ehea.info/Uploads/(1)/Bucharest%20Communique%201012(2).pdf).

Budapest-Vienna Declaration. Budapest-Vienna Declaration on the European Higher Education Area. (Budapest-Vienna), 2010. [Acceso 25-02-2015]. Disponible en: URL:http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/2010_conference/documents/Budapest-Vienna_D.

Bunk, G. (1994). Teaching competence in initial and continuing vocational training in the federal republic of Germany. *Vocat Train Eur J*, 1, 8-14.

- CanMEDS. (2000a). CanMEDS 2000: Extrat from the CanMEDS Project Societal Needs Working Group Report. *Medical Teacher*, 22(6), 549-554.
- CanMEDS. (2000b). CanMEDS 2000: Extrat from the CanMEDS Project Societal Needs Working Group Report. *Medical Teacher*, 22(6), 549-554.
- CanMEDS. (2014). *The Draft CanMEDS 2015. Milestone Guide*. R. Canada (Ed.).
- Casado, V. (2006). La formación de posgrado y el rol de los tutores en el desarrollo profesional continuo. *JANO*, 1626, 50-54.
- Casanova, E. (1989). El proceso educativo según Carl Rogers. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 6, 599-603.
- Case, S., & Swanson, D. (1993). Extended-matching items: a practical alternative to free-response questions. *Teaching and learning in medicine*, 5(2), 107-115.
- Cauffman, J., Forsyth, R., Clark, V., Foster, J., Martin, K., Lapsys, F., & Davis, D. (2002). Randomized controlled trials of continuing medical education: what makes them effective? *J Contin Health Prof Edu*, 22, 214-221.
- Chisholm, C. U., Harris, M. S. G., Northwood, D. O., & Johrendt, J. L. (2009). The characterisation of work-based learning by consideration of the theories of experiential learning. *European journal of education*, 3(44), 319-337.
- Civeira-Murillo, P. (2009). El tratado de Bolonia: implicaciones en la enseñanza de medicina. *Educación Médica*, 12(3), 1-53.
- Cobo-Reinoso, J. (2009). La difícil transición de licenciado a especialista. *Educación Médica*, 12(3), 45-50.
- Coles, C. (1996). Approaching professional development. *The journal of continuing education in the health professions*, 16, 152-158.
- Coles, C., Jolly, B., & Rees, L. (Eds.). (1998). *Medical education in the millenium*. Oxford: Oxford University Press.
- Constitución Española. «B.O.E.» núm. 311, de 29/12/1978.

- Davies, P. (2000). Approaches to evidence-based teaching. *Medical Teacher*, 22(1), 14-21.
- Davis, D., O'Brien, M., Freemantle, N., Wolf, F., Mazmanian, P., & Taylor-Vaisey, A. (1999). Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health outcomes? *JAMA*, 282, 867-874.
- Davis, D. A., & Fox, R. D. (1994). *The physician as learner-linking research to practice*: American Medical Association.
- Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. «BOCYL» núm. 202, de 21 de octubre de 2009.
- Decreto 84/2002, de 27 de junio, por el que se crea la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Castilla y León. «BOCYL» núm. 127, de 3 de julio de 2002.
- Del Moral, J., Pro, J., & Suárez, F. (2007). *Estado y territorio en España, 1920-1930: la formación del paisaje nacional*. (Primera ed.). Bilbao: Los libros de la catarata.
- Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. «DOUE» num.255, de 30 de septiembre de 2005.
- Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del consejo, de 20 de noviembre de 2013. «DOUE» num.354, de 28 de diciembre de 2013. *General Medical Council* del Reino Unido [Acceso: 6-04-2015] Disponible en : (<http://www.gmc-uk.org/education/index.asp>).
- Directiva 2021 (1) 12 2004; 13781/2/04 REV2, de 21 de diciembre de 2004. Posición común aprobada por el Consejo Europeo el 21 de diciembre de 2004 con vistas a la adopción de la directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al

- reconocimiento de cualificaciones profesionales. (Bruselas, 07/03/2002. COM (2002) 119 final; 200270061 COD).
- Directiva 86/457/CEE del Consejo, de 15 de septiembre de 1986, relativa a la formación específica en medicina general. DO n° L 267/26 (19/9/1986):26-9.
- Dolmans, D., De Grave, W., Wolfhagen, I., & Van Der Vleuten, C. (2005). Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Medical Education*, 39, 732-741.
- Durante, E. (2005). La evaluación de la competencia profesional: de lo abstracto a lo contextual. *Evidencia en la práctica ambulatoria*, 8(2), 33-45.
- Echeverría, B. (2002). Gestión de la competencia de acción Profesional. *Revista de investigación educativa*, 20((1)), 7-43.
- Echeverría, B. (2005). *Competencia de acción de los profesionales de la orientación*. Madrid: ESIC.
- Elstein, A. S., Schuman, L. S., & Sprafka, S. A. (Eds.). (1978). *Medical problema solving: an analysis of clinical reasoning*. Cambridge, MA: Harward University Press.
- Epstein, R. (2007). Assessment in medical education. *New England Journal of Medicine*, 356, 387-396.
- Epstein, R. M. (1999). Mindful practice. *JAMA*, 282, 833-839.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychoanalytical unconscious. *American Psychologist*, 49, 709-724.
- European Commission/EACEA/Eurydice, 2015. *The European Higher Education Area in 2015: Bologna Process Implementation Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eva, K. W. (2004). What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Medical Education*, 39, 98-116.

- Fonseca, M., & Ruiz de Gauna, P. (2006). *Formación médica especializada: formar en competencias para incidir en el perfil del profesional que necesita la sociedad y la sanidad del siglo XXI*. Paper presented at the Congreso de la Sociedad de Educación Médica de Euskadi, Bilbao.
- Frank, J., Snell, L., Cate, O., Holmboe, E., Carraccio, C., & Swing, S. (2010). Competency-based education: theory to practice. *Medical Teacher*, 32(8), 638-645.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., . . . Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world *Lancet* (Vol. 376, pp. 1923-1958).
- Friedman, B. D. (2001). Portfolios as a method of student assessment. AMEE. Medical education guide N°24. *Medical Teacher*, 23(6), 535-551.
- Geoffrey, N., Kevin, E., & Schmidt, H. (2005). Implications of psychology-type theories for full curriculum interventions. *Medical Education*, 39(3), 247-249.
- Godden, D. R., & Baddeley, A. D. (1975). Context-dependent memory in two natural environments: On land and underwater. *British Journal of Psychology*, 66(3), 325-331.
- González, J., & Wagenaar, R. (2003). *Tuning Educational Structures in Europe*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Gracia, J., García, J., & Gil, E. (2002). Formación médica continuada en un hospital de referencia. *¿Quo vadis? Med Clin*, 118, 99-112.
- Grant, J., & Chambers, E. (1999). *The Good CPD Guide. A practical guide to manage CPD*. (Chambers Ed.). London: The joint center for Education in Medicine.
- Group, S. D. M. E. (2009). The Scottish Doctor.
- Gual-Sala, A. (2012). *Aprender a ser médico: responsabilidad social compartida*. (F. E. M. Ed.).
- Gual-Sala, A. (2013). Responsabilidad social de las instituciones en la formación de los médicos y profesionales de la salud. *Fundación Educación Médica.*, 16(3), 125-126.

- Gual-Sala, A., Oriol-Bosch, A., & Pardell, H. (2010). El médico del futuro. *Medicina Clínica*, 134(8), 363-368.
- Hernández-Pina, F., Martínez-Clares, P., & Monroy-Hernández, F. (2009). Aprendizaje y competencias. Una nueva mirada. *REOP.*, 20(3), 312-319.
- Holmboe, E., Sherbino, J., Long, D., Swing, S., & Frank, J. (2010). The role of assesment in competency-based medical education. *Medical Teacher*, 32(8), 676-682.
- IIME. (2002). Global minimun essential requirements in medical education. *Medical Teacher*, 24(2), 130-135.
- Iobst, W., Sherbino, J., Cate, O., Richardson, D., Dath, D., & Swing, S. (2010). Competency-based medical education in postgraduate medical education. *Medical Teacher*, 32, 651-656.
- Irigoin, M., & Vargas, F. (Eds.). (2002). *Competencia laboral: manual, métodos y aplicaciones en el sector salud*. Montevideo: Cinterfor-OPS.
- Itin, C. M. (1999). Reasserting the philosophy of experiential education as a vehicle for change in the 21st Century. *Journal of experiential education*, 85-97.
- Kaufman, D. M. (2003). ABC of learning and teaching in medicine. Applying educational theory in practice. *British Medical Journal*, 326(213-216).
- Ladhani, Z., Scherpbier, A., & Stevens, F. (2012). Competencies for undergraduate community-based education for the health professions. A sistematic review. *Medical Teacher*, 34(9), 733-743.
- Lamata, F. (1998). *Manual de administración y gestión sanitaria*. (Ediciones Díaz de Santos, S.A. ed.). Madrid.
- Leuven/Louvaine-la-Neuve Communiqué. The Bologna Process 2020-The European Higher Education Area in the new decade. (Leuven/Louvain-la-Neuve)2009. [Acceso: 25-02-2015]
Disponibile en:

URL:http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/conference/documents/Leuven_Lovain-la-Neuv.

- Ley 1/1993, de 6 de abril, de ordenación del Sistema Sanitario en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. «B.O.C.Y.L.» núm. 77, de 27 de abril de 1993.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «B.O.E.» núm. 102, de 29 de abril de 1986.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «B.O.E.» núm. 102, de 29 de abril de 1986.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. «B.O.E.» núm. 128, de 29 de mayo de 2003.
- Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León. «B.O.C.Y.L.» núm. 52, de 14 de marzo de 2007.
- Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias.« B.O.E» núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.
- Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. «B.O.E» núm.280, de 22 de noviembre de 2003.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. «BOE» núm.301, de 17 de diciembre de 2003.
- Ley 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. «B.O.E.» núm. 307, de 24 de diciembre de 2001.
- Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León. «B.O.C.Y.L.» núm. 173, de 7 de septiembre de 2010.
- Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León. «B.O.E.» núm. 288, de 1 de diciembre de 2007.

- Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de Castilla y León. «B.O.E.» núm. 52, de marzo de 1983.
- Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades . «BOE» núm. 89, de 13 de abril de 2007.
- London Communiqué. Towards the European Higher Education Area: responding to challenges in a globalised world. (London),2007. [Acceso: 25-02-2015]. Disponible en: URL:http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/document/MDC/LONDON_COMMUNIQUE.
- Mahmood, T. (2010). Recertification and continuing professional development: the way ahead. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24, 807-818.
- Martín Zurro, A. (2006). Desarrollo profesional continuo y carrera profesional en el sistema sanitario español. *JANO*, 1626, 66-70.
- Martín Zurro, A., & Gual Sala, A. (2005). Desarrollo Profesional Continuo individual vs Formación Continuada. *Educación Médica*, 8(4), 181.
- Martínez Carretero, J. (2005). Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada(ECOE). *Educación Médica*, 8(2), 18-22.
- Martínez, P., & Echeverría, B. (2009). Formación basada en competencias. *Revista de investigación educativa*, 27(1), 125-147.
- Martínez, P., Rubio, M., Garvía, C., & Martínez, M. (2003). *Desarrollo de competencias y calidad universitaria*. Paper presented at the V Congreso Internacional de Galicia y Norte de Portugal de formación para el trabajo, Santiago de Compostela.
- Martínez-Clares, P., Martínez-Juarez, M., & Muñoz-Cantero, J. (2008). Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia. *Relieve*, 14(2), 1-23.

- McClelland, D. (1973). Testing for competence rather than for intelligence. *Am Psychol*, 28(1), 1-14.
- Miller, G. E. (1990). The assesment of clinical skills/competence/performance. *Acad. Med.*, 65, 63-67.
- Millán, J. (2009). La adquisición de habilidades clínicas. Papel de los hospitales. *Educación Médica*, 12(3), 27-31.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2003). *La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Documento Marco*. Madrid, España: MEC.
- Morán Barrios, J. (2003). ¿Es necesaria y compatible la existencia del tutor de médicos residentes dentro de nuestras estructuras asistenciales? *Educación Médica*, 6(3), 10-11.
- Morán Barrios, J., & Ruiz de Gauna-Bahillo, P. (2010). ¿Reinventar la formación de médicos especialistas? Principios y retos. *Nefrología.*, 30(6), 604-612.
- Morán, J., Carballo, G., & Ruiz de Gauna, P. (2007). Contenido reflexivo de la memoria de formación MIRHospital de Cruces. Bases del portafolio formativo. *Educación Médica*, 10(3), 169.
- Morán, J., Fernández, F., Lorenzo, M., & Sharluyan, A. (2005). Memoria de formación del médico residente. Aproximación al portafolio docente. *Educación Médica*, 8(3), 159.
- Morán-Barrios, J. (2013). Un nuevo profesional para una sociedad. Respuestas desde la Educación Médica: la formación basada en competencias. *Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq.*, 2013, 385-405. doi:10.4321/S0211-57352013000200011.
- Nolla, M. (2006). El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. *Educación Médica*, 9(1), 11-16.
- Nolla, M., & Fornells-Domenjó, J. M. (2006). Cómo evaluar el desarrollo profesional continuo. Portafolio. *JANO*, 1.626(EXTRA OCTUBRE), 44-48.
- Norcini, J. (2005). The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). *Clinical Teacher*, 2(1), 25-30.

- Norcini, J., & Burch, V. (2007). Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach*, 29(9), 855-871. doi:10.1080/01421590701775453.
- Norman, G. (2005). Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Medical Education*, 39, 418-427.
- Norman, G. R., & Brooks, L. R. (1997). The non analytical basis of clinical reasoning. *Adv Health Sci Educ*, 2, 173-184.
- Norman, G. R., Van der Vleuten, C., & Newble, D. I. (Eds.). (2002). *International handbook of research in medical education*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Orden de 22 de Junio de 1995, por el que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la Formación de médicos y de Farmacéuticos Especialistas. «BOE» núm. 155, de 30 de junio de 1995, páginas 19793 a 19799.
- ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. «BOE» núm.40, de 15 de febrero de 2008; páginas 8351a 8355.
- Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. «BOCYL» núm. 80, de 27 de abril de 2011.
- Orden SAN/702/2010, de 19 de mayo, por la que se regula la evaluación y control de la calidad de la formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. «BOCYL» núm. 104, de 2 de junio de 2010.
- Orden SAN/914/2010, de 17 de junio, por la que se regula el plan formativo transversal común para los Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia

en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla y León. «BOCYL» núm. 125, de 1 de julio de 2010.

Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. «BOE» núm. 129, de 28 de Mayo de 2009.

Pardell Alentá, H., & Médica., F. E. (2009). *El médico del futuro*. (F. E. Médica. Ed.).

Pardell, H. (2009). *El médico del futuro*. (F. E. Médica. Ed.).

Pardell, H., Gomar, C., Gual, A., & Bruguera, M. (2005). ¿Qué opinan los médicos sobre la formación continuada, la evaluación de la competencia y la recertificación? *Educación Médica*, 8(2), 91-98.

Parra, P., Pérez, C., Ortiz, L., & Fasce, E. (2010). El aprendizaje autodirigido en el contexto de la educación médica. *Revista de educación en ciencias de la salud*, 4(2), 146-151.

Patiño, M. (2008). Educación Médica y Globalidad. *Medicina Interna*, 24(3), 143-147.

Peters, M. (2000). Does constructivist epistemology have a place in nurse education? *Journal of nursing education*, 39(4), 166-172.

Pérez-Jiménez, F. (2009). La formación MIR como frontera de la medicina. *Educación Médica*, 12(9), 35-37.

Prague Communiqué. Towards the European Higher Education Area (Prague)2001URL:http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/PRAGUE_COMMUNIQUE.

Quereda, C., Ortega, F., Martín de Francisco, A., Matesanz, R., Alcázar, R., Sanz Boix, A., . . . García Pérez, M. (2008). Algunos aspectos de la situación de la formación de los especialistas de Nefrología en España. *Nefrología*, 28(3), 263-271.

Raelin, J. A. (Ed.) (2000). *Work-based learning: the new frontier*. New Jersey: Prentice Hall Inc.

- Ramírez-Puerta, D., & Cantero-Santamaría, J. L. (2010). Marco conceptual y diseño de un proyecto de desarrollo profesional continuo en Atención Primaria. *SEMERGEN*, 36(2), 100-107. doi:10.1016/j.semerg.2010.01.008.
- Ramírez-Puerta, D., González-Béjar, M., Zarco-Rodríguez, J., Gilbert, I., & Gual-Sala, A. (2006). Competencia clínica de los médicos de familia en 14 Comunidades Autónomas españolas. *Educación Médica*, 9(4A), 38-48.
- Real Decreto 1052/2002, de 11 de octubre de 2002, por el que se regula el procedimiento para la obtención de la evaluación de la agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, y su certificación, a efectos de contratación de personal docente e investigador universitario. «BOE» núm. 245, de 12 de octubre de 2002.
- Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. «BOE» núm. 224, de 18 de septiembre de 2003, páginas 34355 a 34356.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre de 2006 por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. «BOE» núm. 240, de 7 de octubre de 2006.
- Real Decreto 127/1984, de 11 de enero de 1984 por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. «BOE» núm. 26, de 31 de enero de 1984.
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. «B.O.E.» núm. 260, de 30 de octubre de 2007.
- Real Decreto 1480/2001, de 27 diciembre, por el que se traspasan a la Comunidad de Castilla y León las funciones y servicios del

Instituto Nacional de la Salud. «BOE» núm. 311, de 28 de diciembre de 2001.

Real Decreto 1509/2005, de 16 de diciembre de 2005 por el que se establece la estructura de la enseñanza universitaria y la regulación de los estudios universitarios oficiales de grado y postgrado. «BOE» núm. 303, de 20 de diciembre de 2005.

Real Decreto 183/2008 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.« B.O.E» núm. 45, de 21 de febrero de 2008.

Real Decreto 639/2014, de 25 de julio de 2014 por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen normas aplicables a las pruebas de acceso y otros aspectos de sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se modifican determinados títulos de especialista. «BOE» núm. 190, de 6 de agosto de 2014.

Resolución de 22 de diciembre de 1997, de la Subsecretaría, por la que se da publicidad al Convenio de Conferencia Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre formación continuada de las profesiones sanitarias. «BOE» núm. 38, de 13 de febrero de 1998.

Roma, J. (2007). La reflexión como eje central del desarrollo profesional. *Educación Médica*, 10(1), 30-36.

Romero, M. (2010). El aprendizaje experiencial y las nuevas demandas formativas. *Revista de antropología experimental*, 10(8), 89-102.

Sarrias-Ramis, R. (2000). *Estudi de la implementació del pla d'estudis del 1993 de la Llicenciatura de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona*. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.

- Saura, J., Saturno, P. J., & Romero, E. (2006). Modelos formativos que pueden utilizar los tutores para formar residentes. *Formación Médica Continuada*, 13(8), 435-446.
- Schuwirth, L., & Van der Vleuten, C. (2011). Programmatic assesment: from assesmentof of learning to assesment for learning. *Medical Teacher*, 33(6), 478-485.
- Schwarz, R., & Wojtczak, A. (2002). Una vía hacia la educación médica orientada a las competencias: los requisitos globales esenciales mínimos. *Medical Teacher*, 24, 125-129.
- Schön, D. (Ed.) (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schön, D. (Ed.) (1992). *La formación de los profesionales reflexivos*. Barcelona: Ed Paidós.
- ScottishDeans'MedicalEducationGroup. (2009). The scottish Doctor.
- Smith, M. K. (2001). David A. Kolb on experiential learning. *The enciclopedia of informal education*. [Acceso: 12-06-2015] Retrieved from <http://www.infed.org/b-explrn.htm> website.
- Snadden, D., & Thomas, M. (1998). The use of portfolio learning in medical education. *Medical Teacher*, 20(3), 192-199.
- Swing, S. R. (2007). The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach*, 29(7), 648-654. doi:10.1080/01421590701392903.
- Sánchez, M. (Ed.) (2002). *El proces de socialització del personal mèdic intern resident. Aportacions de la investigació social qualitativa a l'anàlisi de la iniciació profesional en un context institucional* (Vol. 10). Barcelona: Institut d'estudis de la salut.
- Terés, J., Capdevila, J., Novell, F., Cardellach, F., Bundó, M., & Torres, M. (2006). Formación troncal de las especialidades médicas: un reto del presente para una mejora del sistema sanitario. *Medicina Clínica*, 127, 139-144.
- Towle, A. (2000). Shifting the culture of continuing medical education: what needs to happen had why is it so difficult? *J Cont Educ Health Proffessionals*, 20, 208-218.

- Universidad de Salamanca (2010) *Programa del Grado en Medicina de la Universidad de Salamanca*. Salamanca, España: USAL.
- Universidad de Valladolid (2010) *Programa del Grado en Medicina de la Universidad de Valladolid*. Valladolid, España: UVA.
- Vargas, F., Casanova, F., & Montanaro, L. (2001). *El enfoque de la competencia laboral: manual de formación*. Montevideo: CINTERFOR.
- Wass, V., Van der Vleuten, C., Shater, J., & Jones, R. (2001). Assessment of clinical competence. *Lancet*, 357, 945-949.
- WFME. (2004a). Desarrollo profesional continuo de los médicos. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. *Educación Médica*, 7(2), 39-52.
- WFME. (2004b). Desarrollo Profesional en Ciencias de la Salud. *Educación Médica*, 7(2), 39-52.
- WFME, W. F. M. E. (2004). Desarrollo profesional continuo de los médicos. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. *Educación Médica*, 7(2), 39-52.
- Whitehouse, A., Hassell, A., Bullock, A., Wood, L., & Wall, D. (2007). 360 degree assessment (multisource feedback) of UK trainee doctors: Field testing of team assessment of behaviours. *Medical Teacher*, 29(2-3), 171-176.
- Williams, B. (2001). The theoretical links between problema-based learning and self-directed learning for continuing professional nursing education. *Teaching in higher education*, 6(1), 85-98. doi:10.1080/13562510020029626.
- Wojtczak, A. (2006). El papel de la Educación Médica Básica en la preparación para el Desarrollo Profesional Continuo. *Educación Médica*, 9(4A), 148-158.
- Wojtczak, A., & Schwarz, M. R. (2000). Minimum essential requirements and standars in medical education. *Medical Teacher*, 22(6), 555-559.
- Wood, D. (2003). *ABC of learning and teaching in medicine*. London: BMJ Books.

Zarco Rodríguez, J. (2006). Las sociedades científicas y el desarrollo profesional continuo. *JANO*, 1626, 56-59.

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en
la especialidad de Obstetricia y Ginecología

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1:** *Puntos de vista a tener en cuenta en los procesos de reflexión según Brookfield (1995)*.....pág. 66
- Tabla 2:** *Actitudes que favorecen la conciencia sobre la práctica profesional según R. Epstein*.....pág. 67
- Tabla 3:** *Características de la evaluación formativa. (Nolla, 2006)*.....pág. 68
- Tabla 4:** *Formación tradicional frente formación basada en competencias. Adaptado de (Martínez et al., 2003)*.....pág. 73
- Tabla 5.** *El profesionalismo en el nuevo milenio. ABIM Foundation(2002)*.....pág. 76
- Tabla 6:** *Modelos competenciales de diferentes instituciones, su paralelismo y dominios competenciales adoptados por el Hospital U. Cruces.(Morán-Barrios, 2013)*.....pág. 78
- Tabla 7.** *El Desarrollo Profesional en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)*.....pág. 131
- Tabla 8:** *Componentes del desarrollo profesional continuo. Libro Blanco de las profesiones Sanitarias en Cataluña.2003*.....pág. 132
- Tabla 9:** *Marco de competencias necesarias para la práctica médica según CanMEDS*.....pág. 148
- Tabla 10:** *Unidades docentes acreditadas para la formación en la especialidad de Obstetricia y Ginecología en Castilla y León*.....pág. 155
- Tabla 11:** *Ámbito de desarrollo de las actividades formativas*.....pág. 159
- Tabla 12:** *Destinatarios de las actividades formativas*.....pág. 159
- Tabla 13:** *Competencias de las Actividades Realizadas*.....pág. 161

Tabla 14: Estructura general del Grado en Medicina.....	pág.169
Tabla 15: Mapa de competencias de la especialidad.....	pág. 178
Tabla 16: Rotaciones obligatorias.....	pág. 180
Tabla 17: Rotaciones optativas.....	pág. 181
Tabla 18: Niveles de Autonomía.....	pág. 182
Tabla 19: Niveles de Responsabilidad.....	pág. 183
Tabla 20: Competencias Generales del Grado y la especializada.....	pág. 186
Tabla 21: Valoración media de las Competencias Específicas.....	pág. 189
Tabla 22: Distribución porcentual de las habilidades disponibles (%).....	pág. 198
Tabla 23: Valoración media de las competencias- Profesionalidad.....	pág. 202
Tabla 24: Valoración media de las competencias- Habilidades de comunicación.	pág. 209
Tabla 25: Valoración media de las competencias- Conocimientos médicos.	pág. 215
Tabla 26: Valoración media de las competencias- Habilidades clínicas. Elaboración propia.....	pág. 219
Tabla 27: Valoración media de las competencias- Salud pública.....	pág. 227
Tabla 28: Valoración media de las competencias. Manejo de la información.	pág. 231
Tabla 29: Valoración media de las competencias- Análisis crítico, autoaprendizaje, formación.....	pág. 234

Tabla 30: Número de acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología. Años 2009 a 2014.....	pág. 240
Tabla 31: Modalidades de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología.....	pág. 242
Tabla 32: Número de plazas y duración de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología.....	pág. 244
Tabla 33: Acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología por provincia y año. Años 2009 a 2014.....	pág. 247
Tabla 34: Temática de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología.....	248
Tabla 35: Acreditación de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología.....	pág. 249
Tabla 36 (21): Valoración media de las Competencias Específicas.....	pág. 262
Tabla 37 (15): Mapa de competencias de la especialidad.....	pág. 266
Tabla 38: Principales cambios para los residentes en aspectos formativos.(Cobo-Reinoso, 2009).....	pág. 271
Tabla 39: Instrumentos de evaluación adecuados para cada dominio competencial.(Morán Barrios & Ruiz de Gauna-Bahillo, 2010).....	pág. 274

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en
la especialidad de Obstetricia y Ginecología

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Algunas aportaciones de la ley 44/2003 de 21 de diciembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), al sistema de formación médica especializada. (Casado 2006).....pág. 41

Figura 2: Modelo sobre Aprendizaje Experiencial de Dewey.....pág. 58

Figura 3. Esquema que representa el aprendizaje a partir de la práctica profesional según D. Schön (modificado de Davis D. &Fox. R, 1998).....pág. 64

Figura 4: Pirámide de Miller (1990).....pág. 71

Figura 5. Formación basada en competencias (Modificado de Frenk (Frenk et al., 2010).....pág. 75

Figura 6: Requisitos Globales Esenciales Mínimos del IIME.(Schwarz & Wojtczak, 2002).....pág. 80

Figura 7: Esquema Competencias Generales. ANECA(2005)...pág. 92

Figura 8: Diagrama de CanMeds © 2014 Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.....pág. 113

Figura 9: Obstetrics and Gynecology Milestones. ACGME Outcome Project. Ejemplo 1.....pág. 116

Figura 10: Obstetrics and Gynecology Milestones. ACGME Outcome Project. Ejemplo 2.....pág. 117

Figura 11: Desarrollo Profesional Continuo. (Hernández-Pina et al., 2009).....pág. 135

Figura 12: Continuum Formativo y DPC individual. Métodos de Evaluación.(Martín Zurro, 2006).....pág. 138

Figura 13: The Competence Continuum © 2014 Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.....pág. 147

Figura 14: Ordenación Territorial del Sistema Sanitario de Castilla y León. Áreas de Salud.....	pág. 158
Figura 15: Evolución notas de corte curso 2010-2011 a 2014-2015.....	pág. 166
Figura 16: Evolución del número de plazas ofertadas en los cursos 2010-2011 a 2014-2015.....	pág. 166
Figura 17: Plan formativo del Grado en Medicina. Elaboración propia.....	pág. 176
Figura 18: Plan Formativo Especialistas Obstetricia y Ginecología. Elaboración propia.....	pág. 184
Figura 19: Distribución porcentual del sexo del encuestado (%).....	pág. 188
Figura 20: Conoces los fundamentos de la exploración y seguimiento del embarazo (%).....	pág. 190
Figura 21: Conoces y diferencias el curso del embarazo normal y el patológico (%).....	pág. 191
Figura 22: Conoces cómo se realiza la asistencia al parto normal y patológico (%).....	pág. 192
Figura 23: Conoces el puerperio normal y patológico (%).....	pág. 193
Figura 24: Conoces las enfermedades de transmisión sexual (%).....	pág. 194
Figura 25: Reconoces, sabes diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías ginecológicas (%).....	pág. 195
Figura 26: Sabes los fundamentos científicos y la orientación de la contracepción y la fertilización (%).....	pág. 196
Figura 27: Reconoces, sabes diagnosticar y orientar la patología mamaria (%).....	pág. 197

Figura 28: Distribución porcentual del sexo del encuestado (%).....pág. 200

Figura 29: Distribución porcentual del grupo de edad del encuestado (%).....pág. 201

Figura 30: Realizar el trabajo asignado. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 203

Figura 31: Aceptar la responsabilidad del ejercicio profesional. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 204

Figura 32: Conocer el protocolo de supervisión del residente. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 205

Figura 33: Respetar los límites de su capacidad. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 206

Figura 34: Solicitar ayuda si es necesario. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 207

Figura 35: Conocer los derechos de los pacientes en aspectos éticos del ejercicio profesional. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 208

Figura 36: Comunicarse de forma efectiva con pacientes y familiares. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 210

Figura 37: Comunicarse de forma efectiva con otros miembros del servicio. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 211

Figura 38: Comunicarse de forma efectiva con el resto del personal sanitario. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 212

Figura 39: Participar en sesiones clínicas y/o bibliográficas. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 213

Figura 40: Comunicarse de forma efectiva con pacientes y familiares. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 214

Figura 41: Estar al día de los conocimientos médicos. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 216

- Figura 42:** Resolver los problemas clínicos con pensamiento analítico. Distribución porcentual de las valoraciones (%)....pág. 217
- Figura 43:** Establecer juicios clínicos correctos. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 218
- Figura 44:** Obtener una historia clínica correcta. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 220
- Figura 45:** Realizar una exploración física completa. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 221
- Figura 46:** Solicitar las pruebas diagnósticas necesarias. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 222
- Figura 47:** Integrar la información para un diagnóstico diferencial adecuado. Distribución porcentual de las valoraciones (%)...pág. 223
- Figura 48:** Proponer opciones de tratamiento adecuadas. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 224
- Figura 49:** Realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas con destreza. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 225
- Figura 50:** Conocer y realizar con destreza las principales técnicas quirúrgicas. Distribución porcentual de las valoraciones (%),pág. 226
- Figura 51:** Emplear los recursos sanitarios de forma racional. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 228
- Figura 52:** Trabajar para garantizar la seguridad del paciente. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 229
- Figura 53:** Trabajar en base a los protocolos clínicos existentes. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 230
- Figura 54:** Buscar adecuadamente información científica. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 232
- Figura 55:** Integrar en la práctica la información obtenida. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 233

- Figura 56:** Aprovechar las tecnologías informáticas para la autoformación. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 235
- Figura 57:** Realizar una lectura crítica de la literatura científica. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 236
- Figura 58:** Participar en proyectos de investigación. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 237
- Figura 59:** Asistir a actividades formativas (cursos, congresos). Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 238
- Figura 60:** Participar en las actividades docentes del servicio. Distribución porcentual de las valoraciones (%).....pág. 239
- Figura 61:** Evolución del número de acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología. Años 2009 a 2014.....pág. 241
- Figura 62:** Distribución porcentual de las modalidades de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología (%).....pág. 242
- Figura 63:** Ámbitos desde donde se organizan las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología (%).....pág. 243
- Figura 64:** Destinatarios de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología (respuesta múltiple %).....pág. 244
- Figura 65:** Box plots del número de plazas y duración de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología.....pág. 245
- Figura 66:** Distribución porcentual de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología por provincia (%).....pág. 247
- Figura 67:** Continuo formativo competencial. Elaboración propia.....pág. 251
- Figura 68:** Componentes del DPCi. Elaboración propia.....pág. 252

- Figura 69 (15):** Evolución notas de corte curso 2010-2011 a 2014-2015.....pág. 254
- Figura 70:** Estructura de un plan de formación. Elaboración propia.....pág. 255
- Figura 71(6):** Requisitos Globales Esenciales Mínimos del IIME.(Schwarz & Wojtczak, 2002).....pág. 257
- Figura 72:** Número de demandas formativas individuales durante el período 2009-2014.....pág. 277
- Figura 73 (61):** Evolución del número de acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología. Años 2009 a 2014.....pág. 278
- Figura 74 (66):** Distribución porcentual de las acciones formativas relacionadas con Obstetricia y Ginecología por provincia (%)pág.279
- Figura 75:** Porcentaje de las actividades formativas según competencias.....pág. 281

GLOSARIO

ACGME: Accreditation Council Graduate Medical Education.

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists.

ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y Acreditación.

CBD: Case-Based Discussions.

CCAA: Comunidades Autónomas.

DPC: Desarrollo Profesional Continuo.

DPCi: Desarrollo Profesional Continuo individual.

ECOE: Examen Clínico Objetivo Estructurado.

ECTS: European Credit Transfer System.

EEES: Espacio Europeo de Educación Superior.

ENQA: European Association for Quality Assurance in Higher Education.

ENTOG: European Network of trainees in Obstetrics and Gynaecology.

FBC: Formación Basada en Competencias.

IIME: International Institute for Medical Education.

LOMLOU: Ley Orgánica de Modificación de la Ley Orgánica de Universidades.

LOPS: Ley de Ordenación de las Profesiones.

LOU: Ley Orgánica de Universidades.

Mini-CEX: Mini Clinical Evaluation Exercise.

MIR: Médico Interno Residente.

OSATS: Objective structured assessment of technical skills.

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

RGEM: Requisitos Globales Mínimos.

USAL: Universidad de Salamanca.

UVA: Universidad de Valladolid.

WFME: World Federation for Medical Education.

ANEXO I MAPA DE COMPETENCIAS DEL GRADO EN MEDICINA

1 Objetivos

El perfil formativo del graduado en Medicina debe permitir el desempeño eficiente de las siguientes FUNCIONES profesionales, que constituyen los objetivos generales de la formación, y que se desglosarán en Competencias y Objetivos más específicos en las diferentes materias y asignaturas:

-Prevenir problemas de salud, en el ámbito social y en el personal, con énfasis en los más prevalentes y graves.

-Diagnosticar los problemas de salud.

-Resolver los problemas de salud mediante el tratamiento adecuado.

-Aliviar el sufrimiento, minorando las consecuencias de aquellos problemas de salud que sean solo susceptibles de paliación.

-Mantener su competencia profesional, siendo capaz de detectar sus necesidades de formación y de buscar la información fiable, relevante y actualizada al respecto.

-Contribuir a la formación de otros profesionales de salud.

-Realizar tareas de gestión sanitaria.

Para ello se precisan actitudes, habilidades y conocimientos que le permitan alcanzar

- Una formación adecuada de las bases biológicas y sociales de la medicina.
- Un razonamiento clínico competente.
- Un firme compromiso ético y social.
- Una plena consideración humanista de la profesión.

2 Competencias

Competencias Básicas

Las competencias básicas identifican los elementos compartidos que pueden ser comunes a cualquier titulación, tales como la capacidad de aprender, de tomar decisiones, de diseñar proyectos, las destrezas administrativas etc que son comunes a la mayoría de las titulaciones. En una sociedad cambiante donde las demandas tienden a hallarse en constante reformulación, estas competencias y destrezas genéricas son de gran importancia.

Las competencias básicas son las siguientes:

CB1.Poseer y comprender conocimientos que incluyan aspectos que proceden de la vanguardia de su campo de estudio.

CB2.Elaboración y defensa de argumentos y resolución de problemas dentro de su área de estudio.

CB3.Reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de conocimiento) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas trascendentes de índole social, científica o ética.

CB4.Ser capaz de transmitir información, ideas, problemas y soluciones a públicos especializados y no especializados.

CB5.Desarrollar aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.

Real Decreto 1393/2007 de ordenación de las enseñanzas universitarias.

CB6.Fomentar actitudes no discriminatorias en función del género.

Ley Orgánica 3/2007 de igualdad efectiva entre hombres y mujeres (Preámbulo y Art. 25)

CB7.Prestar a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas, sobre la base de un consentimiento libre e informado y entre otras formas, mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y sus necesidades a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas, para la atención de la salud en los ámbitos público y privado.

Ley 51/2003 de no discriminación y accesibilidad de las personas con discapacidad (Artículo 24 Educación y 25 Sanidad) y normativas que la desarrollan, de las cuales tiene relación con los Planes de Estudio: BOE 21 abril 2008. INSTRUMENTO de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. (Art. 25/b)

CB8.Fomentar la educación y la cultura de la paz

Ley 27/2005 de fomento de la educación y cultura de la paz.

El médico con formación básica debe tener el soporte necesario para continuar con la formación especializada posterior, pero también ser capaz de desarrollar otros perfiles profesionales, como la dedicación a la actividad docente y/o investigadora, la dedicación a la industria farmacéutica o a la gestión sanitaria.

Competencias Generales: Orden ECI/332/2008

El estudiante de medicina debe adquirir unas competencias generales que le permitan obtener una base adecuada para la posterior formación en cualquiera de las ramas de la medicina, en concordancia con el papel de los médicos en el sistema de salud.

Las Competencias Generales que se adquieren en el Grado en Medicina están agrupadas en distintos apartados, que se describen a continuación:

A. VALORES PROFESIONALES, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS ÉTICOS:

Proporcionan la capacidad de entender la naturaleza del ejercicio de la medicina, la ética profesional, la responsabilidad legal y la repercusión económica de sus actuaciones:

C01.Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales y el ejercicio profesional centrado en el paciente.

C02.Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional.

C03.Saber aplicar el principio de la justicia social a la práctica profesional y comprender las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.

C04.Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura.

C05.Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad.

C06.Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.

B. FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DE LA MEDICINA:

Se debe enseñar al estudiante el método científico como estructura del pensamiento y los fundamentos científicos necesarios para la resolución de problemas clínicos:

C07.Comprender y reconocer la estructura y función normal del cuerpo humano, a nivel molecular, celular, tisular, orgánica y de sistemas, en las distintas etapas de la vida y en los dos sexos.

C08.Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.

C09. Comprender y reconocer los efectos, mecanismos y manifestaciones de la enfermedad sobre la estructura y función del cuerpo humano.

C10. Comprender y reconocer los agentes causales y factores de riesgo que determinan los estados de salud y el desarrollo de la enfermedad.

C11. Comprender y reconocer los efectos del crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento sobre el individuo y su entorno social.

C12. Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones terapéuticas, basándose en la evidencia científica disponible.

C. HABILIDADES CLÍNICAS:

Las siguientes competencias proporcionan al estudiante las habilidades clínicas adecuadas para la posterior formación especializada en cualquiera de las ramas de la medicina:

C13. Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante.

C14. Realizar un examen físico y una valoración mental.

C15. Tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada.

C16. Reconocer y tratar las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato y aquellas otras que exigen atención inmediata.

C17. Establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, aplicando los principios basados en la mejor información posible y en condiciones de seguridad clínica.

C18. Indicar la terapéutica más adecuada de los procesos agudos y crónicos más prevalentes, así como de los enfermos en fase terminal.

C19.Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.

C20.Adquirir experiencia clínica adecuada en instituciones hospitalarias, centros de salud u otras instituciones sanitarias, bajo supervisión, así como conocimientos básicos de gestión clínica centrada en el paciente y utilización adecuada de pruebas, medicamentos y demás recursos del sistema sanitario.

D. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN:

Estas competencias están dirigidas a que el futuro médico aprenda a obtener y sintetizar la información obtenida de los pacientes y saber transmitirla en la Historia Clínica y a otros profesionales:

C21.Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el contenido de esta información.

C22.Redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros.

C23.Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.

C24.Establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.

Los últimos tres apartados de competencias proporcionan el entrenamiento en la obtención, valoración crítica y aplicación de la información médica a las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación:

E. SALUD PÚBLICA Y SISTEMAS DE SALUD:

C25.Reconocer los determinantes de salud en la población, tanto los genéticos como los dependientes del sexo y estilo de vida,

demográficos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos y culturales.

C26. Asumir su papel en las acciones de prevención y protección ante enfermedades, lesiones o accidentes y mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.

C27. Reconocer su papel en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud, como en las intervenciones para la promoción de la salud.

C28. Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre salud.

C29. Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud y los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.

C30. Conocimientos básicos del Sistema Nacional de Salud y legislación sanitaria

F. MANEJO DE LA INFORMACIÓN:

C31. Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y sanitaria.

C32. Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.

C33. Mantener y utilizar los registros con información del paciente para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos.

C34. Tener, en la actividad profesional, un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo constructivo y orientado a la investigación.

C35. Comprender la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, la prevención y el manejo de las enfermedades.

C36. Ser capaz de formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas, siguiendo el método científico.

G. ANÁLISIS CRÍTICO E INVESTIGACIÓN

C37. Adquirir la formación básica para la actividad investigadora

Competencias específicas de la asignatura de Obstetricia y Ginecología:

Se refieren a la especificidad propia del campo de estudio de la Ginecología y Obstetricia. Permiten adquirir al graduado en Medicina un conocimiento general de la asignatura y que es común al resto de las Facultades de Medicina. Son las siguientes:

Competencias Específicas Orden ECI/332/2008, que se encuentran recogidas en cada ficha modular de Módulo I (CMI...), Módulo II (CMII...), Módulo III (CMIII...), Módulo IV (CMIV...), y Módulo V (CMV...), con las siglas correspondientes aludidas.

CMIII27. Conocer los fundamentos de la exploración y seguimiento del embarazo.

CMIII28. Conocer y diferenciar el curso del embarazo normal y el patológico.

CMIII29. Puerperio.

CMIII30. Conocer las enfermedades de transmisión sexual.

CMIII31. Reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías ginecológicas.

CMIII32. Saber los fundamentos científicos y la orientación de la contracepción y la fertilización.

Competencias Específicas desarrolladas por Universidad de Valladolid (en la de Salamanca no se encuentran desarrolladas): Estas competencias se permiten en atención a las necesidades de cada Universidad y al objeto de dar flexibilidad a cada plan de estudios. Se encuentran recogidas con las siglas asignadas a las diferentes asignaturas que componen cada uno de los Módulos y Materias.

OG1. Conocer cómo se realiza la asistencia al parto normal y patológico.

OG2. Reconocer, diagnosticar y orientar la patología mamaria.

RESULTADOS DEL APRENDIZAJE:

Los contenidos de los apartados “saber” y “saber hacer” se relacionan a continuación:

A) Saber:

En este apartado se incorporan aquellos conocimientos que por su relevancia, prevalencia o ejemplaridad el estudiante debe conocer en profundidad, de tal forma que sepa reconocer el cuadro que se presenta, establecer un diagnóstico indicando las pruebas complementarias pertinentes, para así poder indicar una estrategia terapéutica, que necesariamente deberá completarse durante el período de formación especializada. Los contenidos son los siguientes:

Conocer los cambios fisiológicos que acontecen durante la gestación

Conocer los procedimientos diagnósticos para el embarazo en su primera mitad (diagnóstico presumible, probable y cierto).

Conocer la pauta diagnóstica prenatal de las cromosomopatías desde el punto de vista obstétrico.

Conocer la sistemática de control del embarazo normal.

Conocer las maniobras y pruebas de exploración obstétrica y los criterios de normalidad de las mismas.

Conocer la fisiología y clínica del parto normal, así como la asistencia al mismo.

Evaluar el puerperio normal y destacar la importancia de la lactancia materna.

Conocer las enfermedades que cursan con metrorragia en el primer trimestre de gestación y conocer su diagnóstico y conducta terapéutica.

Conocer los fundamentos diagnósticos y conocer el tratamiento de la hiperemesis gravídica.

Conocer los estados hipertensivos del embarazo, reconocer la conducta asistencial y las repercusiones materno-fetales.

Reconocer los criterios diagnósticos de la diabetes gestacional y las repercusiones de la diabetes sobre el embarazo y del embarazo sobre la diabetes.

Conocer las anemias asociadas al embarazo y su profilaxis.

Conocer la alta prevalencia de las infecciones urinarias durante la gestación y saber su tratamiento.

Conocer las infecciones maternas más importantes que cursan con afectación fetal.

Conocer las repercusiones de las cardiopatías sobre el embarazo y del embarazo sobre las cardiopatías y conocer la sistemática asistencial.

Conocer las repercusiones de la incompatibilidad Rh y del sistema ABO durante la gestación y su profilaxis.

Conocer las alteraciones del crecimiento intrauterino retardado y su repercusión fetal.

Conocer la patología de la rotura prematura de membranas y las repercusiones feto-maternas.

Conocer la patología del parto pretérmino y las repercusiones feto-maternas.

Conocer las enfermedades que cursan con metrorragia en el tercer trimestre y conocer su diagnóstico y conducta terapéutica.

Conocer las causas y sistemática de control del embarazo de alto riesgo. Conocer las distocias dinámicas, el parto prolongado y su repercusión feto-materna.

Conocer el concepto de desproporción pélvico-cefálica y del parto de prueba.

Conocer las características y sistemática asistencial del parto distócico (embarazo gemelar, presentación de nalgas y situación transversa).

Conocer los principales accidentes obstétricos (rotura uterina y desgarros del canal).

Conocer las hemorragias del alumbramiento.

Conocer los principales instrumentos y operaciones obstétricas.

Conocer la patología del puerperio y conocer su tratamiento.

Conocer las principales exploraciones ginecológicas.

Conocer la clínica, diagnóstico y tratamiento de las infecciones vaginales.

Conocer las principales ETS y su repercusión en la reproducción.

Conocer los principales síndromes dolorosos ginecológicos y su conducta terapéutica.

Conocer el síndrome climatérico y las ventajas e inconvenientes de su tratamiento.

Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general de las amenorreas patológicas.

Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general de la endometriosis.

Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general del síndrome del ovario poliquístico.

Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general de la enfermedad inflamatoria pélvica. Repercusión en la fertilidad.

Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica general de los prolapsos genito-urinarios y de la incontinencia de orina.

Conocer la clínica, pauta diagnóstica y terapéutica de las distrofias, tumores benignos y malignos de la vulva.

Conocer la clínica, pauta diagnóstica y terapéutica de los pólipos, lesiones preneoplásicas y malignas del cuello uterino

Conocer la clínica, pauta diagnóstica y tratamiento de los miomas, pólipos, sarcomas y cáncer de endometrio.

Conocer la clínica, pauta diagnóstica y tratamiento de los tumores benignos y malignos del ovario.

Conocer la clínica, pauta diagnóstica y tratamiento de la patología benigna y maligna de la mama.

Conocer los diferentes métodos contraceptivos, ventajas, inconvenientes y fiabilidad de los mismos.

Conocer las técnicas de reproducción asistida humana.

B) Saber hacer:

La descripción detallada de las competencias en “el saber hacer” ha sido un elemento absolutamente novedoso en nuestro país. Se destaca así la importancia que adquiere la formación práctico-clínica del médico, disminuyendo el tradicional peso dado a los conocimientos (“saber”) y reforzando entrenamiento y capacitación en habilidades y actitudes, las cuales deben ser también evaluadas.

El estudiante debe ser capaz al finalizar el adecuado proceso de aprendizaje, de realizar de forma autónoma las siguientes actividades:

Mostrar comprensión y sensibilidad ante la paciente obstétrica o ginecológica, sabiendo preservar su dignidad y guardando el secreto profesional.

Debe saber realizar una anamnesis para conformar una historia clínica obstétrico-ginecológica y exploraciones básicas de la especialidad bajo supervisión.

Debe conocer las diversas patologías obstétricas y ginecológicas y tener los conocimientos necesarios para aproximarse a un diagnóstico.

Debe saber analizar los síntomas, signos, exploración clínica y exploraciones complementarias habituales de la patología obstétrica y ginecológica, para alcanzar un diagnóstico.

Debe saber valorar la evolución, el pronóstico y el tratamiento de la patología obstétrico-ginecológica más frecuente.

Saber interpretar un informe obstétrico-ginecológico.

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en
la especialidad de Obstetricia y Ginecología

ANEXO II**PROGRAMA FORMATIVO DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**

Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. «BOE »Núm. 129 Jueves 28 de mayo de 2009.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología ha elaborado el programa formativo de dicha especialidad que ha sido ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y Política Social y de Educación en materia de formación sanitaria especializada.

Asimismo, dicho programa formativo ha sido estudiado, analizado e informado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud de la que forman parte, entre otros, los consejeros de sanidad de las diversas comunidades autónomas y el Director General de Universidades del Ministerio de Educación.

PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**1. DENOMINACIÓN OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD Y REQUISITOS DE LA TITULACIÓN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.**

Duración: 4 años.

Estudios previos: Licenciado/Grado en Medicina.

2. INTRODUCCIÓN

El presente programa tiene la finalidad de recoger de modo estructurado, los conocimientos, habilidades y actitudes que deben

adquirir los residentes a lo largo del período formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología.

En los últimos años esta especialidad ha experimentado un cambio muy significativo incorporando nuevos conocimientos y habilidades como consecuencia de los avances en áreas como las de medicina fetal, endocrinología reproductiva, suelo pélvico o cáncer de mama, el papel cada vez más fundamental de la ecografía (vaginal y hemodinámica), de la cirugía endoscópica, de la cirugía mayor ambulatoria, o la aparición de nuevas técnicas de tratamiento de la incontinencia urinaria o de los prolapsos uterinos.

La evolución de la especialidad, ha determinado que éste programa de formación se centre en un mapa de competencias actualizado que englobe los conocimientos, las habilidades y las actitudes que debe de adquirir el médico en cada año de formación, teniendo siempre en cuenta que el residente es el principal protagonista y el responsable de su proceso de aprendizaje. Es el esfuerzo personal del residente debidamente orientado, lo que le llevará a poder cumplir satisfactoriamente el objetivo deseado, sin menoscabo de que deba exigir y recibir de la institución y de la organización docente donde desarrolle su labor, la adecuada dirección y supervisión de los de las actividades asistenciales y formativas que desarrolle durante dicho período.

3. DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD

La especialidad de Obstetricia y Ginecología debe conceptuarse actualmente como una especialidad de contenido extenso y diverso que incluye:

- a) La fisiología de la gestación, el parto y el puerperio, así como de su patología y su tratamiento.
- b) La fisiología, patología y tratamiento inherente a los órganos que constituyen el tracto genital femenino, incluyendo la mama.

c) Los fenómenos fisiológicos y patológicos de la reproducción humana y su tratamiento.

d) Los aspectos preventivos, psíquicos y sociales que necesariamente se relacionan con los apartados anteriores.

La complejidad de las funciones que se atribuyen a la Obstetricia y Ginecología se inscriben en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

4. OBJETIVOS GENERALES DE LA FORMACIÓN

El objetivo primario a cubrir por el programa docente de la especialidad, es ofrecer las líneas generales de aprendizaje para obtener especialistas competentes y útiles a la sociedad donde deben desarrollar su actividad, lo que implica facilitar al residente la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes que lo capaciten para realizar con eficacia la asistencia a la mujer durante la gestación, el parto y el puerperio, para diagnosticar y tratar los problemas ginecológicos de la mujer, incluyendo los de la mama, y para promocionar su salud reproductiva y diagnosticar y tratar los problemas de infertilidad.

El acceso a la formación, su organización, supervisión, evaluación y acreditación de unidades docentes multiprofesionales de obstetricia y ginecología, se llevara a cabo conforme a lo previsto en el 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 de la formación sanitaria especializada.

Otros objetivos derivados de éste programa docente son formar especialistas capaces de ser autocríticos, de mantener una actitud permanente de aprendizaje y formación continuada, de desarrollar proyectos de investigación y de asumir con responsabilidad la gestión adecuada de los recursos que la sociedad pone en sus manos.

5. MAPA DE COMPETENCIAS DE LA ESPECIALIDAD: CONOCIMIENTOS

Se ha definido la competencia profesional como el uso habitual y juicioso de la comunicación, los conocimientos, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión, en la práctica diaria, para beneficio de los individuos y la comunidad a la que se sirve.

Solo desde el punto de vista didáctico, y con objeto de facilitar la planificación y la supervisión del aprendizaje, hemos dividido las competencias en tres apartados

Conocimientos: Lo que se debe saber.

Habilidades: Lo que se debe saber hacer

Actitudes: Cómo se debe hacer y cómo se debe ser.

CONOCIMIENTOS GENERALES (5.1 al 5.10)

5.1 Aspectos generales.

Anatomía del aparato reproductor femenino y de la mama.

Fisiología del aparato reproductor femenino y de la mama.

Fisiología del aparato reproductor masculino.

Regulación neurológica y hormonal de la función reproductora.

Fisiología de la pubertad y del climaterio.

La adquisición del sexo y el desarrollo embriológico.

Fecundación, implantación y desarrollo del embrión y de los anejos ovulares en los primeros estadios de la gestación.

Principios de asepsia y antisepsia.

5.2 Bioética.

Principios fundamentales de la bioética.

Factores psicosociales, étnicos y culturales que influyen en las decisiones sobre salud reproductiva.

Metodología de análisis bioético.

Estatus ontológico del preembrión y del feto anencéfalo.

Aspectos bioéticos del diagnóstico prenatal de las malformaciones congénitas y del embarazo.

Aspectos bioéticos de la anticoncepción, contracepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Aspectos bioéticos en reproducción asistida.

Conocer la repercusión de la violencia de género en la afectada, familia y comunidad

Aspectos bioéticos relacionados con la asistencia a pacientes en situación terminal.

Comités de ética asistencial y de investigación clínica.

5.3 Legislación sanitaria.

Ley General de Sanidad.

Legislación sanitaria específica de la comunidad autónoma donde se encuentra el centro de formación.

Plan de salud de la comunidad autónoma donde se encuentra el centro de formación.

Legislación sobre la autonomía del paciente y la documentación clínica. El consentimiento informado.

Asistencia a mujeres víctimas de malos tratos y abusos sexuales.

Legislación sobre la elaboración de informes de alta hospitalaria.

Legislación relacionada con los derechos y deberes de los usuarios.

Legislación relacionada con la anticoncepción, la contracepción de emergencia y la IVE.

Legislación sobre técnicas de reproducción humana asistida.

5.4 Soporte vital básico (SVB).

Conocimientos anatómicos y fisiológicos básicos y recursos para llevar a término un Soporte

Vital Básico con desfibrilación automática (SVB+DEA)

5.5 Medicina basada en pruebas (MBE).

Bases de datos de interés sanitario y de acceso por Internet.

Tipos de publicaciones: editoriales, consensos, revisiones, artículos originales.

Como se interpretan los estudios médicos: cuantificación del riesgo y la incertidumbre.

Lectura crítica de artículos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Lectura crítica de las revisiones médicas.

Niveles de evidencia y grados de recomendación.

Lectura crítica de guías, protocolos y vías clínicas.

5.6 Metodología científica.

Etapas de un proyecto de investigación. Tipos de estudio.

Elección de población y muestra.

Estadística descriptiva.

Estadística inferencial.

Comparación de proporciones y medias.

Elaboración de comunicaciones médicas.

Colaborar en la elaboración de artículos.

Elección de la fuente de publicación.

5.7 Anamnesis, exploraciones y pruebas complementarias.

Aspectos específicos de la anamnesis en Obstetricia y Ginecología.

Exploraciones:

La exploración general, genital y de la mama en la mujer no embarazada

La exploración en la mujer embarazada

Pruebas histopatológicas:

Fundamentos básicos de la citología de los órganos del aparato reproductor femenino y de la mama.

Fundamentos básicos de la histopatología del aparato reproductor femenino.

Ecografía:

Principios físicos sobre ultrasonidos: atenuación, absorción, reflexión, velocidad del sonido.

Efectos tisulares de los ultrasonidos: efectos biológicos térmicos y no térmicos.

Principios técnicos sobre ultrasonidos y equipamiento:

Instrumentación de eco pulsado, sondas lineales, convexa, sectorial, transvaginal y rectal.

Ecografía Doppler: continuo, pulsado, mapa color, power Doppler

Adquisición de la imagen.

Procesado de la señal: escala de grises, compensación temporal, rango dinámico, foco dinámico, digitalización, ganancia.

Artefactos: interpretación y evitado: reverberación, sombras acústicas, realces, etc.

Sistemas de medidas: linear, elipsoide. Áreas y volúmenes.

Sistemas de medida Doppler: flujos, velocidades, índices de velocidad, análisis de la onda espectral.

Almacenado y análisis de las imágenes.

Otras técnicas de imagen aplicadas al estudio del aparato reproductor femenino.

Anatomía genital femenina normal de las diferentes técnicas diagnósticas de imagen (TAC, RMN, etc.).

Fundamentos de la colposcopia y de la vulvoscopia.

Gestión clínica y salud pública.

El modelo sanitario en España y sus comunidades autónomas.

Indicadores de actividad y de calidad en Obstetricia y Ginecología.

Aspectos básicos de la gestión clínica: eficacia, eficiencia, efectividad, grupos relacionados de diagnóstico, case-mix, valores atípicos, etc.

Elementos que componen la variabilidad en la práctica clínica.

Métodos de medición de la eficiencia y del beneficio en salud.

Gestión por procesos asistenciales integrados.

Unidades de gestión clínica. Dirección por objetivos.

Hospital del día y cirugía mayor ambulatoria en Obstetricia y Ginecología.

Valoración del impacto global de los problemas de salud en una población determinada.

Factores epidemiológicos que influyen en la salud reproductiva de la mujer.

Mortalidad y morbilidad en Obstetricia y Ginecología. Efectos adversos. Seguridad del paciente.

Comunicación y trabajo en equipo.

Componentes de la comunicación efectivos verbales y no verbales.

Componentes del trabajo en equipo.

Idiomas.

Inglés.

Leído, escrito y hablado.

CONOCIMIENTOS EN EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO, NORMALES Y PATOLÓGICOS. (5.11 AL 5.14)

5.11 Embarazo, parto y puerperio normal.

Anatomía e histología de la placenta, membranas y cordón umbilical.

Fisiología de la Unidad Feto-Placentaria.

Inmunología de la Gestación.

Fisiología del Líquido Amniótico y su utilidad clínica.

Adaptación materna a la gestación

Diagnóstico clínico, biológico, inmunológico y ecográfico de la gestación.

Medidas preventivas preconcepcionales y durante la gestación.

Control médico de la gestación normal como proceso asistencial integrado.

Cribado de alteraciones cromosómicas.

Mecanismo del parto en las diferentes presentaciones y posiciones.

Clínica y asistencia al parto en las diferentes presentaciones

Concepto de parto no intervenido.

Dirección médica del parto.

Analgesia obstétrica: tipos, indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios y complicaciones.

Mecanismos de adaptación del feto a la vida extrauterina en el nacimiento.

Exploración y reanimación del Recién Nacido.

Conocer los diferentes desgarros del canal blando del parto y del periné.

Fisiología del puerperio. Modificaciones del organismo materno. Lactancia materna.

Clínica y asistencia del puerperio.

Farmacología del embarazo, del parto y del puerperio.

Factores psicosociales, étnicos y culturales que influyen en el embarazo, parto y puerperio.

Legislación relacionada con los derechos y deberes de los usuarios en relación con el embarazo, parto y puerperio. Cartera de Servicios.

Aspectos bioéticos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio.

5.12 Embarazo, parto y puerperio patológico.

Concepto de embarazo de alto riesgo, identificación, niveles asistenciales y atención general

Epidemiología, etiopatogenia, clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, complicaciones, tratamiento y prevención de las alteraciones del embarazo:

Aborto espontáneo.

Embarazo ectópico.

Hiperemesis gravídica.

Enfermedad trofoblástica.

Anomalías congénitas.

Principios de teratología. Agentes teratógenos.

Polihidramnios, oligohidramnios y otras alteraciones del amnios.

Placenta previa.

Desprendimiento prematuro de placenta.

Amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino.

Rotura prematura de membranas y corioamnionitis.

Embarazo gemelar y múltiple.

Crecimiento intrauterino restringido.

Alloinmunización y enfermedad hemolítica perinatal.

Gestación cronológicamente prolongada.

Estados hipertensivos del embarazo.

Diabetes gestacional.

Muerte fetal intraútero.

Enfermedades coincidentes con la gestación. Efectos sobre el curso de la enfermedad y sobre la gestación, atención obstétrica, complicaciones y tratamiento:

Cardiopatías.

Enfermedades respiratorias.

Enfermedad tromboembólica.

Enfermedades renales y urológicas.

Enfermedades digestivas.

Enfermedades hematológicas.

Diabetes pregestacional.

Otras enfermedades endocrinas y metabólicas incluidas la
obesidad.

Enfermedades del tejido conectivo y síndrome antifosfolípido.

Enfermedades neurológicas.

Enfermedades psiquiátricas y adicciones.

Enfermedades de la piel.

Anomalías del aparato locomotor.

Neoplasias malignas.

Enfermedades infecciosas.

Embarazo en situaciones especiales.

Embarazo en la adolescencia y en edad avanzada.

Embarazo no suficientemente controlado.

Bases del consejo genético y reproductivo.

Administración de fármacos y radiaciones ionizantes durante el
embarazo.

Indicaciones, métodos y complicaciones de la maduración
cervical y la inducción del parto.

Control del parto en gestantes con patología gestacional

Control del parto en mujeres con patología coincidente con la gestación.

Fisiopatología, diagnóstico, complicaciones y tratamiento de la hipoxia fetal intraparto.

Alteraciones de la dinámica uterina durante el parto y su tratamiento.

Parto en presentaciones cefálicas deflexionadas y posiciones occipitoposteriores.

Parto en presentación de nalgas.

Parto gemelar y múltiple.

Diagnóstico y tratamiento del parto detenido.

Distocia de hombros.

Rotura uterina.

Parto instrumental y cesárea. Indicaciones, técnica, y complicaciones.

Enfermedades y lesiones del recién nacido relacionadas con el trabajo de parto.

Implicaciones de la gestación y el trabajo de parto en la patología del suelo pélvico.

Epidemiología, etiopatogenia, clínica, diagnóstico, complicaciones y tratamiento de:

La hemorragia del postparto inmediato, puerperal precoz y tardío.

Los diferentes tipos de infección puerperal.

La patología tromboembólica puerperal.

Patología de la lactancia.

Control del puerperio en mujeres con patología coincidente con la gestación.

5.13 Exploraciones y pruebas complementarias.

La exploración en la mujer embarazada.

Exploración del estado fetal.

Métodos de control del bienestar fetal durante la gestación.

Métodos de control del crecimiento fetal durante la gestación.

Fundamentos de la amnioscopia.

Fundamentos de cardiotocografía y de las pruebas de valoración del estado fetal anteparto e intraparto apoyadas en ella.

Técnicas empleadas para el diagnóstico prenatal precoz de las malformaciones congénitas (excluida ecografía).

Las técnicas endoscópicas en Obstetricia.

Fundamentos básicos de la aplicación de los ultrasonidos en Obstetricia y Ginecología.

5.14 Ecografía obstétrica.

Gestación precoz,

Aspectos normales de la gestación precoz: saco gestacional, vesícula vitelina, corionicidad, amnionicidad.

Biometría embrio-fetal: longitud cráneo-caudal (CRL).

Determinación de viabilidad fetal.

Diagnóstico de la gestación precoz anormal, incluyendo la mola hidatiforme.

Estudio ecográfico y bioquímico de la gestación ectópica.

Desarrollo de la anatomía fetal en la gestación precoz incluyendo la detección de anomalías: sonolusencia nuchal, higroma quístico e hidrops fetal, etc.

Fundamentos de la medición cervical en relación con la amenaza de parto pretérmino.

Diagnóstico de la patología uterina y anexial en la gestación precoz.

Valoración del líquido amniótico y placenta.

Estimación del volumen de líquido amniótico: subjetivo, bolsillo mayor, índice de líquido amniótico.

Valoración de la placenta y cordón umbilical.

Localización placentaria.

Valoración del número de vasos del cordón umbilical.

Anatomía fetal normal entre las semanas 18 y 20.

Valoración del cráneo fetal.

Valoración del perfil fetal.

Valoración del cerebro fetal: ventrículos, fosa posterior y cerebelo, cisterna magna, plexos coroideos y quistes de los mismos.

Valoración de la columna vertebral en cortes longitudinales y trasversales.

Valoración cardíaca. Ritmo cardíaco. Cortes de 4 y 5 cámaras. Válvulas auriculoventriculares. Tractos de salida.

Valoración pulmonar.

Valoración abdominal: estómago, hígado, riñones y vejiga, pared abdominal y seno umbilical.

Valoración de extremidades: fémur, tibia, peroné, húmero, cúbito y radio. Pies y manos. Incluyendo en todos, el estudio de la forma, movimiento y ecogenicidad de los huesos largos.

Estudio de la gestación múltiple y corionicidad.

Estudio de la epidemiología, diagnóstico diferencial e historia natural y manejo de las anomalías:

Estructurales: esqueléticas, nerviosas, cardiovasculares, torácicas, renales, pared abdominal y diafragma, gastrointestinales. Marcadores de anomalías.

Funcionales: polihidramnios, oligohidramnios, hidrops, arritmias. Pronóstico y tratamiento. Terapias invasivas

Estática fetal.

Vitalidad fetal.

Determinación ritmo cardíaco.

Biometría fetal.

Medidas fetales. Valoración del desarrollo: diámetro biparietal, perímetros cefálico y abdominal, longitud del fémur.

Medidas fetales. Valoración de patología: astas de ventrículo lateral, diámetro cerebeloso, pliegue nuchal.

Estimación de la edad gestacional y del crecimiento fetal.

Interpretación y valoración de limitaciones de la ecografía en el cálculo de la edad fetal.

Interpretación y valoración de limitaciones de la ecografía en el cálculo del crecimiento fetal. Seguimiento del crecimiento fetal.

Estimación del peso fetal.

Tests biofísicos: interpretación. limitaciones.

Tono fetal, movimientos fetales, respiración fetal. Ritmo cardiorrespiratorio.

Evaluación hemodinámica fetal y útero-placentaria.

Conocimiento de la hemodinámica fetal y útero-placentaria. Análisis e interpretación de del flujo sanguíneo en vasos uterinos y fetales.

Perfil hemodinámico fetal.

Predicción de la preeclampsia y retardos de crecimiento: aplicaciones clínicas y limitaciones.

Monitorización de los fetos pequeños para edad gestacional, isoimmunización, diabetes y arritmias cardíacas. Aplicaciones clínicas y limitaciones.

Conocimiento de los procedimientos diagnósticos (amniocentesis, biopsia corial, funiculocentesis, etc.) y terapéuticos (drenajes, corrección de hernias, corrección transfusión feto-fetal, etc.).

CONOCIMIENTOS DE GINECOLOGÍA

5.15 Semiología.

Alteraciones Menstruales: Clasificación y nomenclatura. Hemorragias de causa orgánica.

El dolor pélvico: Tipos. Clasificación. Etiología. La dismenorrea. La dispareunia. Dolor pélvico de causa orgánica. Diagnóstico y Manejo.

El síndrome de tensión premenstrual.

La leucorrea. Tipos. Etiología. Diagnóstico etiológico. Manejo.

Vulvodinia. Diagnóstico. Manejo.

Mastodinia. Telorrea. Manejo.

5.16 Epidemiología, etiología, fisiopatología, clínica, diagnóstico, pronóstico y manejo de:

Infecciones de los tramos inferiores del aparato genital.

Enfermedad pélvica inflamatoria.

Tuberculosis del aparato genital.

Endometritis, mastitis y galactoforitis.

Endometriosis.

Anomalías congénitas del aparato genital femenino. Clasificación. Repercusión clínica.

Genitales ambiguos. Himen imperforado.

La patología orgánica benigna de la vulva, del introito y de las glándulas de Batholino y de Skene.

La patología orgánica benigna de la vagina.

La patología orgánica benigna del cérvix uterino.

La patología orgánica benigna del cuerpo uterino. Patología del miometrio. Patología del endometrio.

La patología orgánica benigna de la trompa de Falopio y del ovario. Quistes funcionales del ovario.

La patología orgánica benigna de la mama: Displasias. Quistes. Alteraciones dérmicas del pezón. Tumores benignos. Tumor Phyllodes.

Urgencias en Ginecología.

Ginecología pediátrica.

5.17 Suelo pélvico.

Biomecánica de los órganos pélvicos de la mujer y fisiología de la micción.

Incontinencia de orina: Fisiopatología. Clasificación y tipos.

Fisiología ano-rectal. Fisiopatología de la incontinencia anal.

Concepto y tipos de disfunciones del suelo pélvico.

Las diferentes técnicas quirúrgicas para la corrección de los defectos del suelo pelviano.

Las diferentes técnicas quirúrgicas para la corrección de la incontinencia de orina de esfuerzo.

Los tratamientos médicos y rehabilitadores de los defectos del suelo pélvico.

Conocer e interpretar las diferentes pruebas diagnósticas de la patología del suelo pélvico.

Diagnóstico y tratamiento de las fístulas urinarias y rectovaginales.

Modificaciones fisiológicas de los músculos del suelo pélvico tras un parto vaginal.

Prevención y tratamiento de las lesiones perineales en el parto. Rehabilitación postparto del suelo pélvico.

5.18 Endocrinología.

Estados intersexuales: alteraciones de la determinación y de la diferenciación sexual.

Pseudohermafroditismos. Clasificación, etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento.

Hiperandrogenismos. Clasificación, etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento.

Alteraciones menstruales por defecto. Clasificación. Amenorreas primarias. Amenorrea secundaria. Clasificación, etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento.

Hemorragia disfuncional. Clasificación, etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento.

Cronopatología de la pubertad: Clasificación, etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento.

Anovulación crónica. Clasificación, etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento.

Climaterio: Clínica, diagnóstico y alternativas terapéuticas.

Anticoncepción. Tipos. Mecanismo de acción. Criterios de elegibilidad. Indicaciones específicas. Riesgos y beneficios.

Anticoncepción en situaciones especiales: Adolescentes. Disminuidos físicos y psíquicos

Pacientes con patología asociada.

Esterilización. Bloqueo tubárico. Vasectomía. Dispositivos intratubáricos.

Infertilidad. Conceptos, Epidemiología, Etiología, Diagnóstico.

Estimulación ovárica en reproducción. Tratamientos hormonales en reproducción.

Técnicas de reproducción asistida: Tipos e indicaciones.

Complicaciones de las técnicas de reproducción asistida: Embarazo múltiple y síndrome de hiperestimulación.

5.19 Oncología ginecológica.

Historia natural del cáncer: origen, desarrollo y vías de extensión. Epidemiología. Factores de riesgo

Bases moleculares del cáncer: Oncogénesis.

Bases generales del diagnóstico y seguimiento de la paciente oncológica. Marcadores tumorales.

Criterios generales de estadiaje. Factores pronósticos.

Bases generales del tratamiento antineoplásico: Cirugía oncológica radical-conservadora, quimioterapia adyuvante-neoadyuvante, radioterapia y sus variantes. Hormonoterapia,

Inmunoterapia y otras modalidades terapéuticas.

Valoración y abordaje de la situación terminal en el cáncer ginecológico y de mama.

Cáncer de vulva.

Epidemiología. Factores de Riesgo.

Lesiones Preinvasoras de la Vulva: Neoplasia intraepitelial vulvar (VIN).

Tipos histológicos, clínica, diagnóstico y prevención del cáncer de vulva.

Tratamiento: quirúrgico, radioterápico, quimioterápico, otros tratamientos. Seguimiento. Recidiva.

Cáncer de vagina.

Epidemiología. Factores de Riesgo.

Lesiones preinvasoras de la vagina: Neoplasia intraepitelial vaginal (VAIN).

Tipos histológicos, clínica, diagnóstico y tratamiento del cáncer de vagina

Cáncer de cuello uterino.

Epidemiología. Factores de riesgo. Etiología. Virus del papiloma humano.

Prevención primaria.

Neoplasia intraepitelial del cérvix (CIN)-lesiones intraepiteliales: diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Tipos histológicos, clínica, diagnóstico y tratamiento. Prevención secundaria del cáncer de cérvix

Cáncer de endometrio.

Epidemiología, factores de riesgo. Hiperplasia endometrial.

Tipos histológicos. Clínica, diagnóstico y tratamiento del cáncer de endometrio.

Tratamiento: quirúrgico, radioterapia, hormonoterapia quimioterapia, etc.

Sarcomas uterinos.

Epidemiología. Tipos histológicos. Clínica, diagnóstico y tratamiento

Carcinoma de trompa.

Epidemiología. Tipos histológicos. Clínica, diagnóstico y tratamiento

Cáncer de Ovario.

Epidemiología, factores de riesgo. Clasificación Y Tipos histológicos.

Clínica, diagnóstico y tratamiento.

Cáncer de mama.

Historia natural. Epidemiología. Factores de Riesgo. Clasificación. Clínica. Diagnóstico. Estadíaaje.

Diagnóstico Precoz. Programas de Cribado.

Lesiones premalignas y de riesgo.

Detección de lesiones no palpables y palpables. Manejo.

Factores pronósticos y predictivos.

Tratamiento del cáncer de mama: Manejo multidisciplinar. Seguimiento.

Tratamiento quirúrgico. Cirugía conservadora. Cirugía radical. Cirugía profiláctica.

Linfadenectomía. Ganglio centinela. Cirugía reconstructora. Complicaciones y secuelas.

Tratamiento neoadyuvante y adyuvante de la mama. Otras modalidades terapéuticas: Inmunoterapia

Otros aspectos relacionados con el cáncer genital y mamario.

Prevención y diagnóstico precoz del cáncer en la mujer.

Cáncer y embarazo.

Cáncer y fertilidad.

Cáncer y consejo genético.

Manejo del dolor en la paciente oncológica.

5.20 Cirugía en ginecología.

Nomenclatura y función del instrumental quirúrgico de uso frecuente en cirugía abierta y endoscópica del aparato genital femenino y de la mama.

Las suturas en cirugía del aparato genital y de la mama.

Las distintas vías de abordaje quirúrgico.

Principios de asepsia.

Las técnicas de hemostasia.

Manejo de la nutrición, equilibrio ácido-básico y fluidoterapia.

La cicatrización de la herida quirúrgica.

Manejo y prevención de las complicaciones postquirúrgicas mas frecuentes.

Complicaciones tardías de la cirugía.

Indicaciones, manejo y aspectos éticos de la hemoterapia y hemoderivados.

Técnicas laparotómicas.

Técnicas de histerectomía.

Técnicas de linfadenectomía pélvica, paraaórtica, inguinal y axilar.

Fundamentos y técnica de la histeroscopia.

Interpretación de los hallazgos histeroscópicos.

Fundamentos y técnica de la laparoscopia.

Interpretación de los hallazgos laparoscópicos.

5.21 Exploraciones y pruebas complementarias.

Las exploraciones funcionales del aparato reproductor femenino.

Las exploraciones funcionales del aparato reproductor masculino.

5.22 Ecografía ginecológica.

Conocimiento de la anatomía pélvica normal.

Útero: Tamaño, posición, forma y medidas. Cambios cíclicos del endometrio. Medición del grosor endometrial.

Ovarios: Tamaño, posición, forma y medidas. Cambios cíclicos morfológicos y dinámicos. Medida de los folículos y cuerpo lúteo.

Valoración del líquido peritoneal.

Patología ginecológica.

Útero: Miomatosis. Adenomiosis. Endometriosis. Hiperplasia y cáncer endometriales. Poliposis endometrial.

Trompas: Hidrosálpinx y otras anomalías tubáricas.

Ovarios: Quistes: criterios de benignidad y malignidad. Puntuaciones ecográficas. Endometriosis. Cáncer de ovario. Diagnóstico diferencial de las masas pélvicas.

Reproducción. Monitorización folicular de ciclos espontáneos y estimulados. Diagnóstico de síndrome de hiperestimulación. Diagnóstico de ovario poliquístico. Histerosonosalpingografía.

Procedimientos invasivos. Punción y aspiración quistes de ovario. Drenaje de abscesos pélvicos. Extracción de dispositivos intrauterinos.

5.23 Doppler en ginecología. Aplicaciones en infertilidad y patología tumoral.

5.24 Otras técnicas de imagen aplicadas al estudio del aparato reproductor femenino.

Técnicas de imagen aplicadas al estudio de la mama.

Técnicas de estereotaxia.

Técnicas de diagnóstico invasivas (biopsia dirigida por imagen).

Mamotomo.

Técnicas de endoscópicas aplicadas para el diagnóstico y tratamiento de aparato reproductor femenino.

6. MAPA DE COMPETENCIAS: HABILIDADES

HABILIDADES GENERALES (6.1 AL 6. 11)

6.1 Bioética aplicada.

Aplicar los principios de la bioética a las decisiones en zona de incertidumbre, con especial atención a:

Preembrión y feto anencéfalo.

Diagnóstico prenatal de las malformaciones congénitas y del embarazo.

Anticoncepción, contracepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Fetos en el límite de la viabilidad.

Técnicas empleadas en reproducción asistida.

Ser capaz de establecer un plan de actuación integrar y coordinado, en colaboración con el trabajador social, hospital, servicios sociales. Asistencia a pacientes en situación terminal.

6.2 Soporte vital básico + desfibrilación automática.

Realizar las maniobras básicas manuales e instrumentales de los supuestos estándares

6.3 Medicina basada en pruebas.

Reconocer una necesidad de información y transformarla en una pregunta clínica.

Elaborar estrategias de búsqueda bibliográfica.

Ejecutar búsquedas bibliográficas en bases de datos o a través de buscadores.

Utilizar Internet para localizar guías clínicas.

Realizar la lectura crítica de artículos de diagnóstico.

Realizar la crítica de artículos de pronóstico.

Realizar la lectura crítica de artículos de tratamiento.

Realizar la lectura crítica de revisiones médicas.

Valorar la relevancia y aplicabilidad de los resultados a la propia población.

Realizar lectura crítica de guías de práctica clínica y valorar la aplicabilidad a la propia población.

6.4 Metodología científica.

Participar en proyectos de investigación.

Colaborar en ensayos clínicos.

Elaborar y presentar comunicaciones en sesión clínica.

Elaborar y desarrollar comunicaciones en congresos.

Escribir artículos científicos.

6.5 Anamnesis.

Realizar historias clínicas pormenorizadas en todos los aspectos de la salud de la mujer.

6.6 Exploraciones.

Realizar exploraciones físicas generales (inspección, palpación, percusión y auscultación) en una mujer.

Realizar palpaciones abdominales.

Realizar inspecciones de los genitales externos.

Realizar inspecciones de la vagina y del cervix mediante valvas y/o espéculo vaginal.

Realizar tactos combinados vaginoabdominales y rectovaginales.

Realizar palpaciones de la mama, la axila y la región inguinal.

Interpretar los hallazgos de la exploración genital y mamaria.

6.7 Pruebas complementarias.

Realizar tomas de muestras para cultivos específicos.

Interpretar los resultados de pruebas analíticas generales.

Interpretar los resultados de cultivos microbiológicos y serologías.

Interpretar los resultados de los estudios hormonales básicos.

Realizar correctamente las tomas de muestras para citología en el aparato reproductor y la mama.

Interpretar los resultados e informes emitidos por el anatomopatólogo.

Interpretar las pruebas de imagen (excluida mamografía) empleadas en Obstetricia y Ginecología.

Interpretar los informes de pruebas de imagen emitidos por otros especialistas.

6.8 Gestión clínica aplicada y salud pública.

Distinguir entre problemas de salud, necesidades sanitarias y demandas de atención.

Orientar la importancia relativa de los problemas de salud en una población determinada.

Tener en cuenta la seguridad de las decisiones: yatrogenia y efectos adversos.

Valorar el índice riesgo beneficio de una decisión médica.

Valorar el índice coste efectividad de una decisión médica.

Utilizar adecuadamente los recursos disponibles.

Gestionar adecuadamente el tiempo.

6.9 Informática.

Microsoft Office a nivel usuario.

6.10 Comunicación.

Tener en cuenta los aspectos emocionales en la relación médico paciente y en la relación interpersonal.

Emplear habilidades emocionales para mejorar la relación con los pacientes y con otros profesionales.

Emplear técnicas y habilidades fundamentales del esquema de comunicación centrado en el paciente.

Comunicar malas noticias.

Emplear técnicas y habilidades de comunicación oral y escrita con otros profesionales, aprendiendo a trabajar en equipo y a comunicarse de forma efectiva con el equipo de salud, especialmente con aquellos que comparte ámbito de actuación.

6.11 Otras competencias de comportamiento.

Tener capacidad de análisis objetivo.

Tener capacidad de síntesis.

Capacidad de trabajo en equipo.

Capacidad para delegar.

HABILIDADES EN EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO NORMALES Y PATOLÓGICOS (6.12 AL 6.16)**6.12 Embarazo, parto y puerperio normales.**

Realizar el seguimiento del embarazo normal

Realizar la profilaxis farmacológica de la gestante normal.

Realizar recomendaciones de cuidados y profilaxis durante el embarazo

Controlar clínicamente el parto.

Realizar e interpretar las diferentes técnicas de control del estado fetal intraparto.

Realizar asistencia al trabajo de parto no intervenido.

Dirigir médicamente el parto.

Asistir al parto vaginal espontáneo.

Aplicar fórceps bajos o de desprendimientos no rotadores.

Aplicar la ventosa obstétrica.

Realizar y suturar episiotomías.

Reconocer reparar los diferentes tipos de desgarro del canal blando del parto y perineales de I y II grado.

Evaluar el sangrado genital durante el parto, el postparto inmediato y el puerperio.

Realizar las maniobras de reanimación de un recién nacido normal.

Realizar informe clínico y alta hospitalaria.

6.13 Embarazo, parto y puerperio patológicos.

Realizar el diagnóstico y diagnóstico diferencial de las hemorragias del primer y segundo trimestre.

Diagnosticar y tratar el aborto séptico.

Realizar diferentes técnicas de evacuación uterina en la primera mitad de la gestación.

Realizar cerclajes cervicales.

Realizar diagnósticos e instaurar tratamientos en la abortadora habitual.

Realizar diagnósticos clínicos de la gestación ectópica.

Realizar diagnóstico ecográfico de la gestación ectópica

Realizar tratamientos médicos de la gestación ectópica.

Realizar tratamientos laparoscópicos de la gestación ectópica.

Diagnosticar y tratar hiperemesis gravídicas.

Realizar diagnósticos, tratamientos y controles postevacuación del embarazo molar.

Realizar diagnósticos y tratamientos de la neoplasia trofoblástica gestacional.

Atender a gestantes con feto malformado.

Diagnosticar y tratar polihidramnios.

Realizar amniocentesis evacuadoras en polihidramnios.

Diagnosticar y tratar oligohidramnios.

Diagnosticar y tratar hemorragias de la segunda mitad de la gestación.

Realizar diagnóstico y tratamiento de la APP.

Diagnosticar y tratar la rotura prematura de membranas pretérmino.

Diagnosticar y tratar la coriamnionitis.

Realizar la valoración del crecimiento y complicaciones fetales en la gestación gemelar y múltiple.

Diagnosticar y tratar las complicaciones maternas y fetales de la gestación gemelar y múltiple.

Realizar diagnóstico del crecimiento intrauterino restringido (CIR).

Realizar diagnóstico del estado fetal y manejo del CIR en la gestación.

Realizar la prevención de la aloinmunización Rh.

Diagnosticar enfermedades hemolíticas perinatales.

Tratar la enfermedad hemolítica perinatal.

Realizar diagnóstico y manejo de gestaciones cronológicamente prolongadas.

Diagnosticar y tratar preeclampsias y eclampsias.

Realizar el seguimiento de gestantes con hipertensión crónica y diagnosticar y tratar sus complicaciones obstétricas.

Realizar el cribado y diagnóstico de la diabetes gestacionales.

Realizar el seguimiento de gestantes con diabetes gestacional y diagnosticar y tratar sus complicaciones.

Indicar y realizar la versión externa en feto con presentación podálica.

Asistir a gestantes con feto muerto.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las gestantes con hipertensión crónica.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las gestantes con cardiopatías.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las gestantes con enfermedades pulmonares.

Diagnosticar y tratar trombosis venosas profundas y/o embolias pulmonares.

Realizar la profilaxis de la patología tromboembólica en la gestación.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las gestantes con enfermedades renales.

Diagnosticar y tratar nefrolitiasis en la gestación.

Diagnosticar y tratar patologías digestivas altas.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las gestantes con enfermedades del intestino delgado, colon y páncreas.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las gestantes con enfermedades del hígado y de las vías biliares.

Diagnosticar y tratar anemias ferropénicas y otras anemias en la gestación.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las gestantes con hemoglobinopatías.

Diagnosticar y realizar el seguimiento de los trastornos plaquetarios en la gestación.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de los defectos hereditarios de la coagulación.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las gestantes con diabetes pregestacional.

Realizar el seguimiento de la gestante con diabetes pregestacional y diagnosticar y tratar sus complicaciones obstétricas.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las gestantes con endocrinopatías diferentes a la diabetes.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las gestantes con lupus eritematoso y otras enfermedades inmunitarias o hereditarias del tejido conectivo.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las gestantes con epilepsia y otras enfermedades neurológicas.

Realizar el seguimiento de la gestante con epilepsia atendiendo a sus complicaciones obstétricas y el control de los niveles terapéuticos de los antiepilépticos.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las gestantes con enfermedades psiquiátricas

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las dermatosis del embarazo.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las gestantes con enfermedades cutáneas preexistentes.

Participar en el abordaje multidisciplinario del tratamiento de las neoplasias malignas coincidentes con la gestación.

Diagnosticar las infecciones víricas en la gestación y aplicar pauta de manejo de las mismas.

Prevenir la transmisión vertical de hepatitis B y del virus de la inmunodeficiencia humana.

Diagnosticar y tratar las infecciones bacterianas en la gestación.

Diagnosticar y tratar las infecciones protozoarias en la gestación.

Diagnosticar y tratar las infecciones micóticas en la gestación.

Realizar el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones emergentes.

Diagnosticar y tratar las enfermedades de transmisión sexual en la gestación.

Realizar el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la dinámica uterina.

Utilizar oxitocina en la conducción del trabajo de parto.

Utilizar medicación uterolítica en las hiperdinamias con repercusión fetal.

Diagnosticar el riesgo de pérdida del bienestar fetal.

Valorar el canal y el objeto del parto en el parto distócico.

Diagnosticar el parto detenido.

Diagnosticar la amenaza de rotura uterina.

Asistencia al parto en presentación podálica.

Asistencia al parto en las deflexiones y posiciones occipitoposteriores.

Asistir al parto vaginal de un feto pretérmino.

Asistir al trabajo de parto y parto de la gestación gemelar.

Reconocer el tipo de corionicidad y amniocidad de la gestación gemelar por el estudio de la placenta postalumbramiento.

Asistir al trabajo de parto y parto del feto con CIR.

Aplicar fórceps medios y en las diferentes distocias de rotación y deflexión.

Aplicar extracción por vacío en el expulsivo prolongado.

Realizar extracción mediante cesárea en úteros sin cesárea previa y fetos en presentación cefálica.

Realizar la extracción mediante cesárea en otras circunstancias obstétricas.

Realizar la valoración de la función urinaria y anorectal en el postparto.

Asistir a la distocia de hombros.

Reparar los desgarros del parto perineales grado III y IV.

Asistir a puérperas con retención urinaria.

Realizar la asistencia inmediata a los recién nacidos deprimidos.

Asistir a parturientas con cesárea anterior.

Asistir a parturientas con rotura uterina.

Asistir a parturientas con inversión uterina.

Asistir a puérperas con hemorragia del alumbramiento y postparto inmediato.

Participar en el manejo multidisciplinario de mujeres con coagulopatías y/o choques hipovolémicos.

Asistir a puérperas con hemorragia puerperal precoz y tardía.

Asistir a puérperas con patología infecciosa.

Asistir a puérperas con patología tromboembólica.

Asistir a puérperas con patología mamaria en relación con la lactancia.

Realizar el consejo reproductivo a mujeres con pérdida repetida de la gestación.

Realizar consejos preconceptionales.

6.14 Exploraciones y pruebas complementarias.

Realizar las maniobras de Leopold.

Evaluar con precisión la altura uterina y diagnosticar la estática fetal mediante palpación abdominal.

Realizar correctamente auscultaciones fetales con estetoscopio obstétrico.

Realizar la exploración obstétrica de una gestante en trabajo de parto:

Situación, presentación con su altura en la pelvis y actitud fetal.

Dilatación, borramiento, consistencia y posición del cérvix.

Pruebas complementarias.

Realizar auscultaciones fetales con aparatos de ultrasonidos.

Realizar medidas de la altura uterina a lo largo de la gestación.

Aplicar y valorar un sistema de registro de movimientos fetales.

Realizar test basal de la frecuencia cardiaca fetal con y sin estímulo vibroacústico.

Realizar pruebas de estímulo con contracción.

Participar en el abordaje de las diferentes pruebas de valoración del estado fetal durante la gestación.

Realizar amnioscopias e interpretar los hallazgos.

Realizar e interpretar registros cardiotocográficos intraparto.

Interpretar los resultados de un estudio del equilibrio ácido-base en muestras de sangre fetal.

6.15 Ecografía obstétrica.

Gestación precoz.

Detectar sacos gestacionales y vesículas vitelinas con sonda transvaginal.

Diagnosticar gestaciones gemelares con su corionicidad y amnionicidad con sonda transvaginal.

Medir la longitud craneocaudal de los embriones con sonda transvaginal.

Medir los diámetros biparietales fetal y longitud femoral.

Detectar latidos cardiacos.

Evaluar la edad gestacional por parámetros ecográficos.

Diagnosticar neoplasias trofoblásticas.

Diagnosticar gestaciones ectópicas.

Medir sonolucencias nucales.

Medir el cérvix uterino de las gestantes.

Ecografía morfológica.

Identificar y conocer las imágenes correspondientes a la anatomía genital femenina normal.

Medir sacos gestacionales.

Detectar movimientos embrionarios y fetales y la frecuencia cardiaca fetal.

Determinar la situación placentaria, su grado de maduración y las anomalías correspondientes.

Localizar el cordón umbilical y sus vasos.

Realizar biometrías fetales y estimar pesos fetales.

Realizar exploraciones de cribado de malformaciones mayores.

Identificar las cuatro cámaras cardíacas entre las semanas 22 y 24.

Identificar signos de hidrops (ascitis, hidrotórax, etc.).

Medir la cantidad de líquido amniótico (técnica de los cuatro cuadrantes).

Realizar perfiles biofísicos.

Ecografía funcional y hemodinámica.

Identificar los principales vasos fetales.

Medir flujos vasculares maternos y fetales (uterinas, umbilicales, cerebral media, etc.).

Interpretar los resultados hemodinámicos.

6.16 Unidad de diagnóstico prenatal.

Realizar amniocentesis y/o biopsias coriales en el primer y/o segundo trimestre gestacional.

Interpretar los marcadores de cribaje de malformaciones durante el primer trimestre.

Interpretar los resultados genéticos.

Ser ayudante en funiculocentesis y cardiocentesis.

Habilidades de ginecología (6.17 al 6. 25)

6.17 Generales.

Identificar las alteraciones y anomalías del tracto genital inferior.

Ser capaz de diagnosticar y manejar la patología orgánica y funcional del aparato genital femenino y de la mama.

Identificar los factores de riesgo en relación con las diferentes patologías.

Seleccionar el procedimiento quirúrgico adecuado.

Obtener el consentimiento informado acorde a derecho.

Realizar el control del postoperatorio (líquidos, drenajes, suturas, etc.).

Identificar y tratar las complicaciones postquirúrgicas.

Realizar frotis en fresco identificando hongos, tricomonas, vaginosis, etc.

Realizar el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones genitales y mamarias.

Interpretar los resultados citológicos.

Diagnosticar y tratar lesiones intraepiteliales.

Interpretar los resultados histopatológicos.

6.18 Suelo pélvico.

Realizar correctamente la exploración del suelo pélvico.

Realizar el diagnóstico, planteamiento terapéutico y seguimiento, apropiados.

Valorar mediante tacto vaginal de la capacidad contráctil de los músculos del suelo pélvico.

Evaluar el tipo y grado de prolapso uterino y de las paredes vaginales.

Evaluar incontinencias de orina de esfuerzo. Prueba de la tos. Hiper movilidad uretral, maniobra de Boney.

Evaluar mediante tacto el tono y capacidad contráctil del esfínter anal y músculos perineales.

Instruir a las pacientes para la elaboración de un diario miccional y evaluar el resultado.

Interpretar registros de urodinámica para diagnóstico diferencial del tipo de incontinencia de orina.

Realizar e interpretar perineometrías.

Instruir a las pacientes en la realización de ejercicios de contracción de los músculos del suelo pélvico.

Valorar la función urinaria y anorectal en el postparto.

Realizar valoraciones de los músculos del suelo pélvico en el postparto.

Realizar sondajes vesicales.

Identificar signos de malos tratos y de abusos sexuales.

6.19 Endocrinología y reproducción.

Interpretar los resultados de las determinaciones hormonales y pruebas dinámicas.

Exploraciones de niñas y adolescentes.

Evaluar los caracteres sexuales y clasificarlos según los estadios de Tanner.

Identificar y orientar el diagnóstico de los casos con genitales ambiguos.

Estadificar los hirsutismos.

Diagnósticos de la ovulación.

Indicar y manejar los distintos tratamientos hormonales.

Realizar asesoramiento contraceptivo.

Insertar y extraer dispositivos intrauterinos.

Insertar y extraer implantes subdérmicos.

Realizar esterilizaciones tubáricas.

Interpretar seminogramas.

Realizar monitorizaciones ecográficas y hormonales de la ovulación.

Realizar inseminaciones.

Realizar (ayudante) extracciones de ovocitos y transferencia embrionaria.

Instaurar medidas para prevenir el síndrome de hiperestimulación ovárica y realizar su tratamiento.

6.20 Oncología ginecológica.

Interpretar las pruebas diagnósticas de imagen: ecografía, radiología, tomografía axial computerizada, resonancia magnética nuclear, gammagrafía, tomografía por emisión de positrones, etc.

Manejar complicaciones principales del tratamiento oncológico.

Realizar controles postquirúrgicos especializados.

Realizar exploraciones orientadas hacia la detección de recidivas.

Identificar las imágenes colposcópicas normales.

Identificar las imágenes colposcópicas patológicas.

Realizar e interpretar el test de Schiller

Realizar un examen de la vagina con ácido acético. Vulvoscopía - vaginoscopia

Realizar biopsias vulvares, vaginales y cervicales dirigidas.

Aplicar correctamente los tratamientos locales en la vulva, vagina y cérvix: asa de Lletz, conización, etc.

Controlar las hemorragias y las complicaciones tras la biopsia y tratamientos terapéuticos.

6.21 Patología mamaria.

Realizar el tratamiento de la mujer con secreción mamaria.

Realizar el tratamiento de la mujer con lesiones palpables y no palpables.

Realizar el tratamiento de la mujer con alteraciones del pezón.

Interpretar las técnicas de imagen diagnósticas de la patología mamaria.

Realizar procedimientos diagnósticos invasivos; punción aspiración con aguja fina, biopsia con aguja gruesa, etc.

Realizar técnicas de anestesia locoregional en patología mamaria.

6.22 Cirugía del aparato genital.

Realizar correctamente las técnicas de asepsia.

Utilizar el instrumental adecuado para cada tipo de intervención.

Preparar correctamente campos quirúrgicos (abdominal, vaginal).

Identificar correctamente las estructuras anatómicas en una intervención quirúrgica.

Participar como primer ayudante en la cirugía local.

Manejar la profilaxis infecciosa y tromboembólica.

Actuar como segundo ayudante en intervenciones quirúrgicas abiertas del aparato genital y de la mama por procesos no malignos.

Actuar como primer ayudante en intervenciones quirúrgicas abiertas del aparato genital y de la mama por procesos no malignos.

Actuar como segundo ayudante en intervenciones quirúrgicas endoscópicas del aparato genital.

Actuar como primer ayudante en intervenciones quirúrgicas endoscópicas del aparato genital.

Actuar como primer ayudante en intervenciones quirúrgicas del suelo pélvico.

Actuar como segundo ayudante en intervenciones quirúrgicas abiertas del aparato genital y de la mama por procesos malignos.

Actuar como primer ayudante en intervenciones quirúrgicas abiertas del aparato genital y de la mama por procesos malignos.

Actuar como primer cirujano en las intervenciones siguientes:

Legrado ginecológico fraccionado.

Biopsias.

Polipectomías.

Marsupialización de la glándula de bartolino.

Procedimientos cervicales menores.

Excisión de lesiones vulvares.

Extirpación de tumoraciones benignas mamarias.

Laparoscopias diagnósticas.

Histeroscopias diagnósticas.

Miomectomías no complicadas.

Histerectomías abdominales de baja complejidad.

Electrocoagulaciones tubáricas por laparoscopia.

Histerectomías vaginales por prolapso de II y III grado.

Realización de técnicas básicas para la corrección de incontinencia de orina de esfuerzo.

6.23 pruebas complementarias.

Interpretar los resultados de estudios analíticos hormonales y no hormonales.

Realizar correctamente la biopsia de:

Vulva. Vagina. Cervix. Endometrio. Mama.

Interpretar los resultados de los estudios funcionales.

Realizar colposcopias e interpretar los hallazgos.

Realizar vulvoscopias e interpretar los hallazgos.

Realizar la lectura de las mamografías e interpretar sus hallazgos.

Interpretar los informes de pruebas de imagen emitidos por otros especialistas.

Realizar histeroscopias diagnósticas e interpretar los hallazgos.

Realizar laparoscopias diagnósticas e interpretar los hallazgos.

6.24 Ecografía.

Ecografía pélvica morfológica.

Identificar y conocer las imágenes correspondientes a la anatomía genital femenina normal.

Medir útero normal.

Medir ovario normal y folículos.

Identificar la línea endometrial.

Medir la línea endometrial.

Detectar y medir las anomalías morfológicas de útero y ovarios.

Identificar el líquido libre en cavidad abdominal o fondo de saco de Douglas.

Ecografía mamaria.

Identificar y medir las estructuras quísticas y sólidas.

Ecografía funcional y hemodinámica.

Interpretar los signos vasculares de las principales tumoraciones genitales.

Interpretar los marcadores hemodinámicos de malignidad tumoral.

6.25 Radiología.

Identificar las imágenes más características de:

Patología mamaria (tanto benigna como maligna).

Cavidad uterina (tanto en esterilidad como en patología endometrial).

Factor tubárico en estudios de esterilidad.

Tumorações ováricas (teratomas, etc.).

7. MAPA DE COMPETENCIAS: ACTITUDES

ACTITUDES (7.1 AL 7.4)

7.1 Generales.

Actuar según el principio de asistencia centrada en la paciente

Comportarse con una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios.

Tener en cuenta el riesgo de yatrogenia y el coste de oportunidad en el uso de recursos sanitarios

Favorecer, en la medida de lo posible, la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Velar por que esté asegurada la atención en un tiempo razonable a la paciente.

Mostrar compromiso con la mejora continua manteniendo al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales.

Mostrar compromiso con la propia especialidad y con la formación de nuevos profesionales.

Ser autoexigente en la formación profesional.

Respetar la figura del tutor en la formación del residente.

Apoyar la investigación como una parcela fundamental de la práctica profesional.

Ser exigente con la administración sanitaria y resto de actores del sistema sanitario, reivindicando un funcionamiento de excelencia.

Mantener una actitud ética irreprochable en sus relaciones con los pacientes y con la sociedad en general.

Mantener una actitud ética irreprochable en sus relaciones con la empresa sanitaria para la que trabaja.

Mantener una actitud ética irreprochable con la industria farmacéutica.

Evitar que sus lícitos intereses particulares se antepongan a las necesidades de la población que atiende.

7.2 Con respecto a la relación médico-paciente.

Atender a las pacientes teniendo en cuenta que son personas con unos determinados problemas y creencias inmersas en un contexto familiar y social que constituye un todo indivisible.

Establecer, mantener y concluir una relación asistencial adecuada.

Conectar con la paciente y/o su familia:

Presentándose

Saludando cordialmente y llamando a la paciente por su nombre.

Demostrando interés y respeto.

Demostrando un comportamiento no verbal adecuado: contacto visual-facial, postura y posición.

Legitimando y aceptando el punto de vista del paciente y/o su familia sin realizar juicios de valor.

Mostrando empatía y ofreciendo apoyo.

Tratando con sensibilidad los temas embarazosos, los motivos de sufrimiento y la exploración física.

Acompañar adecuadamente la exploración física:

Pidiendo permiso.

Explicando lo que se va a hacer y por qué.

Compartiendo con la paciente los hallazgos.

Llegar a un acuerdo con la paciente y/o su familia sobre la naturaleza del problema, la información y el plan de actuación.

Proponiendo explicaciones y planes directamente relacionados con la forma en que la paciente y/o su familia ven lo problemas.

Facilitando la bidireccionalidad.

Implicando a la paciente y/o sus familiares en la toma de decisiones hasta donde ellos decidan.

Permitir la comunicación tanto de información como de pensamiento y emociones en el trato con la paciente y/o sus familiares.

Asegurarse de que la paciente y/o su familia comprenden

La naturaleza del problema de salud.

El proceso y los estudios diagnósticos recomendados.

El plan terapéutico establecido.

Llegar a un acuerdo con la paciente y/o su familia sobre los problemas de salud, los procesos diagnósticos y las medidas terapéuticas.

Promover la disposición de la paciente y/o su familia a aceptar el plan de tratamiento.

Negociar cuando sea preciso.

Asegurar el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la paciente

Respetar la autonomía de la paciente y su individualidad

Anteponer de manera especial el principio de no maleficencia al de beneficencia de las pacientes

Aliviar el sufrimiento físico y psicológico de la paciente y/o su familia.

Velar por la satisfacción de la paciente y su familia.

Mostrar un respeto incondicional hacia las pacientes, sus familiares y sus cuidadores (aunque no necesariamente a sus acciones).

Mostrar respeto hacia la autonomía y la individualidad de la paciente.

Mostrar disposición a compartir parte del proceso diagnóstico y terapéutico con las pacientes, sus familiares y sus cuidadores.

Mostrar disposición a trabajar con pacientes de diferentes razas, culturas, estratos sociales y personalidades.

Mostrar curiosidad y prestar atención a las diversas dimensiones de la enfermedad (biológica, psicológica y social) que pueden darse simultáneamente.

Mostrar una actitud abierta, de curiosidad y predispuesta a explorar nuestras propias actitudes, creencias y expectativas.

7.3 Con respecto al razonamiento clínico.

Considerar la incertidumbre como inherente al proceso de toma de decisiones.

Considerar el examen clínico como herramienta más eficaz que las pruebas complementarias en el proceso diagnóstico.

Reconocer los límites de la competencia y responsabilidad personal, identificando las situaciones clínicas que requieren ser consultadas o derivadas.

Considerar los errores en la formación temprana de hipótesis.

7.4 Con respecto a la gestión de la atención.

Utilizar la medicina basada en la evidencia como instrumento para la gestión clínica.

Favorecer el trabajo en equipo multidisciplinar, especialmente con aquellos que comparten ámbito de actuación.

Utilizar la negociación como instrumento para gestionar los conflictos. Utilizar de forma adecuada los sistemas de registros, tanto introducción de datos como su proceso y extracción de resultados.

Tener una actitud positiva ante la evaluación y el conocimiento del error como método de mejora.

Tener una actitud positiva hacia la crítica constructiva de la actividad personal.

Valorar la presión de los factores externos en la práctica clínica con la finalidad de disminuir sus efectos.

8. PROGRAMA DE ROTACIONES.

OBJETIVOS GENERALES Y NIVELES DE AUTONOMÍA/RESPONSABILIDAD

Para alcanzar las competencias propias del especialista en Obstetricia y Ginecología, el residente ha de rotar por las diferentes estructuras que forman la Unidad Docente, de modo que se cubran todas las necesidades formativas.

La distribución de la atención obstétrica y ginecológica entre los ámbitos de atención primaria y hospitalaria y la organización interna de los hospitales es muy variable. Por esta razón, el calendario de rotaciones, cuya división temporal es orientativa, no se ha definido por unidades asistenciales, sino por áreas de conocimiento. Cada Unidad Docente lo adaptará a sus propias características, programando y distribuyendo el tiempo de estancia en cada unidad asistencial, de

modo que puedan cumplirse los objetivos docentes particulares y del conjunto de la formación.

8.1 Rotaciones obligatorias por los distintos dispositivos de la unidad docente.

R1

Atención al embarazo normal.

R1 a R4

Cirugía ginecológica programada

Atención al parto

Atención a urgencia obstétricas y ginecológicas

Atención al puerperio normal.

Atención a urgencias generales.

R2

Atención al embarazo y puerperio patológico.

Ginecología general.

Contracepción.

Menopausia.

Suelo pélvico.

R3

Patología cervical y del tracto genital inferior.

Endocrinología y reproducción.

Histeroscopia..

R4

Oncología ginecológica.

Patología mamaria.

Diagnóstico prenatal.

Tanto la cirugía ginecológica programada como la atención al parto se distribuyen a lo largo de los 4 años de formación, ya que son las áreas donde se desarrollan las destrezas más complejas.

En la medida de lo posible, el tipo de cirugía en la que participe el residente ha de coincidir con las áreas de formación por las que va rotando, especialmente durante el 3.º y 4.º año.

Cada Unidad Docente debe organizar la formación correspondiente a la atención al parto dentro del horario laboral normal o de atención continuada (guardias). En todo caso deben cumplirse los objetivos docentes.

La atención a urgencias ginecológicas y obstétricas, debe hacerse durante los cuatro años de formación. Durante el primer año de formación se programará una rotación por urgencias generales.

El residente de Obstetricia y Ginecología, debe realizar su formación en los diferentes ámbitos asistenciales donde actuarán como especialistas, con independencia del grado de integración que exista a nivel asistencial en cada comunidad autónoma. En aquellos centros docentes en los que no se haya producido una integración de la asistencia primaria y hospitalaria, las unidades docentes de Obstetricia y Ginecología deben definirse con dispositivos pertenecientes a los dos ámbitos asistenciales.

Para el cumplimiento de lo previsto en el párrafo anterior se tendrá en cuenta lo previsto en la Resolución de 15 de junio de 2006, de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre la incorporación progresiva de una rotación de atención primaria de salud en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias. A estos efectos, las unidades docentes acreditadas recabarán dicha Resolución de las gerencias/comisiones de docencia de sus respectivos centros o del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Secretaría del Consejo Nacional de Especialidades en

Ciencias de la Salud (paseo del Prado 18-20, Madrid. Teléfono: 91 596 17 81).

8.2 Rotaciones por otras especialidades (obligatorias de libre elección).

Para la completa formación del especialista en Obstetricia y Ginecología se considera necesaria la adquisición de conocimientos de otras especialidades con competencias cercanas.

Debido al limitado tiempo de formación, que tiene la especialidad, estas rotaciones se han dividido en dos bloques con varias opciones cada uno:

a) Rotación por especialidades quirúrgicas: Cirugía General y Urología.

b) Rotación por especialidades médicas: Medicina Interna, Cardiología, Endocrinología y Medicina Familiar y Comunitaria (en las comunidades donde Medicina de Familia desarrolle programas de atención a la salud de la mujer) y unidades de Genética.

Cada residente deberá realizar al menos una rotación optativa de cada bloque. El tiempo dedicado a ambas rotaciones será de 2-3 meses.

Las rotaciones optativas se pueden programar en diferentes años de formación, dependiendo de que los objetivos formativos, del sistema organizativo de cada centro docente y de los intereses concretos del residente. En cada caso, el tutor del residente

definirá los objetivos de formación de la rotación elegida de manera que complementen los de las áreas de la Obstetricia y la Ginecología a la que son afines.

8.3 Formación en protección radiológica.

Los residentes deberán adquirir de conformidad con lo establecido en la legislación vigente, conocimientos básicos en protección radiológica ajustados a lo previsto en la Guía Europea

«Protección Radiológica 116», en los términos que se citan en la Resolución conjunta, de 21 de abril de 2006, de las Direcciones Generales de Salud Pública y de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante la que se acuerda incorporar en determinados programas formativos de especialidades en Ciencias de la Salud formación en protección radiológica).

8.4 Objetivos generales de las rotaciones.

Igual que el proceso asistencial ha de centrarse en el paciente, el proceso docente ha de estar centrado en el residente. En cada una de las áreas de formación, el residente ha de alcanzar el nivel suficiente de conocimientos y habilidades (tal como se detallan en el mapa de competencias), y los ha de aplicar de la manera correcta. La función de los especialistas con los que trabaja es facilitar este aprendizaje.

La adquisición de conocimientos debe basarse en el autoaprendizaje tutorizado, ayudado por seminarios, talleres, discusión de casos con expertos en cada tema, y otros métodos que estimulen la responsabilidad y la autonomía progresiva del residente. Durante cada una de las rotaciones, el residente debe demostrar que dispone de los conocimientos suficientes y que los utiliza regularmente en el razonamiento clínico.

El residente debe conocer las guías clínicas y protocolos de las unidades asistenciales por la que rota y aplicarlos correctamente con la finalidad de aumentar los niveles de seguridad y eficacia. El residente ha de ser capaz, también, de realizar una lectura crítica e identificar el grado de evidencia en el que se sustentan dichos protocolos.

En cada una de las áreas de rotación, el residente ha de participar en todas las habituales de los especialistas tanto en los aspectos asistenciales de cualquier tipo, como en los de formación, investigación y gestión clínica.

8.5 Niveles de autonomía y responsabilidad.

La capacidad para realizar determinados actos médicos instrumentales o quirúrgicos guarda relación con el nivel de conocimientos y experiencia. Por ello deben considerarse 3 niveles de autonomía vinculados a niveles de responsabilidad

Desde el punto de vista didáctico hablamos de autonomía cuando nos referimos al grado de independencia con el que el residente ha de ser capaz de realizar un determinado acto al finalizar un periodo formativo y hablamos de responsabilidad cuando nos referimos al grado de supervisión con el que el residente realiza las actividades durante ese mismo periodo. Para actuar con responsabilidad 1 previamente es preciso haber conseguido un nivel de autonomía 1.

Según esto se definen 3 niveles de autonomía:

Nivel 1. Las habilidades adquiridas permiten al médico residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutela directa, teniendo a su disposición en cualquier caso la posibilidad de consultar al especialista responsable (tutela indirecta).

Nivel 2. El residente tiene un extenso conocimiento pero no alcanza la experiencia suficiente para hacer un tratamiento completo de forma independiente.

Nivel 3. El médico residente ha visto o ha ayudado a determinadas actuaciones, pero no tiene experiencia propia.

Y tres de responsabilidad:

Nivel 1. Son actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutela directa. El residente hace y luego informa.

Nivel 2. Son actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del tutor o de un facultativo responsable.

Nivel 3. Son actividades a realizar por los especialistas y observadas o asistidas por el médico residente.

En cada periodo de formación el residente realizará un mínimo de actividades que le permitan asumir con eficacia y seguridad los distintos apartados del proceso clínico. No obstante, no puede ni debe asumir responsabilidades que estén por encima de sus capacidades, por ello se ha de considerar el nivel de responsabilidad exigible en cada caso.

Cada Unidad Docente debe definir el nivel de responsabilidad del residente en cada una de las rotaciones y especialmente para las actividades invasivas o de alta complejidad.

Tal como especifica el Real Decreto 183/2008, la supervisión del residente de primer año debe ser directa, por tanto, no podrá definirse para él un nivel de responsabilidad 1 en ninguna de las rotaciones.

El nivel 3 de responsabilidad se reserva para aquellas actividades altamente cualificadas o que se correspondan con Áreas de Capacitación Específica o alta especialización.

9. OBJETIVOS DE APRENDIZAJE POR AÑO DE RESIDENCIA

9.1 Residente de primer año.

Durante el primer año el residente actuará bajo supervisión directa, es decir con un nivel de responsabilidad 2. Al finalizar ese año, el residente debe ser capaz de realizar, con el nivel de autonomía requerido, las siguientes actividades:

9.1.1 Actividades relacionadas con competencias comunes.

Nivel de autonomía 1.

Establecer una relación con las pacientes y sus familiares o acompañantes que sea respetuosa con sus derechos, especialmente con los de autonomía, información y confidencialidad.

Desarrollar y aplicar técnicas y habilidades fundamentales del esquema de comunicación centrada en la paciente.

Realizar una correcta historia clínica y exploración obstétrica.

Realizar una correcta historia clínica y exploración ginecológica.

Realizar una entrevista clínica completa.

Diseñar y realizar una estrategia de búsqueda bibliográfica.

Interpretar correctamente los niveles de evidencia y grados de recomendación de la literatura médica.

Realizar un soporte vital básico.

Gestionar adecuadamente el propio tiempo.

Presentar una sesión clínica.

Nivel de autonomía 2.

Obtener un consentimiento informado válido.

Incorporar los conceptos de seguridad clínica y de riesgo beneficio al razonamiento clínico.

Realizar una prescripción razonada de pruebas complementarias y de medicamentos.

9.1.2 Actividades relacionadas con el embarazo normal.

Nivel de autonomía 1.

Realizar una visita obstétrica correcta en cualquier mes de la gestación, incluyendo:

Recogida de información y exploración obstétrica completa; Indicación e interpretación de pruebas complementarias; Transmisión de información comprensible a la gestante y recomendaciones para el cuidado del embarazo; Tratamiento de las posibles molestias acompañantes.

Indicar los cribados de cromosomopatías, de infecciones y otras enfermedades maternas con repercusión fetal, recomendados durante la gestación.

Indicar las profilaxis recomendadas durante la gestación.

Realizar una ecografía correcta para: diagnóstico de gestación, del nº de embriones, determinación de viabilidad embrionaria, biometrías embrionaria y fetales, estática fetal, localización placentaria.

Indicar, realizar e interpretar correctamente test no estresantes.

Indicar, realizar e interpretar correctamente amnioscopias.

Identificar el nivel de riesgo de la gestación y derivar la atención cuando sea necesario.

Promover la lactancia materna.

Nivel de autonomía 2.

Indicar, realizar e interpretar las siguientes exploraciones ecográficas: diagnóstico de corionicidad y amniocidad en la gestación gemelar, estudio morfológico fetal, medición de longitud cervical por vía vaginal, medición de LA.

Indicar, realizar e interpretar correctamente test estresantes.

9.1.3 Actividades relacionadas con el puerperio.

Nivel de autonomía 1.

Realizar una correcta exploración en el puerperio, tras parto vaginal o cesárea y prescribir los cuidados adecuados.

Hacer una correcta estimulación o inhibición de la lactancia.

Tratar el dolor puerperal.

Hacer el diagnóstico diferencial de la fiebre puerperal.

Diagnosticar y tratar infecciones urinarias, endometritis, mastitis e infecciones de la herida quirúrgica.

Diagnosticar y tratar la anemia postparto.

Identificar problemas respiratorios y cardíacos agudos.

Dar la información adecuada sobre: lactancia, cuidados del periné o la cicatriz de cesárea, control posterior al alta, causas de consulta a urgencias y orientación sobre planificación familiar.

Redactar correctamente informes de alta.

Nivel de autonomía 2

Atender a puérperas con enfermedades asociadas.

Atender a puérperas con complicaciones graves durante el parto.

9.1.4 Actividades relacionadas con las urgencias.

Nivel de autonomía 1

Realizar el diagnóstico diferencial y la orientación terapéutica: de las hemorragias de la primera o la segunda mitad de la gestación; de la sospecha de dinámica uterina a término o pretérmino; de la sospecha de rotura de membranas; de la viabilidad embrionaria y el bienestar fetal.

Diagnosticar el parto y sus condiciones.

Realizar el diagnóstico diferencial y la orientación terapéutica: del prurito genital; del dolor abdomino-genital; de las amenorreas y metrorragias; de las molestias mamarias.

Realizar correctamente informes de alta en las consultas de urgencias.

Nivel de autonomía 2

Realizar evacuaciones uterinas en abortos de primer trimestre.

Identificar signos de alarma en gestantes y realizar la orientación terapéutica.

Identificar signos de alarma ginecológicos y realizar la orientación terapéutica.

9.1.5 Actividades relacionadas con cirugías programadas.

El residente debe actuar como primer ayudante en intervenciones menores y como segundo ayudante en intervenciones mayores.

Nivel de autonomía 1.

Comprobar los protocolos prequirúrgicos.

Describir la patología, la indicación quirúrgica y la técnica operatoria.

Realizar una correcta preparación personal para la cirugía. Vestido y asepsia.

Preparar el campo quirúrgico.

Identificar el instrumental habitual en cirugía ginecológica y sus indicaciones.

Reconocer y describir las estructuras anatómicas.

Utilizar los instrumentos y el material de campo de manera correcta.

Prescribir el tratamiento post-operatorio, incluidas las pautas de analgesia.

Solicitar un informe anatomopatológico.

Nivel de autonomía 2.

Abrir y cerrar pared abdominal.

Realizar el informe quirúrgico en patología no oncológica.

Informar a los familiares en patología no oncológica.

9.1.6 Actividades relacionadas con la asistencia al parto.

Nivel de autonomía 1.

Realizar un correcto diagnóstico de parto, incluyendo la valoración de la pelvis, del cérvix, de la presentación y variedad fetal y del bienestar fetal.

Valorar adecuadamente la progresión del parto.

Controlar la dinámica uterina y diagnosticar sus anomalías.

Realizar e interpretar las distintas técnicas de control del bienestar fetal.

Identificar situaciones de emergencia materna o fetal en sala de partos.

Asistir al parto vaginal espontáneo.

Realizar una correcta protección de periné.

Indicar, realizar y suturar una episiotomía.

Asistir al alumbramiento.

Revisar el canal de parto.

Evaluar un sangrado vaginal durante el parto y puerperio inmediato.

Reanimar recién nacidos normales

Nivel de autonomía 2.

Identificar anomalías pélvicas.

Identificar presentaciones anómalas.

Tratar adecuadamente las disdinamias.

Diagnosticar y reparar desgarros no complicados.

Actuar como ayudante en cesáreas.

Realizar una extracción manual de placenta.

Nivel de autonomía 3.

Asistir a la realización de fórceps y ventosa obstétrica.

9.2 Residentes de segundo año.

A partir del segundo año el residente realizará las actividades con supervisión decreciente, a medida que se constate que ha adquirido la autonomía suficiente para hacerlo. En cada caso, deben ser el tutor del residente y el facultativo responsable de la rotación, los que determinen cuando el médico en formación ha alcanzado la capacidad para asumir actividades con nivel de responsabilidad 1.

Al finalizar el segundo año, el residente debe ser capaz de realizar, con el nivel de autonomía requerido, las siguientes actividades:

9.2.1 Actividades relacionadas con competencias comunes.

Nivel de autonomía 1.

Realizar prescripciones razonadas de pruebas complementarias o tratamientos.

Explicar el razonamiento clínico que le ha llevado a una decisión diagnóstica o terapéutica.

Obtener un consentimiento informado válido.

Exponer un caso clínico completo para discusión.

Realizar con eficiencia una búsqueda de información biomédica.

Presentar para discusión (dentro de la unidad docente) un caso de conflicto bioético obstétrico.

Presentar una sesión clínica con supervisión indirecta.

Distinguir los indicadores de actividad y de calidad en Obstetricia y Ginecología.

Elaborar una comunicación médica y presentarla.

Nivel de autonomía 2.

Comunicar malas noticias.

Realizar una lectura crítica tutorizada de artículos de diagnóstico, pronóstico o tratamiento.

Explicar el razonamiento clínico que le lleva a tomar decisiones de ingreso, o mantenimiento de ingreso hospitalario.

9.2.2 Actividades relacionadas con el embarazo y puerperio patológico.

Nivel de autonomía 1.

Diagnosticar, tratar la enfermedad trofoblástica gestacional.

Diagnosticar y tratar la hiperemesis gravídica.

Indicar e interpretar las diferentes pruebas de bienestar fetal en fetos a término o pretérmino, incluido el perfil biofísico.

Realizar biometrías fetales y la estimación del peso.

Diagnosticar y tratar la patología propia de la gestación: la amenaza de parto prematuro; la rotura prematura de membranas y la corioamnionitis; la gestación cronológicamente prolongada; el crecimiento intrauterino restringido; las hemorragias de la segunda mitad de la gestación; las alteraciones de la cantidad de líquido amniótico; la preeclampsia y la eclampsia; la diabetes gestacional.

Diagnosticar la enfermedad hemolítica perinatal y poner en marcha el protocolo terapéutico.

Atender a la paciente con feto malformado o feto muerto.

Diagnosticar y tratar la nefrolitiasis y las infecciones urinarias.

Diagnosticar y tratar las anemias del embarazo.

Diagnosticar y tratar las dermatosis del embarazo.

Diagnosticar y tratar las trombosis venosas profundas y/o embolia pulmonar.

Nivel de autonomía 2.

Indicar y realizar un cerclaje cervical.

Participar en el control de la gestación de mujeres con patología asociada, y especialmente en casos de: HTA crónica; Diabetes pregestacional; Cardiopatías.

Diagnosticar y tratar las complicaciones obstétricas en mujeres con patología asociada.

Realizar el estudio morfológico fetal.

Realizar el estudio hemodinámico fetal.

Valorar el crecimiento y las complicaciones fetales en la gestación gemelar y múltiple.

Controlar el puerperio en mujeres con patología asociada grave.

Nivel de autonomía 3.

Estudio funcional y hemodinámica fetal en casos complejos.

Procedimientos de terapia fetal.

9.2.3 Actividades relacionadas con la ginecología general.

Nivel de autonomía 1.

Hacer una entrevista ginecológica correcta, incluyendo anamnesis, exploración, orientación diagnóstica y terapéutica e información a la paciente.

Solicitar las pruebas diagnósticas adecuadas a cada proceso e interpretar los resultados

Localizar mediante ecografía abdominal y/o vaginal los genitales internos, identificar la morfología normal y medirlos.

Identificar los factores de riesgo quirúrgicos y pautar la profilaxis prequirúrgica adecuada.

Realizar un control postquirúrgico adecuado, incluyendo el tratamiento del dolor y el cuidado de la herida quirúrgica.

Identificar precozmente los procesos infecciosos relacionados con la cirugía e iniciar su tratamiento.

Identificar las alteraciones vasculares, problemas respiratorios agudos o cardíacos.

Realizar correctamente informes de alta hospitalaria.

Ofrecer una información adecuada a las pacientes y sus familiares.

Nivel de autonomía 2.

Realizar el diagnóstico y establecer la conducta terapéutica de las pacientes atendidas en régimen ambulatorio.

Identificar, por ecografía, anomalías morfológicas del útero o los ovarios.

9.2.4 Actividades relacionadas con la contracepción.

Nivel de autonomía 1.

Realizar un consejo contraceptivo correcto (femenino y masculino): En la población general; En mujeres con patología asociada; En mujeres legalmente no autónomas.

Identificar factores de riesgo y contraindicaciones para el uso de cada contraceptivo.

Informar de manera comprensible sobre los métodos naturales y de barrera.

Prescribir contraceptivos hormonales y dar una información correcta sobre los mismos.

Colocar y retirar implantes subcutáneos.

Colocar y retirar dispositivos intrauterinos.

Realizar una contracepción de emergencia.

Identificar las complicaciones de la contracepción y tratarlas.

Informar y orientar a la paciente que lo solicite sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

Nivel de autonomía 2/3.

Cirugía en casos de perforación uterina por DIU.

Colocación de dispositivos intratubáricos por histeroscopia.

Contracepción definitiva por laparoscopia.

9.2.5 Actividades relacionadas con la menopausia

Nivel de autonomía 1.

Evaluar correctamente los parámetros de la masa ósea.

Evaluar correctamente los factores de riesgo cardiovascular.

Informar y formar a las mujeres perimenopáusicas sobre hábitos de vida saludables.

Aplicar correctamente las distintas estrategias de tratamiento hormonal y no hormonal.

9.2.6 Actividades relacionadas con el suelo pélvico.

Nivel de autonomía 1.

Realizar una exploración correcta e interpretar las pruebas diagnósticas.

Valorar el suelo pélvico tras el parto y recomendar ejercicios de rehabilitación.

Identificar los defectos del suelo pélvico, realizar una exploración completa y conocer las técnicas quirúrgicas de corrección.

Identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo, realizar una exploración adecuada y conocer las técnicas quirúrgicas de corrección.

Identificar fístulas urinarias y rectovaginales y conocer su tratamiento.

Nivel de autonomía 2.

Interpretar un registro de urodinamia.

Realizar el planteamiento terapéutico y de seguimiento.

Realizar una elección razonada de la técnica quirúrgica.

9.2.7 Actividades relacionadas con cirugías programadas.

El residente debe actuar, en general, como cirujano en intervenciones menores, como primer ayudante en intervenciones mayores no oncológicas y como segundo ayudante en intervenciones mayores oncológicas.

Nivel de autonomía 1.

Abrir y cerrar pared abdominal.

Realizar una elección razonada de la técnica quirúrgica.

Pautar la profilaxis infecciosa y tromboembólica.

Realizar legrados ginecológicos. Realizar biopsia.

Realizar polipeptomias.

Marsupializar de glándulas de Bartholino.

Realizar procedimientos cervicales menores.

Realizar excisión de lesiones vulgares.

Realizar el informe quirúrgico en patología no oncológica.

Informar a los familiares en patología no oncológica.

Nivel de autonomía 2.

Extirpar tumoraciones benignas de la mama.

9.2.8 Actividades relacionadas n la asistencia al parto.

Nivel de autonomía 1.

Atender durante el parto a gestantes con nivel de riesgo I y II.

Realizar un pronóstico de parto.

Diagnosticar la inadecuada progresión del parto y sus causas.

Tratar correctamente las disdinamias.

Iniciar y controlar la progresión de inducciones a término.

Diagnosticar la sospecha de pérdida del bienestar fetal y tomar la decisión terapéutica correcta.

Indicar y realizar una extracción manual de placenta.

Aplicación y extracción de recién nacidos con fórceps en IV plano.

Diagnosticar y tratar precozmente las hemorragias del alumbramiento y del puerperio inmediato.

Nivel de autonomía 2.

Asistir al parto vaginal en feto pretérmino.

Aplicación y extracción de recién nacidos con fórceps o ventosas en variedades anteriores en III plano.

Asistir a partos gemelares a término.

Asistir a la distocia de hombros.

Asistir al parto en presentación podálica.

Realización de cesáreas no urgentes ni complicadas.

Actuar como ayudante en cesáreas urgentes o complicadas.

9.2.9 Actividades relacionadas con urgencias.

Nivel de autonomía 1.

Realizar evacuaciones uterinas en abortos de primer trimestre.

Diagnosticar y tratar el aborto séptico.

Diagnosticar la gestación ectópica.

Diagnosticar correctamente la patología urgente durante la gestación: Amenaza de parto prematuro y rotura prematura de membranas; Hemorragia de la segunda mitad de la gestación; Preeclampsia y eclampsia.

Identificar otros signos de alarma en una gestante y orientarlos correctamente.

Nivel de autonomía 2.

Establecer el tratamiento inicial de la patología urgente durante la gestión.

9.3. Residentes de tercer año.

Al finalizar el tercer año, el residente debe ser capaz de realizar, con el nivel de autonomía requerido, las siguientes actividades:

9.3.1 Actividades relacionadas con competencias comunes.

Nivel de autonomía 1.

Comunicar malas noticias.

Interpretar un informe sobre actividad o calidad asistencial en Obstetricia y Ginecología.

Distinguir en la práctica entre problema de salud, necesidad sanitaria y demanda asistencial.

Realizar de forma autónoma una lectura crítica de artículos de diagnóstico, pronóstico o tratamiento.

Colaborar en la elaboración de un artículo para publicación.

Presentar para discusión un tema de conflicto bioético ginecológico.

Supervisar a residentes de 1.er año.

Nivel de autonomía 2.

Realizar, de forma tutorizada una lectura crítica de revisiones médica. Valorar la relevancia. y la aplicabilidad de los resultados a la propia población.

Realizar una lectura crítica tutorizada de protocolos y guías clínicas.

Leer un artículo de evaluación económica. Diferenciar los conceptos de coste / utilidad y coste/beneficio.

Comunicar en situaciones difíciles (pacientes y/o familiares en situaciones emocionales poco controladas).

9.3.2 Actividades relacionadas con patología cervical y del tracto genital inferior.

Nivel de autonomía 1.

Realizar una correcta exploración de vulva, vagina y cérvix.

Hacer una correcta colposcopia e identificar las imágenes anómalas.

Realizar biopsias de vulva, vagina y cervix.

Aplicar asa de Lletz para biopsias, tratamiento de lesiones y conizaciones.

Tratar las complicaciones de las biopsias y las asas de Lletz.

Interpretar de los resultados histopatológicos.

Orientar el seguimiento o tratamiento de las pacientes.

9.3.3 Actividades relacionadas con endocrinología ginecológica.

Nivel de autonomía 1.

Realizar una anamnesis y una exploración completa.

Realizar anamnesis y exploraciones de niñas y adolescentes.

Clasificar adecuadamente el grado de madurez sexual.

Indicar correctamente e interpretar analíticas hormonales, basales y funcionales, ginecológicas, tiroideas y suprarrenales.

Indicar e interpretar exploraciones de silla turca.

Identificar y orientar el diagnóstico en los casos de genitales ambiguos

Estadificar el hirsutismo.

Nivel de autonomía 2

Realizar orientaciones diagnósticas y terapéuticas correctas.

9.3.4 Actividades relacionadas con la reproducción.

Nivel de autonomía 1

Realizar una anamnesis y exploración completa.

Indicar e interpretar correctamente las pruebas complementarias.

Orientar un estudio de esterilidad.

Nivel de autonomía 2

Interpretar los hallazgos en las técnicas endoscópicas diagnósticas.

Hacer inseminaciones.

Realizar una inducción, estimulación y frenación ovárica.

Aplicación correcta las distintas terapias hormonales.

Nivel de autonomía 3

Cirugía de la esterilidad.

Preparación del ciclo para técnicas de reproducción asistida.

Controles foliculares.

Técnicas de reproducción asistida.

9.3.5 Actividades relacionadas con la histeroscopia.

Nivel de autonomía 1

Identificar y utilizar correctamente el instrumental de histeroscopias.

Identificar de la anatomía endouterina normal y patológica.

Nivel de autonomía 2

Realizar cirugía histeroscópica ambulatoria.

Realizar cirugía histeroscópica programada.

Nivel de autonomía 3

Colocar dispositivos intratubáricos para esterilización permanente vía histeroscópica.

9.3.6 Actividades relacionadas con cirugía programada.

Nivel de autonomía 1

Laparoscopia diagnóstica y terapéutica.

Miomectomía no complicada.

Nivel de autonomía 2

Histerectomía no complicada.

9.3.7 Actividades relacionadas con la asistencia al parto.

Nivel de autonomía 1

Atención durante el parto a gestantes de alto riesgo materno o fetal.

Asistir el parto de fetos pretérmino.

Aplicación y extracción de recién nacidos con fórceps o ventosas en variedades anteriores en III plano.

Cesáreas iterativas.

Cesáreas no urgentes ni complicadas.

Nivel de autonomía 2

Asistir a partos gemelares pretérmino.

Aplicación y extracción de recién nacidos con fórceps en presentaciones transversas y posteriores.

Asistencia a partos de nalgas vaginales no complicados.

Cesáreas iterativas y urgentes.

Ayudante en suturas de grandes desgarros vaginales.

Ayudante en histerectomías urgentes.

Supervisión de residentes de primero y segundo año.

9.3.8 Actividades relacionadas con las urgencias.

Nivel de autonomía 1

Supervisión de casos de riesgo según protocolos (preeclampsias, placentas previas, amenazas de parto prematuro, etc.).

Realizar legrados post parto.

Asistir a interrupciones legales de embarazo (voluntaria).

Quistes de ovario torsionados, sin otras complicaciones quirúrgicas.

Desbridamientos de abscesos mamarios.

Laparotomías y laparoscopias exploradoras.

Nivel de autonomía 2

Realizar versión externa en fetos en presentación podálica.

Tratamiento de embarazos ectópicos por laparotomía o laparoscopia.

9.4 Residente de cuarto año.

Al finalizar el cuarto año, el residente debe ser capaz de realizar, con el nivel de autonomía requerido, las siguientes actividades

9.4.1 Actividades relacionadas con competencias comunes.

Nivel de autonomía 1

Comunicar con pacientes en situaciones emocionales inestables.

Interpretar un informe de actividad o de calidad en Obstetricia y Ginecología.

Realizar de forma autónoma una lectura crítica de las revisiones médicas.

Realizar de forma autónoma una lectura crítica de protocolos y guías clínicas.

Elaborar de forma autónoma una comunicación y un artículo para publicación.

Supervisar a los residentes de 1.º y 2.º año.

Nivel de autonomía 2

Interpretar un artículo de evaluación económica en salud: Valorar el coste utilidad de una decisión médica.

Participar en comités de calidad y de ética asistencial (optativo).

9.4.2 Actividades relacionadas con la oncología ginecológica.

Nivel de autonomía 1

Realizar una anamnesis y exploración correcta.

Indicar e interpretar correctamente las pruebas complementarias (marcadores biológicos, marcadores biofísicos, RNM, TAC).

Interpretar los resultados de anatomía patológica.

Orientar el proceso diagnóstico y terapéutico.

Realizar el control prequirúrgico y postquirúrgico especializado.

Realizar una exploración orientada a la búsqueda de recidivas.

Nivel de autonomía 2

Comunicar a la paciente y sus familiares la sospecha diagnóstica, las alternativas terapéuticas y el pronóstico.

Participar en los comités multidisciplinares para decidir el plan terapéutico.

9.4.3 Actividades relacionadas con la patología mamaria.

Nivel de autonomía 1

Realizar una correcta anamnesis y exploración mamaria.

Diagnosticar y tratar la secreción mamaria.

Diagnosticar y tratar las tumoraciones benignas de la mama.

Diagnosticar y tratar las lesiones del pezón.

Identificar pacientes de alto riesgo oncológico.

Indicar, interpretar y comunicar correctamente las pruebas complementarias (mamografías, ecografías, resonancias magnéticas, pruebas hormonales, resultados de anatomía patológica).

Orientar el proceso diagnóstico y terapéutica.

Realizar procedimientos diagnósticos invasivos (PAAF, BAG,...).

Nivel de autonomía 2

Comunicar a la paciente y sus familiares la sospecha diagnóstica, las alternativas terapéuticas y el pronóstico.

Participar en los comités multidisciplinares para decidir el plan terapéutico.

9.4.4 Actividades relacionadas con el diagnóstico prenatal.

Nivel de autonomía 1

Establecer un pronóstico con los marcadores bioquímicos y ecográficos de cromosomopatías.

Indicar y realizar amniocentesis de I y II trimestre.

Orientar los resultados genéticos.

Orientar los casos de patología infecciosa prenatal.

Nivel de autonomía 2

Realizar un consejo reproductivo.

Nivel de autonomía 3

Biopsias coriales.

Otras técnica invasivas fetales si se realizan en su unidad docente.

9.4.5 Actividades relacionadas con cirugías programadas.

Nivel de autonomía 1

Cirujano en casos seleccionados de oncología no complicados.

Cirujano en lesiones benignas de mama, biopsias quirúrgicas y tumorectomías.

Nivel de autonomía 2

Cirugía benigna por laparoscopia.

Tumorectomías con marcaje.

Mastectomías simples.

Nivel de autonomía 3

Intervenciones laparoscópicas y laparotómicas oncológicas.

Linfadenectomía axilar completa / Ganglio centinela.

Cirugía oncoplástica reconstructiva de la mama.

9.4.6 Actividades relacionadas con la asistencia al parto.

Nivel de autonomía 1

Supervisar y coordinar a los demás residentes de la guardia.

Asistir a partos gemelares pretérmino.

Asistir a distocias de hombros.

Diagnosticar y tratar la rotura uterina.

Realizar cesáreas complicadas y urgentes.

Suturar dehiscencias de cesáreas anteriores.

Reparar desgarros de periné complicados.

Nivel de autonomía 2

Atender a pacientes en situación de emergencia vital (shock de cualquier etiología).

Diagnosticar y tratar la inversión uterina.

Realizar la histerectomía posparto.

9.4.7 Actividades relacionadas con las urgencias.

Nivel de autonomía 1

Realizar laparoscopias diagnósticas.

Indicar y realizar laparotomías exploradoras.

Realizar la cirugía de urgencias en anejos con procesos adherenciales e infecciosos.

Nivel de autonomía 2

Participar en el control y tratamiento multidisciplinar de gestantes en situación de riesgo vital.

Solucionar ectópicos accidentados por laparoscopia.

Tratar eventraciones y dehiscencias quirúrgicas.

10. ATENCIÓN CONTINUADA/GUARDIAS

Las guardias tienen carácter formativo y se realizarán durante todos los años de formación.

Durante las rotaciones, los residentes de Obstetricia y Ginecología realizarán guardias en las mismas condiciones que el servicio que los acoja y en su caso, en urgencia hospitalaria.

Se recomienda que el número de guardias sea entre 4 y 6 mensuales.

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en
la especialidad de Obstetricia y Ginecología

ANEXO III**Competencias Específicas y Habilidades
obtenidas en la Asignatura de
Obstetricia y Ginecología**

Se está llevando a cabo un Proyecto de Investigación que lleva por título "*Continuo Formativo Competencial de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología en Castilla y León*" en el que se pretende analizar la adquisición de las competencias formativas en esta especialidad, desde el Grado en Medicina, hasta el Especialista y su posterior formación continuada.

El **objetivo** de la presente Encuesta es conocer tu opinión sobre el grado en que se adquieren estas competencias en el Grado en Medicina.

Este cuestionario es **anónimo e individual**. Tu participación queda protegida por el **secreto estadístico**, regulado en la *Ley 7/2000, de 11 de julio, de Estadística de Castilla y León*, por lo que en ningún caso tus respuestas serán utilizadas de forma individual o para fines diferentes a los de este estudio.

Para cualquier consulta o aclaración puedes ponerte en contacto con **Ana Román de la Peña**:
Correo electrónico: aromanpena@saludcastillayleon.es

P1.- Sexo:

- Mujer ⁽¹⁾ Hombre ⁽²⁾

P2.- Grupo de edad:

- 18-25 años ⁽¹⁾ 26-35 años ⁽²⁾ 36-45 años ⁽³⁾ 46 años o más ⁽⁴⁾

P3.- Situación actual:

- Profesor de la Universidad de Obstetricia y Ginecología ⁽¹⁾
 Alumno de 5º curso del Grado en Medicina ⁽²⁾

P3.1- ¿Has superado la asignatura de Obstetricia y Ginecología?:

- Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en la especialidad de Obstetricia y Ginecología

1. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

Puntúa en una escala de 1 a 5 tu grado de conocimiento las siguientes competencias específicas, siendo 1 la puntuación mínima (ausencia de conocimiento) y 5 la puntuación máxima (total conocimiento):

	Ausencia conocimiento (-)				Total conocimiento (+)
P4.1. Conoces los fundamentos de la exploración y seguimiento del embarazo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
P4.2. Conoces y diferencias el curso del embarazo normal y el patológico.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
P4.3. Conoces cómo se realiza la asistencia al parto normal y patológico.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
P4.4. Conoces el puerperio normal y patológico.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
P4.5. Conoces las enfermedades de transmisión sexual.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
P4.6. Reconoces, sabes diagnosticar y orientar el manejo de las principales patologías ginecológicas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
P4.7. Sabes los fundamentos científicos y la orientación de la contracepción y la fertilización.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
P4.8. Reconoces, sabes diagnosticar y orientar la patología mamaria.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

2. HABILIDADES

En cuanto a los siguientes ítems, ¿dispones de la habilidad que se menciona? Marca si tienes la habilidad (Sí) o no la tienes (No) según corresponda:

P5.1. Mostrar comprensión y sensibilidad ante la paciente obstétrica o ginecológica, sabiendo preservar su dignidad y guardando el secreto profesional.....	<input type="radio"/>	Sí (1)	<input type="radio"/>	No (2)
P5.2. Saber realizar una anamnesis para conformar una historia clínica obstétrico-ginecológica y exploraciones básicas de la especialidad bajo supervisión.....	<input type="radio"/>	Sí (1)	<input type="radio"/>	No (2)
P5.3. Conocer las diversas patologías obstétricas y ginecológicas y tener los conocimientos necesarios para aproximarse a un diagnóstico.....	<input type="radio"/>	Sí (1)	<input type="radio"/>	No (2)
P5.4. Saber analizar los síntomas, signos, exploración clínica y exploraciones complementarias habituales de la patología obstétrica y ginecológica, para alcanzar un diagnóstico.....	<input type="radio"/>	Sí (1)	<input type="radio"/>	No (2)
P5.5. Saber valorar la evolución, el pronóstico y el tratamiento de la patología obstétrico-ginecológica más frecuente.....	<input type="radio"/>	Sí (1)	<input type="radio"/>	No (2)

**FIN DEL CUESTIONARIO
MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

ANEXO IV ENCUESTA COMPETENCIAL ESPECIALIDAD**Encuesta Competencial del Programa de
Formación MIR de Especialistas en
Obstetricia y Ginecología**

Se está llevando a cabo un Proyecto de Investigación que lleva por título "*Continuo Formativo Competencial de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología en Castilla y León*" en el que se pretende analizar la adquisición de las competencias formativas en esta especialidad, desde el Grado en Medicina, hasta el Especialista y su posterior formación continuada.

El **objetivo** de la presente Encuesta es conocer tu opinión sobre el grado en que se adquieren estas competencias durante el Programa de Formación de Especialista en Obstetricia y Ginecología.

Este cuestionario es **anónimo e individual**. Tu participación queda protegida por el **secreto estadístico**, regulado en la *Ley 7/2000, de 11 de julio, de Estadística de Castilla y León*, por lo que en ningún caso tus respuestas serán utilizadas de forma individual o para fines diferentes a los de este estudio.

Para cualquier consulta o aclaración puedes ponerte en contacto con **Ana Román de la Peña**:

Correo electrónico: aromanpena@saludcastillayleon.es

P1.- Sexo:

- Mujer ⁽¹⁾ Hombre ⁽²⁾

P2.- Grupo de edad:

- 18-25 años ⁽¹⁾ 26-35 años ⁽²⁾ 36-45 años ⁽³⁾ 46 años o más ⁽⁴⁾

P3.- Actividad profesional:

- Tutor de Residentes de Obstetricia y Ginecología ⁽¹⁾
 Residente de Obstetricia y Ginecología ⁽²⁾

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en la especialidad de Obstetricia y Ginecología



Puntúa en una escala de 1 a 5 el grado en que se adquieren las siguientes **competencias** al finalizar la formación como **Especialista en Obstetricia y Ginecología**, siendo 1 la puntuación mínima y 5 la puntuación máxima:

Al finalizar el período de formación como Especialista, el Residente debe ser capaz de demostrar:

PROFESIONALIDAD	Puntuación mínima (-)					Puntuación máxima (+)				
P4.1. Realizar el trabajo asignado.	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
P4.2. Aceptar la responsabilidad del ejercicio profesional.....	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
P4.3. Conocer el protocolo de supervisión del residente.....	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
P4.4. Respetar los límites de su capacidad.....	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
P4.5. Solicitar ayuda si es necesario.	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
P4.6. Conocer los derechos de los pacientes en aspectos éticos del ejercicio profesional.	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	Puntuación mínima (-)					Puntuación máxima (+)				
P5.1. Comunicarse de forma efectiva con pacientes y familiares.	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
P5.2. Comunicarse de forma efectiva con otros miembros del servicio.	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
P5.3. Comunicarse de forma efectiva con el resto del personal sanitario.	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
P5.4. Participar en sesiones clínicas y/o bibliográficas.	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
P5.5. Presentar casos clínicos correctamente.	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				

CONOCIMIENTOS MÉDICOS	Puntuación mínima (-)					Puntuación máxima (+)				
P6.1. Estar al día de los conocimientos médicos.	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
P6.2. Resolver los problemas clínicos con pensamiento analítico.	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
P6.3. Establecer juicios clínicos correctos.....	<input type="radio"/>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				

(Pasa a la página siguiente)

2 de 3

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en
la especialidad de Obstetricia y Ginecología

ANEXO V PÁGINA DE REFLEXIÓN PERSONAL DEL RCOG

Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists

RCOG Personal Reflection Template

Name	Role
Date of the activity	Date reflective note completed

<p>Title and description of the event</p> <ul style="list-style-type: none"> Why was this activity selected for CPD?

<p>What did you learn?</p> <p>Describe how this activity contributed to the development of your knowledge, skills or professional behaviours. You may wish to link this learning to one or more of the GMC Good Medical Practice domains to demonstrate compliance with their principles and values, i.e.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Knowledge, skills and performance Safety and Quality Communication, partnership and teamwork Maintaining Trust

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en
la especialidad de Obstetricia y Ginecología

<p>Describe here ways in which <i>your own behaviour</i> will change as a result of reflecting on this event and give a timescale for your actions</p> <ul style="list-style-type: none"> How have your knowledge, skills and professional behaviours changed? Have you identified any skills and/or knowledge gaps relating to your professional practice? What changes to your professional behaviour have you identified as desirable? How will this activity or event lead to improvements in patient care or safety? How will your current practice change as a result? What aspects of your current practice did you feel were reinforced? What changes in your team/department/organisation's working have you identified as necessary?

<p>Have any other issues come out of the experience/event?</p> <ul style="list-style-type: none"> If further learning and development needs have been identified how do you intend to address these? <ul style="list-style-type: none"> Set SMART objectives for these (i.e. Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound); Can you identify any further <i>specific needs</i> to discuss with your appraiser for your personal development? If so then you must include these in your appraisal submission and reflect them in your PDP 	
<p>Learning needs</p>	
<p>S M A R T</p>	<p>Objectives</p>

Continuo formativo competencial de los licenciados sanitarios en Castilla y León en
la especialidad de Obstetricia y Ginecología
