



---

**Universidad de Valladolid**

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA

TESIS DOCTORAL:

**Análisis de percepción de satisfacción en la formación  
de la especialidad de Obstetricia y Ginecología.**

**Visión de las figuras docentes.**

Presentado por Alicia Benavente Berzosa para optar al grado  
de doctora por la Universidad de Valladolid

Dirigida por:  
María Jesús Pérez Curiel  
J. Javier Castrodeza Sanz



## **AGRADECIMIENTOS**

A los Directores de este proyecto. A Doña M<sup>a</sup> Jesús Pérez Curiel, por aceptar la realización de esta Tesis bajo su dirección, por su entusiasmo y disposición, por guiarme, aconsejarme y animarme en todo momento. A Don J. Javier Castrodeza Sanz, por tutorizarme y apoyarme en este proyecto.

A la Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud. A su Directora General, Esperanza Vázquez Boyero y a la Jefa del Servicio de Formación, Mónica Pérez Álvarez por su colaboración para facilitarme los datos necesarios para el estudio. Al departamento de estadística, y muy especialmente a Ana Dorado Díaz por facilitar y guiar mis ideas; por su generosidad, capacidad de trabajo y buen hacer.

A mi familia, cuya confianza y apoyo constante constituyen el empuje para este y otros proyectos, y a mis amigos.



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA

**ANÁLISIS DE PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN EN LA FORMACIÓN DE  
LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.**

**VISIÓN DE LAS FIGURAS DOCENTES**

Alicia Benavente Berzosa

**RESUMEN**

**Antecedentes:** La formación postgraduada de médicos especialistas por el sistema de residencia está íntimamente ligada al desarrollo funcional de la sanidad en España, sin embargo, se trata de un fenómeno complejo que involucra a muchas personas y estructuras. Por un lado, el médico interno residente (MIR) debe adaptarse a un doble papel como discentes y como proveedor de asistencia sanitaria, por otro lado, las unidades acreditadas para la docencia y en el especial los tutores de residentes asumen con la sociedad la responsabilidad de la labor docente que conduzca a la capacitación de los futuros profesionales del sistema de salud. Todo este proceso se desarrolla sobre las bases de una normativa legal específica, con programas y diseños formativos que deben adaptarse a los continuos progresos de la medicina y de la educación en competencias, y buscando un complejo equilibrio entre la responsabilidad de la progresiva adquisición de competencias por parte del médico residente y la obligación de la seguridad del paciente. Se trata además de un sistema dinámico,

sometido a condicionantes de presión asistencial, de gestión y optimización de recursos disponibles tanto materiales como humanos, así como interrelaciones personales, de equipo e institucionales. La satisfacción en la formación médica es uno de los principales indicadores de la calidad del proceso, y su evaluación es una exigencia legal. Conocer el punto de vista de las figuras (residente y tutor) directamente implicadas en el proceso de formación de médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología permite identificar los factores que afectan al aprendizaje y a la satisfacción, con el fin de desarrollar acciones correctivas específicas.

**Material y métodos:** El estudio se ha llevado a cabo a partir de las encuestas de opinión y satisfacción sobre formación médica especializada efectuadas, por la Gerencia Regional de Salud a través de la Dirección General de Recursos Humanos, a residentes y tutores de residentes en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Se ha dispuesto, de los informes estadísticos con los resultados globales y por especialidades de las encuestas, así como de los microdatos de la especialidad de Obstetricia y Ginecología proporcionados por el Servicio de Formación de la Gerencia Regional de Salud, correspondientes al periodo 2010-2013

**Resultados:** La tasa de respuesta a la encuesta de satisfacción en la formación de la especialidad de Obstetricia y Ginecología fue del 73% -75% para los residentes y del 92% para los tutores (38% y 43,8% respectivamente, en el año 2003, primero de distribución on line de la encuesta). En el conjunto de Castilla y León, desde la implantación de la encuesta de satisfacción de residentes no se ha evidenciado una progresión clara hacia la mejora de la percepción de satisfacción. La mayoría de los aspectos identificados como responsables de un detrimento en la percepción de satisfacción del residente de Obstetricia y Ginecología, son subsidiarios de resolución a nivel del centro sanitario o unidad docente (valoración de su opinión en la planificación del trabajo, trato igualitario entre profesionales, sobrecarga de trabajo, compromiso de la dirección con el bienestar del residente), y algunos de ellos deberían corregirse en cumplimiento de la legislación vigente (valoración de la progresión con el tutor, entrevista estructurada, supervisión del grado de responsabilidad). Respecto a los tutores de Obstetricia y Ginecología, los factores determinantes de una menor percepción de satisfacción están relacionados con la existencia de un ambiente de trabajo facilitador de la docencia, y con la dotación de recursos por parte de las instituciones: recursos materiales, humanos y de formación.

UNIVERSITY OF VALLADOLID

FACULTY OF EDUCATION AND SOCIAL WORK

DEPARTMENT OF PEDAGOGY

**ANALYSIS OF THE SATISFACTION PERCEPTION ON THE OBSTETRICS  
AND GYNECOLOGY SPECIALTY TEACHING.**

**VISION OF THE TRAINERS AND THE TRAINEES**

Alicia Benavente Berzosa

**ABSTRACT**

**Background:** Postgraduate training of medical specialists by the residence system is intimately connected with the functional development of health system in Spain, however, this is a complex phenomenon that involves many people and structures. On the one hand, the resident doctor (MIR) must adapt to a dual role as learner and as health care provider, on the other hand, accredited units for teaching and especially resident's tutors assume a society responsibility for teaching and training to the future professionals of the health system. This whole process is developed on the basis of specific legal rules, with programs and formative designs that must adapt to the continuous progress of medicine and education in skills, and looking for a complex balance between responsibility for the progressive acquisition of skills by the resident doctor and the obligation of the safety of the patient. Additionally this is a dynamic system, subject to the constraints of pressure care, to the management and optimization

of available material and human resources, as well as to personal, team and institutional relationships. Satisfaction in medical education is one of the main indexes of the quality of the process and its evaluation is a legal requirement. Knowing the perception of the main actors (resident doctors and tutors) involved in the obstetrics and gynecology specialty training will allow us to identify those factors affecting the learning process and the satisfaction, in order to develop and implement specific corrective actions.

**Material and methods:** The study has been conducted from the opinion and satisfaction polls about the specialized medical training carried out by the Regional Health Management Unit through the Human Resources General Direction, addressed to the residents and their tutors within Castilla y León autonomic region. It has arranged statistical reports for the period 2010-2013, with the survey's overall results and detailed by specialty, as well as micro-data from the specialty of Obstetrics and Gynecology provided by the Training Service of the Regional Health Management Unit.

**Results:** The response rate to the satisfaction poll on the Obstetrics and Gynecology specialty training was 73% - 75% for the residents and 92% for the tutors (38% and 43.8% respectively, in the year 2003, the first one in which the on-line poll was held). Since the implantation of satisfaction survey in Castilla y León, there has not been a clear improvement on the perception of the resident's satisfaction. Main causes associated to a detriment in the perception of the Obstetrics and Gynecology resident satisfaction are subsidiaries of resolution at the Health Center level or at the training Unit level (assessment of the resident's opinion about the job planning, equal treatment among professionals, work overload, management's commitment to the resident welfare), and some of them should be resolved in compliance with the legislation in force (estimation of progression with the tutor, structured interview, supervision of the degree of responsibility). Regarding the Obstetrics and Gynecology tutors, the determinants factors of a lower perception of satisfaction are associated to the existence of a work environment which facilitates the teaching, and with the allocation of resources by the institutions: training, human, and material resources.

**“El profesionalismo requiere de nosotros la capacidad para aplicarnos los estándares más altos, aun cuando no hay nadie más para juzgarnos que nosotros mismos”.**

**Nisbet**



# ÍNDICE DE CONTENIDOS

---



# ÍNDICE

<b>1.- INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>p.21</b>
<b>2.- OBJETIVOS.....</b>	<b>p.31</b>
<b>2.1.- GENERALES.....</b>	<b>p.33</b>
<b>2.2.- ESPECÍFICOS.....</b>	<b>p.33</b>
<b>3.- MARCO LEGISLATIVO.....</b>	<b>p.35</b>
<b>3.1.- INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>p.37</b>
<b>3.2.- HISTORIA.....</b>	<b>p.38</b>
Reglamento para las subdelegaciones de sanidad interior del reino, de 24 de julio de 1848.....	p.38
LEY DE 28 DE NOVIEMBRE DE 1855, sobre servicio general de sanidad.....	p.38
INSTRUCCIÓN GENERAL de 12 de enero de 1904.....	p.38
LEY DE ESPECIALIDADES MÉDICAS de 20 julio de 1955.....	p.38
CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA de 1978.....	p.39
ÓRDENES MINISTERIALES de 3 de septiembre de 1969 y 28 de julio de 1971...	p.39
REAL DECRETO 2015/1978, DE 15 DE JULIO, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas.....	p.40
REAL DECRETO 3303/1978, DE 29 DE DICIEMBRE, sobre especialidades de la profesión médica.....	p.40
LEY 24/1982, DE 16 DE JUNIO, sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas.....	p.41
REAL DECRETO 127/1984, DE 11 DE ENERO, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista.....	p.41
REAL DECRETO 1497/1999 DE 24 DE SEPTIEMBRE, de procedimiento excepcional de acceso al título de especialista.....	p.42
REAL DECRETO 139/2003, DE 7 DE FEBRERO, por el que se actualiza la regulación de la formación médica especializada.....	p.42
<b>3.3.- LEGISLACIÓN VIGENTE.....</b>	<b>p.43</b>
<b>3.3.1.- LEGISLACIÓN ESTATAL.....</b>	<b>p.43</b>
LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, General de sanidad.....	p.43
LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud.....	p.43
LEY 44/2003, DE 21 DE NOVIEMBRE, de ordenación de las profesiones sanitarias.....	p.46

REAL DECRETO 1146/2006, DE 6 DE OCTUBRE, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud.....	p.50
REAL DECRETO 183/2008, DE 8 DE FEBRERO, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.....	p.55
ORDEN SCO/581/2008, por la que se determinan los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.....	p.68
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.....	p.68
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.....	p.69
<b>3.3.2- LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.....</b>	<b>p.71</b>
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.....	p.71
ORDEN SAN/702/2010, DE 19 DE MAYO, por la que se regula la evaluación y control de la formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.....	p.84
ORDEN SAN/5612010, de 31 de MARZO, por la que regula el procedimiento para la autorización de las rotaciones externas de los especialistas en formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.....	p.93
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.....	p.93
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.....	p.94
<b>4. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>p.95</b>
<b>4.1.- SISTEMA MIR.....</b>	<b>p.97</b>
<b>4.2.-PROGRAMA FORMATIVO DE LA ESPECIALIDAD DE</b>	
<b>OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.....</b>	<b>p.103</b>
4.2.1.- COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD.....	p.103
4.2.2.- PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE	
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.....	p.103

<b>4.3.- COMPETENCIA EN LOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN.....</b>	<b>p.110</b>
4.3.1.- DEFINICIÓN DE COMPETENCIA.....	p.110
• Competencia profesional.....	p.111
• Competencia clínica.....	p.112
• Competencia en una especialidad.....	p.114
4.3.2.- COMPONENTES DE LA COMPETENCIA CLÍNICA.....	p.114
<b>4.4.- HABILIDADES DOCENTES CLÍNICAS.....</b>	<b>p.118</b>
4.4.1.- DOCENCIA CLÍNICA: CONTENIDO.....	p.118
4.4.2.- MODELOS FORMATIVOS.....	p.122
• La formación de adultos.....	p.126
4.4.3.- METODOLOGÍA DOCENTE EN CLÍNICA.....	p.128
• El aprendizaje basado en problemas.....	p.136
• Feedback tutor-residente.....	p.138
4.4.4.- LA EVALUACIÓN EN DOCENCIA CLÍNICA POSTGRADO.....	p.140
4.4.4.1.- IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN.....	p.140
4.4.4.2.- MÉTODOS DE EVALUACIÓN.....	p.140
4.4.4.3.- HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN.....	p.142
• Portafolio.....	p.149
• El libro del residente de Obstetricia y Ginecología.....	p.152
<b>4.5.- ASPECTOS ÉTICOS EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES</b>	<b>p.157</b>
5.5.1.- PRINCIPIOS ÉTICOS.....	p.158
5.5.2.- RESPONSABILIDADES ÉTICAS EN DOCENCIA CLÍNICA.....	p.161
• Responsabilidad del residente.....	p.161
• Responsabilidad del docente.....	p.162
• Responsabilidad de la institución.....	p.162
<b>4.6.- EL TUTOR FORMADOR.....</b>	<b>p.164</b>
5.6.1.- CARACTERÍSTICAS DEL TUTOR DE RESIDENTES.....	p.166
5.6.2.- FUNCIONES DEL TUTOR.....	p.168
<b>4.7.- EL MÉDICO RESIDENTE COMO DOCENTE.....</b>	<b>p.174</b>

<b>5.- MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>p.179</b>
<b>5.1.- MATERIAL.....</b>	<b>p.181</b>
<b>5.2.- MÉTODOS.....</b>	<b>p.186</b>
<b>6.- RESULTADOS.....</b>	<b>p.189</b>
<b>6.1.- RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.....</b>	<b>p.191</b>
6.1.1.- RESULTADOS DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA POR DIMENSIONES: ENCUESTA RESIDENTES.....	p.191
6.1.2.- RESPECTO DE LOS RESULTADOS GLOBALES DE LA ENCUESTA DE OPINIÓN Y SATISFACCIÓN DE RESIDENTES.....	p.194
6.1.3.- RESPECTO DE LOS RESULTADOS DE CADA ESPECIALIDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA: ENCUESTA RESIDENTES.....	p.200
• Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología.....	p.201
• Angiología y Cirugía Vasculat.....	p.207
• Anestesiología y Reanimación.....	p.213
• Oftalmología.....	p.219
• Otorrinolaringología.....	p.225
• Traumatología y Cirugía Ortopédica.....	p.231
• Urología.....	p.237
6.1.4.- RESULTADOS DE LOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA POR ÍTEM, DETECCIÓN DE LOS ÍTEMS CAUSANTES DE LAS DIMENSIONES MENOS VALORADAS..	p.243
6.1.5.- RESULTADOS DE LOS RESIDENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA POR DIMENSIONES COMPARADAS, ÍTEMS CAUSANTES DE LAS DIMENSIONES COMPARATIVAMENTE MENOS VALORADAS.....	p.247

<b>6.2.- RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE TUTORES DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.....</b>	<b>p.254</b>
6.2.1.- RESULTADOS DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA POR DIMENSIONES: ENCUESTA TUTORES.....	p.254
6.2.2.- RESPECTO DE LOS RESULTADOS GLOBALES DE LA ENCUESTA DE OPINIÓN Y SATISFACCIÓN DE TUTORES.....	p.257
6.2.3.- RESPECTO DE LOS RESULTADOS DE CADA ESPECIALIDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA: ENCUESTA TUTORES.....	p.259
• Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología.....	p.260
• Angiología y Cirugía Vascular.....	p.261
• Anestesiología y Reanimación.....	p.262
• Oftalmología.....	p.264
• Otorrinolaringología.....	p.265
• Traumatología y Cirugía Ortopédica.....	p.266
• Urología.....	p.268
6.2.4.- RESULTADOS DE LOS TUTORES DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA POR ÍTEM, DETECCIÓN DE LOS ÍTEMS CAUSANTES DE LAS DIMENSIONES MENOS VALORADAS...	p.270
6.2.5.- RESULTADOS DE LOS TUTORES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA POR DIMENSIONES COMPARADAS, ÍTEMS CAUSANTES DE LAS DIMENSIONES COMPARATIVAMENTE MENOS VALORADAS.....	p.275

<b>7.- DISCUSIÓN.....</b>	<b>p.279</b>
<b>7.1.- RESPECTO DE LA TASA DE RESPUESTA.....</b>	<b>p.282</b>
<b>7.2- PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE RESIDENTES Y TUTORES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA RESPECTO AL GLOBAL DE CASTILLA Y LEÓN.....</b>	<b>p.285</b>
<b>7.3.-PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DEL RESIDENTE DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, FACTORES DETERMINANTES.....</b>	<b>p.288</b>
• Evaluación y Reconocimiento.....	p.288
• Planificación del trabajo.....	p.290
• Tutor-Formador.....	p.294
• Ambiente de trabajo.....	p.299
<b>7.4.- PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DEL TUTOR DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, FACTORES DETERMINANTES.....</b>	<b>p.301</b>
• Medios y recursos.....	p.301
• Formación.....	p.305
• Ambiente-Interacción con los compañeros.....	p.308
<b>8.- CONCLUSIONES.....</b>	<b>p.311</b>
<b>8.1.- CONCLUSIONES.....</b>	<b>p.313</b>
<b>8.2.- PROPUESTAS.....</b>	<b>p.315</b>
<b>8.3.- INVESTIGACIÓN FUTURA.....</b>	<b>p.319</b>
<b>9.- ANEXOS.....</b>	<b>p.321</b>
ANEXO I: Encuesta de opinión y satisfacción de residentes.....	p.323
ANEXO II: Cuestionario de opinión y satisfacción del docente.....	p.327
ANEXO III: Ficha de evaluación del residente en cada rotatorio.....	p.333
ANEXO IV: Plan Marco de Gestión de Calidad Docente.....	p.337
<b>10.- BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>p.343</b>

<b>11.- GLOSARIO.....</b>	<b>p.375</b>
<b>12.- RELACIÓN DE TABLAS.....</b>	<b>p.379</b>
<b>13.- RELACIÓN DE ILUSTRACIONES.....</b>	<b>p.385</b>



# CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

---



## 1.- INTRODUCCIÓN

La sanidad en España ha evolucionado hacia una mejora de la calidad, exigiendo a los profesionales el cumplimiento de los niveles de competencia necesarios para salvaguardar el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, la exigencia derivada de una alta tecnificación desembocó en el desarrollo de la medicina en equipo, y, el objetivo de una protección de la salud a todos los niveles, condujo al desarrollo de una medicina socializada en la que la complejidad asistencial obliga a una estructuración de medicina grupal con equipos interrelacionados. En todo este complejo entramado se sitúa el médico residente a quien, como médico especialista en formación, corresponde un doble papel como discente y asistencial. Además, por ser una profesión dedicada a cuidar la salud de los individuos en la que el éxito definitivo es imposible, la insatisfacción que genera la inseguridad, puede acompañarle en su trayectoria.

El núcleo en torno al cual se desarrollan las especialidades sanitarias, es el Real Decreto 127/1984 por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico especialista<sup>1</sup> que sin duda, ha sido el elemento clave en el prestigioso desarrollo de nuestro sistema sanitario.

A partir de esta ley, la figura del Médico Residente adquiere una especial relevancia en el sistema sanitario español, tanto desde el punto de vista docente como por su implicación directa en la labor asistencial. Y sobre todo, porque se encomienda a los centros sanitarios la responsabilidad de la labor docente que conduzca a la capacitación de los futuros profesionales del sistema de salud.

Por lo tanto, según establece la legislación vigente actual, el sistema formativo de residencia obliga, simultáneamente, a recibir una formación teórica y práctica y a prestar una labor asistencial programada y supervisada que permitan al especialista en formación adquirir progresivamente, en unidades docentes acreditadas, las competencias profesionales necesarias para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad que está cursando. Es por esto, que la acreditación de centros y servicios

---

<sup>1</sup> Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. *BOE* num.26, de 31 de Enero de 1984.

supone asumir la responsabilidad social de formar médicos de excelencia acorde a un perfil de competencias basado en las necesidades de la práctica clínica moderna y además, demostrar el grado de cumplimiento del compromiso adquirido.

Podría decirse, que la formación de médicos especialistas en el siglo XXI en una sociedad desarrollada, persigue prepararlos para una buena práctica clínica basada en el trabajo en equipo multidisciplinar; que promueve la investigación, enseña a trabajar dentro de las dimensiones del profesionalismo, entrena en una buena comunicación en cualquier circunstancia y enseña a gestionar con calidad los recursos que dependen de ellos. Paralelamente, la necesidad del reciclaje permanente para adaptarse a escenarios cambiantes hace que el autoaprendizaje y el pensamiento crítico sean también imprescindibles (CanMeds, 2009; Kesselheim, Sectish, & Joffe, 2012; Núñez-Cortés, 2012; Vázquez Mata et al., 2011)

Para alcanzar estos objetivos, no parece suficiente con una simple integración funcional en la actividad asistencial de la unidad docente. Se precisa de un programa explícito por objetivos anuales, adaptado al centro, evaluable y flexible en función del aprendizaje del MIR (es decir, no dependiente de las necesidades asistenciales), así como un responsable en el servicio que supervise y garantice el cumplimiento del programa haciéndolo compatible con la realidad asistencial.

Por este motivo, la figura del tutor de médicos residentes es una necesidad organizativa básica y no simplemente el cumplimiento de un formalismo. *“Un servicio que dispone de un tutor que realmente programa, coordina, dirige, supervisa y evalúa la progresión de un MIR, es un servicio que ha asumido con todas sus consecuencias la responsabilidad de estar acreditado para la formación médica especializada y demostrar a la sociedad la calidad de los especialistas que forma”* (J. M. Morán Barrios, 2003).

Hoy en día, es indiscutible la excelencia del sistema MIR (Médico Interno Residente) como método de docencia postgrado para la formación de especialistas (Rodríguez Heredia, Gallegos Cid, & García-Aroba Muñoz, 2004). Y, son varios los estudios publicados que han llevado al reconocimiento de que la formación obtenida por el programa de formación médica especializada mediante el sistema de residencia en las poblaciones estudiadas, tiene una gran cualificación y ha mejorado la calidad asistencial

de los hospitales (Carrasco, 1995; Pijoan, Urkaregi, & Morán, 2001; R. Pujol et al., 1995; R Pujol, JM, & Martínez-Carretero, 1999; Ríos Zambudio, Sánchez Gascón, González Moro, & Guerrero Fernández, 2004a).

No obstante, en una encuesta realizada a residentes de un hospital terciario se constataba que sólo el 57% se mostraba satisfecho con la especialidad escogida tras la elección de la plaza MIR y, puesto que además únicamente el 43% estaba satisfecho con el hospital elegido, resulta que hay un número elevado de residentes que no se sienten recompensados por haber superado el examen MIR, aumentando el grado de insatisfacción a medida que avanza el año residencia (Fernández-Llamazares et al., 1997).

Otra encuesta mostró que, aunque el 98% de residentes eligió la especialidad deseada, sólo el 58% de ellos estaban satisfechos con su formación (Ríos Zambudio, Sánchez Gascón, González Moro, & Guerrero Fernández, 2003). Y más aún, entre el 30% y el 45% de los especialistas jóvenes no volverían a estudiar la carrera de medicina si pudieran retroceder en el tiempo (R. Pujol Farriols, 1997).

En relación a estos datos, se puede definir la motivación como el factor o conjunto de factores que inducen a un comportamiento determinado. Pero la ilusión está basada en unas expectativas, fundadas o no, que llevan a enfrentar una situación con un determinado entusiasmo. La falta de motivación puede ser producto del sistema de valores imperante en la sociedad, que en muchas ocasiones no premia el esfuerzo ni el sacrificio, pero la pérdida de ilusión es resultado de la insatisfacción debida a un ambiente laboral inhóspito y alejado de las expectativas imaginadas (Rodríguez Sanz, 2006). La desmotivación en los profesionales de la salud llega a su nivel máximo con el síndrome de *burnout*, síndrome de desgaste o agotamiento profesional, que puede derivar en una preocupante indiferencia hacia los pacientes con comportamientos poco profesionales o poco respetuosos hacia ellos (Belloch, Renovell, Calabuig, & Gómez, 2000; Shanafelt et al., 2014).

En la literatura, son varios los autores que reflejan algunos defectos inherentes al sistema que pueden conducir a la insatisfacción del residente: ausencia de baremo objetivo al final de la residencia, exceso de carga asistencial del residente en detrimento de su formación (Aspa Marco & Rodríguez de Castro, 2010; R Pujol Farriols & Nogueras Rimblás, 2002), inadecuada supervisión del residente en base a su nivel de

experiencia (Gómez-Beneyto et al., 2011), regulación incorrecta del número de guardias (Fonseca et al., 2010; Papp, Miller, & Strohl, 2006; Wong & Imrie, 2013), falta de adecuación entre oferta de formación de médicos especialistas y la demanda laboral (Blasco Casares, 2004), irregular importancia de la figura y adecuación de los tutores (Tutosaus, 2002)<sup>2</sup>, y anquilosis de los mecanismos de regulación del *feedback* docente-residente (R Pujol, et al., 1999).

Además, en muchas ocasiones, la docencia en las especialidades médicas se ha entendido como algo intrínseco al trabajo diario de la unidad asistencial, en la que participan con mayor o menor intensidad todos los miembros de la misma, de modo que el médico en formación por un lado está bajo la supervisión de un tutor y por otro, se incorpora a la actividad laboral de un servicio asistencial con su organización, recursos y objetivos, bajo la responsabilidad del Jefe de la Unidad. Esta dualidad, tan característica del modelo MIR puede, como afirman algunos autores, contribuir a parte de los problemas surgidos en la selección de los tutores y los conflictos de competencias que frecuentemente se plantean (Álvarez Sánchez et al., 2003; Villalonga et al., 2008).

Y algunos consideran que la mejor medida para prevenir y tratar al residente desmotivado es un tutor motivado (Rodríguez Sanz, 2006). Por esta razón, son varios los artículos publicados que recogen los factores determinantes de la satisfacción de los tutores de residentes en su actividad docente como son la planificación del proceso formativo (Romero-Sánchez, Anza-Aguirrezabala, & Saura-Llamas, 2012), idoneidad de la selección, valoración y reconocimiento de los tutores (J. a. Álvarez Sánchez, M. D. Vicent García, J. M. Salamanca Escobedo, F. Pérez Iglesias, & M. Carrasco Asenjo, 2003; Asesoras, 2004; Núñez-Cortés, 2012), escasa compensación económica, laboral y científica de los tutores y docentes (Olivé, 2002), así como adecuación del tiempo disponible para la docencia y para la propia formación (Gil Latorre & Rivera Casares, 2007; Villalonga, et al., 2008).

No obstante, más allá de las críticas al sistema, extensamente regulado por la legislación vigente, se encuentran publicados en la literatura varios artículos relativos a la satisfacción de los residentes respecto a la formación recibida (Blasco Casares, 2004; García Serrano, Pérez Díaz, Abós Pueyo, & Expósito Martínez, 1998; R. Pujol Farriols, 1997; Saura-Llamas et al., 2001), con resultados dispares y grupos de estudio muy restringidos a una especialidad en concreto (Andreu et al., 2012; Gómez-Beneyto, et al.,

---

<sup>2</sup> Editorial. (1998). Tutorías y aprendizaje en la formación médica especializada. *JANO*, LV.Vol. LV, n°1266: 583.

2011; López Timoneda, Moro, & Tejedor, 2007; Piessen et al., 2013; Rodríguez González et al., 2000; Saura-Llamas, et al., 2001) o a todos los residentes de una determinada unidad docente o centro (Oristrell, Oliva, Casanovas, Comet, & Navarro, 2014; Pijoan, et al., 2001; Ríos Zambudio, Sánchez Gascón, González Moro, & Guerrero Fernández, 2004b; Vázquez Mata, et al., 2011).

Además, dada la gran discordancia entre la formación fundamentalmente teórica de las facultades de medicina y la formación eminentemente práctica, basada en la experiencia clínica, del periodo de residencia es necesaria la adaptación del médico residente a un sistema formativo en el que los límites entre educación y trabajo son frecuentemente imperceptibles, pudiendo esto ser fuente de insatisfacción en base a la discrepancia entre sus expectativas y sus preferencias (Biedma-Velázquez, Serrano-Del-Rosal, García-De-Diego, & Cerrillo-Vidal, 2012).

En la literatura, son prácticamente inexistentes las publicaciones relativas a la satisfacción en la formación en la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Es preocupante, sin embargo, conocer que el estudio llevado a cabo por Kravitz (2003) entre médicos especialistas en EEUU, mostró un 27,5% de los obstetras y ginecólogos encuestados insatisfechos o muy insatisfechos con sus carreras en medicina, y comparado con otras especialidades ocuparon el puesto número 30 de 31 especialidades evaluadas en términos de satisfacción laboral. ¿Podrían estos resultados extrapolarse a los médicos en formación?

Estudios llevados a cabo con residentes de Obstetricia y Ginecología como el de Becker (2006), mostró un 83% de residentes satisfechos con la carrera elegida, tanto de medicina como de la especialidad, a pesar de esto, el 83% presentaban niveles moderados de *burnout* y el 34% mostró síntomas depresivos. El 96% reconocieron estar preocupados o muy preocupados por su involucración en situaciones de mala praxis. Además, comparado con los valores normalizados para la profesión médica, las puntuaciones de los residentes relativos a agotamiento emocional y despersonalización, se situaban por encima del punto de corte. Los niveles de *burnout* detectados en otros estudios fueron del 18% (Garza, Schenider, Promenece, & Monga, 2004) y 58% (Castelo-Branco et al., 2007).

También Schneider et al. (2002) encontraron un 27,5% de residentes de Obstetricia y Ginecología con puntuaciones indicativas de estrés maladaptativo ocupacional.

La formación posgraduada de médicos especialistas es, por tanto, un fenómeno complejo en el que están implicadas muchas personas y estructuras. Esta formación, asume con la sociedad una gran responsabilidad porque finalizará con el retorno al mundo del trabajo de profesionales que atenderán a la salud de los ciudadanos durante algunas décadas. Y está demostrado que los individuos satisfechos en su actividad profesional son más eficientes y demuestran más altos niveles de calidad. Teniendo en cuenta todos estos aspectos, resulta obligado asumir que este proceso de formación necesita ser evaluado para una mejora continua.

Es un hecho constatado que conocer el punto de vista de los actores directamente implicados (residentes y docentes) en este campo es crucial, puesto que si se identifican los factores que afectan al aprendizaje y satisfacción en la formación de los especialistas médicos, los programas de formación pueden llevar a cabo cambios que conduzcan a crear un ambiente en el que los residentes y los docentes disfruten de la formación en lugar de cuestionarla.

Pero más allá de lo que las instituciones sanitarias, residentes y docentes puedan considerar deseable o beneficioso, es necesario tener en cuenta que, también la legislación actual establece obligaciones relativas a la evaluación de la formación de especialistas sanitarios. En respuesta al Real Decreto 183/2008<sup>3</sup>, de 8 de febrero, de cuyo desarrollo se hace responsable a las comunidades autónomas, la Comunidad de Castilla y León dicta el 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<sup>4</sup>, y que establece que, *“para el seguimiento de la calidad de la formación especializada, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, a través de la Dirección General de Recursos Humanos, efectuará, una encuesta anual y anónima a todos los residentes que se formen en su ámbito, para comprobar su grado de satisfacción en cuanto a la formación recibida”*. En el artículo 9 se especifica que estas encuestas se efectuarán anualmente, preferentemente en el último trimestre de

---

<sup>3</sup> Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE núm. 45, de 21 de Febrero de 2008.

<sup>4</sup> 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 Noviembre de 2009.

cada periodo formativo anual, respecto de todos los residentes que se formen en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Y deberá comprender todos los aspectos que incidan decisivamente en el sistema de formación sanitaria especializada permitiendo valorar el funcionamiento y adecuación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la unidad en la que se estén formando, el funcionamiento docente de las distintas unidades asistenciales y dispositivos por los que roten durante sus periodos formativos y cualesquiera otras cuestiones que, asimismo, permitan evaluar el grado de satisfacción respecto de la formación recibida.

Sobre la base de esta norma, la Comunidad de Castilla y León diseña una herramienta de gestión interna de mejora de la calidad en la formación de especialistas sanitarios, El Plan Marco de Gestión de la Calidad Docente.

El Plan Marco de Gestión de Calidad docente aprobado por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, está diseñado para ser una herramienta de apoyo hacia la mejora continua de esta formación, a su eficacia y eficiencia, a la óptima competencia de los profesionales docentes y a la satisfacción de los especialistas en formación y de la organización que les forma.

En el mismo sentido, la *World Federation for Medical Education* (WFME, 2003) en su proyecto sobre Estándares Internacionales de calidad en Educación Médica de Postgrado, establece que “*se debe obtener sistemáticamente información sobre la calidad del programa, en este caso a partir de las opiniones de profesores y residentes, y actuar en consecuencia*”. Recomienda además “*implicar activamente a los formadores y residentes en la planificación de la evaluación del programa y en el uso de sus resultados para el desarrollo del mismo*”, de modo que el *feedback* sobre el programa de formación incluiría informes de los residentes sobre las condiciones en sus cursos. Según el informe de recomendaciones de la WFME deberían concretarse explícitamente los estándares aceptables de actuación, y aplicarlos a los residentes y a los supervisores.

En la Comunidad de Castilla y León existen 6 unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología, a las que se incorporan 12 o 13 residentes por año. Se dispone no sólo de la normativa legal y de recomendaciones internacionales para evaluación de la calidad en la formación de esta especialidad, sino también de la estructura formal para llevarla a cabo. El objetivo final

de la información obtenida de estas encuestas de satisfacción debería ser un análisis de fortalezas y debilidades que condujeran a una mejora continua y a un progresivo acercamiento a los estándares máximos de calidad en la formación.

Todas las razones expuestas (referencias bibliográficas, legislación actual y recomendaciones internacionales), constituyen la base de la tesis doctoral que se expone. En esta, se pretende analizar la satisfacción en la formación de Ginecología y Obstetricia, una especialidad con muy pocas publicaciones al respecto, y en un ámbito muy concreto, el de Castilla y León, puesto que en la actualidad y aunque el sistema MIR es de aplicación nacional, las competencias en sanidad se encuentran transferidas a las Comunidades Autónomas y del mismo modo, la responsabilidad respecto a la formación de los especialistas en su territorio.

El estudio se realizará en base a la percepción de satisfacción en la formación de residentes y tutores de todos los centros de Castilla y León acreditados para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología, y por tanto no referido a una única unidad docente como se muestra en la mayoría de los estudios publicados.

Además, el estudio se plantea a partir del análisis comparativo de percepción de satisfacción en la formación en Obstetricia y Ginecología con respecto al resto de especialidades formadas en el ámbito de Castilla y León, elemento este también diferenciador del resto de estudios publicados referidos a una única especialidad.

El análisis de los resultados de forma comparativa en los distintos periodos de tiempo evaluados, también permitirá evidenciar el grado de aplicación de los datos en la mejora y sus resultados.

Todo este análisis, se llevará a cabo en base a los datos de percepción de satisfacción de la formación recibida del médico residente de Obstetricia y Ginecología así como del tutor formador, como establece la legislación vigente y como recomiendan los organismos internacionales, con la finalidad de realizar propuestas para la mejora.

## CAPÍTULO 2: OBJETIVOS

---



## **2.- OBJETIVOS**

### **2.1.- OBJETIVOS GENERALES**

- ✓ **Obtener una imagen global de la posición que**, en lo relativo a la percepción de satisfacción de residentes y docentes, **ocupa la formación de la especialidad de Obstetricia y Ginecología en el conjunto de Castilla y León**. Para ello se comparará con la percepción de satisfacción de residentes y docentes del total de especialidades en Ciencias de la Salud formados y encuestados en el ámbito de Castilla y León.
- ✓ **Obtener un análisis evolutivo de dicha percepción de satisfacción** general en la formación recibida e impartida, **para el periodo formativo** comprendido del año **2009 a 2013**.
- ✓ **Identificar, que dimensiones** de las evaluadas en las encuestas **destacan en sus extremos positivos y negativos en** cuanto a percepción de **satisfacción en la formación de la especialidad de Obstetricia y Ginecología**; en comparación a las otras especialidades Médico-Quirúrgicas formadas en el ámbito de Castilla y León, es decir, el grupo de especialidades que compartirían itinerario formativo.

### **2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ **Identificar la/las preguntas** de las encuestas **que para cada una de estas dimensiones** situadas en los extremos del análisis comparativo, **tienen mayor peso en el resultado** de la evaluación de satisfacción en Obstetricia y Ginecología, permitiendo hacer visibles los puntos fuertes y los puntos débiles resultantes.

- ✓ **Identificar los factores determinantes de la percepción de satisfacción** en la formación de Obstetricia y Ginecología, para los médicos residentes y médicos los docentes.
  
- ✓ **Explicar la situación actual de la formación especializada en Obstetricia y Ginecología en la Comunidad de Castilla y León;** y si con ella se cumple con las pautas marcadas por la legislación y las comunidades científicas, así como con las expectativas y exigencias de la sociedad.
  
- ✓ **Plantear propuestas concretas de mejora** dirigidas a potenciar las virtudes y corregir los problemas identificados en el día a día de la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología en Castilla y León, más allá de las propuestas teóricas y generalistas.
  
- ✓ **Constituir el punto de partida para estudios que** planteados como comparativas a nivel nacional, **permitan aislar los problemas** de formación en la especialidad de Obstetricia y Ginecología **inherentes al sistema MIR**, de las cuestiones dependientes de las áreas de salud o instituciones concretas en las que se imparte la docencia .

## CAPÍTULO 3: MARCO LEGISLATIVO

---



### 3.- MARCO LEGISLATIVO

#### 3.1.- INTRODUCCIÓN

La enseñanza de la medicina y en particular el reconocimiento de una formación especializada, tiene una evidente incidencia en el derecho a la salud, cuyo respeto y protección, al igual que el resto de los derechos reconocidos en el capítulo tercero del título primero de la Constitución Española de 1978<sup>5</sup>, informan la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos.

Tales criterios inspiradores parecen haber estado en la base de las sucesivas reformas legislativas que, desde la Ley de Especialidades Médicas de 1955 hasta nuestros días, han venido a regular el ejercicio de dichas especialidades.

La formación médica especializada en España se basa, desde la aprobación del Real Decreto 127/1984<sup>6</sup>, de 11 de Enero, *por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del Título de Médico Especialista*, en el sistema denominado de “residencia”. Este Real Decreto, en su artículo 4º define por primera vez al Médico Residente como *“aquellos que, para obtener su título de Médico Especialista, permanecen en los Centros y en las Unidades Docentes acreditadas, un período limitado en el tiempo de práctica profesional programada y supervisada, a fin de alcanzar, de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad de modo eficiente”*.

La experiencia adquirida en los años sucesivos transcurridos desde la aprobación del citado Real Decreto, aconsejaba la actualización de la regulación de la formación médica especializada, en los aspectos y en la línea solicitada por los propios colectivos interesados. En respuesta a esta necesidad, se suceden las posteriores reformas legislativas que conducirían a la legislación vigente, que constituirá la exposición final de este apartado.

---

<sup>5</sup> Constitución española, de 27 de Diciembre de 1978. [acceso: 02.09.2014]. Disponible en <http://www.boe.es/legislación/documentos/ConstituciónCASTELLANO.pdf>

<sup>6</sup> REAL DECRETO 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del Título de Médico Especialista. *BOE* num.26, de 31 de enero de 1984.

### 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 estaban comprendidas dentro del ramo de la Sanidad.

Por la LEY DE 28 DE NOVIEMBRE DE 1855, SOBRE SERVICIO GENERAL DE SANIDAD, se instituyeron 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 los honorarios, reprimir los abusos y establecer una severa moral médica.

Esta ley, al igual que la INSTRUCCIÓN GENERAL DE 12 DE ENERO DE 1904, se preocuparon de reglamentar el ejercicio profesional de lo que denominaron “el arte de curar” con el establecimiento de un registro de profesionales.

LA LEY DE ESPECIALIDADES MÉDICAS de 20 julio de 1955<sup>7</sup> marca un hito en el reconocimiento de aquellas. Hasta la fecha, el ejercicio público de una especialidad no aparecía respaldado por un título oficial sino que era fruto de enseñanzas impartidas libremente en Universidades y Facultades, o bien, del esfuerzo personal de determinados clínicos que formaban promociones de discípulos en la especialidad de que se tratase.

Antes de la regulación de 1955 tenían consideración de especialistas, no solo quienes ocupaban puestos de trabajo de tal naturaleza en instituciones sanitarias o quienes hubiesen recibido una formación especializada de postgrado en Facultades de Medicina o Centros de Especialización oficiales, sino, también aquellos que sin los requisitos de formación indicados y con la única base de la experiencia adquirida, se autotitulaban como tales, quedando el control de su actividad en manos de la clientela.

---

<sup>7</sup> LEY de especialidades médicas, de 20 de julio de 1955. [Acceso: 17.10.2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1955/202/A04440-04442.pdf>

El texto legal de 1955, desarrollado mediante el reglamento aprobado por el Decreto de 23 de diciembre de 1957, la Orden Ministerial de 1 de abril de 1958 y la Orden Ministerial de 10 de octubre de 1962, pretende establecer el título de especialista, garantizar el público ejercicio con tal carácter, así como la certeza de que al ostentarlo se han superado las pruebas y enseñanzas que la propia Ley determina.

Exige también por primera vez para obtener dicha titulación, el estar en posesión de la licenciatura en Medicina así como la realización de estudios y prácticas de especialización de acuerdo con un programa nacional único para cada especialidad, y la superación de unas pruebas finales. Es decir, la obtención del título de especialista estaba ligado a la universidad a través de las Facultades de Medicina.

El artículo 1 de la citada Ley establece de modo expreso que para titularse médico especialista o para ocupar cargos de ese carácter será preciso estar previamente en posesión del correspondiente título de Especialista.

El artículo 3 parece establecer una distinción entre la obtención del título de especialista, mediante cumplimentación de una serie de requisitos y la superación de diversas pruebas, necesario para el ejercicio público y privado de la medicina con tal carácter; y la condición de especialista en quien, “previa oposición y cumplidos los requisitos legales para esta, sea titular de una plaza médica especializada” en una institución pública.

Posteriormente, las Órdenes Ministeriales de 3 de septiembre de 1969 y 28 de julio de 1971, crearon las figuras de médicos internos y residentes para la formación en determinadas especialidades, estableciendo una vinculación contractual de carácter laboral con las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

La CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA de 1978<sup>1</sup> 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 determina 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. Del mismo modo, en el ARTÍCULO 49 se extiende todo tipo de prestación especializada a personas con

problemas físicos, sensoriales y psíquicos, mediante una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración en la sociedad.

El REAL DECRETO 2015/1978, DE 15 DE JULIO<sup>8</sup>, reguló la obtención de los títulos de especialidades médicas por el sistema de residencia para todo el territorio nacional. Tras la licenciatura en Medicina y Cirugía, supedita el ejercicio de las especialidades médicas a la obtención del correspondiente título de especialista, tras superar en centros específicos (Departamentos y Servicios hospitalarios o extrahospitalarios acreditados) la formación teórica y práctica que cada especialidad comporta, y superar la evaluación correspondiente. Además este Real Decreto crea la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria bajo la premisa de un nuevo modelo sanitario acorde a las necesidades de la sociedad, en atención a la salud del individuo en su medio familiar y comunitario. Y todo ello de acuerdo con las tendencias mundiales y las directrices de Organismos Sanitarios Internacionales.

El REAL DECRETO 3303/1978, DE 29 DE DICIEMBRE, *sobre especialidades de la profesión médica*<sup>9</sup>, establece el marco legal que regula el tipo de formación de estos nuevos especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria, la forma de adquirirla y la condiciones de acceso a los puestos de trabajo de la estructura básica del modelo sanitario.

Dicho RD 3303/1978, establece en su ARTICULO 4º que el programa de formación será establecido por la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria a la cual corresponderá asimismo establecer las áreas sanitarias en donde se desarrollen los programas docentes de la especialidad, así como la acreditación y homologación a los centros y servicios de la capacidad para impartir los programas docentes. El periodo de formación queda establecido en tres años en el ARTÍCULO 5º. Durante el periodo de formación, los postgraduados seleccionados en la oportuna convocatoria tendrán administrativamente el carácter de residentes de las instituciones hospitalarias que hayan obtenido su inclusión en el programa de formación para esta especialidad (ARTÍCULO 6º). Así mismo esta ley establece en el ARTÍCULO

---

<sup>8</sup> REAL DECRETO 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. BOE num.2016, de 29 de agosto de 1978.

<sup>9</sup> REAL DECRETO 3303/1978, de 29 de diciembre, sobre especialidades de la profesión médica. BOE num.29, de 2 de febrero de 1979.

7º que la expedición del título se efectuará en condiciones similares a las de otras especialidades.

La LEY 24/1982, de 16 de Junio, *sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas*<sup>10</sup>, regula la duración de los contratos celebrados entre los profesionales sanitarios que realizan cursos, prácticas o reciben enseñanzas sanitarias para la obtención de título de especialistas, y los Centros o Instituciones Sanitarias públicas o privadas, siempre que su formación implique la prestación de servicios profesionales. Dicha ley permanecerá vigente hasta el 8 de Octubre de 2006, fecha en la que a través del RD 1146/2006 *por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la Salud*, se hace efectiva la disposición derogatoria única de la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

El REAL DECRETO 127/1984, de 11 de Enero, *por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista*<sup>11</sup>, deroga el mencionado RD 2015/1978. Este Real Decreto siguiendo la experiencia de otros países, efectúa una clasificación de las especialidades médicas en grupos, según requieran o no formación hospitalaria y, consecuentemente, se establece una forma de acceso distinta para la formación en cada uno de estos grupos. Para la obtención del título de Médico Especialista en las especialidades que requieren formación hospitalaria, se establece la necesidad de seguir un programa formativo como Médico Residente en Centros y Unidades Docentes que cumplan los requisitos para desarrollar esta labor formativa.

Se dan, así mismo, las normas que regulan la formación en cada una de las especialidades, estableciendo las bases de cada uno de los programas formativos, los cuales tendrán una concreción detallada con el fin de homogeneizar la formación. Se marcan además, las directrices de los requisitos mínimos que deberán cubrir los Centros y Unidades Docentes.

---

<sup>10</sup> LEY 24/1982, de 16 de junio, sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas. *BOE* núm. 154, de 29 de junio de 1982.

<sup>11</sup> REAL DECRETO 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. *BOE* num.26, de 31 de enero de 1984.

Se contempla la creación de una Comisión entre los Ministerios de Educación y Ciencia, y de Sanidad y Consumo, para que este determine el número de plazas que anualmente deberán convocarse para cada especialidad. Se instaura además, un sistema de adjudicación de estas plazas en la que todos los candidatos tienen las mismas oportunidades.

Igualmente, se suprime la evaluación final, sustituyéndola por evaluaciones anuales. También se tiene en cuenta favorecer la responsabilidad de los MIR en su formación, regulando su participación en las Comisiones Nacionales de la Especialidad.

Finalmente, dado el carácter selectivo del sistema de especialización que se propone, y para evitar injusticias con aquellos médicos que hubieran adquirido una formación especializada equivalente, fuera de este sistema, se crea una vía especial, restringida y controlada para la obtención del título de Médico Especialista. Disposición esta, que quedará posteriormente derogada por el RD 1497/1999 de 24 de Septiembre, de *procedimiento excepcional de acceso al título de especialista*<sup>12</sup>.

La experiencia adquirida durante los años transcurridos tras la aprobación del RD 127/1984, de 11 de Enero, aconsejaba la actualización de la regulación de la formación médica especializada en determinados aspectos concretos, tales como la denominación de algunas especialidades, la aprobación de los programas de formación o la realización de estancias formativas. Por este motivo se dicta el REAL DECRETO 139/2003, de 7 de febrero, *por el que se actualiza la regulación de la formación médica especializada*<sup>13</sup>. No obstante, hay que tener en cuenta que este Real Decreto quedará derogado tras la entrada en vigor del Real Decreto 183/2008, de 8 de Febrero, *por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada*.

---

<sup>12</sup> REAL DECRETO 1497/1999, de 24 de septiembre, de procedimiento excepcional de acceso al título de especialista. *BOE* num.230, de 25 septiembre 1999.

<sup>13</sup> REAL DECRETO 139/2003, de 7 de febrero, por el que se actualiza la regulación de la formación médica especializada. *BOE* num.39, de 14 de febrero de 2003.

### **3.1.- LEGISLACIÓN VIGENTE**

#### **3.1.1- LEGISLACIÓN ESTATAL**

El título VIII de la Constitución Española de 1978 diseñó una nueva organización territorial del Estado que posibilitaba la asunción de competencias por las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.

La **LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, General de sanidad**<sup>14</sup>, dio respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud: el carácter público, la universalidad y gratuidad del sistema; la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito; la descentralización política de la sanidad; la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que ponía el énfasis en la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básicas.

Asimismo, la ley creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador entre las comunidades autónomas y la Administración General del Estado, que ha realizado una importante labor tanto en el fomento del consenso como en la difusión de experiencias y en el aprendizaje mutuo entre niveles de gobierno.

Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas asumieron paulatinamente competencias en materia de sanidad.

Posteriormente, habiendo transcurrido más de 16 años desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, y tras producirse profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, tecnológicos y socioeconómicos como en la manera de vivir y de enfermar,

---

<sup>14</sup> LEY 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. *BOE* num.102, de 29 de abril de 1986.

se planteaban nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud. Retos como la orientación a los resultados en salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas y la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y sociosanitaria. Retos, todos ellos que pusieron de manifiesto la necesidad del funcionamiento cohesionado del Estado y de las Comunidades Autónomas para complementar algunos elementos esenciales del Sistema Nacional de Salud, de manera que pudiera adaptarse a la modernización que el entorno le exigía.

Por todo ello, la **LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud**<sup>15</sup>, establece 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:

a) Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.

b) Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores del sistema.

c) Y, por último, participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.

---

<sup>15</sup> LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. *BOE* num.128, de 29 de mayo de 2003.

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.

La **Sección 1º** de dicho capítulo hace referencia a *la planificación y formación de recursos humanos* del Sistema Nacional de Salud. El **Artículo 34** de principios generales establece que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales debe orientarse a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud. Para ello se requiere:

a) 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.

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

c) 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.

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

Por otro lado, el **Artículo 35** define las funciones de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Desarrollará las actividades de planificación, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud y definirá los criterios básicos de evaluación de las competencias de los profesionales sanitarios, sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas. Posteriormente en el RD 182/2004, de 30 de Enero<sup>16</sup> se determina la composición de dicha comisión.

---

<sup>16</sup> REAL DECRETO 182/2004, de 30 de enero, por el que se determina la composición de la comisión de Recursos Humanos de Sistema Nacional de salud. *BOE* num.37, de 12 de febrero de 2004.

No obstante, la normativa contenida en las leyes descritas con anterioridad es de naturaleza predominantemente organizativa, cuyo objeto primordial es 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. Debido a ello, lo esencial del ejercicio de la medicina queda deferido a otras disposiciones reguladoras del sistema educativo, de la relación con los pacientes, de las relativas a derechos y deberes de los profesionales o las que regulan su relación con los centros o instituciones, públicas o privadas.

Esta situación de práctico vacío normativo, unido a 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 a la integridad física, con el derecho a la intimidad familiar y personal, con el derecho a la dignidad humana y con el derecho al libre desarrollo de la personalidad, aconsejaba el tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias.

De este modo, la **LEY 44/2003, DE 21 DE NOVIEMBRE, de ordenación de las profesiones sanitarias**<sup>17</sup>, 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 privada, facilitando la corresponsabilidad en la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria prestada a la población. Garantizando, asimismo, que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para salvaguardar el derecho a la protección de la salud.

El título II de la ley regula la formación de los profesionales sanitarios, contemplando tanto la formación pregraduada como la especializada, y la formación continuada. A continuación se detallan los aspectos relativos a la formación especializada contemplados en esta ley.

---

<sup>17</sup> LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *BOE* num.280, de 22 de noviembre de 2003.

## **TÍTULO II.** *De la Formación de los profesionales sanitarios.*

### **Capítulo I.** *Normas generales.*

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.

### **Capítulo III.** *Formación especializada en Ciencias de la Salud.*

La **Sección 1º** relativa al *objeto y definiciones*, 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.

La **Sección 2º** desarrolla *la estructura y la formación de las especialidades en ciencias de la salud*.

El **Artículo 20** relativo al sistema de formación de especialistas establece 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. La dedicación será a tiempo completo, con la excepción de los estudios de doctorado estableciéndose una relación laboral especial entre el centro docente y el especialista en formación. La actividad profesional del residente será planificada por los órganos de dirección junto con las comisiones de docencia. Las actividades previstas en el programa docente serán desarrolladas de forma programada y tutelada, las cuales figurarán en el libro del residente y serán objeto de evaluaciones.

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. Los programas de formación, que serán elaborados por la Comisión Nacional de las Especialidades, serán periódicamente revisados y actualizados. Dichos programas, una vez ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la salud, y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, serán aprobados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En el **Artículo 22** se establece que el acceso a la formación sanitaria especializada se efectuará a través de una convocatoria anual de carácter nacional, en base a normas establecidas por el Ministerio de Sanidad.

La **Sección 3º** hace referencia a la *Estructura de apoyo a la formación*.

En esta sección, el **Artículo 26** desarrolla la normativa relativa a las entidades encargadas de establecer los requisitos para la acreditación de los centros y unidades docentes, de llevar a cabo dicha acreditación, así como la revocación de la misma.

El **Artículo 27** establece que en cada centro sanitario o unidad docente acreditada para la formación de especialistas existirá una Comisión de Docencia cuya misión será organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos que se especifican en el programa formativo. Además, facilitarán la integración de las actividades formativas de los residentes con la actividad asistencial ordinaria del centro, conjuntamente con los órganos de dirección de este. Serán las comunidades autónomas las que, siguiendo los criterios generales marcados por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, determinarán la dependencia funcional, composición y las funciones de la comisión de Docencia.

En el **Artículo 28** se definen las Comisiones Nacionales de la Especialidad como el órgano asesor de los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte, y del Ministerio de Sanidad y Consumo en el campo de la correspondiente especialidad.

La Comisión Nacional de la Especialidad, designada por el Ministerio de Sanidad y Consumo por un periodo de cuatro años, estará compuesta por dos

representantes del Ministerio de Educación Cultura y Deporte (al menos uno tutor en la correspondiente especialidad), cuatro especialistas de reconocido prestigio, dos representantes de las sociedades científicas, dos representantes de los especialistas en formación, y un representante de la asociación colegial.

Las funciones de las Comisiones Nacionales de Especialidad en lo relativo a la formación de especialistas quedan concretadas en: elaboración del programa formativo, establecimiento de los criterios de evaluación de los especialistas en formación, propuesta de áreas de capacitación específica, establecer los criterios para la evaluación de unidades docentes y formativas, y participar en el diseño de los planes integrales dentro de la correspondiente especialidad.

Y el **Artículo 30** establece la composición del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud que son: los presidentes de las Comisiones Nacionales de la Especialidad en Ciencias de salud, dos especialistas por cada título universitario con acceso directo a alguna de las especialidades en Ciencias de la Salud, dos representantes del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, dos representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo, y dos representantes de las Comunidades Autónomas.

Corresponde al Consejo, la coordinación de la actuación de las Comisiones Nacionales de Especialidades, la promoción de la investigación y de las innovaciones técnicas y metodológicas en la especialización sanitaria, y la superior asistencia y asesoramiento técnico y científico del Ministerio de Sanidad y Consumo en materias de formación sanitaria especializada.

A pesar de la especial importancia que para el avance y consolidación de nuestro sistema sanitario público ha tenido la formación médica especializada mediante el sistema de residencia, la relación laboral de los residentes careció de regulación específica desde que las órdenes ministeriales de 3 de septiembre de 1969 y 28 de Julio de 1971 crearan las figuras de los médicos internos y residentes, estableciendo una vinculación contractual de carácter laboral con las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

Por este motivo, se dicta el **REAL DECRETO 1146/2006, DE 6 DE OCTUBRE, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud**<sup>18</sup>.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias tanto en su artículo 20.3f), como en su disposición adicional primera, ordena al Gobierno la aprobación de un Real Decreto que regule la relación laboral especial del médico residente. Con este Real Decreto, se asegura por primera vez un marco general y homogéneo para todo el personal con independencia del centro que se responsabiliza de su formación. Este Real Decreto se elabora teniendo en cuenta la Directiva 93/16/CEE del Consejo Europeo, de 5 de abril de 1993, destinada a facilitar la libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos, así como la Directiva 2003/88/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de noviembre de 2003, relativas a la ordenación de determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo.

El Capítulo II relativo al contrato, fija, entre otras materias la duración de este, los derechos y deberes de las partes, entre los que cabe destacar las disposiciones relativas a la jornada laboral y descansos, al sistema retributivo, así como excedencias, suspensión y extinción del contrato.

El Capítulo III contiene las previsiones relativas al régimen disciplinario.

Y las disposiciones adicionales hacen referencia a los aspectos relativos al personal con discapacidad, a las condiciones especiales de la jornada laboral durante el embarazo, con motivo de guarda legal o cuidado de un familiar; así como la protección integral contra la violencia de género. También regula el procedimiento de revisión de las evaluaciones.

Igualmente, al considerar que el objetivo de esta relación laboral es la obtención del título de especialista mediante la superación de un programa de formación, también se prevé una especial organización del tiempo de trabajo que permitirá la conciliación de la vida laboral y familiar sin hacer uso de la reducción de jornada, o de la suspensión de contrato, ya que estas situaciones imposibilitan realizar un curso formativo completo en periodo anual.

---

<sup>18</sup> REAL DECRETO 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud. *BOE* núm. 240, 7 octubre de 2006.

## **CAPITULO II. *Del contrato***

El **Artículo 3** establece que la duración del contrato será de un año, renovable por períodos iguales durante el tiempo que dure su programa de formación, siempre que, al final de cada año, el residente haya sido evaluado positivamente por el Comité de Evaluación de la especialidad correspondiente.

Cuando el residente obtenga una evaluación anual negativa por no alcanzar los objetivos formativos fijados, pero el Comité de Evaluación considere que puede alcanzarlos mediante un plan de recuperación específica y programada, el contrato se prorrogará por el período de duración de dicho plan, que deberá realizarse dentro de los tres primeros meses del siguiente año lectivo conjuntamente con las actividades propias de éste, quedando supeditada la prórroga por los restantes nueve meses al resultado de la evaluación de la recuperación.

Cuando la evaluación negativa se deba a la imposibilidad de la prestación de servicios superior al 25 por ciento de la jornada anual como consecuencia de la suspensión del contrato o de otras causas legales, se autorizará la prórroga del contrato por el tiempo necesario para completar el período formativo o su repetición completa, previo informe de la Comisión de Docencia correspondiente. La propuesta de repetición será resuelta por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En esta relación laboral de carácter especial de residencia no podrá establecerse período de prueba.

El **Artículo 4** define los derechos y deberes de Médico Interno Residente.

Además de los establecidos con carácter general en el Estatuto de los trabajadores, los residentes tendrán los siguientes derechos y deberes específicos:

### 1. Derechos:

a) A conocer el programa de formación de la especialidad a cuyo título aspira, así como, en su caso, las adaptaciones individuales.

b) A la designación de un tutor que le asistirá durante el desarrollo de las actividades previstas en el programa de formación.

c) A recibir, a través de una práctica profesional programada, tutelada y evaluada, una formación teórico-práctica que le permita alcanzar progresivamente los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo de la especialidad, mediante su integración en la actividad asistencial, ordinaria y de urgencias del centro.

d) A ser informado de las funciones, tareas, cometidos, programación funcional y objetivos asignados a su unidad, centro o institución, y de los sistemas establecidos para la evaluación del cumplimiento.

e) A ejercer su profesión y desarrollar las actividades propias de la especialidad con un nivel progresivo de responsabilidad a medida que se avance en el programa formativo.

f) A conocer qué profesionales de la plantilla están presentes en la unidad en la que el residente está prestando servicios, y a consultarles y pedir su apoyo cuando lo considere necesario, sin que ello pueda suponer la denegación de asistencia o el abandono de su puesto.

g) A participar en actividades docentes, investigadoras, asistenciales y de gestión clínica en las que intervenga la unidad acreditada.

h) Al registro de sus actividades en el libro del residente.

i) A que la evaluación continuada, anual y final de su aprendizaje se realice con la máxima objetividad.

j) A la prórroga de la formación durante el tiempo y en las condiciones fijadas en el artículo anterior.

k) A la revisión de las evaluaciones anuales y finales realizada según el procedimiento que se regula en este real decreto.

l) A estar representado, en los términos que establezca la legislación vigente, en la Comisión Nacional de la Especialidad y en las Comisiones de Docencia de los centros.

m) A evaluar la adecuación de la organización y funcionamiento del centro a la actividad docente, con la garantía de la confidencialidad de dicha información.

n) A recibir asistencia y protección de la entidad docente o servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.

ñ) A contar con la misma protección en materia de salud laboral que el resto de los trabajadores de la entidad en que preste servicios.

o) A no ser desposeído de su plaza si no es por alguna de las causas de extinción previstas en este real decreto o de otras causas previstas legalmente.

## 2. Deberes:

a) Realizar todo el programa de formación con dedicación a tiempo completo, sin compatibilizarlo con cualquier otra actividad en los términos establecidos en el artículo 20.3.a) de la Ley 44/2003.

b) Formarse siguiendo las instrucciones de su tutor y del personal sanitario, y de los órganos unipersonales y colegiados de dirección y docentes que, coordinadamente, se encargan del buen funcionamiento del centro y del desarrollo del programa de formación de la especialidad correspondiente.

c) Conocer y cumplir los reglamentos y normas de funcionamiento aplicables en las instituciones que integran la unidad docente, especialmente en lo que se refiere a los derechos del paciente.

d) Prestar personalmente los servicios y realizar las tareas asistenciales que establezca el correspondiente programa de formación y la organización funcional del centro, para adquirir la competencia profesional relativa a la institución sanitaria.

e) Utilizar racionalmente los recursos en beneficio del paciente y evitar su uso ilegítimo para su propio provecho o de terceras personas.

El **Artículo 5** legisla respecto a la jornada laboral y descansos que serán los establecidos en el ámbito de los respectivos servicios de salud, con las siguientes peculiaridades:

a) La jornada ordinaria de trabajo se determinará mediante convenio colectivo. En su defecto, será la establecida mediante normas, pactos o acuerdos para el personal estatutario de la especialidad que el residente esté cursando en cada servicio de salud. En todo caso, la duración máxima de la jornada ordinaria no podrá exceder las 37,5 horas semanales de promedio en cómputo semestral, salvo que mediante acuerdo, pacto o convenio se establezca otro cómputo.

b) Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo, un período de descanso continuo de 12 horas. En todo caso, después de 24 horas de trabajo ininterrumpido, bien sea de jornada ordinaria que se hubiera

establecido excepcionalmente, bien sea de jornada complementaria, bien sea de tiempos conjuntos de ambas, el residente tendrá un descanso continuo de 12 horas, salvo en casos de especial interés formativo según criterio de su tutor o en casos de problemas organizativos insuperables. Con posterioridad, el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, dictará una disposición derogatoria que establecerá como única excepción a este periodo de descanso continuo, la situación de emergencia sanitaria. En este supuesto, se aplicará el régimen de descansos alternativos previstos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

c) El residente estará obligado exclusivamente a realizar las horas de jornada complementaria que el programa formativo establezca para el curso correspondiente. En todo caso, no podrá realizar más de siete guardias al mes.

La jornada laboral asegurará el cumplimiento de los programas formativos. Dentro de las posibilidades organizativas y funcionales de cada centro, se procurará disponer la jornada de los residentes de forma que la ordenación del tiempo de trabajo no perjudique su formación. No podrán celebrarse contratos de trabajo del personal residente con jornada a tiempo parcial.

El **Artículo 7** regula las retribuciones de los residentes que corresponden a tiempo de trabajo efectivo, no computándose como tal el descanso entre jornadas.

El **Artículo 8** regula las rotaciones externas, quedando definidas como los periodos formativos en centros no previstos en el programa de formación, ni en la acreditación otorgada al centro o universidad docente. Se realizarán a propuesta y tras autorización de los órganos competentes, especificando los objetivos que se pretenden, que deben referirse a la ampliación de conocimientos o al aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro y que, según el programa de formación, son necesarias o complementarias a éste. Se realizarán preferentemente en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio, sin superar los cuatro meses continuados dentro de cada período de evaluación anual. La gerencia del centro de origen se comprometerá a continuar abonando al residente la totalidad de sus retribuciones, incluidas las derivadas de la atención continuada que realice durante la rotación externa.

Como se ha mencionado anteriormente, una vez consolidado el sistema de residencia por la Ley 44/2003, se plantean nuevos retos en el sistema de formación de las especialidades en Ciencias de la Salud a fin de conseguir su modernización y una mejor adaptación al sistema de las autonomías. A tales fines obedecen las previsiones del **REAL DECRETO 183/2008, DE 8 DE FEBRERO, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada**<sup>19</sup>.

El **CAPÍTULO I** de *disposiciones generales* en su **Artículo 1** define el objeto del presente Real Decreto: determinar y clasificar las especialidades en Ciencias de la Salud cuyos programas formativos conducen a la obtención del correspondiente título oficial de especialista por los distintos profesionales que pueden acceder a los mismos, regular las características específicas de dichos títulos, las unidades docentes, los órganos colegiados y unipersonales que intervienen en la supervisión y organización de los períodos formativos por el sistema de residencia, los procedimientos de evaluación de los especialistas en formación, y la evaluación y control de calidad de los distintos elementos que configuran las estructuras docentes donde se imparten dichos programas.

El sistema formativo de residencia obliga, simultáneamente, a recibir una formación y a prestar un trabajo que permitan al especialista en formación adquirir, en unidades docentes acreditadas, las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando, mediante una práctica profesional programada y supervisada destinada a alcanzar de forma progresiva, según avance en su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad.

El **CAPITULO II** referido a *las unidades docentes* en su **Artículo 4** las define como el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, de

---

<sup>19</sup> REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *BOE* num.45, de 21 de febrero de 2008.

acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades. El programa formativo se seguirá en la misma unidad docente acreditada en la que el residente haya obtenido plaza en formación.

El **Artículo 5** establece que las unidades docentes se acreditarán por el Ministerio de Sanidad y Consumo según el procedimiento regulado en el artículo 26.3 de la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre. Corresponde a las Comunidades Autónomas, informar y trasladar las solicitudes de acreditación del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El **CAPITULO III** desarrolla la normativa relativa a los *órganos docentes de carácter colegiado: comisiones de docencia*.

El **Artículo 8** define *las comisiones de docencia* como los órganos colegiados a los que corresponde organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud. Asimismo, corresponde a las comisiones de docencia facilitar la integración de las actividades formativas y de los residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro, planificando su actividad profesional en el centro conjuntamente con los órganos de dirección de este.

El **Artículo 9** acota el *ámbito de actuación* de las Comisiones de Docencia a un centro o unidad docente. Se entenderá por centro sanitario docente, el hospital, agrupación de hospitales, centros de salud, agrupación funcional de unidades docentes, agrupaciones territoriales docentes de recursos sanitarios u otras entidades, creadas a iniciativa de las comunidades autónomas, para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Por tanto, las comunidades autónomas constituirán comisiones de docencia de centro, que agrupen las unidades docentes de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud que se formen en su ámbito.

El **Artículo 10** contiene la normativa relativa a la *composición, funciones y presidencia de las comisiones de docencia*.

1. En las comisiones de docencia existirá representación de los tutores y de los residentes. No obstante, de conformidad con lo previsto en el artículo 27.2 de la Ley

44/2003, de 21 de noviembre, corresponde a las comunidades autónomas, dentro de los criterios generales que fije la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, determinar la dependencia funcional, composición y funciones de las comisiones de docencia. Dichos criterios generales serán de aplicación en todo el sistema sanitario implicado en la formación de especialistas en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, y se publicarán en el «Boletín Oficial del Estado».

2. La presidencia de las comisiones de docencia la ostentará el jefe de estudios de formación especializada, al que corresponderá la dirección de las actividades de planificación, organización, gestión y supervisión de la docencia especializada.

El **CAPÍTULO IV** contiene la normativa relativa a los *órganos docentes de carácter unipersonal* y concretamente lo relativo al tutor de residentes.

**Artículo 11.** *El tutor. Concepto, funciones y nombramiento.*

1. El tutor es el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate. El perfil profesional del tutor se adecuará al perfil profesional diseñado por el programa formativo de la correspondiente especialidad. El tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantendrá con este un contacto continuo y estructurado. Asimismo, el tutor, con la finalidad de seguir dicho proceso de aprendizaje, mantendrá entrevistas periódicas con otros tutores y profesionales que intervengan en la formación del residente, con los que analizará el proceso continuado de aprendizaje y los correspondientes informes de evaluación formativa que incluirán los de las rotaciones realizadas.

2. Las principales funciones del tutor son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente. Los tutores de cada especialidad propondrán la guía o itinerario formativo tipo de la misma, que aprobará la comisión de docencia con sujeción a las previsiones del correspondiente programa. La mencionada guía, que será aplicable a todos los residentes de la

especialidad que se formen en la unidad docente de que se trate, se entenderá sin perjuicio de su adaptación al plan individual de formación de cada residente, elaborado por el tutor en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores de residentes que se formen en el centro o unidad docente.

3. El tutor, que, salvo causa justificada o situaciones específicas, será el mismo durante todo el período formativo, tendrá asignados hasta un máximo de cinco residentes.

4. Las comunidades autónomas adoptarán las medidas necesarias para asegurar una adecuada dedicación de los tutores a su actividad docente, ya sea dentro o fuera de la jornada ordinaria.

5. El nombramiento del tutor se efectuará por el procedimiento que determine cada comunidad autónoma, con sujeción a los criterios generales que apruebe la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, entre los profesionales previamente acreditados que presten servicios en los distintos dispositivos integrados en el centro o unidad docente, y que ostenten el título de especialista que proceda.

**Artículo 12.** *Evaluación, incentivación y mejora de competencias del tutor.*

1. De acuerdo con lo previsto en el artículo 10.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, las funciones de tutoría tienen la consideración de funciones de gestión clínica y como tales deben ser evaluadas y reconocidas.

2. Las comunidades autónomas, con la finalidad de garantizar la idoneidad y el mantenimiento de las competencias de los tutores, regularán procedimientos de evaluación para su acreditación y reacreditación periódica con sujeción a lo previsto en el artículo 10.1 y 3 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre. A estos efectos, se tendrán en cuenta, entre otros factores, la experiencia profesional continuada como especialista, la experiencia docente, las actividades de formación continuada, la actividad investigadora y de mejora de calidad, la formación específica en metodologías docentes, así como el resultado de las evaluaciones de calidad y encuestas sobre el grado de satisfacción alcanzado.

3. De conformidad con lo previsto en el artículo 10.4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, las comunidades autónomas regularán sistemas de reconocimiento específico de la acción tutorial en sus respectivos servicios de salud.

4. Las Administraciones sanitarias, a fin de facilitar la mejora de su competencia en la práctica clínica y en las metodologías docentes, favorecerán que los tutores

realicen actividades de formación continuada sobre aspectos tales como los relacionados con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de la investigación, gestión de calidad, motivación, aspectos éticos de la profesión o aspectos relacionados con los contenidos del programa formativo.

El **CAPÍTULO V** desarrolla la normativa relativa al *deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente*

El **Artículo 14** referido al *deber general de supervisión*, establece que toda la estructura del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales (de acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre).

Además, se tomarán las medidas necesarias para facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y la integración supervisada de estos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto.

El **Artículo 15** hace referencia a *la responsabilidad progresiva del residente*.

1. El sistema de residencia al que se refiere el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud. Dicho sistema formativo implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

3. La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro

o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada. Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

4. La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

5. Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés.

El **CAPÍTULO VI** contiene las previsiones relativas al proceso de *Evaluación del Médico Residente*

El **Artículo 16** establece que el seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales durante el período de residencia se llevará a cabo mediante los siguientes tipos de evaluación: formativa, anual y final.

**Artículo 17.** *La evaluación formativa.*

1. La evaluación formativa es consustancial al carácter progresivo del sistema de residencia, ya que 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.

2. Son, entre otros, instrumentos de la evaluación formativa:

a) Las 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 y en los informes que se citan en el apartado 3 de este artículo.

b) Cualquier otro instrumento que permita 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.

### 3. Informes de evaluación formativa.

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

#### **Artículo 18.** *El libro del residente. Concepto, características y diseño.*

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

#### 2. 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, según lo previsto en el artículo 21 de este real decreto.

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.

3. 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.

4. 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.

**Artículo 19. Comités de evaluación. Composición.**

1. 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.

2. 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.

**Artículo 20.** *La evaluación anual.*

1. 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, en los supuestos previstos en el artículo 22.1 y 2 de este real decreto, y no recuperables, en los supuestos previstos en el apartado 3 de dicho artículo.

2. 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.

3. 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.

**Artículo 21.** *Rotaciones externas, su autorización y evaluación.*

1. Se consideran rotaciones externas los períodos formativos, autorizados por el órgano competente de la correspondiente comunidad autónoma, que se lleven a cabo en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al centro o unidad docente.

2. La autorización de rotaciones externas requerirá el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Ser propuestas por el tutor a la comisión de docencia con especificación de los objetivos que se pretenden, que deben referirse a la ampliación de conocimientos o al aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro o unidad y que, según el programa de formación, son necesarias o complementarias del mismo.

b) Que se realicen preferentemente en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.

c) En las especialidades cuya duración sea de cuatro o más años no podrá superar los cuatro meses continuados dentro de cada periodo de evaluación anual, ni 12 meses en el conjunto del periodo formativo de la especialidad de que se trate.

d) Que la gerencia del centro de origen se comprometa expresamente a continuar abonando al residente la totalidad de sus retribuciones, incluidas las derivadas de la atención continuada que realice durante la rotación externa.

e) Que la comisión de docencia de destino manifieste expresamente su conformidad.

3. El centro donde se haya realizado la rotación externa emitirá el correspondiente informe de evaluación siguiendo los mismos parámetros que en las rotaciones internas previstas en el programa formativo, siendo responsabilidad del residente el traslado de dicho informe a la secretaría de la comisión de docencia de origen para su evaluación en tiempo y forma.

**Artículo 22.** *Supuestos de evaluaciones anuales negativas.*

Las evaluaciones anuales negativas se producirán en los siguientes supuestos:

1. Evaluación negativa por no alcanzar los objetivos formativos fijados, debido a insuficiencias de aprendizaje susceptibles de recuperación. En estos supuestos el comité de evaluación establecerá una recuperación específica programada que el especialista en formación deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año formativo, conjuntamente con las actividades programadas de este, quedando supeditado el seguimiento del programa, y la prórroga anual del correspondiente contrato por los restantes nueve meses, a la evaluación positiva del mencionado período de recuperación. La evaluación negativa del periodo de recuperación no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación en los términos previstos en el artículo 24 y su resultado fuera positivo.

2. Evaluación anual negativa debida a la imposibilidad de prestación de servicios por un período superior al 25 por ciento de la jornada anual, como consecuencia de la suspensión del contrato o de otras causas legales. En estos supuestos el comité de evaluación establecerá la prórroga del período formativo por el tiempo necesario, o incluso la repetición completa de año, cuando así lo aconseje la duración de la suspensión o las circunstancias del caso.

3. Evaluación anual negativa debida a reiteradas faltas de asistencia no justificadas, a notoria falta de aprovechamiento o a insuficiencias de aprendizaje no susceptibles de recuperación. En estos supuestos el comité de evaluación propondrá la extinción del contrato que se llevará a efecto, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación en los términos previstos en el artículo 24 y su resultado fuera positivo.

**Artículo 23.** *Publicación de las evaluaciones anuales y sus efectos.*

Todas las comisiones de docencia dispondrán de un tablón de anuncios en el que se insertaran los avisos de resolución de las mismas.

**Artículo 24.** *Procedimiento para la revisión de las evaluaciones anuales negativas no recuperables.*

1. Dentro de los diez días siguientes a la publicación o, en su caso, notificación de las evaluaciones anuales negativas no recuperables, en los términos previstos en el

artículo anterior, el residente podrá solicitar por escrito su revisión ante la correspondiente comisión de docencia, que, previa citación del interesado, se reunirá dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la solicitud. Al acto de revisión el residente podrá acudir acompañado por su tutor.

**Artículo 25.** *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.

2. El comité de evaluación, visto el 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 la correspondiente prueba.

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, para la recuperación de la misma.

**Artículo 27.** *Efectos de la evaluación final.*

1. La evaluación final positiva del período de residencia dará derecho a la obtención del título oficial de especialista, por lo que, una vez notificada al Registro Nacional de Especialistas en Formación, el Ministerio de Sanidad y Consumo procederá a su traslado al Ministerio de Educación y Ciencia junto con la documentación necesaria para que se dicten las órdenes de concesión de los títulos de especialista. Simultáneamente a la solicitud del citado título, el Registro Nacional de Especialistas en Formación expedirá el certificado correspondiente.

**Artículo 29.** *Evaluación y control de calidad de la estructura docente.*

1. Las comisiones de docencia de centro o unidad elaborarán un plan de gestión de calidad docente respecto a la/s unidad/es de las distintas especialidades que se formen en su ámbito. Dicho plan se aprobará y supervisará por la comisión de docencia con sujeción a los criterios que se establezcan en las comunidades autónomas. En los mencionados planes de gestión de calidad se contará con la necesaria participación de los residentes que anualmente evaluarán, a través de encuestas o de otros instrumentos que garanticen el anonimato, el funcionamiento y adecuación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la unidad en la que se estén formando, así como el funcionamiento, desde el punto de vista docente, de las distintas unidades asistenciales y dispositivos por los que roten durante sus períodos formativos.

4. La evaluación desfavorable de la actividad docente de un centro o unidad implicará la revisión de su acreditación y, en su caso, su revocación total o parcial, con sujeción a lo previsto en el artículo 5 de este real decreto.

5. Las comunidades autónomas, con la finalidad de efectuar el seguimiento de la calidad de la formación especializada, realizarán, a través de los órganos competentes en la materia, una encuesta anual y anónima a todos los residentes que se formen en sus respectivos ámbitos, para comprobar su grado de satisfacción en cuanto a la formación recibida.

6. La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y las comunidades autónomas colaborarán y se facilitarán mutuamente la información necesaria para llevar a cabo la evaluación de centros y unidades docentes.

En el **CAPÍTULO VII** de *supuestos específicos*, el **Artículo 31** contiene las previsiones relativas a los *cambios excepcionales de especialidad*. Estableciendo que, el Ministerio de Sanidad y Consumo, excepcionalmente, a petición fundada del interesado y previo informe de la correspondiente comunidad autónoma, podrá autorizar, por una sola vez, el cambio de especialidad que se esté cursando en el mismo centro o en otro de la misma comunidad autónoma, siempre que: exista plaza vacante acreditada en la especialidad que se solicita, que la petición se realice durante los dos primeros años de formación y que el solicitante haya obtenido en la convocatoria anual de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada en la que hubiera

participado, un número de orden que le hubiere permitido acceder, en dicha convocatoria, a plaza de la especialidad a la que pretende cambiar.

Con posterioridad, y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RD 183/2008, de 8 de Febrero, la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud establece a través de la **ORDEN SCO/581/2008 DE 22 DE FEBRERO, los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor**<sup>20</sup>.

Por otro lado, el artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, establece el procedimiento para aprobar los programas formativos de las especialidades sanitarias en ciencias de la salud, previendo su publicación en el «Boletín Oficial del Estado» para general conocimiento. Razón por la cual, la Comisión Nacional de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología elaboró 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.

Este programa, queda 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 ginecología**<sup>21</sup>, y 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. Y concreta los objetivos de aprendizaje por año de residencia.

---

<sup>20</sup> ORDEN SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se determinan los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor. *BOE* num.56, de 5 de marzo de 2008.

<sup>21</sup> 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* num.129, de 28 de mayo de 2009.

También especifica las rotaciones obligatorias del residente de dicha especialidad por las distintas áreas de conocimiento en la unidad docente, así como las rotaciones por otras especialidades, obligatorias de libre elección.

Por otro lado, según se dictamina en el RD 183/2008, de 8 de Febrero, en el plazo de un año desde la publicación de este Real Decreto, las Comisiones Nacionales de las especialidades en Ciencias de la Salud, entre las que se incluye la Especialidad de Obstetricia y Ginecología, deben diseñar la estructura básica del libro del residente de cada especialidad en los términos previstos en el artículo 18 de este real decreto.

El libro del residente propuesto por la Comisión Nacional de Obstetricia y Ginecología en el año 2010, se adapta al nuevo programa formativo de la especialidad, aprobado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y se estructura en 2 partes:

1. Un **currículum formativo** que recoge las actividades más relevantes realizadas por el residente y que, unido al itinerario formativo de su unidad docente, puede ser utilizado con fines de certificación.

2. Un **portafolio** semiestructurado concebido como una herramienta de ayuda a residentes, tutores y responsables de programas, con fines exclusivamente formativos.

Y por último, en el año 2014, se dicta el **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**<sup>22</sup>. Este Decreto se redacta como paso fundamental hacia el desarrollo del artículo 19 de la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, la cual prevé la adquisición de competencias comunes a varias especialidades a través de un periodo de

---

<sup>22</sup> 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* num. 190, de 6 de agosto de 2014.

formación común (tronco), en convergencia con la estructura de la formación especializada en otros países miembros de la Unión Europea.

Con la troncalidad se pretende que los profesionales sanitarios, mediante las competencias adquiridas en el periodo de formación troncal, aprendan a abordar los problemas de salud de una manera integral, multidisciplinar e interdisciplinar. El tronco se define como el conjunto de competencias nucleares y comunes a varias especialidades en ciencias de la salud, que se adquieren a través de un periodo de formación especializada denominado periodo troncal, al que sucederá un periodo de formación específica en la especialidad que se trate, con el objetivo de favorecer el trabajo en equipo y la atención integral del paciente.

Los programas formativos de las especialidades troncales definirán las competencias comunes a todas las especialidades integradas en dicho tronco (elaborado por la comisión delegada de tronco), así como las competencias específicas de cada una de las especialidades (elaborado por la comisión de la especialidad que se trate). Durante el periodo formativo troncal no se podrán realizar rotaciones externas.

Los programas formativos incluirán también competencias transversales o genéricas de todas las especialidades en ciencias de la salud (elaboradas por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud).

A este respecto la especialidad de Obstetricia y Ginecología, se encuentra dentro del grupo de especialidades médicas que no se adscriben al sistema formativo troncal, por incluirse dentro de las especialidades pluridisciplinarias en el Anexo I del Real Decreto 183/2008, de 8 de Febrero. En este Real Decreto se configuran y definen las Unidades Docentes Multidisciplinarias como aquellas en las que se forman especialistas que aun requiriendo para su acceso distinta titulación universitaria, incidan en campos asistenciales afines.

Con respecto a las pruebas de acceso a la formación sanitaria especializada se aportan como novedades el que las plazas ofertadas para reespecialización no se incluyen en el cuadro resumen de las plazas ofertadas en cada convocatoria, además los aspirantes nacionales de un Estado cuya lengua oficial no sea el castellano deben acreditar un nivel C1 o C2 de conocimiento de dicha lengua, a través de un título oficial.

Por otro lado, se establece que la selección de aspirantes incluirá una prueba objetiva de evaluación de conocimientos teóricos y prácticos, y habilidades clínicas y comunicativas. El peso específico de esta prueba no podrá ser inferior al 90%. Además, como novedad se incluye también el requerimiento de una puntuación mínima para superar esta prueba, que se obtendrá aplicando un porcentaje a la media aritmética de las diez máximas valoraciones individuales obtenidas en dicho examen. También por primera vez, se establece que en la prueba selectiva podrán valorarse los méritos académicos y profesionales de los aspirantes, según el baremo que se incluya en la correspondiente convocatoria. Fijándose el peso específico de estos méritos en no más del 10% de la puntuación total.

Este decreto también especifica que la implantación de las medidas incorporadas deben ir acompañadas de una apuesta de las Administraciones Sanitarias por la integración de elementos de innovación docente así como el uso de las tecnologías de la información para potenciar el modelo formativo, la seguridad del paciente, así como alcanzar mayor eficacia y eficiencia en el proceso de adquisición de las competencias necesarias para el ejercicio de las profesiones sanitarias.

### **3.3.2.- LEGISLACIÓN AUTONÓMICA**

Para desarrollo de las disposiciones generales en materia de formación sanitaria especializada contenidas en el Real Decreto 183/2008, de 8 de Febrero, de cuya aplicación se hace responsable a las comunidades autónomas, la Comunidad de Castilla y León dicta, entre otros, el **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***<sup>23</sup>.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, corresponde a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, dictar las disposiciones de desarrollo sobre las comisiones de docencia, sobre la actividad docente, así como sobre el nombramiento, evaluación y reconocimiento de tutores, y otras figuras docentes que amparen colaboraciones significativas en la formación

---

<sup>23</sup> 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* num.202, de 21 de noviembre de 2009.

especializada. Junto a estos, se regulan otros aspectos como las rotaciones externas, en desarrollo de la previsión contenida en su artículo 21.1, la evaluación y control de la calidad en la formación especializada, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 29.3, así como aquellas cuestiones que, relacionadas con éstas, permitan la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en esta Comunidad Autónoma.

El **CAPÍTULO II** contiene las previsiones relativas a las *Unidades docentes*, que en el **Artículo 2** determina que estarán formadas, con carácter general, por las siguientes figuras docentes:

- Tutor coordinador.
- Tutor/es.
- Tutor/es de apoyo.
- Colaborador/es docentes.

Pudiendo en un mismo profesional concurrir varias figuras docentes.

El **CAPÍTULO III** desarrolla la legislación referida a los *órganos docentes de carácter colegiado* y concretamente en la **SECCIÓN 1ª** contiene lo relativo a las *Comisiones de docencia*:

El **Artículo 6** establece que las comisiones de docencia actuarán bajo la *dependencia* de la gerencia u órgano de dirección coordinador de la infraestructura docente en el que se han constituido.

El **Artículo 7** concreta la *composición* de las mismas de tal manera que:

1. Las comisiones de docencia estarán compuestas por un presidente, vicepresidente, un secretario y un máximo de veinte vocales.

2. La presidencia de las comisiones de docencia corresponderá al jefe de estudios de formación especializada.

3. Podrá formar parte de la comisión de docencia un Vicepresidente designado, por acuerdo adoptado por la mayoría absoluta de los miembros de la comisión, entre los miembros tutores de la misma. El Vicepresidente sustituirá al Presidente en los casos de vacante, ausencia o enfermedad y, asimismo, en los procedimientos de revisión de las evaluaciones anuales negativas no recuperables. En defecto del Vicepresidente, la

presidencia en estos procedimientos se asumirá por el miembro de la comisión de mayor jerarquía, antigüedad y edad, por este orden, de entre sus componentes.

4. El Secretario, con voz pero sin voto, será designado por la gerencia u órgano directivo al que esté adscrita la correspondiente comisión de docencia.

5. Los Vocales, serán designados garantizándose una representación mayoritaria del conjunto de tutores y residentes, para lo que se tendrá en cuenta el número de titulaciones y naturaleza de las especialidades, el número de residentes que se formen en cada una de ellas, así como las características del correspondiente centro o unidad.

a) De tres a cinco vocales, en representación de los tutores del centro o unidad, elegidos por y entre los propios tutores, con la conformidad del órgano de dirección.

b) De tres a cinco vocales, coincidiendo con el número de vocales tutores, en representación de los especialistas en formación del centro o unidad, elegidos por éstos entre, preferentemente, los que se encuentren en el segundo o sucesivos años de formación del programa de la especialidad.

c) Un vocal, en representación de la Gerencia Regional de Salud (designado por la Dirección General de Recursos Humanos).

d) Un vocal, designado por el órgano de dirección de la infraestructura asistencial de que se trate.

e) El responsable en calidad e investigación en docencia, de la institución docente correspondiente.

f) La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se garantizará mediante la incorporación a las comisiones de docencia de jefes de estudios de formación especializada y de vocales de residentes que representen al otro nivel.

El **Artículo 8** define las *funciones* de las comisiones de docencia:

1. Aprobar, a propuesta de los tutores, una guía o itinerario formativo tipo de cada una de las especialidades que se formen en su ámbito, que cumpla los objetivos y contenidos del programa oficial de la especialidad y se adapte a las características específicas del centro o unidad docente.

2. Garantizar que cada uno de los residentes de las especialidades que se formen en su centro o unidad, cuenten con el correspondiente plan individual de formación, y que este se adecúe a la guía formativa o itinerario tipo antes citado.

3. Elaborar, aprobar y supervisar la aplicación del plan de gestión de calidad docente del centro o unidad docente, y colaborar con los órganos de dirección y gestión en el establecimiento de estrategias de mejora cuando se requieran, en base a los resultados de las evaluaciones sobre calidad docente.

4. Elaborar protocolos de actuación para graduar la supervisión de las actividades de los residentes en áreas asistenciales significativas.

5. Facilitar la adecuada coordinación docente entre niveles asistenciales.

6. Aprobar los cronogramas de rotaciones de los programas de las diferentes especialidades y expresar la conformidad a las propuestas de rotaciones externas.

7. Aprobar y fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionados con el programa, previo informe de los responsables de formación e investigación.

8. Facilitar la formación continuada de los tutores en metodologías docentes y otros aspectos relacionados con los programas formativos.

9. Proponer, cuando proceda, la creación de subcomisiones de docencia.

10. Participar en los procedimientos de acreditación y reacreditación de tutores y de unidades docentes.

11. Realizar la propuesta de nombramiento del jefe de estudios de formación especializada, tutores, colaboradores docentes y del responsable de calidad e investigación en docencia al órgano directivo del centro, para que éste proceda a su nombramiento.

12. Efectuar la evaluación anual del jefe de estudios de formación especializada, tutores y responsable de calidad e investigación en docencia.

13. Establecer los criterios generales de asignación a los especialistas en formación, de los tutores, tutores de apoyo y colaboradores docentes del centro o unidad.

14. Designar a los profesionales de centro o unidad, con título de especialista que en cada caso corresponda, para que participen en los comités de evaluación.

15. Elaborar informes y trasladarlos al Ministerio de Sanidad y Política Social, en caso de períodos de recuperación por la repetición completa del año.

16. Trasladar los acuerdos de la comisión de docencia al residente y al comité de evaluación correspondiente sobre revisiones de evaluación anual. En los casos de revisión de evaluación anual negativa solicitará a la Gerencia Regional de Salud, la

designación de un profesional de la especialidad correspondiente, acreditado como tutor, que no haya participado en la evaluación del residente sometido a dicha revisión.

17. Emitir la calificación definitiva en caso de evaluación anual negativa no recuperable.

18. Informar, al menos anualmente, a los correspondientes órganos de dirección sobre la estructura docente del centro o unidad y realizar la propuesta global de la oferta docente anual, basada en la planificación de cada una de las unidades docentes.

19. Proponer a los órganos competentes la realización de auditorías docentes.

21. Remitir al Registro Nacional de Especialistas en Formación, a través de su presidente, las evaluaciones finales y anuales, así como los resultados de sus revisiones y los períodos de recuperación que en su caso correspondan. Asimismo, notificarán al Registro Nacional de Especialistas en Formación las excedencias y demás situaciones que repercutan en la duración del período formativo.

22. Proponer a los correspondientes órganos de dirección, la dotación de los medios materiales y personales necesarios para el adecuado desarrollo de las funciones de las comisiones de docencia y de los tutores.

23. Procurar que en el centro o unidad docente se den las condiciones necesarias para impartir una adecuada formación a los residentes, así como para llevar a cabo la evaluación formativa de sus actividades, procediendo a la revisión de las evaluaciones anuales. Procurar, asimismo, que exista una adecuada coordinación entre las enseñanzas universitarias de grado y posgrado y la formación especializada en Ciencias de la Salud.

El **CAPÍTULO IV** relativo a los *órganos docentes de carácter unipersonal*, en su **SECCIÓN 2ª** contiene la normativa referida al *Tutor de residentes*.

**Artículo 20.**– *Concepto.*

1. De conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, el tutor es el profesional especialista en servicio activo, que estando acreditado como tal, asume la responsabilidad del proceso de enseñanza y aprendizaje del residente de su especialidad, manteniendo con éste una relación continua y estructurada a lo largo de todo el periodo formativo, colaborando activamente en el aprendizaje de los conocimientos y habilidades que permitan cumplir el programa formativo de la especialidad de que se trate.

2. Esta figura docente tendrá el carácter de tutor principal del residente, respecto del resto de figuras docentes que, contemplados en el presente decreto, intervengan en su proceso formativo.

3. Simultáneamente, los tutores pueden ejercer como tutores de apoyo de otros residentes de esa unidad o colaboradores docentes de otros especialistas en formación que roten por su unidad.

**Artículo 21.**– *Funciones.*

Corresponde al tutor el ejercicio de las siguientes funciones:

1.– *Funciones con respecto al residente:*

a) Corresponde al tutor en ejercicio la función de planificación del proceso de aprendizaje individual del residente:

1. Identificar las necesidades de formación y los objetivos de aprendizaje del especialista en formación.

2. Elaborar el plan individual de formación de cada residente en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás figuras docentes que intervengan en su proceso formativo.

3. Proponer a la comisión de docencia la aprobación de la guía o itinerario formativo tipo de la especialidad, con sujeción a las previsiones del correspondiente programa oficial y aplicable a todos los residentes de la especialidad.

4. Proponer las adaptaciones de la mencionada guía al plan individual de formación de cada residente.

5. Orientar al residente durante todo el periodo formativo estableciendo un sistema de seguimiento periódico continuado y estructurado.

6. Fomentar la actividad docente e investigadora, y favorecer la responsabilidad progresiva en la tarea asistencial del residente.

b) Corresponde al tutor en ejercicio respecto a la función de gestión de los recursos humanos y materiales necesarios para el desarrollo del programa formativo:

1. Servir como referente e interlocutor del residente, resolviendo las incidencias que se puedan plantear entre el mismo y la organización.

2. Proponer las rotaciones del programa formativo.

c) Corresponde al tutor en ejercicio con relación a la función de supervisión del desarrollo del proceso formativo y de la asunción de responsabilidad progresiva:

1. Impartir las instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad asumible de los residentes a su cargo, al resto de los profesionales que participen en su proceso formativo, según la valoración individual del proceso de adquisición de competencias.

2. Supervisar la colaboración de otros profesionales en el proceso formativo, sirviendo de conexión con otros servicios donde realiza la formación el residente, concertando sesiones específicas de tutoría con otros profesionales que intervienen en la formación o manteniendo entrevistas periódicas para analizar el proceso continuado de aprendizaje y los correspondientes informes de evaluación formativa que incluirán los de las rotaciones realizadas.

3. Seguimiento de las rotaciones realizadas por los residentes asignados, detectando las situaciones conflictivas si las hubiera y comunicándolo a la comisión de docencia para buscar soluciones.

4. Ayudar y supervisar la cumplimentación del libro del residente.

d) Corresponde al tutor en ejercicio respecto a la función de evaluación de la adquisición e incorporación, por el residente, de las competencias definidas en el programa de la especialidad, a través de la evaluación formativa y sumativa:

1. Realizar entrevistas periódicas estructuradas y pactadas con los residentes asignados, en un número no inferior a cuatro por año, realizando a su término el informe normalizado de evaluación formativa y el registro en el libro del residente.

2. Valorar el progreso competencial del especialista en formación, utilizando como instrumento de evaluación, el libro del residente.

3. Utilizar otros instrumentos de seguimiento del progreso competencial del residente definidos en el programa de la especialidad correspondiente.

4. Realizar informes normalizados de evaluación formativa a través de los instrumentos definidos en el programa de la especialidad para incorporarlos en el expediente de cada especialista en formación, que incluirán los de las rotaciones realizadas.

5. Elaborar el informe anual que valore el progreso del residente dentro de la evaluación anual.

6. Participar en la evaluación sumativa en el comité de evaluación, como tutor del residente, para llevar a cabo la evaluación anual y final.

7. Acompañar al residente en el acto de revisión tras una evaluación anual negativa no recuperable.

**Artículo 22.**– *Requisitos y criterios de idoneidad.*

1. Para ser nombrado tutor deberán cumplirse los requisitos que, a continuación se indican, a fin de acreditar los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación para el desempeño de las funciones encomendadas:

- a) Estar en posesión del título oficial de especialista en Ciencias de la Salud, de la especialidad correspondiente.
- b) Tener una experiencia asistencial mínima en su especialidad de, al menos, un año.
- c) Prestar servicios en los dispositivos integrados en el centro o unidad docente.
- d) Estar acreditado como tutor.

2. Además, se tendrá en cuenta, para su designación, la experiencia profesional continuada como especialista, la experiencia docente, las actividades de formación continuada, la actividad investigadora y de mejora de la calidad, y la formación específica en metodologías docentes

**Artículo 23.**– *Nombramiento, duración y cese.*

1. El tutor será nombrado por el órgano directivo de la entidad titular de la unidad docente, a propuesta de la comisión de docencia correspondiente, oídos los propios profesionales y previo informe del jefe de la unidad asistencial de la especialidad.

2. El nombramiento tendrá una duración de cuatro años, transcurridos los cuales deberá someterse al procedimiento de reacreditación para continuar ejerciendo las funciones de tutor por sucesivos períodos de cuatro años.

3. En caso de incumplimiento de las funciones adquiridas como tutor, la comisión de docencia, oído el tutor coordinador, podrá proponer al órgano directivo correspondiente la desacreditación y consecuente cese del mismo.

**Artículo 24.**– *Formación y dedicación.*

1. La Administración sanitaria facilitará la participación del tutor en programas específicos de formación relacionados con la mejora de la competencia en áreas de práctica clínica y en metodologías docentes, tales como las actividades relacionadas con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de la investigación, gestión de calidad, motivación, aspectos éticos de la profesión o aspectos relacionados con los contenidos del programa formativo.

2. Asimismo, adoptará las medidas necesarias para asegurar que el tutor pueda disponer, al menos, de un cinco por ciento de su tiempo de trabajo para el ejercicio de su actividad docente, tiempo que estará incluido dentro del plan de trabajo del profesional que ejerce como tutor, contemplado dentro del plan de trabajo del servicio o equipo correspondiente, y especificado en su propuesta de proyecto docente. Este porcentaje de dedicación podrá incrementarse cuando concurra en el tutor el desempeño de otra figura docente sin que, en uno u otro caso, se pueda suplir o ver mermada su actividad asistencial.

**Artículo 25.**– *Evaluación.*

1. Las funciones de tutoría tienen la consideración de funciones de gestión clínica y, como tales, su ejercicio estará sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados.

2. Con la finalidad de garantizar la idoneidad y el mantenimiento de las competencias de los tutores, con carácter anual se efectuará una evaluación del tutor por la comisión de docencia, previo informe del tutor coordinador, teniendo en cuenta:

a) Los resultados de las evaluaciones anuales sobre la calidad de la docencia, efectuadas a los residentes en el marco del plan de gestión de calidad docente.

b) El seguimiento del proyecto docente a través del libro del tutor que deberá contener:

- Las actuaciones realizadas por el tutor, referentes a la acogida de los residentes asignados.
- El desarrollo del proyecto docente individualizado para cada residente asignado.

- Las actuaciones llevadas a cabo para mantener y actualizar sus competencias como tutor: perfil asistencial, docente, investigador, gestor así como la formación recibida, que se tomará en consideración en la reacreditación del tutor.
- Las actuaciones realizadas dentro del plan de calidad establecido en el centro.

c) La valoración de los libros de los residentes asignados.

3. Los resultados de la evaluación podrán determinar la confirmación o remoción del interesado en dichas funciones por el órgano directivo del centro, a propuesta de la comisión de docencia.

**Artículo 26.– Acreditación y reacreditación.**

1. La actividad de tutor deberá ser ejercida por profesionales acreditados como tutores.

2. Para acreditarse como tutor se requerirá:

a) Haber prestado servicios durante, al menos, un año, en su especialidad.

b) Tener una formación previa adquirida por medio de actividades formativas acreditadas, referentes al programa de su especialidad, formación en metodología didáctica y técnicas de comunicación, formación en metodología de investigación en Ciencias de la Salud, formación en metodología de gestión de la calidad y, mejora y formación sobre bioética y técnicas de motivación.

3. Cada cuatro años, los tutores acreditados deberán ser reacreditados para poder seguir desarrollando esa actividad.

4. La acreditación y reacreditación del tutor será realizada por la Gerencia Regional de Salud

**Artículo 27.– Reconocimiento e Incentivación.**

El ejercicio de la actividad tutorial será reconocido e incentivado de las siguientes formas:

a) Reconocimiento documental, a través de los certificados acreditativos del nombramiento y del tiempo de ejercicio de la tutoría.

b) Reconocimiento de las funciones realizadas a través de su consideración como funciones de gestión clínica.

c) Prioridad formativa de los tutores en actividades de formación vinculadas a su actividad.

d) Reconocimiento profesional de esta actividad en el contexto de la carrera profesional.

e) Reconocimiento profesional de esta actividad en el contexto de la promoción profesional.

f) Ajuste de la actividad profesional que permita disponer de un número de horas suficientes para la tutoría en su plan de trabajo.

El **CAPÍTULO V** desarrolla la normativa referida a *otras figuras docentes*, a las cuales hace referencia el **Artículo 28**, que establece que, colaborarán en la formación especializada y en las actividades docentes: el tutor coordinador, los tutores de apoyo, los colaboradores docentes y el responsable de calidad e investigación en docencia.

#### **SECCIÓN 1.<sup>a</sup> Tutor coordinador**

##### **Artículo 29.**– *Concepto.*

El tutor coordinador, de unidad o dispositivo docente, es el profesional especialista en servicio activo, que estando acreditado como tutor, asume la responsabilidad de llevar a cabo la coordinación y gestión de la formación de los residentes tanto de su propia especialidad, como de aquellas que contemplen un periodo formativo dentro de su unidad o dispositivo docente. Esta figura se contemplará a nivel de equipo en el ámbito de atención primaria.

#### **SECCIÓN 2.<sup>a</sup> Tutores de apoyo**

##### **Artículo 36.** – *Concepto.*

1. Los tutores de apoyo son los profesionales especialistas en servicio activo de la misma especialidad a la que tutorizan que, acreditados como tutores, contribuyen al proceso de enseñanza y aprendizaje de los residentes según el contenido estructurado de su programa formativo, asumiendo la orientación, supervisión y control de las actividades realizadas por aquéllos durante la correspondiente estancia formativa.

3. El tutor de apoyo participará activamente en la supervisión y evaluación del residente durante el período formativo de que se trate. Dicha actividad se llevará a cabo en coordinación con el tutor del residente. Estos profesionales pueden ser a la vez tutores de otros residentes de la unidad docente o colaboradores docentes de otras especialidades.

### **SECCIÓN 3.<sup>a</sup> Colaboradores docentes**

#### **Artículo 39.**– *Concepto.*

Los colaboradores docentes son profesionales en servicio activo de las diferentes unidades asistenciales o dispositivos por los que rotan los residentes, con diferente especialidad o incluso categoría a la que forman, que colaboran en el proceso de adquisición de competencias incluidas en el programa de la especialidad correspondiente, asumiendo la orientación, supervisión y control de las actividades realizadas durante la correspondiente estancia formativa.

En aquellos períodos en los que tanto el tutor coordinador, como el tutor de apoyo o el colaborador docente ejerzan funciones efectivas de tutoría, la Administración sanitaria adoptará las medidas necesarias para asegurar que pueda disponer de un tiempo de dedicación adecuado para el ejercicio de estas funciones, sin que, por ello, se pueda suplir o ver mermada su actividad asistencial.

*El CAPÍTULO VII contiene las provisiones relativas a la evaluación de la estructura docente.*

#### **Artículo 46.** – *Control de calidad en la formación especializada.*

1. De acuerdo con el artículo 29 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, las unidades y centros docentes acreditados para esta formación se someterán a medidas de control de calidad y evaluación, con la finalidad de comprobar su adecuación a los requisitos generales de acreditación y a la correcta impartición de los programas formativos y el cumplimiento de las previsiones contenidas en las distintas normas que regulan la formación sanitaria especializada.

2. La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León colaborará con la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en la acreditación de unidades y centros docentes y en la evaluación del funcionamiento y calidad del sistema de formación.

3. La evaluación desfavorable de la actividad docente de un centro o unidad implicará la revisión de su acreditación y, en su caso, su revocación total o parcial, con sujeción a lo previsto en el artículo 5 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero.

**Artículo 47.**– *Planes de gestión de la calidad docente.*

1. Para conseguir la calidad en la formación de especialistas en Ciencias de la Salud y que ésta sea eficiente, efectiva, accesible, que cuente con la óptima competencia de los profesionales docentes que participan, y la satisfacción de los especialistas en formación y de la organización que los forma, se elaborará un plan de gestión de calidad docente, como instrumento definidor de los elementos estructurales y las actividades necesarias para la mejora continua de la calidad en la formación de especialistas sanitarios.

2. El plan de gestión de calidad docente será elaborado, aprobado y supervisado por la comisión de docencia del centro o unidad respecto a las unidades de las distintas especialidades que se formen en su ámbito, contando con la participación de los residentes.

3. Para ello, los responsables de las unidades asistenciales y los correspondientes órganos de dirección y gestión facilitarán, cuanta información sea necesaria, a la comisión de docencia del centro o unidad.

**Artículo 48.**– *Contenido de los planes de gestión de la calidad docente.*

2. El plan de gestión de calidad docente deberá ser factible y contemplar, al menos, los siguientes aspectos:

a) Alcance o campo de aplicación, referido a formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

b) Misión, visión y valores del centro en relación a la docencia.

c) Responsabilidades de la dirección del centro docente, especificándose el compromiso expreso de la dirección con la calidad en la formación de especialistas sanitarios.

d) Recursos del plan de calidad docente, que comprenderá la definición del tipo y cantidad de recursos necesarios para una correcta ejecución de sus actividades, así como la estructura organizativa en que se sustenta.

f) Objetivos estratégicos y metas perseguidas en la mejora de la calidad docente, así como los indicadores elegidos para valorar su grado de cumplimiento y que han de basarse en la objetividad y facilidad de obtención de los datos.

g) Control de documentos y registros.

h) Sistema de evaluación, seguimiento y medición a través del cual se obtendrá la evidencia objetiva del nivel de calidad alcanzada, comprendiendo la evaluación externa e interna.

i) Iniciativas y actuaciones dirigidas a la mejora de la calidad en la docencia que se derivan del resultado de la evaluación interna o externa, con el objeto de impulsar el proceso de mejora continua.

**Artículo 49.**– *Participación del residente.*

2. Para el seguimiento de la calidad de la formación especializada, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, a través de la Dirección General de Recursos Humanos, efectuará, una encuesta anual y anónima a todos los residentes que se formen en su ámbito, para comprobar su grado de satisfacción en cuanto a la formación recibida.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, resultaba preciso dictar una norma que, dirigida a la regulación de la evaluación y control de calidad de la formación sanitaria especializada, facilitara la elaboración, desarrollo y seguimiento de los planes de gestión de calidad docente, todo ello, en cumplimiento del objetivo de garantizar un alto nivel de calidad del sistema de formación sanitaria especializada en la comunidad autónoma de Castilla y León, permitiendo su adaptación a los nuevos retos y necesidades y posibilitando, asimismo, el avance de forma coordinada hacia la excelencia en este ámbito formativo, en el marco de una política de mejora continua de la calidad docente.

Por ello, en cumplimiento de las previsiones y exigencias legales establecidas, se dictó la **ORDEN SAN/702/2010, DE 19 DE MAYO, por la que se regula la evaluación y control de la formación sanitaria especializada en el ámbito de la**

*Comunidad de Castilla y León*<sup>24</sup>, 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.

**Artículo 2.**– *Plan de gestión de calidad docente.*

1. El plan de gestión de calidad docente constituye el instrumento básico de mejora de la calidad de la formación de especialistas sanitarios, debiendo contar cada centro o unidad docente al que extienda su ámbito de actuación una comisión de docencia, con un plan de gestión de calidad docente adaptado a sus características y estructura organizativa.

2. El plan de gestión de calidad docente es el documento que describe los elementos estructurales y las actuaciones dirigidas a la mejora continua de la calidad de la formación sanitaria especializada, a su eficacia y eficiencia, a la óptima competencia de los profesionales docentes, y a la satisfacción de los especialistas en formación y de la organización que los forma.

3. Con carácter general, atenderá a la gestión adecuada de la formación sanitaria especializada, al cumplimiento de los objetivos de los programas formativos y a que la prestación asistencial de los residentes en la especialidad cursada sea acorde a su nivel formativo, con la asunción progresiva de responsabilidades y el correlativo nivel decreciente de supervisión.

4. Constituyen principios inspiradores de los planes de gestión de calidad docente:

a) *La orientación hacia el especialista en formación, hacia los profesionales implicados, los pacientes y la propia organización*, para dar respuesta adecuada a la satisfacción de sus necesidades y expectativas.

b) *El liderazgo y constancia en los objetivos*: el órgano de dirección debe liderar la estrategia de gestión de calidad en docencia logrando que se despliegue por toda la organización y se integre en la actividad diaria de la misma, con la necesaria coordinación de todas las actividades docentes del centro.

---

<sup>24</sup> ORDEN SAN/702/2010, de 19 de mayo, por la que se regula la evaluación y control de la formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. *BOCYL* num. 104, de 2 de junio de 2010.

c) *La gestión por procesos y basada en hechos*, como herramienta útil para valorar los logros alcanzados mediante el conocimiento de los datos aportados por los indicadores establecidos y para facilitar la adaptación de las actividades a las necesidades de los especialistas en formación, profesionales implicados, pacientes y la propia organización.

d) *La implicación y desarrollo de las personas*, en referencia a la actuación de la dirección orientada al desarrollo del potencial de las personas que trabajan en la organización, y al establecimiento de las estrategias necesarias que las implique activamente en el proyecto de la misma.

e) *La mejora continua, aprendizaje e innovación*: todas las actividades de la organización pueden ser objeto de mejora para lograr la mayor adecuación a las necesidades y criterios de calidad establecidos.

f) *El desarrollo de vínculos estables* entre la organización, los profesionales implicados en la docencia y otros colaboradores, basados en la confianza y el acuerdo en la satisfacción de sus requerimientos legítimos, para generar con ellos una estructura docente de calidad.

g) *La responsabilidad social*, en cuanto forma de tomar decisiones por parte de la organización y los profesionales implicados en la docencia que alcanza o supera las expectativas éticas, legales y sociales depositadas en ellos.

### **Artículo 3.– Elaboración.**

1. El plan de gestión de calidad docente, liderado por el órgano de dirección del centro, será elaborado por la comisión de docencia, respecto a la unidad o unidades de las distintas especialidades que se formen en su ámbito, con el impulso del jefe de estudios de formación especializada, la participación de tutores y tutores coordinadores, y el apoyo del responsable de calidad e investigación en docencia. Participará en su elaboración, el comité de calidad docente del centro, si se hubiera constituido.

2. Asimismo, podrán participar en la elaboración del plan de gestión de calidad docente aquellos profesionales cuya colaboración se considere necesaria o conveniente por acuerdo de la comisión de docencia.

3. Los responsables de las unidades asistenciales y los correspondientes órganos de dirección y gestión facilitarán a la comisión de docencia, la información que sea necesaria para su elaboración. Asimismo, la Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud prestará la asistencia y el asesoramiento necesario en este proceso de elaboración.

**Artículo 4.– Contenido.**

1. El plan de gestión de calidad docente, realizado con un enfoque basado en procesos, reflejará la gestión de las actividades formativas y los recursos de la organización al servicio de los objetivos estratégicos docentes estableciendo, de manera clara, indicadores objetivos y medibles para realizar su seguimiento y evaluación.

2. El contenido del plan de gestión de calidad docente se ajustará a lo dispuesto en el artículo 48 del Decreto 75/2009, de 15 de octubre,

**Artículo 6.– Comunicación y conformidad.**

1. Aprobado el plan de gestión de calidad docente, y con la conformidad del órgano de dirección del centro, será remitido por éste a la Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud junto con la acreditación de su aprobación por la comisión de docencia.

2. La Dirección General de Recursos Humanos, previa verificación de que el contenido del plan se ajusta a lo dispuesto en el Decreto 75/2009, de 15 de octubre y en la presente Orden, comunicará al órgano de dirección correspondiente, su conformidad y la procedencia de su implantación.

3. Si la Dirección General de Recursos Humanos detectara alguna deficiencia en el plan remitido lo pondrá en conocimiento del órgano de dirección, con la indicación de los aspectos que deben ser objeto de tratamiento o mejora, para que lo traslade a la comisión de docencia, a fin de que proceda a su subsanación.

**Artículo 8.– Seguimiento y evaluación.**

1. Una vez implantado el plan de gestión de la calidad docente deberá efectuarse su seguimiento y evaluación, a fin de comprobar el cumplimiento de las previsiones contenidas en el mismo.

2. Corresponde a la comisión de docencia y al jefe de estudios de formación especializada efectuar, bajo la supervisión del órgano de dirección, el seguimiento del plan de gestión de la calidad docente, con la colaboración de los tutores, tutores coordinadores, el apoyo del responsable de calidad e investigación en docencia.

3. El seguimiento y la evaluación del plan de gestión de la calidad docente se realizarán de forma continuada mediante autoevaluaciones y auditorías internas, a través del análisis de los resultados obtenidos de:

a) Los indicadores de los procesos formativos.

b) Las acciones correctivas y preventivas.

c) La información sobre la satisfacción de los residentes a través de encuestas u otros instrumentos que garantizando el anonimato evalúen el funcionamiento de la estructura docente y calidad de la formación recibida.

d) Las sugerencias o reclamaciones de residentes, profesionales y de otros grupos de interés.

e) La adecuación a las directrices institucionales.

f) La consecución de los objetivos establecidos.

g) Las actuaciones derivadas de las auditorías docentes.

**Artículo 9.**– *Participación del residente en la mejora de la calidad de la formación sanitaria especializada.*

1. La evaluación y seguimiento de la calidad de la formación sanitaria especializada se llevará a cabo, asimismo, a través de la participación de los residentes mediante encuestas de opinión o satisfacción en cuanto a la formación recibida realizadas por la Gerencia Regional de Salud, a través de la Dirección General de Recursos Humanos.

2. Estas encuestas se efectuarán anualmente, preferentemente, en el último trimestre de cada periodo formativo anual, respecto de todos los residentes que se

formen en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, a través de los instrumentos y medios que garanticen el anonimato.

3. Deberán comprender todos los aspectos que incidan decisivamente en el sistema de formación sanitaria especializada que permitan valorar el funcionamiento y adecuación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la unidad en la que se estén formando, el funcionamiento docente de las distintas unidades asistenciales y dispositivos por los que roten durante sus periodos formativos y cualesquiera otras cuestiones que, asimismo, permitan evaluar el grado de satisfacción respecto de la formación recibida.

4. La Dirección General de Recursos Humanos valorará las encuestas realizadas y comunicará los resultados obtenidos al órgano de dirección correspondiente quien, a su vez, los trasladará a la comisión de docencia, para su conocimiento y colaboración en el proceso de mejora continua de la formación sanitaria especializada.

**Artículo 10.**– *Mejora continua.*

1. Los procedimientos de seguimiento y evaluación permitirán introducir los ajustes y mejoras necesarios en la formación de especialistas sanitarios con base en los aspectos positivos y negativos identificados. Con este análisis se llevará a cabo la nueva planificación donde se establecerán las propuestas de mejora, con los objetivos a conseguir para el siguiente periodo y las acciones previstas en su desarrollo.

2. Este proceso de mejora continua será liderado por el órgano de dirección, con la colaboración de la comisión de docencia y órganos de gestión.

**ANEXO: DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD DOCENTE**

1. – *Alcance del plan de gestión de calidad docente.*

Con carácter general, el ámbito formativo del plan vendrá referido a formación sanitaria especializada.

2. – *Misión, visión y valores docentes.*

*Misión docente:* El fin último de todo proceso formativo será garantizar que los especialistas en formación adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes para el desarrollo de su especialidad a través de la planificación, gestión, supervisión y evaluación de todo su proceso formativo.

*Visión docente:* Consiste en establecer el punto donde se quiere llegar con el desarrollo de la formación sanitaria especializada.

*Valores docentes:* conjunto de principios que describen como se deben comportar los miembros del centro o unidad docente, y en los que se basan sus decisiones y acciones, tanto en el ámbito interno como en el entorno social.

3. – *Responsabilidades de la dirección*

Debe traducirse en el compromiso expreso por parte de ésta con la calidad en la formación de especialistas sanitarios y comprenderá las tareas de liderazgo, estímulo y facilitación de la puesta en marcha y desarrollo del plan de gestión de calidad docente.

Además, la dirección del centro en colaboración con los órganos docentes y, en su caso, de gestión, deberá:

- Comunicar el plan a los profesionales del centro o unidad docente.
- Facilitar la formación en calidad de los profesionales implicados.
- Efectuar el seguimiento de los objetivos de calidad.
- Efectuar la valoración de los recursos y la capacidad docente del centro o unidad.
- Efectuar el estudio del resultado de los indicadores de seguimiento de los procesos formativos.
- Efectuar el control y análisis del estado de las acciones correctivas y preventivas.

- Efectuar la revisión del plan de gestión de calidad docente y el establecimiento de las estrategias de mejora cuando los resultados de las evaluaciones sobre calidad docente lo indiquen.

- Efectuar el análisis de la información sobre la satisfacción de los residentes y de las sugerencias o reclamaciones de éstos y de los demás grupos de interés.

#### 4. – *Recursos*

El plan de gestión de calidad docente deberá contemplar los recursos humanos, materiales, y de equipamiento e infraestructura necesarios para la correcta ejecución de sus actividades.

En relación con *los recursos humanos* deberá incluir el organigrama correspondiente a la estructura docente del centro o unidad, especificándose las actividades propias de cada órgano implicado en la docencia, la dedicación a tales tareas y las competencias requeridas para el ejercicio de las funciones y actividades definidas, así como cualquier formación específica u otras acciones requeridas en relación con el personal implicado en la docencia.

En la identificación de *los recursos materiales* deberá describir los medios materiales necesarios y especificar, en su caso, el cumplimiento de prescripciones técnicas exigidas.

Asimismo, en relación con *los recursos de equipamiento e infraestructura*, deberá contemplar los requisitos particulares de las instalaciones para la correcta ejecución de los procesos. Igualmente se deberá establecer un sistema de mantenimiento correctivo y preventivo del equipamiento del centro o unidad, especialmente, el utilizado por el residente durante su periodo de formación.

#### 5. – *Procesos.*

La identificación y selección de los procesos debe basarse en las principales actividades docentes que se desarrollan en la organización y en cómo éstas influyen y se orientan hacia la consecución de los resultados previstos.

Una vez identificados los procesos, estos deben reflejarse en un mapa de procesos que, como representación gráfica de los mismos, facilite la determinación e interpretación de las interrelaciones existentes entre ellos.

Los procesos se clasifican en:

*Procesos estratégicos:* Proporcionan a la organización las líneas de actuación en el ámbito de la docencia, gestionan otros procesos y la relación de aquella con su entorno.

*Procesos operativos docentes:* Comprenden las actividades que debe llevar a cabo la organización para dar un servicio de calidad a los residentes, desde el inicio hasta el final de la formación, que les posibilite acceder al título de especialista, desarrollando las capacidades de la organización y utilizando los recursos necesarios.

*Procesos de apoyo o soporte:* Aquéllos en los que se apoya la organización para realizar su cometido docente, aunque no constituyen su actividad principal; proporcionan recursos a los procesos estratégicos y operativos y pueden ser realizados, total o parcialmente, por otra unidad de la organización.

#### 6. – *Objetivos estratégicos docentes, metas e indicadores.*

Cada centro o unidad docente debe establecer los objetivos más apropiados a sus características. Además, cada objetivo seleccionado debe ser fácilmente medible mediante, al menos, un indicador que informe del desarrollo del mismo.

En relación con cada indicador debe definirse la frecuencia de su seguimiento, el responsable del mismo y registrarse los resultados obtenidos.

Las metas a alcanzar para cada indicador deben establecerse y medirse con una periodicidad al menos anual.

#### 9. – *Iniciativas y acciones de mejora de la calidad en la docencia.*

Las iniciativas y acciones de mejora derivadas de los resultados de la evaluación interna o externa, constituyen una herramienta fundamental para corregir las deficiencias observadas. Por ello, el plan de gestión de calidad docente deberá identificar cómo han de utilizarse los resultados de las evaluaciones con objeto de impulsar el proceso de mejora continua.

Las iniciativas y acciones de mejora han de dar respuesta a las no conformidades detectadas, ser realizables y ayudar realmente a conseguir los objetivos de mejora de la calidad.

Los resultados de las iniciativas y acciones de mejora quedarán recogidos en la memoria de calidad docente que, de forma anual, elaborará la comisión de docencia al finalizar cada ejercicio formativo.

También atendiendo a lo dispuesto en el decreto 75/2009, capítulo VIII, artículo 52 dedicado a las rotaciones externas, se dicta la **ORDEN SAN/561/2010, de 31 de MARZO**, una norma *por la que se regula el procedimiento para la autorización de las rotaciones externas de los especialistas en formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León*<sup>25</sup>.

Dichas rotaciones deben contar con la aceptación y conformidad de la Comisión de Docencia de origen, así como con la conformidad y compromiso de la Comisión de Docencia de destino de emitir un informe de evaluación al finalizar la misma. Contando además, con el compromiso de la Gerencia donde el residente haya suscrito su contrato de formación como especialista, de continuar abonando al residente la totalidad de sus retribuciones.

Más adelante, con objeto de regular el plan de formación dirigido a proporcionar una formación integral en áreas de competencias esenciales y compartidas por las distintas especialidades, se dicta la **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*<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> ORDEN SAN/561/2010, de 31 de marzo, por la que se regula el procedimiento para la autorización de las rotaciones externas de los especialistas en formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. *BOCYL* num.83, de 4 de mayo de 2010.

<sup>26</sup> 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* num.125, de 1 de julio de 2010.

En cumplimiento del Decreto 75/2009, de 15 de Octubre, se dicta la **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**<sup>27</sup>. Su objeto, es desarrollar la normativa que posibilite que, en atención a la idoneidad de los candidatos para el ejercicio de las funciones de tutoría en formación sanitaria especializada, pueda otorgarse la acreditación o reacreditación para ser nombrado tutor durante un período inicial de cuatro años, así como para mantener dicha condición durante los períodos subsiguientes.

En base a esta norma podrán solicitar la acreditación como tutor de formación sanitaria especializada los profesionales sanitarios que, estando en posesión del título oficial de especialista en Ciencias de la Salud de la especialidad correspondiente, se encuentren en servicio activo en el momento de la convocatoria y, hayan prestado servicio durante al menos un año en su especialidad.

Dichas solicitudes serán valoradas por las comisiones de docencia de los centros o unidades docentes.

Los solicitantes deberán presentar una propuesta de proyecto docente para los cuatro años siguientes, una autoevaluación de méritos curriculares, y para la reacreditación, además, presentarán una memoria docente relativa a la actividad realizada durante el periodo en que han ejercido las funciones de tutor y al cumplimiento del proyecto docente presentado.

---

<sup>27</sup> 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* num.80, de 27 de abril de 2011.

## CAPÍTULO 4: MARCO TEÓRICO

---



## 4.- MARCO TEÓRICO

### 4.1.- SISTEMA MIR

Desde la aprobación del Real Decreto 127/1984<sup>28</sup>, la formación médica especializada en España se basa en el denominado sistema MIR (Médico Interno Residente).

Este Real Decreto, en su artículo 4º define por primera vez al médico residente como *“aquel que para obtener su título de Médico Especialista, permanece en los centros y en las unidades docentes acreditadas, un período limitado de tiempo de práctica profesional programada y supervisada, con el fin de alcanzar de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad de modo eficiente”*.

A partir de esa fecha, para la obtención del título de Médico Especialista en las especialidades que requerían formación hospitalaria, se estableció la necesidad de seguir un programa formativo en Unidades Docentes que cumplieran los requisitos previamente definidos para desarrollar esta labor docente.

Se legislaron, así mismo, las normas que regularían la formación en cada una de las especialidades, estableciéndose las bases de cada uno de los programas formativos, que a partir de entonces tendrían una concreción detallada con el fin de homogeneizar la formación.

No obstante, para evitar injusticias con aquellos médicos que hubieran adquirido una formación especializada equivalente, fuera de este sistema, se creó una vía especial, restringida y controlada para la obtención del título de Médico Especialista<sup>29</sup>.

Pero es con la Ley 44/2003, *de ordenación de las profesiones sanitarias*<sup>30</sup>, con la que el sistema de residencia queda definitivamente consolidado. Según el artículo 15 de la citada ley, el objeto de la formación especializada en ciencias de la salud será *“dotar*

---

<sup>28</sup> Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. *BOE* num.26, de 31 de enero de 1984.

<sup>29</sup> Real Decreto 1497/1999, de 24 de septiembre, de procedimiento excepcional de acceso al título de especialista. *BOE* num.230, de 25 septiembre de 1999.

<sup>30</sup> Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias. *BOE* num.280, de 22 de noviembre de 2003

*a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma*". Es decir, dicha formación implica formación teórica y práctica, así como una participación personal y progresiva en la actividad y en la responsabilidad propia de la especialidad. La dedicación en este periodo formativo es a tiempo completo, estableciéndose una relación laboral especial entre el centro docente y el especialista en formación.

La actividad profesional del residente es planificada por los órganos de dirección junto con las comisiones de docencia. Las actividades previstas en el programa docente son desarrolladas de forma programada y tutelada, figurarán en el libro del residente y serán objeto de evaluaciones.

Además esta misma ley, en su artículo 22, consolida el acceso a la formación sanitaria especializada, mediante un examen único convocado anualmente con carácter nacional en base a normas establecidas por el Ministerio de Sanidad, el conocido coloquialmente como "examen MIR".

El sistema formativo de residencia en España obliga, simultáneamente, a recibir una formación programada y a prestar un trabajo que permitan al especialista en formación adquirir las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando. Por lo tanto, como consecuencia del desarrollo de este sistema de formación y de acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, toda la estructura del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada en la enseñanza médica especializada, además de, en la enseñanza de grado y continuada de los profesionales.

Del mismo modo, se legisla para obligar al sistema sanitario a tomar las medidas necesarias para facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente, al igual que, la integración supervisada de estos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en las unidades docentes, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE num.45, de 21 de febrero de 2008

En base a este binomio docencia-asistencia, el sistema formativo MIR implica la asunción progresiva de responsabilidades por parte del residente en la especialidad que esté cursando, y un nivel decreciente de supervisión a medida que avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, con el objetivo de alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria especializada.

Esta progresión en la responsabilidad y supervisión del médico residente también está explicitada en la ley<sup>4</sup>, de modo que:

- La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicio en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada. Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

- La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. En todo caso, el residente, que tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

- Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés.

El sistema MIR de formación médica especializada, en cumplimiento de esta ley, incluye la realización de una evaluación anual y una evaluación final. El elemento fundamental para la evaluación anual es el “Informe Anual del Tutor”, realizándose también entrevistas tutor-residente de forma periódica y estructurada, en un número mínimo de cuatro al año, que permiten llevar a cabo un seguimiento del aprendizaje del MIR.

La evaluación anual es responsabilidad del “Comité de Evaluación”, constituyéndose un comité de evaluación por cada una de las especialidades cuyos programas formativos se desarrollan en cada centro o unidad docente.

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. Es también el comité de evaluación, quién visto el expediente completo de todo el periodo de residencia, levantará acta otorgando a cada residente una de las siguientes calificaciones: positiva, positiva destacado o negativa.

En resumen, el modelo de formación médica postgraduada que se instauró en España hace ya 30 años es el sistema MIR, que se compone de tres fases: la selección, la formación y la evaluación. Este sistema de formación, que actualmente se considera la base del prestigio de la sanidad española, no careció de críticas en su inicio dado el carácter selectivo del sistema de especialización que se proponía.

Sin embargo, son varios los estudios publicados que han llevado al reconocimiento de que la formación obtenida por el programa de formación médica especializada mediante el sistema de residencia (MIR), tiene una gran cualificación y ha mejorado la calidad asistencial de los hospitales (Carrasco, 1995; R. Pujol, et al., 1995).

Un estudio comparativo llevado cabo mediante encuestas de dos colectivos de especialistas formados vía MIR y no MIR, cuando ya ejercían como especialistas, evidenció una mayor competencia clínica del grupo formado vía MIR. Los apartados en los que se observaron mayores diferencias en favor de los médicos MIR fueron los relativos a conocimientos. Los resultados respecto a competencia global y calidad en la prescripción también fueron globalmente mejores para el grupo MIR. Dentro de este grupo no se observaron diferencias según el número obtenido en el examen MIR (R. Pujol, et al., 1995).

Más allá de esto, es importante destacar el hecho de que el sistema MIR se encuentra en clara concordancia con las directrices marcadas en Europa para la formación homogénea de especialistas a través del documento elaborado por el *European Board and College of Obstetrics and Gynecology*, EBCOG (Künzel et al., 2001). En esta organización participan 25 países y su objetivo es mejorar la salud de las mujeres y sus hijos promoviendo los estándares más altos de atención sanitaria en los países europeos.

La primera versión de estas recomendaciones elaborada en Francia, fue modificada en base a los comentarios aportados por las sociedades nacionales de distintos países europeos, y fue adoptado por la UEMS (*European Union of Medical*

*Specialist*) y el EBCOG en 1998. Con posterioridad dichas recomendaciones han sido actualizadas en Junio 2000, Marzo 2004 y Junio 2005.

Esta comisión reconoce la gran diferencia entre los métodos de formación de especialistas en los distintos países europeos, pero al finalizar la formación estos especialistas deberían ser competentes para ejercer sin supervisión en cualquier país.

Dicho documento recoge un itinerario formativo a desarrollar por el residente, quien ocupará un puesto remunerado en un programa de formación reconocido y bajo la supervisión de un tutor, participando en actividades educacionales que incluyen la formación de otros profesionales de la salud. El progreso será evaluado al menos una vez al año. Así mismo considera, que en los países europeos la formación y los formadores debe ser responsabilidad de las autoridades nacionales o regionales.

Desde el punto de vista del *European Board and College of Obstetrics and Gynecology*, los exámenes finales para la excelencia en la formación especializada en Obstetricia y Ginecología no tendrían una justificación oficial, en la actualidad. No obstante, ya hay algunos países europeos que llevan a cabo una evaluación final, mediante un método objetivo. En los países de habla inglesa, por ejemplo, se lleva a cabo un examen mixto teórico-práctico al final del periodo de formación del especialista. En el Reino Unido dicho examen es llevado a cabo por el *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*; del mismo modo que en Alemania el *Landesärztekammer* realiza un examen oral de evaluación final.

Por otro lado, Piessen et al. (2013) publican un artículo con los resultados de evaluación de la formación de residentes en Cirugía General y Digestiva en Francia, a partir de una encuesta nacional realizada a los residentes mediante cuestionario anónimo. La mayoría de los residentes que respondieron (85,9%), manifestaron no tener una evaluación formal de su entrenamiento práctico durante el programa de formación, aunque al 62,6% les gustaría tener alguna forma de evaluación objetiva.

No obstante, también es necesario conocer que en otras latitudes se plantean otros sistemas para la formación de especialistas, lo cual será importante para interpretar parte de la bibliografía utilizada como referencia en este trabajo de tesis doctoral. En EEUU, por ejemplo, el acceso a la formación médica especializada se realiza mediante el denominado *United State Medical Licensing Examination*<sup>32</sup> (USMLE), que lo

---

<sup>32</sup> United State Medical Licensing Examination. [acceso 17.03.2015]. disponible en: <http://www.usmle.org>.

constituyen tres fases distintas: la primera se centra en las ciencias básicas aplicadas a problemas clínicos; la segunda fase evalúa el conjunto de conocimientos y habilidades necesarios para la práctica clínica, y la tercera aborda aspectos relacionados con esta última y que un médico general debe poder afrontar en su etapa inicial. En conjunto, la prueba tiene alrededor de 1.200 preguntas, 11 estaciones con enfermos simulados y 20 casos clínicos completos desarrollados por ordenador. Se requieren cinco días, con jornadas de ocho horas, para su ejecución, y al contrario que en el examen MIR, no existe una prueba única y simultánea, sino que los candidatos disponen de un año para pasar las etapas mencionadas.

También el programa de formación especializada en Obstetricia y Ginecología en EEUU difiere del español, y consiste en 4 o 5 años de residencia en Obstetricia y Ginecología, y en la mayoría de los casos 2 o 3 años de formación subespecializada.

Desde que en 1970 se crearon en USA los programas de subespecialización (ginecología oncológica, medicina materno-fetal y endocrinología reproductiva), siguiendo a la residencia muchos especialistas completan 2 o 3 años de *fellowship* en estos campos antes de integrarse en un departamento (Lawrence & Longo, 1999).

## **4.2.- PROGRAMA FORMATIVO DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.**

### **4.2.1.- COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD**

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, *de ordenación de las profesiones sanitarias*<sup>33</sup>, en su artículo 21 hace referencia a la regulación de los programas de formación de especialistas en ciencias de la salud. 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. Los programas de formación que serán elaborados por la Comisión Nacional de las Especialidades, serán periódicamente revisados y actualizados. Dichos programas, una vez ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la salud, y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, serán aprobados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En el artículo 28 de esta ley, se definen las Comisiones Nacionales de la Especialidad como el órgano asesor de los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte, y del Ministerio de Sanidad y Consumo en el campo de la correspondiente especialidad. La Comisión Nacional, constituida por cada una de las especialidades en ciencias de la salud, es designada por el Ministerio de Sanidad y Consumo por un periodo de cuatro años, y está compuesta por dos representantes del Ministerio de Educación Cultura y Deporte (al menos uno tutor en la correspondiente especialidad), cuatro especialistas de reconocido prestigio, dos representantes de las sociedades científicas, dos representantes de los especialistas en formación, y un representante de la asociación colegial.

Las funciones de las Comisiones Nacionales de Especialidad en lo relativo a la formación de especialistas quedan concretadas en:

- elaboración del programa formativo,
- establecimiento de los criterios de evaluación de los especialistas en formación,

---

<sup>33</sup> Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *BOE* num.280, de 22 de noviembre de 2003.

- propuesta de áreas de capacitación específica,
- establecer los criterios para la evaluación de unidades docentes y formativas,
- y participar en el diseño de los planes integrales dentro de la correspondiente especialidad.

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 de cada unidad docente garantizar la adaptación individual de su contenido (plan individual de formación) a la guía o itinerario formativo tipo aprobado por ella a propuesta de los tutores de cada especialidad.

Por tanto, la administración estatal, a través de la Comisión Nacional de la Especialidad, definirá el programa básico de formación en Obstetricia y Ginecología. Las direcciones de los centros, las comisiones de docencia y asesoras, y las unidades docentes adaptarán este programa básico a las particularidades de cada centro y unidad definiendo la trayectoria formativa para cada residente individualmente.

#### **4.2.2.-PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.**

El programa oficial vigente de la especialidad queda especificado 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 Ginecología*<sup>34</sup>, el cual viene a sustituir al programa anterior, que fue aprobado por resolución el 25 de abril de 1996.

Este nuevo programa desarrolla una necesaria actualización del mismo, ya que la medicina en general y la Obstetricia y la Ginecología en particular evolucionan continuamente, siendo necesario adaptar los programas y planes de formación a la realidad actual, así como buscar la colaboración entre distintos hospitales, elaborando planes de formación conjunta y promoviendo la rotación de los residentes.

---

<sup>34</sup> 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* num.129, de 28 de mayo de 2009.

El programa oficial de la especialidad de Obstetricia y Ginecología contenido en la referida ley, especifica claramente y de forma estructurada las competencias a alcanzar por el médico en formación. Admite la definición de 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”*. Desde el punto de vista didáctico divide las competencias en:

- Conocimientos
- Habilidades
- Actitudes

Según queda recogido en el referido programa oficial elaborado por la Comisión Nacional de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, esta debe conceptuarse actualmente como una especialidad de contenido extenso y diverso que incluye:

- La fisiología de la gestación, el parto y el puerperio, así como su patología y su tratamiento.
- La fisiología, patología y tratamiento inherente a los órganos que constituyen el tracto genital femenino, incluyendo la mama.
- Los fenómenos fisiológicos y patológicos de la reproducción humana y su tratamiento.
- 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.

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 disponibles.

La adquisición de conocimientos según se establece en el programa formativo de la especialidad debe basarse en metodologías activas como 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 actividades habituales de los especialistas tanto en los aspectos asistenciales de cualquier tipo, como en los de formación, investigación y gestión clínica.

Por otro lado, 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 período formativo, y hablamos de responsabilidad cuando nos referimos al grado de supervisión con el que el residente realiza las actividades durante ese mismo período.

Según esto se definen 3 niveles de AUTONOMÍA:

<b>Nivel 1</b>	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)
<b>Nivel 2</b>	El residente tiene un extenso conocimiento pero no alcanza la experiencia suficiente para hacer un tratamiento completo de forma independiente.
<b>Nivel 3</b>	El médico residente ha visto o ha ayudado a determinadas actuaciones, pero no tiene experiencia propia.

Y tres de RESPONSABILIDAD:

<b>Nivel 1</b>	Son actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutela directa. El residente hace y luego informa.
<b>Nivel 2</b>	Son actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del tutor o de un facultativo responsable.
<b>Nivel 3</b>	Son actividades a realizar por los especialistas y observadas o asistidas por el médico residente.

El programa docente de la especialidad de Obstetricia y Ginecología concreta las competencias que debe adquirir y desarrollar el residente en cada año de formación, especifica el programa de rotaciones tanto por las distintos dispositivos de la unidad docente como las rotaciones externas, y define los objetivos de aprendizaje por año de residencia.

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. Debe establecer además el número mínimo de procedimientos a realizar por el residente para garantizar cuantitativamente el proceso formativo, así como guías sobre el sistema de evaluación más adecuado para la especialidad.

Puesto que en la profesión médica cada vez adquieren mayor relevancia aspectos no relacionados con la actividad clínica, pero que si forman parte del acervo de

conocimientos que un profesional debe poseer, el programa de esta especialidad también incluye formación en competencias como: bioética aplicada, legislación sanitaria, soporte vital básico, medicina basada en pruebas, metodología científica, inglés, gestión clínica y salud pública, comunicación y trabajo en equipo, informática y radioprotección.

El programa docente oficial de la especialidad de Obstetricia y Ginecología constituye la base del diseño curricular de la formación de especialistas. Según queda establecido en RD183/2008<sup>35</sup>, para cumplimiento de este programa oficial el/los tutores propondrán un Itinerario Formativo Tipo en cada unidad docente acreditada para la formación de Obstetricia y Ginecología, dicho Itinerario Formativo Tipo será aprobado por la comisión de docencia de cada centro y es de aplicación a todos los residentes de Obstetricia y Ginecología que se forman en esa unidad.

Igualmente y según establece este mismo Real Decreto, la comisión de docencia de cada centro debe garantizar que cada residente cuente con un Plan Individual de Formación, que se adapte y responda a la formación en competencias recogidas en el programa docente oficial de la especialidad y en el Itinerario Formativo Tipo de la correspondiente unidad docente .

Cada año, el tutor debe discutir y acordar con cada residente su plan individual de formación, en el que se deberán tener en cuenta las expectativas de este así como el grado de cumplimiento del programa formativo en años anteriores, adaptando el programa a las necesidades específicas, así como a las carencias y fortalezas observadas. El tutor también deberá proponer al residente y, en su caso solicitar a la comisión de docencia la realización de aquellas rotaciones externas en otros hospitales que estime de interés en la formación del residente<sup>36,37</sup>.

---

<sup>35</sup> REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *BOE* num.45, de 21 de febrero de 2008.

<sup>36</sup> 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* num.202, de 21 de noviembre de 2009.

<sup>37</sup> 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* num.80 de 27 de abril de 2011.



**Gráfico 1.** Niveles del curriculum (J Saura Llamas et al., 2011)

El programa formativo específico de la unidad docente debe incluir, entre otros aspectos (del Cura Rodríguez, 2011):

- La metodología y recursos con que se cuenta para la docencia, que serán los necesarios para una formación de calidad.
- Los rotatorios internos y externos que cada residente debe realizar durante su periodo formativo, la duración y los objetivos a alcanzar.
- Las actividades asistenciales que se espera que el residente desarrolle, los conocimientos y habilidades a adquirir y el grado de responsabilidad que debe alcanzar en ellas.
- Las actividades de investigación que se espera el residente desarrolle.
- Las actividades de transmisión de conocimientos consideradas adecuadas para su aprendizaje (presentación de sesiones, ponencias a congresos, publicaciones...).

### 4.3.- COMPETENCIA EN LOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN

#### 4.3.1.- DEFINICIÓN DE COMPETENCIA

En las dos últimas décadas se ha insistido en la necesidad de vincular la formación profesional con las necesidades de desempeño en el área laboral, de ahí que los modelos educativos basados en competencias laborales o profesionales se hayan difundido en las instituciones educativas a nivel mundial.

Este tipo de educación también se ha definido como educación basada en el producto o en los resultados, no es una educación centrada en si misma sino determinada por un referente externo: las necesidades de la sociedad (Neufeld, 1985a).

No existe un concepto unívoco que defina la competencia. Las tres acepciones más difundidas son: *capacidad*, que es el saber hacer con los conocimientos adquiridos, *competitividad* que hace alusión a una sociedad en la que se tiene que demostrar ser el mejor o el más eficiente, e *incumbencia* que es la función que debe ser desempeñada por una persona o aquello que involucra afectivamente a un individuo (Larios Mendoza, 2006).

Según Moreno (2000), existen varias concepciones correspondientes a enfoques distintos, una de las más aceptadas es la concepción de “competencia como relación holística o integrada”, en la cual toda competencia se plantea como un complejo estructurado de atributos generales (conocimientos, actitudes, valores y habilidades) requeridos para interpretar situaciones específicas y desempeñarse en ellas de manera inteligente. De acuerdo con esta noción integradora, las competencias involucran no solo los conocimientos y técnicas, sino que además comprometen la ética y los valores como elementos de desempeño competente, la importancia del contexto y la posibilidad de demostrarlo de diferentes maneras.

Por tanto, el concepto de competencia alude a la capacidad para resolver problemas, que se aplica de manera flexible y pertinente, adaptándose al contexto y a las demandas que se plantean en situaciones diversas. La competencia no se asocia a la mera posesión de habilidades y destrezas, sino que va acompañada necesariamente de elementos teóricos y actitudinales (Díaz & Rigo, 2000)

### **Competencia profesional**

G.P.Bunk (1994) define las competencias como el comportamiento resultante de un conjunto de actitudes, habilidades y valores que las personas manifiestan para resolver situaciones concretas relacionadas con su vida y su profesión.

Kane (1992) define la competencia profesional como “el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional”.

Brailovsky (2002) ha definido la *competencia profesional* como la capacidad de utilizar el buen juicio, los conocimientos, habilidades y actitudes para solucionar los problemas complejos que se presentan en distintos contextos en el campo de la actividad profesional.

La definición que el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte hace de la competencia profesional, se encuentra en La Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, *de las cualificaciones y la formación profesional*<sup>38</sup>. Dicha ley define la competencia profesional como “*El conjunto de conocimientos y capacidades que permitan el ejercicio de la actividad profesional conforme a las exigencias de la producción y el empleo*”. La competencia profesional comprende un conjunto de capacidades de diferente naturaleza que permiten conseguir un resultado. Esta competencia está vinculada al desempeño profesional, no es independiente del contexto y expresa los requerimientos humanos valorados en la relación hombre-trabajo.

La competencia profesional también se conceptúa como la conducta real del individuo durante el ejercicio de su profesión, es decir que la competencia está directamente relacionada con las características y las funciones que cumple un profesional en la sociedad. Un profesional puede acreditar el ser competente, pero ante una situación real no demostrar el saber hacer y el buen juicio, por lo que no responde al nivel de calidad exigible en aquella situación.

---

<sup>38</sup> Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las cualificaciones y la formación profesional. BOE num.147, de 20 de junio de 2002.

### **Competencia clínica**

Por otro lado, se ha definido la *competencia clínica* 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. La competencia clínica se considera como parte esencial de la formación profesional del médico tanto a nivel de pregrado como de postgrado, ya que es básica para una atención médica de calidad e integral.

Según Norman (1985) la importancia de la competencia clínica se pone de manifiesto en las expectativas que tiene la sociedad actual de los médicos:

1. Un médico debería ser técnicamente competente en términos de conocimientos y habilidades, y poseer la competencia de comunión eficaz con los pacientes y con otros profesionales de la salud.
2. Debería entender y contribuir a todas las metas de la atención de la salud: prevención, curación, rehabilitación y cuidados de apoyo; y según este autor, debería reconocer que su principal contribución es aumentar la calidad de vida de sus pacientes.
3. Debería estar informado de los conocimientos validados científicamente, de la efectividad de las nuevas terapéuticas o pruebas diagnósticas y usar solo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que han mostrado ser efectivos en situaciones clínicas apropiadas.
4. Debería reconocer cuándo la información requerida para las decisiones clínicas es incompleta y contribuir al desarrollo de nuevo conocimiento.

Para Norman la competencia clínica es un conjunto de atributos multidimensionales de los que hace la categorización siguiente:

- Habilidades clínicas: la habilidad para adquirir información al interrogar y examinar pacientes e interpretar el significado de la información obtenida.
- Conocimientos y comprensión: la habilidad para recordar conocimiento relevante acerca de condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes.

- Atributos interpersonales: la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional del médico que son observables en las interacciones con pacientes.
- Solución de problemas y juicio clínico: la aplicación del conocimiento relevante, habilidades clínicas y atributos interpersonales para el diagnóstico, investigación y manejo de los problemas de un paciente dado.
- Habilidades técnicas: La habilidad para usar procedimientos y técnicas especiales en la investigación y manejo de pacientes.

El Comité de la Asociación Americana de Colegios Médicos categoriza los componentes de la competencia clínica en tres grupos: cualidades acumulativas, permanentes e inferidas. Las *acumulativas* son las que están directamente influenciadas por el proceso educacional (conocimientos, habilidades, técnicas, eficiencia bajo estrés y uso efectivo del tiempo); las *permanentes* por lo general no son modificables por las intervenciones educacionales (ejemplos son la conducta ética y la sensibilidad); las *inferidas* son las que se vuelven importantes en la educación de postgrado (la habilidad para supervisar y para enseñar), (Neufeld, 1985b) .

Del mismo modo Southgate (1994), describió una extensa definición de competencia clínica que se refiere no solamente a la habilidad, sino además a lo que se debería seleccionar y ejecutar consistentemente, tareas clínicas relevantes en el contexto del ambiente social para resolver problemas de salud individuales y grupales de una manera eficiente, efectiva, económica y humana. Incluye aspectos de comportamiento, la demostración consistente de una moral y atributos de personalidad apropiados, por lo que el desarrollo moral y ético del estudiante es relevante para su futuro desempeño clínico.

Para Hull (1995), la competencia clínica comprende muchas y diversas áreas, incluyendo la base de conocimientos, la habilidad para aplicar el conocimiento, la habilidad para obtener nuevo conocimiento, las habilidades para adquirir información (por el interrogatorio, el examen físico, las pruebas de laboratorio), la habilidad para sintetizar la información clínica (formular y probar hipótesis y resolver problemas), la habilidad para desarrollar e implementar planes de manejo (diagnóstico, tratamiento, educación del paciente, interconsulta, seguimiento) y las características personales (los hábitos y conductas profesionales, la responsabilidad y las actitudes)

Por otro lado, es importante hacer una distinción entre *competencia* que es lo que un médico es capaz de hacer y *desempeño* que es lo que un médico hace en su práctica diaria.

### **Competencia en una especialidad**

La competencia en una especialidad también ha sido definida a través de varias dimensiones. Por ejemplo el *American Board of Medical Specialties* sugiere un núcleo conceptual con tres dimensiones principales: 1) las tareas del médico (realización de la historia clínica, uso de pruebas, etc.), 2) la situación clínica del objeto de estudio de la disciplina y 3) las habilidades previas (conocimientos, habilidad para solucionar problemas, actitudes, etc.).

Para el *American Board of Internal Medicine* deben considerarse cuatro dimensiones al definir la competencia (Neufeld, 1985a):

- 1) las habilidades relevantes del médico: conocimientos, habilidades técnicas y habilidades interpersonales.
- 2) tareas de solución de problemas: obtención de datos, diagnóstico, atención continua, etc.
- 3) la naturaleza de la enfermedad: los problemas encontrados por el médico y
- 4) los aspectos sociales y psicológicos del problema del paciente, especialmente aquellos relacionados con el diagnóstico y manejo

### **4.3.2.- COMPONENTES DE LA COMPETENCIA CLÍNICA**

Miller (1990), desarrolló un modelo representado por una pirámide que incluye los diferentes niveles de capacitación en los que se sustenta la competencia profesional del médico y en los que a su vez se puede desarrollar la evaluación, en la base de la pirámide sitúa los conocimientos que un profesional necesita para desempeñar sus tareas de manera eficaz "*sabe*", en el siguiente nivel la capacidad del profesional para utilizar los conocimientos "*sabe como*", en tercer nivel cómo actuaría y llevaría a cabo

sus funciones si se encontrara en una determinada situación *"muestra como"*, finalmente en el vértice se sitúa la actuación, lo que exige una observación directa del profesional, su práctica habitual con pacientes y situaciones clínicas reales *"hace"*. Este modelo resume muy bien el constructo de la competencia y permite hacer operativa su evaluación (Gráfico 2).



**Gráfico 2.** Pirámide de competencia de Miller

Basándose en los conceptos establecidos por Miller, la Comisión Nacional de la especialidad de Obstetricia y Ginecología contempla las competencias a adquirir por el médico residente divididas desde el punto de vista didáctico en 3 apartados:

**CONOCIMIENTOS:** Lo que se debe saber.

**HABILIDADES:** Lo que se debe saber hacer.

**ACTITUDES:** Cómo se debe hacer y cómo se debe ser.

## 1.- Conocimientos y habilidades

Los conocimientos y habilidades que debe adquirir el médico interno residente durante su periodo de formación en la especialidad de Obstetricia y Ginecología queda contenido en el programa formativo de la especialidad, elaborado por la Comisión Nacional de la especialidad y publicado en el BOE tras ser ratificado por el Consejo Nacional de las especialidades en Ciencias de la Salud<sup>39</sup>.

## 2.- Actitudes

Por mucho que valoremos la importancia de la formación dirigida a la adquisición de conocimientos técnico-científicos, hay una serie de competencias clave que se asocian más a unas conductas y actitudes de las personas. Estas competencias son transversales porque afectan a muchos sectores de actividad, a muchos lugares de trabajo y, lo que es más relevante, están muy en sincronía con las nuevas necesidades.

Estas **actitudes** que conforman las competencias clave de los profesionales médicos del presente y el futuro no son un mero complemento útil a los conocimientos y habilidades adquiridos. Estas competencias deben incorporarse en el currículum de la formación del médico residente como elementos identificadores de una actitud profesional adecuada a los tiempos modernos.

Por tanto en el proceso de formación del médico especialista, debería tenderse a la consecución de unas competencias o capacidades clave en las que se base su actividad futura como profesionales de la salud y como médicos especialistas<sup>40</sup>:

La primera de estas capacidades clave es **la capacidad de resolución de problemas**, es decir, la disposición y habilidad para enfrentarse y dar respuesta a una situación determinada mediante la organización y/o aplicación de una estrategia o secuencia operativa (identificación del problema, diagnóstico, formulación de soluciones y evaluación) definida o no para encontrar la solución.

---

<sup>39</sup> 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* num.129, de 28 de mayo de 2009.

<sup>40</sup> Competencias profesionales, [acceso: 16.02.2015]. Disponible en:

<http://www.educaweb.com/contenidos/laborales/nuevas-profesiones/competencias-profesionales/>

La segunda es **la capacidad de organización del trabajo** o, dicho de otro modo, la disposición y habilidad para crear las condiciones adecuadas de utilización de los recursos humanos o materiales existentes para desarrollar las tareas con el máximo de eficacia y eficiencia.

**La capacidad de responsabilidad en el trabajo**, que es la disposición para implicarse en el trabajo, cuidando de que el funcionamiento de los recursos humanos y materiales sea el adecuado.

**La capacidad de trabajar en equipo**, la disposición y habilidad para colaborar de manera coordinada en la tarea realizada conjuntamente por un equipo de personas para conquistar un objetivo propuesto.

La quinta capacidad es la **de autonomía** es decir, la capacidad de realizar una tarea de forma independiente, ejecutándola de principio hasta el final, sin necesidad de recibir ninguna ayuda o apoyo. Esta capacidad de trabajar de forma autónoma no quiere decir, no obstante, que en ciertas etapas o tareas concretas el profesional no pueda ser asesorado.

La sexta es **la capacidad de relación interpersonal**. Por este término entendemos la disposición y habilidad para comunicarse con los otros con el trato adecuado con atención y empatía.

La última de las capacidades clave podría considerarse **la capacidad de iniciativa**, o habilidad y disposición para tomar decisiones sobre propuestas o acciones. Si estas propuestas van en la línea de mejorar el proceso asistencial, el servicio a los pacientes o el producto, podríamos estar ya hablando de **la capacidad de innovación**.

#### **4.4.- HABILIDADES DOCENTES CLÍNICAS**

##### **4.4.1- DOCENCIA CLÍNICA: CONTENIDO**

Una docencia de calidad en la formación de médicos especialistas, es la que garantizará también en el futuro unos profesionales de calidad, por este motivo, la docencia es uno de los pilares fundamentales en cualquier sistema de salud. La investigación y la docencia pueden marcar la diferencia en cuanto a la excelencia del sistema de formación de médicos especialistas si son tomados en serio.

En los últimos años se ha objetivado una convergencia de los principios de la formación de postgrado en todo el mundo que se ha promovido gracias a una mejora de la comunicación entre universidades e instituciones educativas, cuerpos reguladores, sociedades médicas y asociaciones médicas. Esta tendencia a la unificación de criterios y recomendaciones también ha estado influenciada por la mayor movilidad de los médicos y la internacionalización creciente de la medicina, con el soporte de acuerdos que permiten el intercambio internacional de médicos entre diferentes países del mundo.

Han sido varias las organizaciones académicas y sanitarias de distintos países las que en los años noventa y principios del 2000, se adelantaron a definir las competencias básicas de sus médicos: Canadá, *CanMeds Roles* (CanMeds, 2009); EEUU, *Outcome Project-Accreditation Council Graduate Medical Education* (Holt, Miller, & Nasca, 2010); el IIEM New York, Instituto Internacional para la Educación Médica de Nueva York (Moran-Barrios & Ruiz de Gauna Bahillo, 2010); y la *World Federation for Medical Education* (WFME, 2003).

Los dominios competenciales desarrollados en estos modelos son aplicables a cualquier especialidad:

**Tabla 1.** Modelos de dominios competenciales

CanMEDs	Outcome Project (ACGME)	IEM New York	WFME
1. Experto médico	1. Profesionalidad	1. Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética	1. Profesionalidad
2. Comunicador	2. Habilidades de comunicación e interpersonales	2. Habilidades de comunicación	2. Habilidades interpersonales y de comunicación
3. Colaborador	3. Conocimiento Médico	3. Fundamentos científicos de la medicina	3. Conocimiento medico
4. Gestor	4. Cuidados del paciente	4. Habilidades clínicas	4. Cuidado del paciente
5. Consejero de salud	5. Práctica clínica basada en el contexto del sistema de salud	5. Salud pública, sistemas de salud	5. Conocimiento en salud pública y políticas de salud
6. Erudito, estudioso ( <i>Scholar</i> )	6. Práctica clínica basada en el aprendizaje y la mejora	6. Manejo de la información	6. valoración y utilización de nuevo conocimiento científico
7. Profesional		7. Análisis crítico, autoaprendizaje e investigación	7. Experto
			8. supervisor , formador y docente.
			9. Interés y capacidad de actuar como defensor del paciente

La *World Federation for Medical Education* aprobó en el año 2002 un documento que recoge los estándares internacionales para la mejora de la educación médica postgrado (WFME, 2003). Para desarrollar el proyecto, la WFME designó un Comité Internacional consistente en un Grupo de Trabajo y un Consejo Internacional de Expertos, encargados de definir estándares internacionales para programas docentes en educación médica de postgrado.

Según este documento, la educación médica de postgrado comprende la formación de la especialidad y subespecialidad, la medicina familiar y otros programas reglados de formación en diferentes áreas expertas. Propone que además de los aspectos clínicos prácticos, se requiera cierta educación teórica. Esta se puede organizar de diferentes maneras, bien sea ligada a la formación clínica o a través de cursos teóricos de ámbito regional, nacional o internacional.

La WFME establece que la formación debería animar a los médicos a convertirse en *expertos* en su especialidad y debería prepararlos para un aprendizaje autodirigido a lo largo de la vida, y estar a punto para proseguir la educación médica y el desarrollo profesional continuado.

Convertirse en expertos hace referencia a un compromiso más profundo y amplio en el desarrollo de la disciplina, incluyendo la responsabilidad para la educación, desarrollo, investigación y gestión.

Según el documento elaborado por la WFME, Las *competencias* se pueden definir en términos profesionales amplios como un conocimiento específico, habilidades, actitudes y comportamientos. Las competencias relevantes para la formación de postgrado incluirían, dependiendo de la especialidad escogida, las siguientes áreas:

- El cuidado del paciente que sea apropiado, efectivo y compasivo para afrontar los problemas de salud y la promoción de la salud.
- El conocimiento médico en las ciencias biomédicas, clínicas y de comportamiento, además de la ética y la jurisprudencia médica, y la aplicación de este conocimiento al cuidado del paciente.
- Las aptitudes interpersonales y las habilidades comunicativas que garanticen un intercambio de comunicación efectiva con pacientes individuales y sus familias, y el trabajo de equipo con otros profesionales sanitarios, la comunidad científica y el público.
- La valoración y utilización de nuevos conocimientos científicos que permitan una actualización continuada y la mejora de la práctica clínica.
- La función como supervisor, formador y profesor en relación a los colegas, a los estudiantes de medicina y otros profesionales sanitarios.
- La capacidad de ser experto contribuyendo al desarrollo y la investigación del campo médico escogido.
- La profesionalidad.
- El interés y la capacidad de actuar como defensor del paciente.
- El conocimiento en salud pública y políticas de salud, así como el conocimiento del sistema sanitario, incluyendo por ejemplo la organización de la atención, la alianza con proveedores y gestores de la atención sanitaria, la práctica de una atención con una buena relación coste-efectividad, la economía de la salud y la ubicación de recursos.

- La capacidad de entender la atención sanitaria, identificar sus fallos y llevar a cabo una mejora de la atención basada en el sistema.

Así mismo la WFME define *La profesionalidad* como el conocimiento, las habilidades, las actitudes y los comportamientos que los pacientes y la sociedad esperan de los individuos durante el ejercicio de su profesión e incluye conceptos como la capacidad de aprender a lo largo de la vida y el mantenimiento de la competencia, mantenerse informado, el comportamiento ético, la integridad, la honestidad, el altruismo, el servicio a los otros, la adhesión a los códigos profesionales, la justicia y el respeto a los demás.

Respecto a las metodologías de aprendizaje propuestas por la WFME, el residente debe adquirir el conocimiento de las bases científicas y los métodos de la especialidad médica escogida, y a través de la exposición a un abanico amplio de experiencia clínica y práctica en diferentes ámbitos del campo escogido, debe familiarizarse con la medicina basada en la evidencia y el proceso de decisiones clínicas críticas.

Durante el proceso de formación el residente debería tener una instrucción formal sobre la documentación médica, el análisis de informes científicos y la medicina basada en la evidencia, y debería involucrarse en investigación.

Se debe respetar la naturaleza de aprendizaje del desarrollo profesional y se debe garantizar la integración entre formación y servicio (formación en el trabajo), que implica de una parte la oferta de un buen servicio sanitario por parte de los residentes, y por otra que las oportunidades para aprender estén incluidas dentro de las funciones de servicio. Todo ello, optimizando el uso de diferentes ámbitos clínicos, el uso de pacientes y situaciones clínicas con objetivos de formación, respetando al tiempo las funciones de prestación sanitaria.

Según Moran Barrios (2010) la formación en clínica es un proceso por el cual la persona va adquiriendo las competencias necesarias para el desempeño de su profesión de acuerdo a las necesidades sociales, estas competencias incluyen conocimientos, habilidades, actitudes, comportamientos, valores e incluso las costumbres de ese grupo social o profesional. Más concretamente, una sociedad demanda de sus profesionales que estos tengan:

1) 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) Un manejo correcto del lenguaje científico, tecnológico e informático que facilite el aprendizaje autónomo y

4) buena experiencia en el campo de las relaciones interpersonales facilitando la iniciativa y el trabajo en equipo, desarrollo de destrezas para los asuntos personales y para una eficaz participación en las instituciones y en la sociedad.

Como también reconoce Millán (2008), los modelos curriculares nuevos deberían exhibir claramente los dominios nucleares que sustentan la formación médica.

**Tabla 2. Dominios nucleares para los nuevos planes de estudio (Instituto de Educación Médica Internacional)**

• Profesionalismo: valores, actitudes, conductas y ética profesional.
• Conocimientos científicos
• Habilidades clínicas
• Habilidades relacionales y comunicativas
• Salud poblacional y sistemas sanitarios
• Gestión de la información
• Pensamiento crítico e investigación

#### **4.4.2- MODELOS FORMATIVOS**

El modelo formativo o modelo docente es la orientación fundamental que se va a seguir en cuanto al estilo de enseñanza o aprendizaje.

Los modelos formativos teóricos pueden clasificarse en:

##### **a).- Modelo tradicional**

En este modelo se considera al maestro como el que sabe, de tal manera que el alumno actúa como un sujeto pasivo que se beneficia al recibir el saber del maestro. Se

trata de un método puramente memorístico en el que el sistema de evaluación pretende comprobar en qué medida el alumno se ha empapado de los conocimientos que le han transmitido (José Saura Llamas, Saturno Hernández, & Romero Sánchez, 2006)

#### **b).- Conductivismo y compartimentalismo**

Basado en las teorías psicológicas de los conductivistas (Paulov, Miller, Skinner), este modelo propone que el aprendizaje se puede favorecer modificando las condiciones externas. Para esto los objetivos de aprendizaje, tanto para el alumno como para el profesor, deben ser muy claros, de tal manera que a través de refuerzos externos (positivos o negativos) se facilite su consecución.

Este modelo formativo enseña por módulos de información fragmentada, cuya traducción en el mundo académico serían las asignaturas. La evaluación se basa en la medición de la consecución de los objetivos, y una vez superada la evaluación de un módulo no se vuelve sobre él. Genera por tanto un conocimiento fragmentado que dificulta la integración de lo aprendido en los distintos módulos.

La aportación que plantea este sistema es que permite la focalización y profundización en un área concreta de conocimiento en un tiempo dado (José Saura Llamas, et al., 2006).

#### **c).- Constructivismo**

El modelo constructivista considera que los seres humanos aprendemos por maduración de procesos neurológicos y sensoriales. De tal manera que los conocimientos se sedimentan sobre lo que ya se sabe, sobre las construcciones mentales o representaciones previas (José Saura Llamas, et al., 2006).

Según Piaget (1978), en el constructivismo el aprendizaje no es pasivo, sino activo. El conocimiento se construye a partir de la experiencia que conduce a la creación de esquemas, los cuales constituirían los modelos mentales que almacenamos en nuestra mente. Estos esquemas irían agrandándose y volviéndose más sofisticados mediante 2 procesos complementarios: la asimilación y el alojamiento.

Su traducción a la metodología de enseñanza-aprendizaje es el currículo en espiral, que va de lo más simple a lo más complejo.

El ambiente del aprendizaje constructivista se puede diferenciar por ocho características (Hernández Requena, 2008):

1. Provee a las personas del contacto con múltiples representaciones de la realidad.
2. Estas múltiples representaciones de la realidad evaden la simplificación y representan la complejidad del mundo real.
3. El aprendizaje constructivista se enfatiza al construir conocimiento dentro de la representación del mismo.
4. Resalta tareas auténticas de una manera significativa en el contexto, en lugar de instrucciones abstractas fuera del contexto.
5. Proporciona entornos de aprendizaje como los entornos de la vida diaria o casos basados en el aprendizaje, en lugar de una secuencia predeterminada de instrucciones.
6. Los entornos de aprendizaje constructivista fomentan la reflexión en la experiencia.
7. Los entornos del aprendizaje constructivista permiten el contexto y el contenido dependiente de la construcción del conocimiento.
8. Apoyan la construcción colaborativa del aprendizaje, a través de la negociación social, no de la competición entre los estudiantes para obtener apreciación y reconocimiento.

Según la teoría constructivista de Piaget (1978), existen 2 principios en el proceso de aprendizaje-enseñanza.

- ✓ El aprendizaje como un proceso activo:

De tal manera que en el proceso de alojamiento y asimilación de la información resultan vitales la experiencia directa, las equivocaciones y la búsqueda de soluciones. Es decir, la información funciona como una herramienta, cuando es introducida como forma de respuesta para solucionar un problema.

- ✓ El aprendizaje completo, auténtico y real.

El significado es construido en la manera en que el individuo interactúa con el mundo que le rodea. Resulta más fácil el aprendizaje si al mismo tiempo el alumno se encuentra comprometido con actividades significativas que ejemplifican lo que quiere aprender.

**d).- La vía del descubrimiento**

Este modelo docente propuesto por Dewey se basa en la acción, en la solución de problemas que el alumno descubre por sí mismo.

El aprendizaje se produciría tras pasar por varias etapas: delimitar el problema a resolver, analizar las posibles soluciones y finalmente verificar las soluciones propuestas de forma práctica, mediante la acción (Amat, 2002).

**e).- Cognitivism**

Este método pretende descifrar cómo funciona el cerebro del experto para tratar de transmitir esos sistemas de pensar al alumno. En este paso, los conocimientos no se reciben pasivamente del docente sino que se construyen a partir de los conocimientos previos más la ayuda de los nuevos que el docente pone a su disposición.

Este sistema evalúa el desempeño del alumno frente a la complejidad, en situaciones que simulan la vida real.

Utiliza recursos docentes del tipo de aulas informáticas, simulación de pacientes reales, programas informáticos que simulen casos reales, laboratorios de habilidades....

El ejemplo más depurado de este modelo en el campo de la docencia-aprendizaje es el método de aprendizaje basado en problemas (*problem based learning, PBL*), en el que de entrada se enfrenta al alumno a la complejidad y la indefinición, puesto que así ocurre en la vida real (José Saura Llamas, et al., 2006).

**d).- Metacognición.**

La metacognición hace referencia a la percepción y el análisis que el propio individuo hace de su funcionamiento intelectual. Es el conocimiento de sus fortalezas y debilidades en el proceso de aprendizaje, el control de las propias capacidades, es decir, la capacidad de autocrítica.

Es por esto, que este modelo considera que las emociones juegan un papel prioritario en la regulación de la actividad cognitiva, en la organización de las tareas consideradas prioritarias, de su ordenamiento en el tiempo, de la decisión de continuar por el camino emprendido, tomar otro, o abandonar. Sería esta conciencia de los propios recursos cognitivos, la que dota al alumno de recursos adicionales para organizar con mayor eficacia sus herramientas intelectuales (José Saura Llamas, et al., 2006).

## LA FORMACIÓN DE ADULTOS

La formación de adultos no es un modelo formativo sino una modalidad de formación, no obstante, es una referencia principal para la formación de postgrado en medicina en general y en la especialidad de Obstetricia y Ginecología en particular.

Su característica fundamental es que el destinatario del aprendizaje es un adulto. Hay que tener en cuenta que el residente es un adulto con formación previa, y a veces experiencia profesional anterior.

La formación de adultos, mediante estrategias de aprender a aprender, persigue que los estudiantes sean más reflexivos y autónomos en su propio proceso de aprendizaje y se conviertan en los protagonistas de dicho proceso (Fornells, Juliá, Arnau, & Martínez-Carretero, 2008).

Este aprendizaje autodirigido debe permitir al alumno conocer qué aprender (objetivos), como aprenderlo (métodos) y si consigue los objetivos propuestos mediante la autoevaluación, contando para ello con la ayuda y apoyo de personal experto que actuará como soporte en su aprendizaje (Murray, 2002).

Según Kaufman (2003), los adultos tienden a aprender lo que:

- Es relevante y se adecúa a unos fines.
- Se relaciona o se basa en sus experiencias previas.
- Está enfocado a problemas concretos, de manera que los escenarios de aprendizaje se asemejan a la práctica profesional real.
- Es participativo y activo, de manera que la teoría se correlaciona con la práctica directamente.
- Es útil en la práctica, con aplicación inmediata.
- Implica ciclos de acción y reflexión.
- Se basa en la confianza y respeto mutuo, con un feedback frecuente sobre su aprendizaje.

En base a la teoría de formación de adultos, aplicada a la formación de residentes de Obstetricia y Ginecología deberían cumplirse los siguientes criterios (José Saura Llamas, et al., 2006):

- El residente es el centro del proceso educativo, en torno al cual orbitan el resto de elementos (contenido, métodos, tutores, organización...)
- La posición del tutor como autoridad indiscutible, debe ser evitada puesto que no será bien aceptado. Debe adoptar más bien una posición de consejero y compañero.
- Aprovecha los conocimientos y experiencia previa del residente, para el aprendizaje.
- Los objetivos de formación y para cada actividad son claros y definidos previamente, en colaboración con el residente.
- El contenido y la organización del aprendizaje será flexible y negociado previamente con el residente.
- Estimula la motivación de los residentes ayudándolos a descubrir y reconocer sus necesidades e intereses de aprendizaje.
- La evaluación de la formación implica la evidencia recogida por el propio residente.
- Tiene en cuenta los condicionantes que el contexto social y el grupo ejercen sobre el aprendizaje.

De este modo el residente, tomará un papel activo en el aprendizaje, con márgenes para la duda y aprendiendo de los errores. La relación tutor-residente ha de ser tal que permita al residente reconocer su incompetencia, e incluso no aceptar realizar prácticas para las que no esté preparado o le supongan una contradicción moral.

#### 4.4.3.- METODOLOGÍA DOCENTE EN CLÍNICA

Según la teoría del vector de Stritter (1988), unos determinados métodos de enseñanza que son óptimos en estadios iniciales del aprendizaje, pueden no ser adecuados en estadios más avanzados en el proceso de progresión de principiante a profesional experto. De acuerdo a esta teoría, en el proceso del aprendizaje profesionalmente maduro, se pasa de una etapa inicial en la que el método óptimo de aprendizaje consistiría en la *exposición a la información*, una segunda etapa denominada de *aplicación de nuevos conceptos y habilidades*, y una última etapa de *integración de conceptos y habilidades en el objetivo*. En esta escala propuesta, los residentes estarían en un punto intermedio entre la aplicación y la integración de conceptos y habilidades.

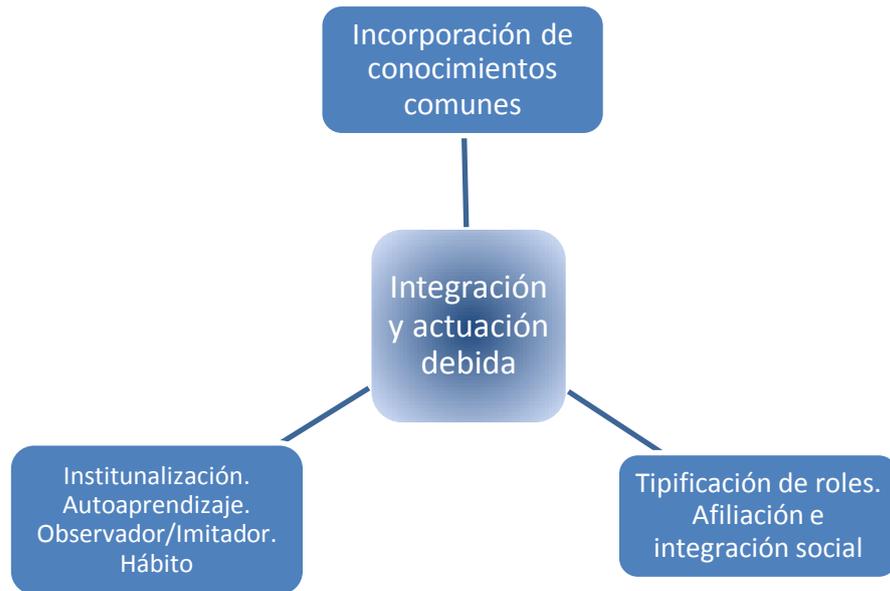
Las habilidades clínicas no pueden adquirirse sólo con el estudio, ya que requieren un entrenamiento con una duración proporcional a la dificultad de la habilidad que hay que entrenar (Fernández-Lobato et al., 2002), por tanto, no sería suficiente el conocimiento para la práctica médica si no se sabe integrar en cada paciente concreto y no se dispone de una serie de actitudes y habilidades clínicas, técnicas e interpersonales, además de unas buenas cualidades personales (Martínez-Altarriba, 2003).

Se puede afirmar que se aprende más al usar los conocimientos y ponerlos en práctica que al recibirlos, puesto que la aparición de los problemas en el contexto práctico hace que se recuerde e integre mucho mejor el conocimiento que si se adquiere por la exposición de un profesor en otro medio. Esto correspondería a lo que se denomina *aprendizaje basado en problemas (problema-based learning)*, que incentiva el desarrollo de una habilidad a partir de problemas o situaciones de salud similares a los que tendrán que enfrentarse en la realidad (Echevarría-Ruiz de Vargar, Pérez-Castilla, & González López-Arza, 2001). Es un estrategia en la que el proceso de adquirir un nuevo conocimiento está basado en el reconocimiento de una necesidad de aprendizaje. Y se debe diferenciar del *Problem-solving learning* en el que se aplican conocimientos adquiridos previamente para solucionar casos concretos, sin que estos casos constituyan el punto de partida para la adquisición de nuevos conocimientos (Palés, 2006). Estudios recientes han demostrado que la “novedad” constituye un elemento esencial en la formación. Schwartz (2005) sostiene que una formación óptima

que proporcione un conocimiento profundo de la materia incluiría 2 vertientes, una centrada en la “eficiencia” y otra focalizada en la “novedad” que facilite la resolución adaptativa de problemas. La eficiencia es crucial para un reconocimiento rápido y certero de conocimientos y habilidades así como su aplicación a los problemas planteados. No obstante, aunque la eficiencia garantiza una alta calidad en la resolución de problemas, niveles de calidad similares no se aseguran necesariamente cuando un problema o situación no familiar se le presenta al mismo individuo. Ante nuevos problemas, los expertos con capacidad de adaptación son capaces de reorganizar su entorno y su pensamiento para optimizar la actuación frente a lo nuevo.

El desarrollo de expertos con capacidad de adaptación o “*adaptive problem solvers*” es altamente recomendado en el campo de la medicina, en el que la educación está orientada a la formación de futuros médicos que deberán hacer diagnósticos en pacientes que muestran una amplia variedad de síntomas de la misma o distintas enfermedades (Arocha & Patel, 2007).

No obstante, Sánchez-Candamio (2002) después de examinar 39 servicios de 19 especialidades, durante tres años, concluyó que el sistema de aprendizaje del MIR es un **sistema implícito**, es decir mediante la observación imita y adquiere un hábito. Este autoaprendizaje “por ósmosis” permite al residente incorporar conocimientos comunes así como la afiliación social con el resto del grupo, logrando al final la actuación debida. Sin embargo, este sistema plantea una sola forma válida de hacer las cosas, de tal manera que no es necesario comprender sino saber cómo se hace, lo que conduce a conocimientos fragmentarios (una pirámide de Miller con base estrecha). Este modelo produce un aprendizaje aleatorio y no participativo a los que lo reciben por ser meros transmisores de un conocimiento.



**Gráfico 3 .** Proceso implícito (Sánchez-Candamio, 2002)

Por el contrario Reverón (2011) describe el **sistema explícito** utilizado para la formación en su unidad docente, en la que se busca la competencia del residente a través del conocimiento programado, la crítica reflexiva, la participación activa en la docencia y la habilidad y capacitación técnica programada.

Se debe reconocer que en la práctica clínica diaria la carga implícita será mayor, es decir, el residente saldrá formado según la actividad diaria del servicio. Sin embargo, la carga explícita le dará una base sólida en la pirámide de Miller así como las herramientas necesarias para un avance continuo en el aprendizaje durante toda su vida profesional. Por tanto, habría que trabajar con ambos sistemas, del explícito con lo anteriormente expuesto y del implícito aprovechar el pragmatismo y el autoaprendizaje.



**Gráfico 4.** Proceso explícito (Sánchez-Candamio, 2002)

Según recoge Norman (2005), durante el periodo de residencia la experiencia que el residente va adquiriendo incide en su respuesta a nuevos retos. Según el **modelo analítico**, el profesional, ante un paciente, genera una serie de sospechas diagnósticas que confirmará o descartará según la información que continúe adquiriendo basada en la anamnesis, la exploración o las pruebas complementarias (*razonamiento clínico*). La experiencia progresiva de los residentes se traduce en mejores hipótesis diagnósticas, de modo que además pueden explicar mejor el problema o usar la información y los datos de forma más adecuada.

Así, se llegó a plantear que de alguna forma, la experiencia obtenida con la mayor exposición a los diversos casos clínicos influía en el razonamiento. Esto fue lo que se denominó *reconocimiento de patrones* o **razonamiento no analítico**, que supone comparar el nuevo problema con los ya resueltos anteriormente. Aunque no se garantice que responder bien un caso signifique la correcta solución de otros, sin embargo, enfrentarse a un mayor número de casos clínicos aumentaría la variabilidad y la experiencia para asumir otros similares.

Entonces, la resolución del problema se basaría en un automatismo asentado en los conocimientos previos y el “*conocimiento en la acción*” definido por Schön, que correspondería con una especie de intuición (Coles, 1996; Schön, 1992).

Con esta dinámica de razonamiento, sin embargo, no se pueden solucionar los nuevos casos más complejos, únicos e incluso contradictorios, por esto y según establece Schön, se requiere de una reflexión que primero será “sobre la marcha” (cuando el profesional descubre la situación) y después “sobre la acción” (cuando se enfrenta a esa situación). La reflexión que sucede con los nuevos casos (‘sorpresa’) junto con las experiencias previas son para Schön las que hacen aprender al individuo (Epstein, 2007).

Por lo tanto, sólo con la rutina, el aprendizaje se centraría más en buscar los puntos comunes de los casos nuevos con los ya conocidos y no se iniciaría el proceso de la reflexión, de manera que pueden perderse los beneficios del aprendizaje basado en problemas. Además, la conciencia de nuestras propias virtudes así como de nuestros defectos favorecen esta actitud reflexiva y, a su vez, la reflexión nos hace darnos cuenta de esas virtudes y defectos.

Por otro lado, ya sea por desconocimiento o por otros problemas ajenos, como la sobrecarga laboral, se puede caer en estrategias formativas o docentes que desaprovechen el contexto asistencial y que se basen sólo en una mera transmisión de información sobre la marcha sin haberla planificado ni preparado previamente. Ya es demostrado que no sirve el modelo por el que el residente aprende por el mero hecho de acompañar a su tutor y al cabo de 4 o 5 años, según la especialidad, ya esté capacitado. No basta con el simple seguimiento de las actividades que pueden surgir en la actividad diaria sin ninguna planificación, sino que se han de concretar unos objetivos, contenidos y estrategias en el proceso de aprendizaje, de ahí la necesidad del **feedback estructurado** (Hekelman, Glaver, Galaska, & Philips, 1994; Irby, 1995; Loayssa-Lara & Monreal-Hijar, 2003).

Además, se debe integrar al residente en esa planificación como adulto que es. Si se reconoce la importancia de la responsabilidad del residente, se le debe hacer participar en el mayor número de tareas relacionadas con el aprendizaje. Este papel activo del alumno rompe con el modelo paternalista basado en la diferencia de conocimientos entre profesor y alumno (Davies, 2000). Así, **el estudiante** será el **centro del proceso de aprendizaje**, de tal manera que el papel activo recae en el que aprende y

el docente actúa más como facilitador que como transmisor de conocimientos. Se trata pues de una relación colaborativa en la que el que aprende, adquiere de forma progresiva más responsabilidad.

Más allá de todo lo expuesto, también se habrá de tener en cuenta que la interacción entre residentes es un elemento importante dentro del aprendizaje. Intervienen factores facilitadores de la formación como las elaboraciones, verbalizaciones, coconstrucción, soporte mutuo, crítica o una sintonía en el ámbito cognitivo y social (Dolmans, De Grave, Wolfh Agen, & Van der Vleuten, 2005).

En coherencia con las teorías constructivistas, el conocimiento no se realiza en el 'interior' de las personas sino en el exterior, interaccionando con los otros y donde interviene un intercambio. Es decir, el aprendizaje viene de fuera al contrastar los conocimientos propios con los de los demás y así se incorporan nuevos puntos de vista (Burr, 1999). Por ello, con el conjunto de residentes es necesario establecer un clima de aprendizaje donde se sientan seguros, confortables y puedan expresarse. Para ello puede ser útil, además del trabajo habitual con el tutor, las sesiones clínicas con casos reales o las sesiones bibliográficas.

Puesto que los contextos de formación en una especialidad médica pueden ser variados, así como los perfiles, capacidades y motivaciones de tutores y residentes, Ricarte-Díez (2008) proponen una serie de métodos docentes para facilitar el cumplimiento del programa docente (Tabla 3):

- *Aprendizaje durante el ejercicio profesional.* El residente se encontrará frente a un problema que debe resolver en la situación real. Asentará sus conocimientos al tener que utilizarlos; además, deberá aprender a tomar decisiones y mejorar sus habilidades técnicas si se da el caso. Su grado de implicación puede ir desde la observación directa de lo que hace el tutor, la intervención tutorizada (con presencia del tutor) o la intervención directa (sin el tutor).
- *Autoaprendizaje.* El estudio sigue siendo necesario para la adquisición de nuevos conocimientos, así como para el mantenimiento de la competencia. Para ello también hace falta la implicación e iniciativa del residente, aunque puede ser estimulado mediante el encargo de tareas, la necesidad de resolución de

problemas encontrados en la práctica clínica diaria, la discusión de casos o la preparación de sesiones.

- *Clases y simulaciones.* El residente recibirá información unidireccional con el objetivo de aumentar los conocimientos sobre una materia concreta, tal como se hace en la formación pregrado. Puede ser útil para su práctica posterior en el contexto en el que está inmerso. En la metodología de la educación basada en problemas, se podrán utilizar simulaciones que se aproximen a la situación real.
- *Trabajo en equipo.* El residente aprovechará la existencia de otros iguales para profundizar en su aprendizaje mediante la interacción.
- *Talleres.* El objetivo no es tanto una transmisión de conocimientos sino la adquisición de habilidades en pequeños grupos.

<b>Tabla 3</b>	<b>Métodos de enseñanza para la residencia</b>
Aprendizaje de campo	Trabajo con los problemas en el contexto práctico observando al tutor o con la supervisión del tutor. Asienta los conocimientos previos e incrementa éstos ante las experiencias con los problemas.
Autoaprendizaje	Estudio personal del propio residente. Adquiere nuevos conocimientos o asienta los aprendidos en la práctica.
Trabajo en equipo	Interacción con otros residentes con los que puede intercambiar conocimientos
Clases	Enseñanza unidireccional por una persona con conocimientos y experiencia
Simulaciones	Transmisión de conocimientos y desarrollo de habilidades en un contexto práctico similar al real
Talleres	Metodología práctica para la adquisición de habilidades en pequeños grupos

Estos métodos docentes pueden desarrollarse o expresarse a partir de recursos docentes como los propuestos por Casado basándose en el programa oficial de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Casado Vicente, 2006), Tabla 4:

Tabla 4	Recursos docentes
Aprendizaje de campo	Observación directa Intervenciones tutorizadas Intervención directa no tutorizada (auditoría de historias, opinión de pacientes, compañeros de equipo o del segundo nivel) Videograbacion de la consulta y análisis posterior (con consentimiento del paciente)
Autoaprendizaje	Estudio individual Aprendizaje dirigido Lecturas recomendadas Encargo de tareas Aprendizaje basado en resolución de problemas Discusión de casos y problemas prácticos Cursos a distancia Preparación de sesiones clínicas
Trabajo grupal	Seminarios Juegos de rol Trabajos de campo Visionado de videos Mejora de calidad Investigación Trabajo por pares
Clases	Clase unidireccional Clase participativa
Talleres	Pacientes reales o simulados Maniqués Programas informatizados (simuladores)

También han demostrado ser eficaces los métodos de enseñanza en presencia del paciente a través de *observaciones clínicas estructuradas (SCO)*, así como el método consistente en dar instrucciones concretas. Este último se ha validado mediante la

técnica del *once minute teaching*, que consiste en que unos minutos antes de la entrevista con el paciente, se comentan los pacientes entre tutor y residente. Ambas técnicas parecen mejorar la satisfacción y las habilidades clínicas de los discentes (Heidenreich, Lye, Simpson, & Lourich, 2000; Irby, 1995).

## **EL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS**

(Branda, 2004; Salinas Sanchez et al., 2005)

El aprendizaje basado en problemas es una metodología de formación en la cual el punto de partida es un problema o situación que permite al estudiante identificar necesidades para comprender mejor ese problema

Es decir, el residente busca y selecciona la información, razona e integra los conocimientos previos y adquiridos, dando finalmente unas posibilidades terapéuticas al problema planteado, tal y como se va a enfrentar en la actividad profesional.

Para ello, presentado un problema o situación de salud deberá llevar a cabo las siguientes tareas:

- Utilizar estrategias de razonamiento para organizar y sintetizar la información recibida en una o varias hipótesis explicativas.
- Identificar necesidades de aprendizaje de conocimientos, habilidades o actitudes.
- A partir de lo aprendido, identificar los principios y conceptos para aplicarlos a otras situaciones.

El aprendizaje basado en problemas, ha demostrado desde el punto de vista pedagógico que fuerza la motivación para aprender.

El aprendizaje centrado en el que aprende y con énfasis en el autoaprendizaje es un elemento fundamental del aprendizaje basado en problemas. El discente debe tomar responsabilidad de su propio aprendizaje, desarrollando estrategias efectivas para la consecución de los objetivos. Por tanto, fuerza al residente a desarrollar habilidades de organización, manejo de información y análisis crítico de la evidencia.

Otro aspecto del aprendizaje autodirigido es reconocer que los residentes ya poseen una base de conocimientos cuando inician su actividad profesional. Desde esta consideración, el rol del tutor docente incluye ayudar al residente a revisar su

conocimiento, ampliarlo y organizarlo de manera conceptual y práctica. Esta metodología de formación requiere un especial esfuerzo en la capacitación de los tutores, ya que este debe ser capaz de:

- Clarificar las ideas de los discentes sin imponer su punto de vista.
- Promover la evaluación crítica de ideas y conocimientos.
- Facilitar la discusión estimulando la interacción del grupo.
- Estimular el autoaprendizaje mediante el descubrimiento y la exploración.
- Discutir y negociar diversas estrategias a desarrollar en las tutorías.

Aunque el rol de los tutores es fundamental, también es importante el papel de otros docentes, algunos de los cuales actuarán como:

- expertos (responsables de la preparación de objetivos docentes, desarrollo de instrumentos de evaluación, consultores para responder a las necesidades identificadas por los residentes),
- o como preceptores clínicos (responsables del aprendizaje en diversos escenarios clínicos de las habilidades profesionales, tanto clínicas como de comunicación).

Por otro lado en el aprendizaje basado en problemas los objetivos de aprendizaje deben ser una descripción explícita, sin ambigüedades de lo que se espera que el residente deba aprender o ser capaz de hacer.

En esta metodología de aprendizaje el trabajo grupal constituye un elemento fundamental que permite que los residentes aprendan de forma cooperativa y se potencie el concepto de trabajo en equipo. Además de favorecer el desarrollo de habilidades comunicativas tan fundamentales en la práctica clínica habitual.

## FEEDBACK TUTOR-RESIDENTE

El concepto de retroalimentación o *feedback*, hace referencia a la información usada por un sistema para hacer ajustes de su funcionamiento.

Aplicado a la docencia, sería el retorno de información sobre el proceso de aprendizaje del estudiante, o en nuestro caso residente, de acuerdo con unos objetivos preestablecidos. Este retorno de información puede ser de varios tipos (Fornells, et al., 2008):

- *Feedback* informal: inmediatamente después de una actividad de aprendizaje, sin espacio para la reflexión. Sería diario y continuo.
- *Feedback* formal: A partir de reuniones periódicas previamente pactadas y sobre temas concretos. En este caso existe una reflexión previa sobre el tema acordado y tiene una duración determinada.
- *Feedback* individual: tiene lugar entre el alumno y el tutor o docente, puede ser verbal o escrito.
- *Feedback* grupal: Se da entre residentes del mismo año. Es un feedback multidireccional y requiere cierta habilidad en dinámica de grupos, puesto que el tutor actúa como facilitador.
- *Feedback* máquina-persona: el que se consigue mediante ordenadores o maniqués, por ejemplo.

El *feedback* es un instrumento que informa sobre el proceso de aprendizaje y facilita los cambios necesarios, al mismo tiempo que permite analizar si el programa educativo está orientado hacia la consecución de los objetivos.

Según Ende (1983) las características generales del *feedback* serían:

- Requiere una relación de confianza entre el residente y tutor o encargado de la rotación.
- Es descriptivo y no evaluativo. Por ello se debe tener cuidado con el lenguaje utilizado.
- Es planificado y debe llevarse a cabo en el momento oportuno, es decir, lo suficientemente cerca de las situaciones que se quieren analizar.
- Está basado en datos, y a ser posible en la observación directa.

- Valora las competencias y las actuaciones profesionales, no a las personas. Es decir un estudiante o residente puede ser excelente en un determinado área y deficiente en otro.

El *feedback*, por tanto, proporciona información sobre los puntos fuertes y débiles. En su ausencia los errores no se corrigen, la buena praxis no se refuerza y las competencias clínicas se adquieren de forma empírica o incluso no se adquieren.

El *feedback* promueve el aprendizaje de 3 formas (Shepard, 2000)

- Informa al discente sobre sus progresos o carencias en su caso.
- Advierte sobre las necesidades de aprendizaje observadas y los recursos disponibles para solventarlas.
- Motiva al discente para comprometerse en actividades de aprendizaje apropiadas.

En su formato más convencional el *feedback* estructurado tiene los siguientes rasgos básicos (Ende, 1983; García del Barrio, Pina Insausti, & Pueyo Villoslada, 2011):

- Los temas a abordar deben ser concretos y previamente pactados.
- El día y la hora también están pactados, con tiempo para la reflexión previa.
- Primero tratar los puntos positivos y después los aspectos a mejorar y las medidas correctoras si fueran precisas.
- En primer lugar opina el alumno, y después el tutor valida.
- Las conclusiones derivadas deben ser explícitas.

Para que el *feedback* sea efectivo requiere que el tutor muestre interés y respeto por el residente. Debe centrarse en casos concretos, evitando las generalizaciones y utilizar un lenguaje formativo. Las impresiones subjetivas deberían etiquetarse como tales e incidir sobre comportamientos modificables, no sobre rasgos de personalidad.

#### **4.4.4.- LA EVALUACIÓN EN DOCENCIA CLÍNICA POSTGRADO**

##### **4.4.4.1- IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN**

La evaluación es una parte inherente del proceso de aprendizaje. Es una necesidad tanto para el que aprende como para el que enseña. Sirve para comprobar el grado de adquisición de conocimientos y habilidades, la consolidación de las competencias, el cumplimiento de los objetivos del programa docente, y permite detectar áreas de mejora conscientes o inconscientes (Torán-Monserrat & Arnau-Figueras, 2006). Supone la parte final del proceso formativo o bien una intermedia si se quisiera modificar la enseñanza en función del resultado obtenido, ya que con la evaluación se pueden identificar problemas en el aprendizaje y promover una reflexión sobre ellos. La formación se orienta también hacia ese objetivo, ya que la forma de evaluar ejerce una influencia decisiva en el aprendizaje (Ezquerro et al., 2004). La evaluación debe ser una herramienta que ayude a identificar lo que se ha aprendido y lo que queda por aprender, por lo que es un potente instrumento de mejora de la calidad de los programas de formación tanto en el proceso como en el resultado (Prados-Castillejo, 2005).

Por tanto, se podría afirmar que sin una medición o evaluación educativa rigurosa no puede haber una educación eficiente. “Medir con precisión para enseñar con rigor” es el lema actual en evaluación (Rodríguez-Neira, 2000).

##### **4.4.4.2.- MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

Se distinguen dos métodos distintos de evaluación: la evaluación formativa y la evaluación sumativa.

- ✓ La **evaluación formativa** se centra en el juicio de la suficiencia de lo que se ha pretendido enseñar en relación con un estándar mínimo previamente definido. El objetivo principal es generar círculos de mejora en la detección y resolución de problemas de aprendizaje, en los que tutor y residente aportarán pruebas de la consecución y aplicación del aprendizaje sobre la base de objetivos

predefinidos y vinculados a competencias concretas (Torán-Monserrat & Arnau-Figueras, 2006).

✓ Por su parte, la **evaluación sumativa** permite valorar la suficiencia de lo aprendido en relación con un estándar mínimo previamente definido. Pretende delimitar elementos de mejora docente que deberían introducirse tanto en los residentes como en la organización o el programa según los resultados obtenidos en la evaluación, y especialmente dirigido a asegurar la competencia. La evaluación sumativa se hace al final del aprendizaje y su fin es acreditar requisitos de titulación o de capacitación profesional. Trata de medir el nivel de formación alcanzado y si se alcanza el nivel considerado como óptimo al final del período formativo, lo que se puede realizar con un examen final o con una prueba de evaluación de la competencia (ECOFE).

La evaluación formativa tiene lugar durante todo el proceso de aprendizaje para mejorar el mismo, mientras que la sumativa se realiza al final del aprendizaje para medir el nivel de formación alcanzado y acreditar la capacitación profesional. En nuestro medio no tenemos la costumbre de la evaluación formativa y se emplea más una evaluación sumativa basada en los conocimientos, que no mide la capacitación para la práctica, y que en general tiene un carácter punitivo, busca los datos excepcionales por encima de los básicos o prevalentes y no ofrece *feedback* constructivo ni facilita la formación continuada (Martínez-Altarriba, 2003). Además, en el caso de la formación médica especializada hay que tener en cuenta que si el propio tutor realizara la evaluación sumativa podría perder la confianza de su residente.

En evaluación formativa, los buenos docentes utilizarán la calificación para ayudar a los estudiantes a aprender y no sólo para clasificar y jerarquizar; la tarea del evaluador es obtener y comunicar una amplia información que permita identificar las dificultades del aprendizaje. La evaluación formativa trata de responder a la cuestión: ¿qué tipo de desarrollo intelectual y personal quiero que disfruten los que aprenden y qué evidencias podré obtener sobre la naturaleza y el progreso de ese desarrollo? (Bain, 2004)

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 del*

*sistema de formación sanitaria especializada*<sup>41</sup>, en su Capítulo VI concreta el sistema de evaluación en la formación médica especializada como un sistema de evaluación formativa, que será anual y final, ya que este sistema es consustancial con el proceso progresivo de aprendizaje en el periodo de residencia. Y, como establece la propia ley, permite 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.

#### **4.4.4.3.- HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN**

Los métodos disponibles son compartidos por los dos tipos de evaluación, aunque difiere la finalidad con la que se usan.

El *Advisory Committee on Medical Training (ACMT)*, que regula en Europa la formación médica, emitió un informe en 1996 que explicita que: “es improbable que todas las habilidades y conocimientos requeridos de un especialista puedan ser calificados solamente mediante un examen (evaluación sumativa), por lo que es preferible que la valoración de la capacidad del residente se haga de manera continuada durante todo su período formativo (evaluación formativa)”. El ACMT recomienda para la formación de residentes un sistema evaluativo ecléctico que incluya entrevistas personalizadas tutor-residente (*feedback* o similares) y documentos instrumentales orientadores, como el “Libro del Residente” (que permita, tanto al residente como al tutor guiarse en los objetivos y etapas a cumplir), las fichas de rotación y anuales e incluso exámenes convencionales para detectar objetivos determinados (por ejemplo, los programas teóricos de las distintas especialidades).

Según Tutosaus (2003), en la metodología de la evaluación continuada el tutor tiene que tener en cuenta la realización de entrevistas personalizadas plasmadas en el informe final de excelencia, la cumplimentación del libro de residentes (admitido el formato electrónico por los auditores oficiales de nuestro Ministerio), y de las hojas de evaluación, de rotación y final. El tutor debe supervisar la documentación de todas las actividades docentes sobre todo las activas (sesiones clínicas, clases, cursos), la

---

<sup>41</sup> Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *BOE* num.45, de 21 de febrero de 2008.

documentación de tipo bibliográfico sobre la actividad investigadora realizada (proyectos, comunicaciones, ponencias, tesis, publicaciones, etc.) y no debería pasar por alto la posibilidad de realizar exámenes parciales, como manera de evaluar objetivamente aspectos de los programas teóricos de las especialidades.

Las **fichas de evaluación de las rotaciones**, son fichas estandarizadas por el Ministerio de Educación y Cultura, y por el Ministerio de Sanidad y Consumo que deben ser rellenas por el médico responsable de cada unidad asistencial por la que rota el residente. La evaluación se realiza al finalizar cada rotación a partir de una supervisión directa del trabajo evaluado. La ficha contiene un apartado de evaluación de conocimientos y habilidades que supone el 70% de la nota, y otro apartado que evalúa actitudes tales como motivación, dedicación, iniciativa, puntualidad y asistencia, nivel de responsabilidad e interacción con el equipo. Cada apartado se califica con una puntuación de 0 a 3 (insuficiente, adecuado, destacado y excelente), ver ANEXO III.

En evaluación formativa, lo verdaderamente importante es el *feedback* producido sobre el aprendiz, asumiéndose que contribuirá a la mejoría del proceso de enseñanza-aprendizaje. Y son varios los estudios que han tratado de evaluar, si a través de la multitud de métodos propuestos para llevar a cabo evaluación formativa en el ámbito de las profesiones sanitarias, bien sea en periodo de formación o posteriormente, el *feedback* ha producido mejora en el rendimiento (Evans et al., 2007; Overeem et al., 2007)

La evaluación formativa será por tanto, inevitablemente personalizada, de acuerdo con los intereses y aptitudes de cada alumno, y se efectuará mediante herramientas diversas, como escalas de observación, informes de observadores externos, análisis de tareas, estudios de casos, etc., pero también mediante entrevistas y cuestionarios.

En evaluación formativa se da voz a todos los participantes en el proceso formativo, tanto docentes como discentes, obteniendo así información útil sobre la totalidad del proceso, siendo a su vez punto de partida para elaborar estrategias de mejora continua de la calidad. Por ello, una parte esencial, aunque no única, de la evaluación del proceso es la pregunta directa a los sujetos a los que va destinada la formación.

En esta línea de evaluación formativa se encuentra *la tutorización activa continua (TAC)*. Se trata de una metodología evaluativa del proceso formativo consistente en el desarrollo de entrevistas semiestructuradas donde se valoran los progresos, las deficiencias y los problemas organizativos (Martín-Zurro et al., 2004). Con esta metodología el tutor participará durante todo el proceso formativo, de manera que podrá analizar la evolución del aprendizaje del residente e introducir medidas de mejora, y así se consigue una mejora sobre el método evaluativo anterior, de carácter más burocrático o administrativo, en la que se limitaba a un simple sumatorio de las calificaciones otorgadas al residente durante sus rotaciones. No obstante, requiere un esfuerzo específico del tutor porque según el resultado de la TAC puede tener que modificar tanto la planificación como el desarrollo de las actividades que el residente ha de realizar (Sant-Arderiu et al., 2005). Esta herramienta no tendría por objeto calificar a los residentes, por tanto debería ser tomada por estos como una ayuda para corregir errores, así como un estímulo para continuar con lo que ya hacen bien.

Según describe Ezquerro (2004), para el desarrollo de esta evaluación formativa que se lleva a cabo en las unidades docentes de Cataluña desde el año 1999, se utilizan dos instrumentos de valoración formativa:

- ***Feedback entre tutor y residente.***

Se trata de entrevistas centradas en los intereses del que aprende. Analizan el conjunto de la actuación del residente en los distintos rotatorios para negociar mejoras de aprendizaje. Se utilizan modelos de registro que transmitirán posibles propuestas a la unidad docente y plasmarán compromisos tanto del tutor como del residente.

- ***Sesiones de análisis del progreso competencial.***

Según el autor se realizan como mínimo cada seis meses y tienen una duración de 1 a 2 horas. Utilizan pacientes simulados, maniqués, casos por ordenador, búsquedas bibliográficas, *self-audits* o portafolios, entre otros métodos, en los cuales el residente y su tutor intentarán objetivar la adquisición de competencias previamente definidas.

También en esta línea de evaluación formativa apareció en el año 2006 el *libro del especialista en formación o libro del residente*, en el que tiene un papel destacado

el portafolio como instrumento que recoge elementos que demuestran el aprendizaje además de estimularlo, basado en la reflexión individual y conjunta con el tutor a fin de mejorar las actividades llevadas a cabo por el residente durante cada año formativo.

Del mismo modo, también en el Real Decreto 183/2008, de 8 de Febrero anteriormente mencionado, quedan concretados los instrumentos para la evaluación formativa del residente:

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 y en los informes que el tutor cumplimentará, como también define esta ley.

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. En dicho libro se incorporarán los datos cuantitativos y cualitativos que serán tenidos en cuenta en la evaluación del proceso formativo. Además se registrarán las rotaciones realizadas, tanto las previstas en el programa formativo como las externas autorizadas.

No obstante, hay autores (Aquerreta Beola & del Cura Rodríguez, 2011; Tutosaus, 2003) que abogan por un evaluación también sumativa centrada en una prueba tipo *ECO*E (*Evaluación Clínica Objetiva Estructurada*) o similar realizada por expertos externos, cuyos resultados deberían incorporarse como uno más dentro de un proceso, complementando la evaluación formativa, a los comités de evaluación. La Evaluación Clínica Objetiva Estructurada consiste en establecer uno o más instrumentos

de evaluación, distribuidos en estaciones separadas donde se evalúan diferentes habilidades o conocimientos sobre pacientes estandarizados.

En un estudio Delphi llevado a cabo con un panel de expertos constituidos por jefes de unidades docentes de élite, así como sus tutores, especialistas y residentes, se evidenció en su conjunto una clara mayoría que se inclinaba por una evaluación mixta, formativa y sumativa final, con evaluadores externos para esta última.

En un encuentro de tutores (AREDA, 2006), relativo a la evaluación de la formación especializada se propugnó que esta debía ser continuada, centrada en la relación entre el tutor y el residente, a partir de un *feedback* constructivo, regular y estructurado. Proponen métodos de evaluación que estimulen el aprendizaje integrado, evaluando requerimientos prácticos definidos, conocimientos, aptitudes y actitudes. Incorporando a los elementos subjetivos aportados por tutores y colaboradores docentes, métodos objetivos de evaluación.

En esta reunión se proponen como posibles instrumentos para la evaluación:

- **Vídeo grabaciones** de la práctica clínica
- Demostraciones técnicas y diagnósticas mediante **simuladores** o **maniqués**.
- Evaluación con **pacientes simulados**
- **Análisis de casos clínicos; Análisis por ordenador.**
- **Self-Audits** o **Auditorías externas** sobre informes, historias clínicas, etc.
- Evaluación mediante **listas de comprobación (checklist evaluation)**: realizada por el tutor y/o colaboradores docentes responsables de la formación que el residente debería haber adquirido en una rotación o periodo concreto.
- **Evaluación de 360° grados**: evaluación realizada por diferentes personas que tienen relación directa con el residente (superiores, iguales, subordinados o bien pacientes y sus familiares).
- **Trabajos de investigación** realizados por el residente.
- Evaluación Clínica Objetiva estructurada (**ECO**E)
- **Portafolio**

El **audit** o **self-audit** consiste en el análisis por parte del tutor de documentos escritos por el residente (historias clínicas, informes clínicos, partes de quirófano),

escogidos al azar, para comprobar que han quedado registrados datos significativos previamente establecidos. Cuando el análisis es hecho por el propio residente se habla de *self-audit*.

Las **listas de comprobación o verificación** pretenden evaluar en sus distintas fases la actividad durante el desarrollo de una competencia, puede ser respecto a la consecución de la misma (es decir, si se ha realizado de forma completa, parcial o nula) o respecto a la corrección de su ejecución. Son útiles para evaluar cualquier competencia o componente de la misma. Requiere que el observador tenga cierta experiencia en el manejo de la metodología, que la lista haya sido elaborada por consenso entre los diferentes profesionales y que tanto evaluador como evaluado, conozcan los diferentes ítems a evaluar (Aquerreta Beola & del Cura Rodríguez, 2011).

La **evaluación de 360°** consiste en obtener la evaluación de todos los implicados en la actividad del residente: autoevaluación, la del tutor, resto de facultativos, otros residentes, y el personal implicado en su labor (enfermeras, técnicos...) pudiendo incluso considerar la opinión del paciente en determinados procesos. Requiere la preparación de un listado de puntos a evaluar, así como una escala de valores que cuantifique el grado de consecución de objetivos. Es un método procedente del mundo de la empresa privada, donde se usa sobre todo para evaluar el liderazgo. Es especialmente recomendable para valorar el profesionalismo y las habilidades de comunicación e interpersonales (Wood et al., 2004).

Otros instrumentos de evaluación propuestos son (JM Casanova & X Soria, 2012):

- La **evaluación de la práctica en el lugar de trabajo** (*Workplace based assessment, WPBA*), que consiste en la observación de la práctica clínica del residente y la evaluación de la misma según unos estándares prefijados. Sirve para formar-evaluar en entrevista clínica y habilidades diagnósticas y terapéuticas (Norcini, 2007).

- Y la **Evaluación objetiva estructurada de habilidades quirúrgicas** (**OSATS**, *Objective Structured Assessment of Technical Skills*), para evaluar la práctica quirúrgica del residente comprobando el cumplimiento de unos estándares prefijados. Permite formar-evaluar en técnicas diagnósticas y terapéuticas.

La Comisión Nacional de la especialidad de Obstetricia y Ginecología propone que algunos procedimientos por su importancia dentro de la especialidad, sigan un proceso de evaluación lo más objetivo posible. Por lo que han diseñado documentos de **Evaluación Estructurada** de diferentes habilidades técnicas (**EVAEST**), disponibles en el anexo a su propuesta de portafolio, y que pueden ser utilizadas con fines formativos o con fines sumativos<sup>42</sup>:

Como elementos formativos:

- Permiten al residente conocer, de manera estandarizada, la manera correcta de realizar cada uno de los pasos del procedimiento.
- El residente puede, en cualquier momento realizar una autoevaluación para determinar cuáles son los pasos que realiza correctamente y aquellos en los que necesita mejorar.
- La evaluación, con fines formativos, la puede realizar un colega o un facultativo responsable que den *feedback* al residente.

Con fines sumativos:

- Las EVAEST pueden ser utilizadas por los tutores o los facultativos responsables para decidir en qué momento el residente puede asumir un nivel de responsabilidad 1 (realizar la técnica sin necesidad de supervisión directa)
- El residente debe tener al menos cinco EVAEST de un procedimiento evaluado como de **“realización autónoma”** antes de acreditarle la capacidad para realizar dicho procedimiento de manera autónoma

Por otro lado, ya existen algunas unidades docentes como la de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, que desde el año 2011 ofrecen a sus residentes la posibilidad de presentarse al “Examen Europeo”. Hay que tener en cuenta que muchos países en Europa realizan el examen europeo como una evaluación final que certifica al residente como especialista (Reverón Gómez, et al., 2011).

---

<sup>42</sup> Evaluaciones estructuradas, especialidad de Obstetricia y Ginecología. [Acceso: 22.02.2015]. Disponible en: <http://www.sego.es/secciones/residentes/?s=material#content>

## PORTAFOLIO

Un **portafolio** es una colección de pruebas que demuestran que se ha completado el aprendizaje necesario para desarrollar unas determinadas competencias. Es uno de los instrumentos más utilizados para certificar las competencias profesionales.

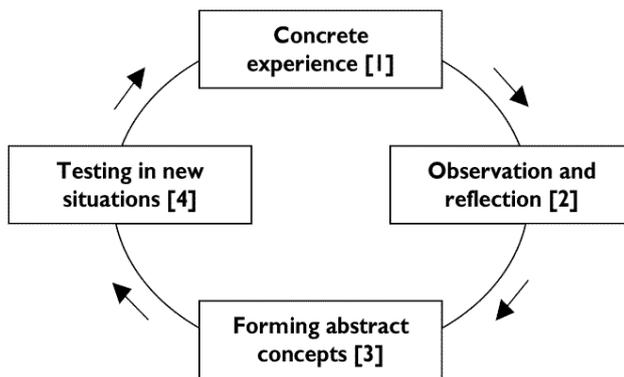
Aunque su empleo parece derivar de las artes plásticas, aplicado al campo de las Ciencias de la Salud el portafolio es un buen instrumento para analizar la actividad diaria del residente, para lo cual debe contener:

- las competencias a adquirir por el residente en la unidad docente,
- las tareas a realizar para alcanzar dichas competencias,
- los métodos de evaluación para aplicar a cada una de las competencias.

Desde el punto de vista certificativo contiene toda la documentación necesaria para acreditar que se han alcanzado todas las tareas requeridas para ser especialista, junto con los resultados de las evaluaciones (Wilkinson et al., 2002). Se han de incluir los documentos que prueban la capacitación del residente en conocimientos, habilidades diagnósticas, terapéuticas y de comunicación, actitudes con respecto a los compañeros, el interés por aprender, y valores propios del médico como el trato empático, la ética médica y la capacidad científica. Un instrumento donde el profesional recoge los resultados de realizar tareas clínicas o formativas concretas.

El portafolio debería permitir al residente cierta libertad para escoger una parte de los objetivos, siempre y cuando se cumplan una serie de competencias comunes obligatorias (JM Casanova & X Soria, 2012).

Una de las principales ventajas del portafolio es que favorece la autonomía del residente en el proceso de aprendizaje y autoevaluación. Puede tener diversos formatos y diferentes niveles de estructuración, pero lo que lo caracteriza es que induce a la reflexión sobre la práctica al introducir la narración de las incidencias sobre casos clínicos y las reflexiones derivadas (“incidentes críticos”), y este es un paso fundamental en el proceso de aprendizaje del adulto.



**Grafico 5:** Modelo Kolb. “Experiential Learning Circle” (Kolb y Fry, 1975)

El empleo del portafolio como instrumento de formación en Ciencias de la Salud constituye una herramienta cuyo uso está muy extendido en los países anglosajones. En España hay algunas publicaciones relativas a la experiencia derivada de su aplicación en determinadas unidades docentes, siendo Medicina Familiar y Comunitaria la primera especialidad que lo ha implantado de forma generalizada (Arnau et al., 2004; Casanova, Soria, Borrego, de Argila, et al., 2011; J Saura Llamas, et al., 2011)

El portafolio, por tanto cumple varias funciones (Casanova, Soria, Borrego, de Argila, et al., 2011):

- **Guía de formación del residentes**, puesto que le permite conocer desde el principio cuales son las competencias a adquirir en cada momento, no sólo de conocimientos y habilidades sino también de actitudes y valores.
- **Apoyo de la acción tutorial**, ya que implica directamente a los tutores en la planificación del aprendizaje y promueve las entrevistas estructuradas. Favorece por tanto la interacción tutor residente y el *feedback* que evidencie los déficits de formación, del mismo modo, aporta pruebas objetivas sobre la consecución de los objetivos docentes.
- **Sistema de evaluación**, siendo su objetivo la detección de las carencias de aprendizaje.

A pesar de que los métodos de evaluación del portafolio son principalmente de tipo cualitativo podría incrementarse su fiabilidad con la participación simultánea de varios evaluadores con estándares previamente prefijados y evaluando una competencia

mediante varios métodos simultáneamente (Melville, Rees, Brookfield, & Anderson, 2004).

Por lo tanto, el portafolio es un instrumento de aprendizaje centrado en el residente, con objetivos de aprendizaje conocidos desde el inicio, mediante el cual el residente se responsabiliza de su propio aprendizaje al elegir parte de estos objetivos. Potencia el aprendizaje reflexivo y el autoaprendizaje, registra lo que realmente hace el residente, no lo que sabe hacer y suele ser bien aceptado sirviendo de puente en las relaciones entre tutor y residente, al no generar sensación de examen.

El uso del portafolio escrito tiene algunas limitaciones como son el tiempo que requiere para su cumplimentación y evaluación, la falta de familiaridad con el método y la dificultad para almacenar gran cantidad de papeles. En algunos estudios estas limitaciones han derivados en resultados negativos respecto al *feedback* (O'Sullivan, Cogbill, McClain, Reckase, & Clardy, 2002).

En formato digital, el portafolio consiste en carpetas y subcarpetas organizadas en árbol, con un índice de contenidos y una secuencia cronológica de la documentación que se archiva. En la mayoría de los casos los residentes prefieren las versiones *on line* del portafolio, sobre las versiones de papel. Los formatos *on line* son más accesibles, se ha visto que los residentes realizan más número de comentarios reflexivos y facilitan una comunicación más fluida con el tutor (Kjaer, Maagaard, & Wied, 2006).

No obstante, una de las principales limitaciones identificadas para su uso son precisamente la novedad del método y la complejidad del diseño, habiéndose comprobado que para mejorar la satisfacción en su uso se haría necesaria una instrucción previa en el método. En general el método también es bien aceptado por los tutores, siendo la falta de tiempo la principal limitación para su uso (Duque et al., 2006).

Superadas las dificultades, el portafolio *on line* permite una forma de evaluación rápida en cualquier lugar y desde cualquier ordenador, confiriendo dinamismo e inmediatez al *feedback* tutor-residente.

## **EL LIBRO DEL RESIDENTE DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**

El libro del especialista en formación está regulado por 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 del sistema de formación sanitaria especializada*, que en el Artículo 18 establece:

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

2. 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, según lo previsto en el artículo 21 de este real decreto.

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.

3. 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.

4. 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.

El libro del residente propuesto por la Comisión Nacional de Obstetricia y Ginecología se adapta al nuevo programa de la especialidad, aprobado por el Ministerio de Sanidad y Política Social<sup>43</sup> y se estructura en 2 partes:

3. Un **currículum formativo** que recoge las actividades más relevantes realizadas por el residente y que, unido al itinerario formativo de su unidad docente, puede ser utilizado con fines de certificación. Su objetivo es realizar un análisis global de las competencias a adquirir y se puede convertir en una “hoja de ruta” para el residente.
4. Un **portafolio** semiestructurado concebido como una herramienta de ayuda a residentes, tutores y responsables de programas, con fines exclusivamente formativos.

El contenido de este modelo de **portafolio para la especialidad de Obstetricia y Ginecología**<sup>44</sup> propuesto por la Comisión Nacional de la especialidad y publicado en 2011 es:

1. *Hoja de planificación del itinerario individual anual*

Descripción de las competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) que el residente debe haber adquirido al final del año y de las actividades programadas realizadas (incluyendo rotaciones, cursos, comunicaciones, investigación, etc.). Lo rellenan el tutor y el residente conjuntamente.

2. *Hoja de autoevaluación de cada rotación*

Lo rellena el residente al acabar la rotación y realiza una reflexión abierta con su tutor (*feedback*).

---

<sup>43</sup> 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* num.129, de 28 de mayo de 2009.

<sup>44</sup> Libro del residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Portafolio docente, [acceso: 02.03.2015]. Disponible en: [www.SEGO.es/sección/residentes/?s=materi#content](http://www.SEGO.es/sección/residentes/?s=materi#content),

### 3. Entrevista tutor-residente

Un mínimo de 4 al año, especificando los temas tratados, los problemas detectados y los acuerdos alcanzados.

### 4. Hoja de autoevaluación global anual

Lo rellena el residente al acabar la rotación y realiza una reflexión abierta con su tutor (*feedback*).

### 5. Nivel de competencias adquirido

Las competencias que debe alcanzar el residente de Obstetricia y Ginecología para iniciar su actividad como especialista, que se recogen en este libro, son las mismas que se detallan en el programa de la especialidad de Ginecología y Obstetricia<sup>45</sup> publicado en el año 2009.

Según la propuesta de la CNE, se evaluarían mediante un sistema de puntuación del 1 al 5 cada uno de los conocimientos, habilidades y actitudes especificados en el programa formativo oficial de la especialidad:

<b>Evaluación de habilidades. Sistema de puntuación.</b>	
<b>1</b>	Observación, ayudantía
<b>2</b>	Necesita supervisión completa
<b>3</b>	Capacitado para realizar el procedimiento con algo de supervisión
<b>4</b>	Capacitado para realizar el procedimiento sin supervisión
<b>5</b>	Capacitado para supervisar y enseñar el procedimiento

<b>Evaluación conocimientos y actitudes Sistema de puntuación</b>	
<b>A</b>	Excelente
<b>B</b>	Suficiente
<b>C</b>	Deficiente
<b>D</b>	Inaceptable
<b>E</b>	No aplicable

<sup>45</sup> 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 de 28 de mayo de 2009).

Las hojas de evaluación pueden ser empleadas tantas veces como se considere necesario. Generalmente el evaluador será un especialista que desarrolle su actividad en el área correspondiente o el propio tutor, pero el residente también puede emplearlas para autoevaluarse o ser evaluado por un colega, como proceso de reflexión y entrenamiento.

#### *6. Herramientas de evaluación*

La evaluación formativa corresponde al tutor y al residente (autoevaluación). La revisión periódica del grado de adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes debe ser un instrumento de reflexión tanto para el residente como para su tutor, que permita identificar los aspectos susceptibles de mejora y programar las actividades correctoras necesarias para que el nivel competencial sea el idóneo al finalizar la residencia.

La evaluación sumativa corresponde al tutor. La puede realizar personalmente, a través de los facultativos responsables del residente en cada una de sus rotaciones, o mediante cualquier otro procedimiento establecido previamente y conocido por el residente.

Algunas de las herramientas de evaluación propuestas en este portafolio son:

- *Evaluaciones estructuradas objetivas de las habilidades técnicas (EVAEST)*
- *Discusiones de casos*
- *Minievaluaciones clínicas*

Corresponde a cada unidad docente y a cada Comisión de Docencia, establecer los criterios y la metodología empleada para evaluar las competencias. Para las habilidades técnicas se recomienda emplear la evaluación objetiva estructurada.

El tutor y el residente pueden incluir en este portafolio cualquier otro tipo de documentación o registro que consideren relevante y que sea de utilidad en el aprendizaje

El portafolio propuesto por la CNE de Obstetricia y Ginecología, no está concebido con finalidad acreditativa, sino puramente formativa. Es propiedad del

residente, quién lo ha de elaborar junto con su tutor. Es una herramienta de uso interno, para utilización del residente, tutor y comisión de docencia.

El objetivo de su cumplimentación es facilitar la reflexión, promover el aprendizaje eficiente identificando puntos fuertes, débiles y áreas de mejora en el proceso y promover la autonomía del profesional en el camino del autoaprendizaje que se ha de consolidar y ser una constante a lo largo de toda su trayectoria profesional.

### **5.5.- ASPECTOS ÉTICOS EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES.**

La importancia de la ética en la práctica de la medicina ya se puso de manifiesto hace 2500 años en la tradición Hipocrática, la cual enfatizaba las virtudes que se esperaba caracterizaran y guiaran la labor del médico.

En los últimos 50 años, puede decirse que los conflictos éticos que fundamentan el origen de la bioética están motivados por tres acontecimientos:

- Los grandes avances científico-técnicos.
- El cambio en las relaciones socio-sanitarias.
- La universalización de la asistencia.

A pesar de que el programa oficial de la especialidad de Obstetricia y Ginecología incluye dentro del *currículum* propuesto la formación en bioética, es difícil saber si este *currículum* formativo o las guías publicadas al respecto consiguen una adecuada preparación de los médicos para actuar de forma ética en las circunstancias, a veces tensas y difíciles, en que se desarrolla la residencia.

Son preocupaciones frecuentes de los residentes en todas las especialidades aspectos éticos como el consentimiento informado, las relaciones interpersonales, la interacción con las familias de los pacientes, las habilidades comunicativas así como los cuidados al final de la vida. Pero adicionalmente, también se muestran preocupados por aspectos relativos al clima docente y la relación con los médicos adjuntos, dado que la estructura docente en la que se mueve el residente es jerárquica (Door Goold & Stern, 2006).

En un estudio publicado por Green (1996), en que se encuestaba a residentes de Medicina Interna de Estado Unidos, se evidenció que el 16% respondió afirmativamente a preguntas relativas a actuaciones fuera de las guías éticas, y de estos, el 80% refirió actuaciones fuera de las guías éticas en 4 o más ocasiones. La razón aludida más frecuentemente (30%) para tales actuaciones era que a pesar de conocer las guías clínicas, la actuación concreta no representaba un dilema moral para ellos.

Las actuaciones fuera de guías éticas recogidas en el estudio fueron, entre otras: el 62% no informó voluntariamente a un paciente competente sobre su inexperiencia, el 45% manifestó haber revelado información médica de un paciente competente a amigos o familiares sin su consentimiento explícito, 40% afirmaron discutir problemas de los

pacientes en lugares públicos, 34% miraron en el sistema informático datos clínicos de amigos o colegas no siendo responsables de su tratamiento, 29% manifestaron haber manipulado intencionadamente a un paciente para aceptar un tratamiento o prueba, el 37% reconoció haber mentido al médico responsable sobre algo que debían haber hecho o revisado, el 32% afirmó haber desatendido a propósito órdenes explícitas del médico responsable.

Esto supone por tanto, el considerar que no sólo la transmisión de conocimientos teóricos en esta campo es importante sino también la puesta en práctica habitual de los mismos por todo el personal médico docente que actuará como modelo, así como la discusión de casos dudosos o conflictivos con la participación de los comités de ética.

De tal manera, que la discusión de la relación entre conocimientos éticos y virtud proviene ya de Sócrates y Aristóteles. Sócrates consideraba que el conocimiento por sí mismo conducía a una actuación virtuosa, mientras que Aristóteles creía que la virtud era el resultado del hábito y el entrenamiento.

### 5.5.1. PRINCIPIOS ÉTICOS

Los principales principios éticos a los que mayormente se recurre como guía de la actuación profesional y para resolver conflictos de obligaciones en la asistencia sanitaria son: respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Otras reglas o principios como fidelidad, honestidad, privacidad y confidencialidad, también son importantes (ACOG, 2007a).

Según Garrido San Juan (2006), la ética de “mínimos” como formadores de residentes estaría conformada por el principio de no maleficencia y el principio de justicia, y la de “máximos” por el binomio autonomía-beneficencia.

Es importante que la sociedad asuma que es necesario que los médicos en formación adquieran experiencia para obtener un ulterior beneficio y mantener la calidad del sistema sanitario. Pero del mismo modo se debe exigir a las organizaciones sanitarias la minimización de riesgos en este proceso de aprendizaje. Esta sería la principal manifestación del **principio de “no maleficencia”** aplicado a la formación de residentes. La no maleficencia es la obligación de no herir o causar daño, y se manifiesta en la máxima “*primun non nocere*” (Elkins, 1988).

Por ello es fundamental que los programas de formación definan con claridad los escalones de responsabilidad progresiva en el proceso de formación como base fundamental para el respeto de este principio.

De tal manera que basado en la pirámide de Miller (1990) la secuencia recomendable de “no maleficiencia” en los procesos de aprendizaje sería:

1.	Adecuado aprendizaje de las bases teóricas y secuencia del procedimiento a realizar.
2.	Ver realizar el procedimiento a personas expertas
3.	Realizar el procedimiento en condiciones experimentales (maniqués, simuladores...)
4.	Haber realizado procedimientos que le preceden en complejidad
5.	Práctica clínica tutelada
6.	Práctica clínica autónoma.

También, la protección de datos y de la intimidad del paciente protagonista de la acción docente forma parte de este principio, el cual llegaría a su culminación en la responsabilidad que los tutores y los Comités de Evaluación tienen al validar la capacitación de los residentes como especialistas.

El **principio de “beneficencia”** significa literalmente “hacer el bien”. Expresa la obligación de promover el bienestar del otro, lo cual presupone que el médico actúe en beneficio del paciente (ACOG, 2007a).

Desde la perspectiva de la docencia de residentes, la aceptación de sus individualidades y sus sugerencias quedaría enmarcada dentro de este principio. Además la empatía, la disposición para la resolución de los problemas laborales o personales surgidos durante la residencia, una tutela responsable, el no abandono, el fomento del trabajo en equipo, la estimulación para la búsqueda de la profesionalidad, etc, servirán de modo eficiente para mostrar al residente un modelo de comportamiento benéfico con el paciente.

Dentro de este mismo principio, es obligación de los médicos docentes evaluar adecuadamente el riesgo de un procedimiento y proveer una adecuada supervisión en todos los niveles de formación.

Por otro lado el **principio de “Justicia”** podría concretarse como el hecho de actuar de manera similar ante casos similares y dar respuestas distintas a situaciones o casos que son diferentes. Justicia es por tanto la obligación de tratar igual a los que son parecidos o similares de acuerdo a los criterios seleccionados (ACOG, 2007a).

Este principio permitirá explicar, desde el punto de vista de la formación de residentes, porqué unos pacientes serán atendidos por un residente cuando su nivel de formación sea adecuado a sus requerimientos sanitarios, y en cambio otros pacientes no (Garrido San Juan, 2006). Si como sociedad se ha elegido este sistema como el mejor y más seguro para formar médicos y dar continuidad a la asistencia sanitaria de calidad, de igual modo deben entenderse los riesgos e incomodidades derivadas del sistema. Se debe animar por tanto a los pacientes a participar en los proceso de aprendizaje de los residentes para contribuir al desarrollo de una nueva generación de médicos “proveedores de salud”.

Por otro lado, la palabra autonomía deriva del griego *autos* y *nomos* (regla). Respecto al **principio de “autonomía”**, se define como el respeto a las opiniones, elecciones y actuaciones de los otros (McCarthy, 2003). El respeto a la autonomía del paciente supone el derecho del individuo a mantener puntos de vista, tomar decisiones y llevar a cabo acciones basadas en sus valores personales y creencias (ACOG, 2007a).

Pero además desde el punto de vista de la docencia a residentes, el aprendizaje dentro de un modelo centrado en el que aprende y en el aprendizaje de adultos, supone valorar y potenciar la autonomía del residente. Esta estrategia de formación, favorece además que el residente aprenda un modelo de relación con el paciente potenciador de su autonomía. En el aprendizaje del respeto a la autonomía del paciente, es fundamental el “ver hacer” (Garrido San Juan, 2006). En este sentido el tutor tiene la responsabilidad como docente de extremar el respeto a este principio en la información al paciente y en el proceso de consentimiento informado, como mejor método para que el residente lo interiorice e incorpore a su práctica habitual. De este modo, el estudio publicado por Green et al. (1996) que investiga el grado de aplicación de las guías de ética en práctica clínica por los residentes americanos de Medicina Interna, así como los motivos por los

que reconocen haberlas transgredido, una de ellas es haber visto que así lo hacían sus docentes.

Sin embargo, el respeto a la autonomía del paciente también supone que pueda elegir no ser tratado por un residente cuando esto sea posible. Igualmente, en circunstancias muy concretas y escasas, un residente podría rechazar la participación en una acción médica concreta cuando esta suponga un claro conflicto de conciencia para él.

### **5.5.2.- RESPONSABILIDADES ÉTICAS EN DOCENCIA CLÍNICA**

(ACOG, 2011)

#### **Responsabilidades del residente**

Los residentes deben aprender nuevas habilidades y técnicas de una manera acorde con la obligación ética de beneficencia, no maleficencia y respeto al derecho de los pacientes a ser informado acerca de las decisiones sobre su salud. Y estas obligaciones nunca deben estar subordinadas a la necesidad o deseo de aprender (ACOG, 2011). Además, deben tener en cuenta que cualquier información sobre los pacientes adquirida en el contexto de una relación profesional es confidencial. Y que sólo se debe acceder a la información médica de pacientes a los que estén tratando.

Las guías de ética del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología además recogen, que una exploración ginecológica bajo anestesia previa a la cirugía, con finalidad únicamente docente sin reportar ningún beneficio añadido a la salud de la paciente, debería ser previamente consentida.

Los residentes deben ser honestos y respetuosos en la relación con sus docentes. Deben actuar preservando la dignidad del paciente y evitar comentarios o actuaciones que pudieran deteriorar la relación del paciente con su médico.

Están obligados a solicitar ayuda y supervisión cuando sea necesario.

La relación tutor-residente se desarrolla bajo unas condiciones de desigualdad de poder y autoridad, por tanto, implica la vulnerabilidad del residente para tolerar comportamientos no éticos o incompetentes del tutor o docente. Sin embargo, comportamientos o conductas tales, deberían ser informados a la autoridad institucional pertinente.

### **Responsabilidades del docente**

Los docentes tienen la obligación ética de impartir conocimientos, sabiduría y enseñar habilidades técnicas para beneficio del residente, sin esperar recompensas o beneficios particulares. Puesto que la disparidad de poder y autoridad que existe entre el tutor y el residente tiene efectos sobre el proceso docente, se debe extremar el respeto de los principios éticos, ya que además los residentes utilizan como modelo de comportamiento a los médicos docentes.

Es responsabilidad del docente evitar y denunciar cualquier forma de intimidación o acoso al residente que pudiera manifestarse con comentarios verbales inapropiados, contacto físico inapropiado o no deseado, castigo por medio de la realización de trabajos, o limitación de privilegios u oportunidades como forma de intimidación (J. S. Cohen & S. Patten, 2005).

No se debe exponer al residente a la práctica de procedimientos para los que no está cualificado sin la adecuada supervisión.

La relación que se establezca entre docentes y residentes debe ser tal, que este tenga la libertad de pedir ayuda o supervisión sin miedo a la humillación o la compensación subsiguiente. Se debe crear una atmósfera que permita e incluso estimule un feedback adecuado tutor-residente.

### **Responsabilidad de la institución**

Las instituciones tienen responsabilidades éticas con los residentes, los pacientes y los tutores o docentes. Tienen la obligación de proporcionar un ambiente de trabajo que promueva la competencia profesional.

Los sistemas de salud muy frecuentemente han explotado a los residentes como mano de obra barata, especialmente en hospitales con gran sobrecarga de trabajo. Sin embargo, la sobrecarga de trabajo, las responsabilidades excesivas sin unos niveles equivalentes de autoridad y la falta de sueño suponen una fuente importante de stress en la práctica de la medicina, especialmente durante la residencia (Belloch, et al., 2000; Brian, Wong, & Kevin Inrie, 2013; Castelo-Branco, et al., 2007; Fonseca, et al., 2010). Esto contribuye a un deterioro en la calidad de la medicina practicada, en la calidad del proceso de aprendizaje y de la relación con los pacientes.

Por tanto la obligación de proveer un adecuado ambiente de trabajo presupone asegurar que los residentes tiene un horario de trabajo razonable, que existe un balance adecuado entre la educación médica y las responsabilidades asumidas en el cuidado de pacientes, proveer de medios técnicos y soporte administrativo adecuado para la docencia, así como una retribución económica razonable.

También implica favorecer y facilitar la actividad formativa de los tutores docentes, en cuanto a la propia formación, disponibilidad de tiempo adecuado para la docencia y justo reconocimiento. Del mismo modo es importante facilitar el desarrollo de su labor sin supeditación a las jefaturas de servicio, y con libertad e independencia para denunciar los fallos formativos y las mejoras necesarias en la unidad docente.

Igualmente supone una obligación tanto de las instituciones como de los docentes que los esfuerzos o restricciones económicas no supongan una merma de las posibilidades de docencia de los residentes.

Las instituciones tienen el deber de proteger a los pacientes y a los residentes de comportamientos no profesionales de clínicos y docentes. Del mismo modo que es obligación de los docentes evidenciar comportamientos no profesionales de los residentes.

## 5.6.-EL TUTOR FORMADOR

La figura del tutor en la formación de los médicos especialistas es clave en el mantenimiento del sistema MIR. El tutor constituye el aspecto nuclear en el proceso de apoyo a la docencia, ya que sobre él recae la responsabilidad del plan individual de formación de cada residente, y le convierte en garante de la calidad del proceso formativo que se imparte en cada unidad docente. Por tanto, el desarrollo de sus funciones implica el conocimiento detallado del programa formativo de la especialidad, la capacidad para adecuar el desarrollo de dicho programa a los recursos disponibles, y proponer alternativas para solventar carencias del medio, así como competencia para realizar una evaluación y seguimiento adecuado de la docencia impartida en la unidad docente (J. A. Álvarez Sánchez, M. D. Vicent García, J. M. Salamanca Escobedo, F. Pérez Iglesias, & M. Carrasco Asenjo, 2003).

Para poder desempeñar esta función planificadora, el tutor, aunque cuenta con un instrumento general como es el programa oficial de su especialidad, deberá realizar una adaptación de este programa para adecuarlo a las características de su centro y de los residentes asignados. Los tutores a la hora de planificar, deben tener en cuenta cuales son los aspectos básicos involucrados en el trabajo diario del residente, prestando atención a dos puntos determinantes: el que marca el programa de la especialidad y el que podría planificarse para resolver las necesidades de aprendizaje de cada residente individual. Así, una adecuada relación tutor-residente permitirá al primero un desarrollo individualizado del programa formativo, de modo que el especialista en formación pueda crecer a partir de sus puntos fuertes y corregir sus debilidades (Romero-Sánchez, et al., 2012).

Según el informe elaborado por la WFME (2004) sobre estándares globales para mejorar la calidad en la formación médica de postgrado, la política del sistema relativa a los formadores supervisores y profesores debe especificar la expertise necesaria, y sus tareas y responsabilidades. Esta política debe especificar las obligaciones del personal formador y específicamente el balance entre funciones educativas, de servicio y otros deberes. La política de personal debería contemplar el soporte a los formadores incluyendo formación y más desarrollo si hiciera falta, y debería valorar y reconocer las actividades académicas meritorias, incluyendo las funciones como formadores,

supervisores y profesores. La proporción entre el número de formadores reconocidos y el número de residentes debería garantizar una interacción personal cercana y un seguimiento del residente. *El reconocimiento de actividades académicas meritorias*, que propone la WFME, se haría mediante premios, ascensos y/o remuneraciones.

La normativa de Castilla y León a partir del Decreto 75/2009<sup>46</sup> ha desarrollado un sistema de reconocimiento de nuevas figuras docentes que complementan y perfeccionan la labor del tutor y que acaban reconociendo a la gran mayoría de participantes en el proceso formativo. Este desarrollo normativo, que es especialmente acertado, contempla las siguientes figuras:

- *Tutor coordinador*: actúa como coordinador de los tutores de un servicio y se ocupa también de la coordinación de las rotaciones externas.
- *Tutor de apoyo*: es el profesional de la misma especialidad que coordina a los residentes durante cada uno de los rotatorios, los tutoriza y evalúa.
- *Colaborador docente*: es lo mismo que el tutor de apoyo pero cuando pertenece a otra especialidad.

Esta legislación desarrollada en Castilla y León, al incluir a prácticamente todos los miembros de la unidad docente acreditada en la participación activa de la docencia postgraduada, favorece la creación de un microclima estimulante para el proceso formativo de los residentes.

Es decir, a partir del reconocimiento de la ineludible necesidad de los tutores, se trata de promover en el servicio o unidad docente una actitud positiva hacia la docencia, que integra dos acciones que se potencian mutuamente y que favorecen tanto a los residentes como a los especialistas: enseñar y aprender. Así, estas unidades docentes alcanzan en su actividad global un estilo o modo de vivir sus responsabilidades profesionales que ha sido denominado “cultura de la docencia” o “*training culture*” (Hargreaves, 1996). A partir de la inmersión no forzada en esta cultura de la docencia, todos sus miembros llegan a la convicción de que la actividad docente postgraduada resulta claramente rentable para la calidad global del servicio pudiendo no sólo confluir

---

<sup>46</sup> 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 num.202, de 21 de octubre de 2009.

sino incluso potenciarse tanto las demandas en asistencia e investigación, como las demandas de formación de los residentes.

### **5.6.1. CARACTERÍSTICAS DEL TUTOR DE RESIDENTES**

En 2009 el colegio de médicos alemán llevó a cabo el primer estudio nacional de evaluación para todas las especialidades médicas incluyendo a tutores formadores y residentes, relativo a las características de un buen tutor formador. Destacaron “la paciencia en sus instrucciones y explicaciones” y “la creación de un clima de aprendizaje abierto y confiado.

Un estudio publicado por Masunaga (2010) que encuestaba a residentes de Medicina Familiar en Estados Unidos sobre las características mejor puntuadas en los docentes clínicos, concluyó que las puntuaciones más altas correspondieron a cualidades como: “estimulante, alentador, competente y comunicativo” y las puntuaciones más bajas fueron para cualidades como: “convencional, precavido y controlador”. Estos resultados, en lo relativo a las cualidades más valoradas, fueron prácticamente superponibles a los de un estudio publicado por Morrison (2005) sobre una población de residentes de distintas especialidades.

Por otro lado, la mayoría de los residentes no valora como útil la observación directa por parte de sus tutores (Nielsen & Tulinus, 2003). Es decir, no valoran tanto la presencia física del tutor en la toma de decisiones, como una actitud y una disposición que les permita asumir sus decisiones de manera progresiva (López Santiago, Baeza López, & Lebrato García, 1997).

En un estudio Delphi llevado a cabo sobre las cualidades más relevantes del tutor docente, el 100% de los participantes (expertos representativos de la Medicina Familiar en Alemania) coincidieron en valorar como importantes o muy importantes las siguientes cualidades: bueno dando *feedback*, predispuesto para dar *feedback*, crítico con el residente y el proceso de aprendizaje, habilidades comunicativas y respetuoso con el residente (P. M. Boendermaker et al., 2003). Estas características son muy similares a las identificadas en el estudio Delphi de Munro et al.(1998): honestidad, disponibilidad, habilidades comunicativas, habilidades clínicas y actitud seria hacia los discentes.

Saura Llamas (2007), considera que un buen tutor debe cumplir al menos con los siguientes requisitos: ser un buen clínico, ser un buen docente y ser capaz de mantener una buena relación con el residente. En lo relativo a ser *buen docente*, este mismo autor considera características de un tutor competente:

- Conocer diferentes métodos docentes, y saber cómo y cuándo aplicarlos.
- Tener habilidades docentes para proporcionar un *feedback* adecuado y favorecer la autorreflexión en un clima adecuado.
- Mostrar una adecuada actitud docente, con capacidad de autocrítica, así como interés y respeto por el residente.

Algunas de las siguientes características, constituyen elementos a considerar dentro del perfil de un tutor según Martín Zurro (2003):

- Especialista en el ámbito de tutorización.
- Profesional de plantilla de la institución sanitaria.
- Con suficiente experiencia.
- Motivado por los aspectos docentes y de investigación.
- Con capacidad para las relaciones personales.
- Con buena capacidad organizativa.
- Habitado al manejo de bibliografía y con publicaciones en su haber.

Por otro lado, Martín Zurro (2003) afirma que, siendo el tutor una figura que actúa como modelo y referente del residente, ha de reunir una serie de características que garanticen la eficacia en el desarrollo de sus funciones. Además de los requisitos profesionales y académicos, propone que es necesario que el tutor tenga unas condiciones humanas en las que resalte la capacidad de comunicación y relación. El objetivo sería que el tutor aplique a la docencia el mismo nivel de rigor científico que aplicaría a sus tareas asistenciales, para lo cual es fundamental que el tutor se forme en aspectos básicos de metodología docente.

Son varios los estudios en los que tanto tutores como residentes consideran entre las cualidades que debe reunir un buen tutor factores de comunicación, no académicos como la empatía, el entusiasmo, la actitud, la accesibilidad y la relación tutor-residente

(P. Boendermaker et al., 2000; Saura, 2005; Schultz et al., 2004; Thompson Bowles, 2000), así como ser un buen modelo clínico (Saura-Llamas, et al., 2001).

En otro estudio publicado por McLean (2001a) realizado a estudiantes de medicina, las cualidades destacadas por estos de los educadores clínicos fueron buen comunicador, amigable, accesible y con capacidad para relacionarse con los estudiantes siendo sensible a sus necesidades. Similares por tanto a las descritas en estudios realizados con residentes.

En la pedagogía activa son más adecuados los roles de ayuda, facilitación y apoyo, que los de directivo o de experto. Son por tanto útiles habilidades, algunas generales, como comprensión, empatía, escucha activa, asertividad, comunicación interpersonal, autocontrol emocional, manejo de conflictos y negociación. Y otras específicas como resumir y devolver, ayudar a pensar, conducción de reuniones, refuerzo positivo, conducción de grupos y manejo de discusiones (Echauri Ozcoidi & Pérez Jarauta, 2002).

### **5.6.2. FUNCIONES DEL TUTOR**

Según Morán (2008)<sup>47</sup> la labor de educadores, tutores y supervisores, consiste en garantizar que el residente alcance todas aquellas competencias necesarias para dar respuesta a los problemas de salud de una sociedad en permanente cambio.

Harden (2000) propone un modelo de seis áreas, para agrupar los doce roles atribuidos a los educadores clínicos. Estas seis áreas de actividad se resumirían como:

---

<sup>47</sup> Morán-Barrios J (2008). Visión docente. Ser médico. [acceso: 10.12.2014]. Disponible en:

[http://www.hospitalcruces.com/documentos/actividadDocente/VISION\\_DOCENTE-SER\\_MEDICO.pdf](http://www.hospitalcruces.com/documentos/actividadDocente/VISION_DOCENTE-SER_MEDICO.pdf)

<b>LOS DOCE ROLES DEL PROFESOR</b>	
Proveedor de información	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conferenciante</li><li>• Profesor de práctica clínica</li></ul>
Modelo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Modelo en el trabajo</li><li>• Modelo como profesor</li></ul>
Facilitador	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facilitador del aprendizaje</li><li>• Mentor</li></ul>
Evaluador	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluador del estudiante</li><li>• Evaluador del curriculum</li></ul>
Planificador	<ul style="list-style-type: none"><li>• Planificador del curriculum</li><li>• Organizador del curso</li></ul>
Desarrollador de recursos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaboración guía de estudios</li><li>• Proveedor de recursos materiales</li></ul>

**Tabla 5.** Los doce roles del profesor (Harden, 2000)

Aunque estos doce roles fueron validados mediante un cuestionario aplicado a profesores de la escuela de medicina de la Universidad de Dundee, UK, de igual modo podrían aplicarse o extrapolarse a la función de los tutores y formadores de residentes:

### **I. Proveedor de información.**

#### **Ia.- Conferenciante**

Se corresponde con el papel tradicional del profesor como proveedor de información en el entorno de una clase teórica, que como se ha descrito anteriormente constituye una de las herramienta docentes utilizadas en la formación de residentes.

#### **Ib.- Profesor de práctica clínica.**

La práctica clínica tutorizada constituye la base de la formación de residentes. El buen tutor o profesor clínico debe compartir con el residente sus elaboraciones mentales favoreciendo el proceso de toma de decisiones, la autorreflexión y el *feedback*. En este sentido cada vez se potencia más el uso de simuladores, sobre todo para el desarrollo de las habilidades clínicas y técnicas más complejas.

## II. Modelo

### IIa.- Modelo en el trabajo.

Es un hecho reconocido que el ejemplo de los profesores o tutores constituye la influencia más poderosa sobre los estándares de conducta y práctica clínica, tanto de estudiantes como de residentes.

Los residentes aprenden fundamentalmente, no por lo que sus docentes dicen, sino por los conocimientos, habilidades y actitudes que exhiben.

### IIb.- Modelo como profesor

El tutor de residentes actúa como modelo en su papel de docente no sólo cuando enseña a residentes sino también en su relación con los pacientes. Este modelo servirá como guía al residente en formación para enseñar a otros residentes o estudiantes, para llevar a cabo exposiciones en sesiones clínicas, clases teóricas o congresos, o para facilitar la comprensión de información médica al paciente y sus familias.

Según Tutosaus (2003), este *rol del tutor como comunicador*, debe ser algo aprendido y entrenado y, por tanto, el tiempo que los docentes necesitan para dedicarlo a su propia formación y para aplicar con los residentes las técnicas aprendidas, es el primer objetivo que se debería perseguir para disponer de una docencia profesionalizada.

## III. Facilitador

### IIIa.- Facilitador del aprendizaje

La introducción del aprendizaje basado en problemas y el aprendizaje de adultos, condiciona la relación tutor-residente convirtiendo a este, no en un proveedor de información, sino en un mediador o facilitador del aprendizaje. El papel de tutor y docentes de residentes consiste en estimular y facilitar el autoaprendizaje utilizando para ello como base los problemas de la práctica clínica. Para favorecer este aprendizaje es fundamental el establecimiento de una relación de confianza y la creación de un ambiente que favorezca el intercambio libre de ideas y el *feedback*.

### IIIb.- Mentor

Sería el papel desarrollado por el tutor como consejero y guía del residente en su desarrollo y crecimiento personal y profesional, más allá de su labor

como supervisor de la formación (Quaas, Berkowitz, & Tracy, 2009). El tutor debe servir como referente e interlocutor del residente en la relación de este con el servicio y su programa de formación, así como detectar cualquier situación conflictiva que pudiera producirse y buscar soluciones.

#### **IV. Evaluador**

##### **IVa.- Evaluador del residente**

Tal y como establece la legislación vigente<sup>48</sup>, el tutor de residentes será responsable de la evaluación del proceso de aprendizaje del residente, se trata por tanto de una evaluación formativa en varias fases: evaluación continuada mediante las entrevistas periódicas estructuradas, evaluación anual mediante elaboración de un informe en el que deberá considerar el libro del residente, los informes de las rotaciones o cualquier otro método objetivo de evaluación y la valoración del tutor, y también participará en la evaluación final. Los tutores son responsables de que esta evaluación sea válida, abierta, clara y congruente con las competencias a adquirir que deben estar predefinidas.

##### **IVb.- Evaluador del *curriculum*.**

Una de las principales funciones del tutor es la de supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente. Para llevar a cabo esta misión será fundamental el *feedback* proporcionado por los residentes mediante encuestas, o mediante entrevistas individuales.

#### **V. Planificador**

##### **Va.- Planificador del *curriculum***

Tal y como establece la mencionada ley, el tutor tiene la misión de planificar, gestionar y colaborar activamente en el aprendizaje de los

---

<sup>48</sup> Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Artículo 11.2. *BOE* num.45, de 21 de Febrero de 2008

conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad. Para ello los tutores de cada especialidad propondrán la guía o itinerario formativo tipo de la misma, con sujeción a las previsiones del correspondiente programa oficial de la especialidad. Con la mencionada guía, que será aplicable a todos los residentes de la especialidad que se formen en la unidad docente de que se trate, se responsabilizan de la actualización y mejora del programa de formación específico para su unidad.

**Vb.- Planificador del curso.**

También es función del tutor la elaboración del plan individual de formación de cada residente, en coordinación con los dispositivos asistenciales y demás tutores de residentes que se formen en la unidad docente.

**VI. Desarrollador de recursos**

**Via.- Creador de recursos materiales**

En este sentido, las nuevas tecnologías han supuesto una gran expansión en cuanto al formato de recursos materiales disponibles: simuladores, maniqués, *trainers*, casos clínicos por ordenador, laboratorios de experimentación, acceso a revistas electrónicas, cursos presenciales y *online*... todo ello orientado a la consecución de las competencias a adquirir, y de los cuales tanto el tutor como las instituciones deben ser facilitadores.

**VIIb.- Elaboración de guías de estudio.**

Este rol del docente, desde el punto de vista del tutor formador de residentes, se traduciría en favorecer el conocimiento del residente de los protocolos o guías de actuación del servicio por el que rota, así como su colaboración en la elaboración de los mismos.

Basado en lo recogido al respecto en la Orden SCO/581/2008<sup>49</sup> de 22 de febrero, *por la que se determinan los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor*, las funciones del tutor así como sus

---

<sup>49</sup> ORDEN SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se determinan los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor. *BOE* num.56, de 5 de marzo de 2008.

funciones sobre la evaluación se resumen según algunos autores en (del Cura Rodríguez, 2011; Tutosaus, 2003):

#### FUNCIÓN DE LOS TUTORES:

1. Planificar y organizar la actividad formativa de la unidad docente.
2. Proponer los planes individuales de formación para cada residente a su cargo.
3. Recepción de los nuevos residentes en el servicio (considerado un criterio de calidad en las auditorías docentes y para lo que se debería contar con un protocolo escrito).
4. Desarrollar y utilizar habilidades pedagógicas.
5. Ser referente para el residente.
6. Supervisar la realización de los programas, identificar las dificultades y tratarlas.
7. Fomentar la participación en actividades docentes e investigadoras.
8. Participar en la evaluación de los residentes.
9. Elaborar la memoria anual de su especialidad.

#### FUNCIONES DE LOS TUTORES SOBRE LA EVALUACIÓN

(Tutosaus, 2003):

1. Conocer los criterios a aplicar.
2. Realizar la evaluación, cumplimentando los correspondientes documentos.
3. Supervisar la cumplimentación del Libro del Residente.
4. Supervisar mensualmente las anotaciones del Libro.
5. Participar en los Comités de Evaluación.
6. Notificar la calificación al residente y a la Comisión de Docencia
7. Proponer y supervisar las rotaciones externas.
8. Evaluar la participación del residente, en cursos, congresos y demás reuniones.
9. Actuación especial en caso de evaluación negativa.
10. Evaluación final de la residencia.

## 5.7.- EL MÉDICO RESIDENTE COMO DOCENTE

Además del papel docente del tutor, en la práctica diaria en la formación de especialistas médicos en el sistema MIR, dentro de la asunción progresiva de responsabilidades definida entre las competencias del residente, se encuentra la docencia, que engloba no sólo el autoaprendizaje sino también la enseñanza a residentes de menor año y a los propios pacientes.

Hay información publicada respecto a cuanto aprenden los pacientes durante una entrevista médica o después de un periodo de hospitalización. En el estudio de Makaryus (2005), menos de la mitad de los pacientes fue capaz de hacer una lista de sus diagnósticos, medicamentos y potenciales efectos adversos. Si bien lo anterior puede obedecer a múltiples razones, entre ellas está la comunicación y la capacidad de educar al paciente

¿Pero cuan capacitado se encuentra el residente para enseñar?

Son muchos los estudios que señalan la necesidad de aprendizaje de las habilidades docentes ya durante la formación del médico (Frank, Jabbour, Tugwell, & al, 1996; Frank, Jabbour, Tugwell, & al., 1996) , puesto que en general todos los médicos necesitan desarrollar estas habilidades para cumplir su rol docente enseñando a los estudiantes, a los pacientes y sus familias, a la comunidad y al equipo de salud. Por ejemplo, los residentes dedican varias horas por semana a enseñar a estudiantes o residentes menos experimentados.

Otras razones para aprender a enseñar durante el periodo de formación médica especializada incluyen:

- Enseñar es esencial en la relación médico paciente (Dandavino, Snell, wiseman, & al., 2007; Kurtz, Silverman, Benson, & Draper, 2003)
- Enseñar es una forma efectiva de aprender (Busari et al., 2002; O. Ten Cate & S. Durning, 2007; O Ten Cate & S Durning, 2007)
- Una proporción de estudiantes será docente en el futuro.

A pesar de que muchos residentes disfrutan con la docencia y lo consideran un aspecto relevante de su formación, muchos de ellos se sienten insuficientemente preparados para enseñar.

De este modo, hay algunos estudios observacionales realizados en programas de residencia en EEUU que concluyen que muchos residentes enseñan de forma poco efectiva, siendo poco frecuente, por ejemplo, que hagan preguntas para inducir el debate (Wilkerson, Lesky, & Medio, 1986) o que den *feedback* a sus discentes (Donovan, 2011).

En contraste, existen también estudios relativos a la percepción que los estudiantes de medicina tienen de los residentes como docentes en comparación con los facultativos, resultando que los estudiantes perciben a ambos como igualmente efectivos en la docencia (Cooper, Wilson, Huffman, & Humbert, 2012; Scheiner & Mainiero, 2003).

En un estudio llevado a cabo por Reyes (2010) mediante encuesta a residentes, internos y alumnos de último año de medicina de una universidad chilena se evaluó la importancia y preparación para enseñar de los encuestados. El cuestionario aplicado METRQ (*Medical Education Readiness Questionnaire*) utiliza una escala de valoración del 1 al 7. La autoevaluación global de residentes e internos sobre la importancia de tener habilidades para enseñar y cuán competentes se perciben para realizar este rol, corrobora que ambos grupos consideran las habilidades docentes como muy importantes (Prom: 6,1; DE: 1,3; EE: 0,10 y Prom: 5,7; DE: 1,5; EE: 0,12). Sin embargo, la percepción de su preparación para enseñar fue baja (Prom: 4,3; DE: 1,6; EE: 0,14 y Prom: 4,3; DE: 1,6; EE: 0,13). Esta discrepancia también se observó cuando se evaluaron las habilidades docentes específicas (planificación de la enseñanza, presentación del material, evaluación del aprendizaje de los estudiantes y *feedback*).

El 77% de los residentes y 66% de los internos señalaron que las destrezas para enseñar se adquieren durante el internado y que las actividades que más promueven este aprendizaje son: observar cómo los docentes enseñan y asumir responsabilidades docentes. Por otra parte, las actividades que menos promueven dicho aprendizaje son: leer material o recibir instrucciones sobre cómo enseñar. Sólo el 6% de los residentes declaró haber seguido algún programa para aprender a enseñar.

En dicho estudio, las respuestas de residentes e internos mostraron un alto nivel de acuerdo en los temas explorados, y concluye:

1. La enseñanza es inherente al rol del médico y el desarrollo de estas destrezas beneficia a estudiantes y a pacientes.

2. El educador clínico necesita adquirir un conjunto de destrezas docentes o mejorarlas en aquellos que tienen habilidades naturales para ello.

3. Las características de un buen docente clínico, además del conocimiento de la materia, se relacionan con dos áreas: destrezas personales y destrezas docentes. Entre las primeras destacan: motivación, vocación docente, empatía y disposición hacia los estudiantes. Entre las segundas: capacidad para crear un ambiente de aprendizaje seguro; dominio de métodos de enseñanza y de evaluación; habilidad para organizar, priorizar y transmitir claramente los contenidos y capacidad para promover autoaprendizaje.

4. Respecto al interés por desarrollar una carrera docente, residentes e internos quieren aprender a enseñar, pero no todos desean seguir una carrera académica.

En el año 2000 la asociación de profesores de medicina de Estados Unidos destacó como una prioridad el entrenamiento de los residentes para enseñar (Bordley & Litzelman, 2000). Y la ACGME incluye entre sus requerimientos que el residente asuma responsabilidades de docencia y de supervisión de otros estudiantes y residentes como forma de desarrollo de las habilidades comunicativas.

Además, en los últimos años se observa un creciente interés por la formación docente de estudiantes de postgrado. De tal manera que en 1993, Bing-You, en los resultados de una encuesta a directores del programa de Medicina Interna en Estados Unidos, observó que sólo el 20% de los programas incluía entrenamiento formal para enseñar (Bing-You & Tooker, 1993).

En contraste, el estudio de Morrison (2001), llevado a cabo entre directores de programas acreditados por el *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME), mostró que el 55% de estos programas ofrecía a sus residentes instrucción formal en docencia.

En una revisión publicada sobre los beneficios de la docencia entre estudiantes desde la perspectiva psicológica, que podría también ser aplicado a la docencia entre residentes, se afirma que el beneficio que aportaría al residente que recibe la enseñanza de otro residente se basa en los conceptos de congruencia cognitiva y congruencia social (O. Ten Cate & S. Durning, 2007).

La congruencia cognitiva se sustenta en la definición que la psicología cognitiva hace del conocimiento almacenado en la memoria a largo plazo, como una red semántica de conceptos y relaciones entre ellos, y el aprendizaje sería el ajuste de esta red mediante incorporación de nueva información, reestructuración y reajuste para la adecuación y eficiencia del conocimiento. De tal manera que si la persona que enseña

tiene redes semánticas parecidas a las del que aprende, será más capaz de reconocer las necesidades de aprendizaje de este y ofrecerle ayuda más eficientemente.

La congruencia social o congruencia de rol, por otro lado considera que los estudiantes que son enseñados por semejantes presentan más predisposición a esforzarse en el estudio. Además, la relación de no autoridad, en este caso entre residentes, permitiría una mayor apertura para mostrar los déficit de conocimiento y los errores posibilitando la corrección de los mismos. Por otro lado, en el caso de los grupos son aplicables también aspectos sociales y de motivación. Los residentes que empiezan están ansiosos por conocer lo que les espera, y los residentes de mayor experiencia les pueden servir como modelo y transmitir confianza en su capacidad de aprendizaje. Además existen normas no escritas “para sobrevivir al periodo de residencia” que serán transmitidas por los residentes de mayor experiencia.

En este mismo artículo también se analiza el beneficio que para los estudiantes tiene el desempeñar funciones de docente, y que serían igualmente extrapolables a los residentes. Los estudios demuestran que los conocimientos adquiridos y medidos, incluso semanas después, por los alumnos que enseñan son mayores que los adquiridos por los que escuchan. De igual modo, son mejores las puntuaciones de los que estudian para enseñar que los que estudian para un examen. Esto se atribuye a la motivación que genera en el que enseña, el ser significativo para el grupo. Igualmente, verbalizar y recitar han sido reconocidos como métodos efectivos para la adquisición de nuevos conocimientos.

Por otro lado, los estudios sobre la valoración y aceptación de estudiantes y residentes hacia la docencia impartida por otros residentes, encuentran en su mayoría que es bien aceptada y percibida con resultados similares a la facilitada por facultativos del *staff* (Mills, Dalleywater, & Tischler, 2014; Scheiner & Mainiero, 2003; Yu et al., 2011).

Es decir, tanto las teorías psicológicas, como los resultados de estudios determinarían que la enseñanza de residentes a otros residentes es beneficiosa para el propio aprendizaje del que enseña, tanto en la fase de preparación como en la de ejecución del acto de enseñar. El residente que enseña aparecería en una posición de superioridad de conocimientos respecto a sus compañeros, lo que le motiva a esforzarse, mejora la autoestima y su autopercepción de eficacia. Se ha evidenciado

igualmente positivo en la adquisición de conocimientos y habilidades comunicativas, además de promover la cooperación y la interacción social entre residentes.

# CAPÍTULO 5: MATERIAL Y MÉTODOS



## **5.- MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1- MATERIAL**

El estudio se ha llevado a cabo a partir de las encuestas de opinión y satisfacción sobre formación médica especializada efectuadas, por la Gerencia Regional de Salud a través de la Dirección General de Recursos Humanos, a residentes y tutores de residentes en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.

Las encuestas han sido elaboradas por el Servicio de Formación de la Dirección General de Recursos Humanos, de la Gerencia Regional de Salud. Ambas encuestas han sido validadas con grupos de trabajo en los que se tomaba una muestra representativa de residentes y tutores de residentes.

Con el fin de implicar a los residentes en la elaboración del cuestionario se seleccionaron 81 residentes pertenecientes a 6 grupos focales (2 especialidades médicas, 1 medicina Familiar y Comunitaria, 1 especialidad quirúrgica, 1 servicios centrales, 1 especialidad no médica), con el objetivo de identificar aspectos positivos y negativos para formular los ítems del cuestionario.

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación, se ha dispuesto de los informes estadísticos con los resultados globales y por especialidades de las encuestas, así como los microdatos de la especialidad de Obstetricia y Ginecología proporcionados por el Servicio de Formación de la Gerencia Regional de Salud para tal fin, correspondientes al periodo 2010-2013 para residentes y para tutores docentes.

Con el fin de preservar al máximo el anonimato de los encuestados, no se dispone de ninguno de los datos sociológicos contenidos en las encuesta de residentes ni en la encuesta de tutores; es decir, datos tales como gerencia de referencia, especialidad de formación, rango de edad, género, año de residencia, años como docente o figura docente.

La *Encuesta de opinión y satisfacción del residente* (ver ANEXO I) se realiza de forma anual y anónima, y consta de 63 preguntas que permiten explorar 8 dimensiones y evaluar la Satisfacción general:

- ✓ *Dimensión 1: Tutor-formador.* Evalúa la relación entre las figuras docentes y los residentes.
- ✓ *Dimensión 2: Comunicación.* Refleja la opinión referida a la comunicación eficaz entre la estructura docente y los residentes.
- ✓ *Dimensión 3: Proceso formativo.* Integra los ítems relativos a la opinión sobre la accesibilidad a las actividades de formación complementarias, definición de objetivos docentes, rotaciones, entrevistas tutor-residente, supervisión y apoyo a la investigación
- ✓ *Dimensión 4: Condiciones laborales.* Pretende evaluar la opinión acerca de la seguridad y salud laboral, guardias, permisos y vacaciones, carga y condiciones de trabajo.
- ✓ *Dimensión 5: Instalaciones-recursos disponibles.* Acerca del uso eficiente de recursos, materiales, medios técnicos y ayudas.
- ✓ *Dimensión 6: Planificación del trabajo.* Comprende la opinión acerca de la organización, distribución de residentes y relación trabajo-tiempo.
- ✓ *Dimensión 7: Ambiente de trabajo.* Evalúa aspectos como la integración en el centro de trabajo, la presión en el trabajo, ambiente, igualdad en trato y colaboración del equipo.
- ✓ *Dimensión 8: Evaluación y reconocimiento.* Integra los ítems relativos a la opinión acerca de los criterios de evaluación de los años formativos, la información recibida sobre los resultados alcanzados y el reconocimiento.
- ✓ *Satisfacción general.* Comprende la valoración global que hace el residente de su proceso formativo como médico especialista.

Esta encuesta, también incluye un apartado de texto libre para recoger opiniones, sugerencias o comentarios de interés que no se hayan visto suficientemente reflejados en las preguntas contenidas en la encuesta.

Las encuestas se han hecho llegar a todos los residentes, independientemente del año de residencia, a través de los Servicios de Formación de cada unidad Docente, por medio de los Jefes de Estudio para cumplimentar al final de cada año de residencia.

Excepto para el último año del presente estudio (año 2013), en que la encuesta se distribuyó a través del Portal de Formación, vía correo electrónico.

Se ha dispuesto para este estudio de los datos correspondientes a las encuestas realizadas a los residentes entre los años 2010 y 2013, ambos inclusive.

Los resultados se han obtenido a partir de la información contenida en los informes estadísticos con los resultados globales de las encuestas para el conjunto de residentes de Castilla y León, así como de los informes estadísticos con los resultados por dimensiones de las encuestas para cada una de las distintas especialidades encuestadas.

Respecto a los microdatos analizados para la especialidad de Obstetricia y Ginecología, en Castilla y León existían en los años del estudio 6 Unidades Docentes de Obstetricia y Ginecología que integraron cada año a 13 nuevos residentes (12 residentes nuevos en el año 2009), lo que supone un total de 52 residentes (51 en el año 2010) de Obstetricia y Ginecología en el conjunto de Castilla y León que fueron objeto de la encuesta cada año.

De todos ellos respondieron a la encuesta un total de 101 residentes en los 4 años referidos: 15 respondieron en 2010 (tasa de participación no disponible), 33 en 2011 (tasa de respuesta del 73%), 35 respondedores en 2012 (tasa de respuesta del 75%) y 18 en el 2013 (tasa de respuesta del 38%), siendo estos los microdatos disponibles para el estudio.

La *Encuesta de opinión y satisfacción del docente* (ver ANEXO II), se lleva a cabo de forma bianual y anónima, consta de 65 preguntas y explora 9 dimensiones de la acción tutorial y un ítem sobre Satisfacción general:

- ✓ Dimensión 1: Función tutorial. Explora aspectos relativos al conocimiento de las funciones, programa docente o metodología docente, el equilibrio entre carga docente y labor asistencial, planificación de las rotaciones y registro de la acción tutorial.
- ✓ Dimensión 2: Proceso formativo. Opinión acerca de los objetivos y competencias así como la responsabilidad progresiva del residente, itinerario formativo tipo, rotaciones externas, idoneidad de la evaluación y apoyo de la Comisión de Docencia.

- ✓ Dimensión 3: Dirección. Evalúa la relación eficaz y facilitadora del tutor con la Dirección/Gerencia del centro, jefe de servicio y responsables docentes.
- ✓ Dimensión 4: Comunicación y coordinación. Refleja la opinión relativa a la comunicación y coordinación eficaz entre la estructura docente y los tutores; así como entre la unidad docente, residentes y tutores.
- ✓ Dimensión 5: Ambiente- Interacción con los compañeros. Evalúa aspectos como la integración en la estructura docente, la presión en el trabajo docente, ambiente y colaboración del equipo.
- ✓ Dimensión 6: Medios y recursos. Acerca de la disponibilidad de recursos humanos, materiales y metodológicos adecuados para la función tutorial.
- ✓ Dimensión 7: Formación. Sobre la accesibilidad e idoneidad de la formación continuada como docente.
- ✓ Dimensión 8: Motivación y reconocimiento. Contiene los ítems que evalúan la motivación de residente y docente, y el reconocimiento de la actividad y los logros en docencia.
- ✓ Dimensión 9: Implicación en la mejora. Evalúa la opinión sobre la consideración de la Dirección/Gerencia, responsables docentes y responsables del Servicio a las propuestas de mejora de tutores y residentes.
- ✓ *Satisfacción general*. Relativo a la valoración global que las figuras docentes hacen de su función tutorial.

Al final de la encuesta, también se incluye un apartado de texto libre para las opiniones, comentarios o sugerencias que se consideren precisas.

Dicha encuesta se distribuye igualmente a través de los Servicios de Formación de cada Unidad Docente, y es aplicable a las distintas figuras docentes contempladas en la legislación de Castilla y León, es decir, tutor coordinador, tutor principal, tutor de apoyo y colaborador docente.

Se dispone para el estudio de los datos correspondientes a las encuestas realizadas a los tutores en los años 2011 y 2013.

Se ha analizado por tanto, la información contenida en los informes estadísticos con los resultados globales de las encuestas para el conjunto de tutores de Castilla y León, así como de los informes estadísticos con los resultados por dimensiones de las encuestas para cada una de las distintas especialidades encuestadas.

Respecto a los microdatos analizados para la especialidad de Obstetricia y Ginecología, relativos a las 6 Unidades Docentes existentes en Castilla y León en los años del estudio, respondieron a la encuesta de satisfacción un total de 30 tutores: 23 en el año 2011 y 17 en el año 2013.

En ambas encuestas, tanto en la del Residente como en la del Tutor, las respuestas a cada uno de los ítems que integran las dimensiones evaluadas, se valoraron utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos, donde:

1 = nunca

2 = casi nunca

3 = a veces

4 = casi siempre

5 = siempre

NA = no me afecta- no tengo información

NQ = no quiero responder

En cuanto a la Satisfacción general, en ambas encuestas se valoró en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 era “nada satisfecho” y 5 era “muy satisfecho”.

## 5.2.- MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo observacional.

Los datos recogidos han sido tratados estadísticamente con los programas Excel y SPSS.

Los resultados se presentan en forma de tabla, con valoraciones medias acompañadas de su desviación típica. Además se resumen los datos con gráficos: diagramas de barras y líneas de tendencia. Todas las puntuaciones de 1 a 5 se transformaron en una escala de 0 a 10 para facilitar su interpretación.

También se realizó un análisis de la varianza para comprobar si las puntuaciones de las distintas dimensiones (para la especialidad de Obstetricia y Ginecología) podían considerarse iguales entre los distintos años o no.

Por un lado, se ha realizado una comparación, de percepción de satisfacción en la formación médica especializada, de forma global por cada una de las Dimensiones de la encuesta. Se han comparado los resultados obtenidos para los residentes de Obstetricia y Ginecología con los resultados globales que se obtuvieron en cada una de las encuestas para el conjunto de residentes y docentes de la Comunidad con el fin de obtener una imagen de la posición ocupada por la especialidad de Obstetricia y Ginecología en el conjunto de Castilla y León respecto a la formación sanitaria especializada.

Por otro lado, se han comparado los resultados obtenidos en las encuestas para los residentes y docentes de Obstetricia y Ginecología con los obtenidos para cada una de las especialidades Médico-Quirúrgicas restantes, es decir, con aquellas especialidades que comparten peculiaridades e itinerarios formativos similares:

- ✓ Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología
- ✓ Angiología y Cirugía Vascular
- ✓ Anestesiología y Reanimación
- ✓ Oftalmología
- ✓ Otorrinolaringología

- ✓ Traumatología y Cirugía Ortopédica
- ✓ Urología

Por último, se han analizado los microdatos de las encuestas a residentes y docentes de Obstetricia y Ginecología, para identificar los ítems determinantes de los resultados de opinión y satisfacción para las dimensiones peor valoradas en esta especialidad.

La comparación de los resultados de satisfacción en la formación médica especializada de Obstetricia y Ginecología con las otras especialidades Médico-Quirúrgicas, se basa en los criterios de clasificación de las especialidades médicas y pluridisciplinares vigente durante los años del estudio, previos al Real Decreto 639/2014.

En agosto del año 2014 se publica el *Real Decreto 639/2014, de 25 de julio*<sup>50</sup> 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. Este Real Decreto desarrolla el artículo 19 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que 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.

El tronco se define como el conjunto de competencias nucleares y comunes a varias especialidades en Ciencias de Salud que se adquieren a través de un periodo de formación común a todas ellas denominado troncal, seguido de otro periodo de formación específica en la especialidad que se trate.

---

<sup>50</sup> Real Decreto 639/2014, de 25 de julio<sup>50</sup> 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* num.190, de 6 de agosto de 2014.

En este Real Decreto la especialidad de Obstetricia y Ginecología en base a sus peculiaridades formativas queda excluida del sistema formativo troncal, al igual que Dermatología y Venereología, Oftalmología y Otorrinolaringología. Quedando el resto de especialidades consideradas en el estudio reclasificadas en tronco médico o tronco quirúrgico.

## CAPÍTULO 6: RESULTADOS

---



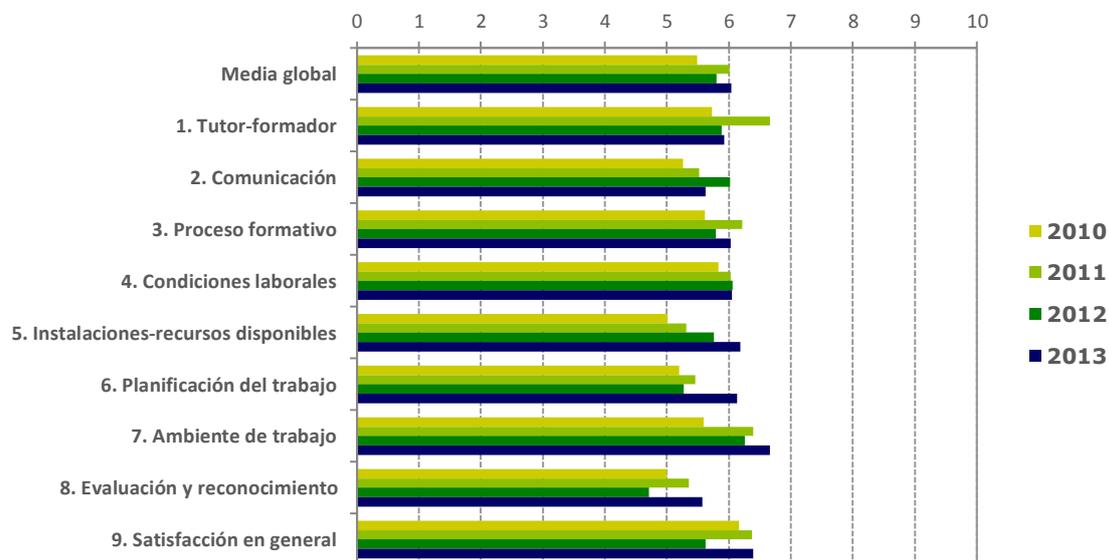
## 6.- RESULTADOS

### 6.1.- RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

#### 6.1.1.- RESULTADOS DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA POR DIMENSIONES: ENCUESTA RESIDENTES

En el presente apartado, se exponen los resultados del estudio exhaustivo de las valoraciones realizadas por los residentes de la especialidad de *Obstetricia y Ginecología* en las distintas Dimensiones definidas en la *Encuesta de Opinión y Satisfacción de Residentes* (Ver Anexo I), durante los 4 años en los que, hasta la fecha, se ha llevado a cabo la misma: desde el año 2010 hasta el 2013.

**Gráfico 6: Encuesta Residentes: Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología en Castilla y León. Años 2010 a 2013.**



Fuente: Tomado de los Informes elaborados por la Gerencia Regional de Salud sobre la Encuesta de Opinión de Residentes (Especialidades).

El porcentaje de participación en las encuestas fue del 73% en el año 2011, 75% en el año 2012 y 38% en el año 2013. No se dispone de este dato para el año 2010. Por

otro lado, el año 2013, en el que la tasa de participación es llamativamente inferior a las previas, fue el primero en que la distribución y contestación de las encuestas se realizó on line.

Considerando las valoraciones obtenidas para las diferentes dimensiones reflejadas en la encuesta, respecto al tutor principal (*tutor-formador*) la encuesta pretende valorar la accesibilidad, implicación, *feedback* e interés en la mejora. Las valoraciones se mantienen ligeramente por debajo de 6 en la mayoría de los años evaluados, excepto el año 2011 que se sitúa en 6,66 ( $\pm 2,34$ ) (año 2010=5,72 ( $\pm 1,74$ ); año 2012=5,88 ( $\pm 2,91$ ); año 2013=5,92 ( $\pm 2,17$ )).

En lo relativo al aspecto de *comunicación*, no sólo se evalúa el acceso a la información sobre los distintos recursos docentes disponibles, sino también la eficacia de la comunicación entre dispositivos docentes y entre los miembros del servicio, así como el interés por conocer las opiniones de los residentes. En este aspecto las puntuaciones se mantiene oscilando en torno al 5,5 (año 2010=5,27( $\pm 1,45$ ); año 2011=5,52 ( $\pm 1,58$ ); año 2013=5,63( $\pm 1,33$ )), para el año 2012 la puntuación es de 6,02 ( $\pm 1,34$ ).

Respecto al *proceso formativo*, se evalúa la estructura e idoneidad del plan formativo, las actividades formativas obligatorias y complementarias, la idoneidad de las rotaciones, la accesibilidad a rotaciones externas y actividad investigadora, la implicación de las distintas figuras docentes así como el equilibrio en la asunción de responsabilidades, y entre labor asistencial y formativa. Las valoraciones en este campo no siguen una tendencia uniforme siendo en el año 2010 de 5,61( $\pm 1,31$ ); año 2011 de 6,22 ( $\pm 1,45$ ); año 2012= 5,79 ( $\pm 2,10$ ) y año 2013=6,02 ( $\pm 1,47$ ).

Las preguntas contenidas en el campo de las *condiciones laborales* reflejan aspectos relativos a la seguridad en el trabajo, salud laboral, guardias, permisos y vacaciones, equilibrio entre vida laboral y familiar, así como ayudas al desarrollo de actividades formativas complementarias. En este apartado la valoración experimenta una ligera mejoría desde año 2010 (5,83  $\pm 1,38$ ) con respecto a los años posteriores que llega a 6 (año 2011=6,03( $\pm 1,54$ ); año 2012=6,06 ( $\pm 1,56$ ); año 2013=6,05 ( $\pm 1,62$ )).

La dimensión definida como *instalaciones y recursos disponibles*, explora los aspectos relacionados con los recursos técnicos y los recursos materiales disponibles

tanto para la docencia como para el trabajo. En este apartado la valoración ha sido ascendente a lo largo de los años evaluados desde un 5,01( $\pm 1,44$ ) en 2010; 5,31( $\pm 1,81$ ) en 2011; 5,76 ( $\pm 1,91$ ) en 2012, hasta un 6,18 ( $\pm 1,87$ ) en 2013.

Las preguntas que se engloban en el campo de la *planificación del trabajo* evalúan aspectos más concretos del trabajo dentro de la unidad docente correspondiente, tales como organización, calidad y carga de trabajo en el servicio, así como participación de los residentes en las decisiones relativas a estos aspectos y en las propuestas de mejora. La evaluación de este aspecto experimenta una mejoría en el año 2013 con una puntuación de 6,13 ( $\pm 1,08$ ), respecto a los años previos en que se situaba ligeramente por encima de 5 (año 2010=5,19 ( $\pm 1,72$ ); año 2011=5,45 ( $\pm 1,43$ ) y año 2012=5,27 ( $\pm 1,73$ )).

En lo relativo al *ambiente de trabajo*, las preguntas englobadas en esta dimensión evalúan cómo percibe el residente su relación con la dirección del servicio (interés mostrado y trato igualitario), así como con el equipo de trabajo (integración, presión, colaboración, trato igualitario). Este aspecto también puede decirse que presenta una progresión hacia la mejoría a lo largo de los años evaluados, año 2010=5,60 ( $\pm 2,04$ ); año 2011=6,39 ( $\pm 1,98$ ); año 2012=6,25 ( $\pm 2,05$ ); año 2013=6,67 ( $\pm 1,68$ ).

La *evaluación y el reconocimiento* exploran aspectos relativos a los criterios de evaluación así como la valoración de los progresos formativos y laborales. Este es la única dimensión de las evaluadas, en que una valoración media se sitúa por debajo de 5 (4,71 ( $\pm 2,34$ )) en el año 2012, manteniéndose el resto de años evaluados entre 5,00 ( $\pm 2,34$ ) y 5,57 ( $\pm 1,80$ ).

Finalmente, la puntuación obtenida en cuanto a *satisfacción general* respecto a la formación recibida como residente en el año evaluado, la media de valoración se mantiene estable a lo largo de los años, excepto en el año 2012 que se sitúa algo menos de un punto por debajo (5,63  $\pm 2,20$ ). En el año 2010 la valoración media es de 6,25 ( $\pm 2,34$ ), siendo esta mayor que las puntuaciones individuales obtenidas para cada una de las dimensiones analizadas, en el año 2011 es de 6,37 ( $\pm 1,78$ ), y en el año 2013 es 6,39 ( $\pm 1,76$ ), siendo además este el año el que en conjunto presenta mejor valoración por dimensiones.

### **6.1.2.- RESPECTO DE LOS RESULTADOS GLOBALES DE LA ENCUESTA DE OPINIÓN Y SATISFACCIÓN DE RESIDENTES**

---

En este apartado, se exponen los datos resultantes de comparar de forma global por cada una de las Dimensiones de la encuesta, los resultados obtenidos para los residentes de Obstetricia y Ginecología con los resultados globales que se obtuvieron en cada una de las encuestas para el conjunto de residentes de la Comunidad.

Con ello se pretende obtener una imagen global de la posición que, en lo relativo a la percepción de satisfacción de los residentes, ocupa la especialidad de Obstetricia y Ginecología en el conjunto de Castilla y León.

Así, en la Tabla 6 se observa que para todos los años de estudio las valoraciones medias de la especialidad de *Obstetricia y Ginecología* están ligeramente por debajo de las valoraciones globales de la Comunidad, excepto para la *Dimensión 5: Instalaciones-Recursos disponibles* que, en el año 2013, está ligeramente por encima.

Esta diferencia en valoraciones medias es de 1 punto o más, únicamente para la *Dimensión 1: Tutor-formador* en el año 2012 y 2013; *Dimensión 6: Planificación del trabajo*, *Dimensión 8: Evaluación y Reconocimiento* y la *Satisfacción General*, todas ellas en el año 2012.

Además para la *Dimensión 1: Tutor-formador*, mientras que la valoración de este dimensión en Obstetricia y Ginecología permanece estable, en las valoraciones globales de la Comunidad sigue una progresión ligeramente ascendente, incrementándose con los años de estudio la diferencia de las valoraciones medias.

Por otro lado, los Gráficos 7a, 7b y Gráfico 8 reflejan el análisis evolutivo en el periodo estudiado (año 2010-2013), de la referida percepción de satisfacción comparada para cada una de las dimensiones evaluadas en la encuesta. En estos gráficos se evidencian mayores oscilaciones en la tendencia a lo largo de los años en la especialidad de Obstetricia y Ginecología sin una clara progresión, en comparación con la evolución de los datos del conjunto de residentes de la Comunidad que muestran, o bien estancamiento o bien ligera progresión a la mejora. Con excepción de *las Condiciones*

*Laborales* en que las dos gráficas son prácticamente superponibles o las *Instalaciones y Recursos Disponibles* con progresión claramente ascendente.

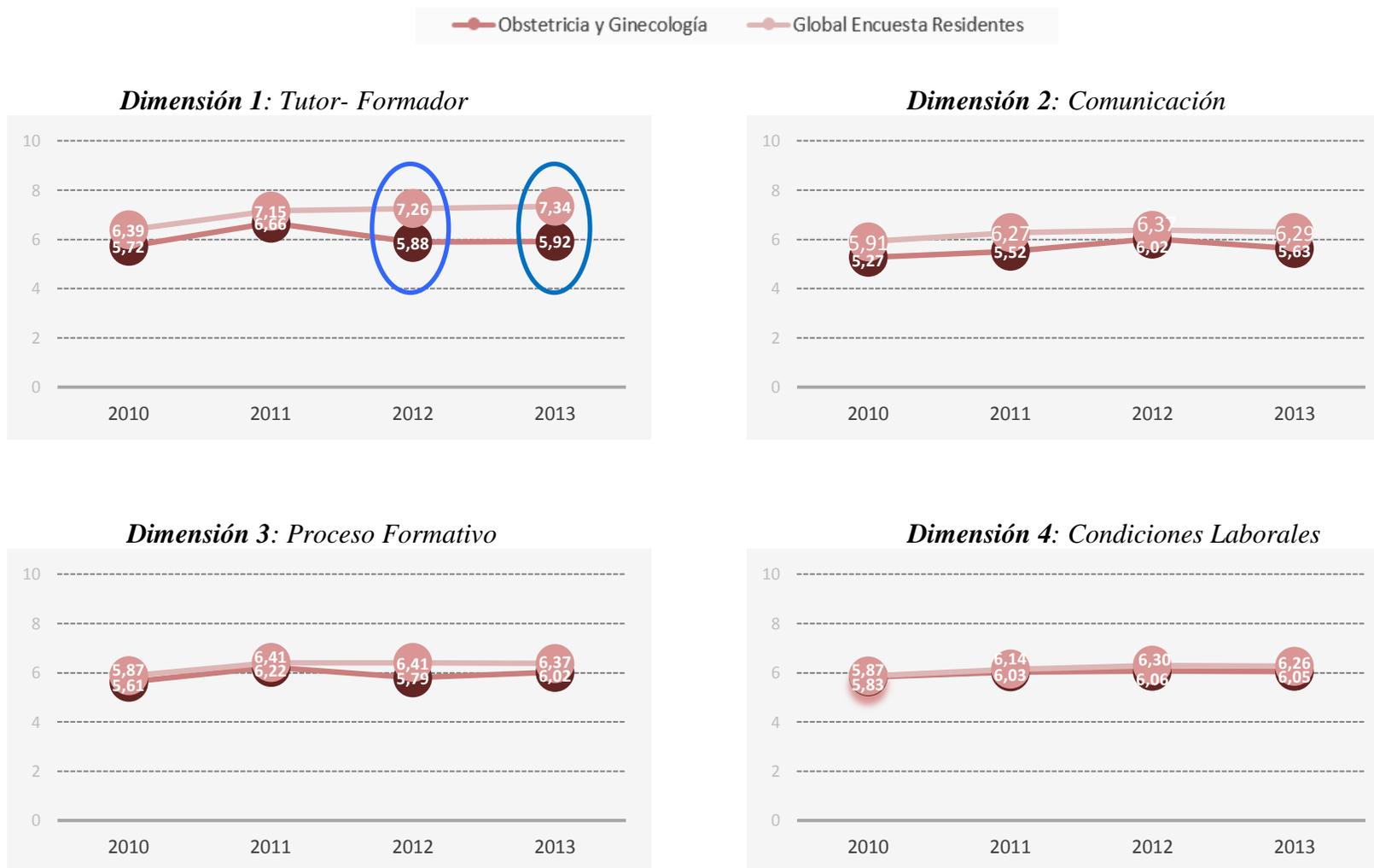
**Tabla 6: Encuesta residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y total de Castilla y León. Años 2010 a 2013**

	Año 2010				Año 2011				Año 2012				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Total CyL		Obs./Gine.		Total CyL		Obs./Gine.		Total CyL		Obs./Gine.		Total CyL	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
<b>Dim. 1: Tutor-Formador</b>	5,72	1,74	6,39	2,34	6,66	2,34	7,15	2,32	5,88	2,91	7,26	2,30	5,92	2,17	7,34	2,34
<b>Dim. 2: Comunicación</b>	5,27	1,45	5,91	1,67	5,52	1,58	6,27	1,55	6,02	1,34	6,37	1,56	5,63	1,33	6,29	1,75
<b>Dim. 3: Proceso formativo</b>	5,61	1,31	5,87	1,75	6,22	1,45	6,41	1,69	5,79	2,10	6,41	1,71	6,02	1,47	6,37	1,83
<b>Dim. 4: Condiciones laborales</b>	5,83	1,38	5,87	1,47	6,03	1,54	6,14	1,53	6,06	1,56	6,30	1,57	6,05	1,62	6,26	1,65
<b>Dim. 5: Instalaciones- recursos disponibles</b>	5,01	1,44	5,52	1,94	5,31	1,81	6,01	1,84	5,76	1,91	5,99	1,87	<b>6,18</b>	1,87	6,02	2,04
<b>Dim. 6: Planificación del trabajo</b>	5,19	1,72	5,88	1,73	5,45	1,43	6,17	1,72	5,27	1,73	6,28	1,72	6,13	1,08	6,31	1,80
<b>Dim. 7: Ambiente de trabajo</b>	5,60	2,04	6,44	1,74	6,39	1,98	6,69	1,76	6,25	2,05	6,74	1,74	6,67	1,68	6,76	1,90
<b>Dim. 8: Evaluación y reconocimiento</b>	5,00	1,98	5,21	2,21	5,35	2,03	5,84	2,16	4,71	2,03	6,02	2,12	5,57	1,80	6,20	2,16
<b>Satisfacción general</b>	6,25	1,63	6,41	2,09	6,37	1,78	6,80	2,03	5,63	2,20	6,66	2,06	6,39	1,76	6,61	2,11
<b>% Participación</b>	<b>ND</b>		<b>57,8%</b>		<b>73,0%</b>		<b>70,7%</b>		<b>75,0%</b>		<b>70,0%</b>		<b>38,0%</b>		<b>49,1%</b>	

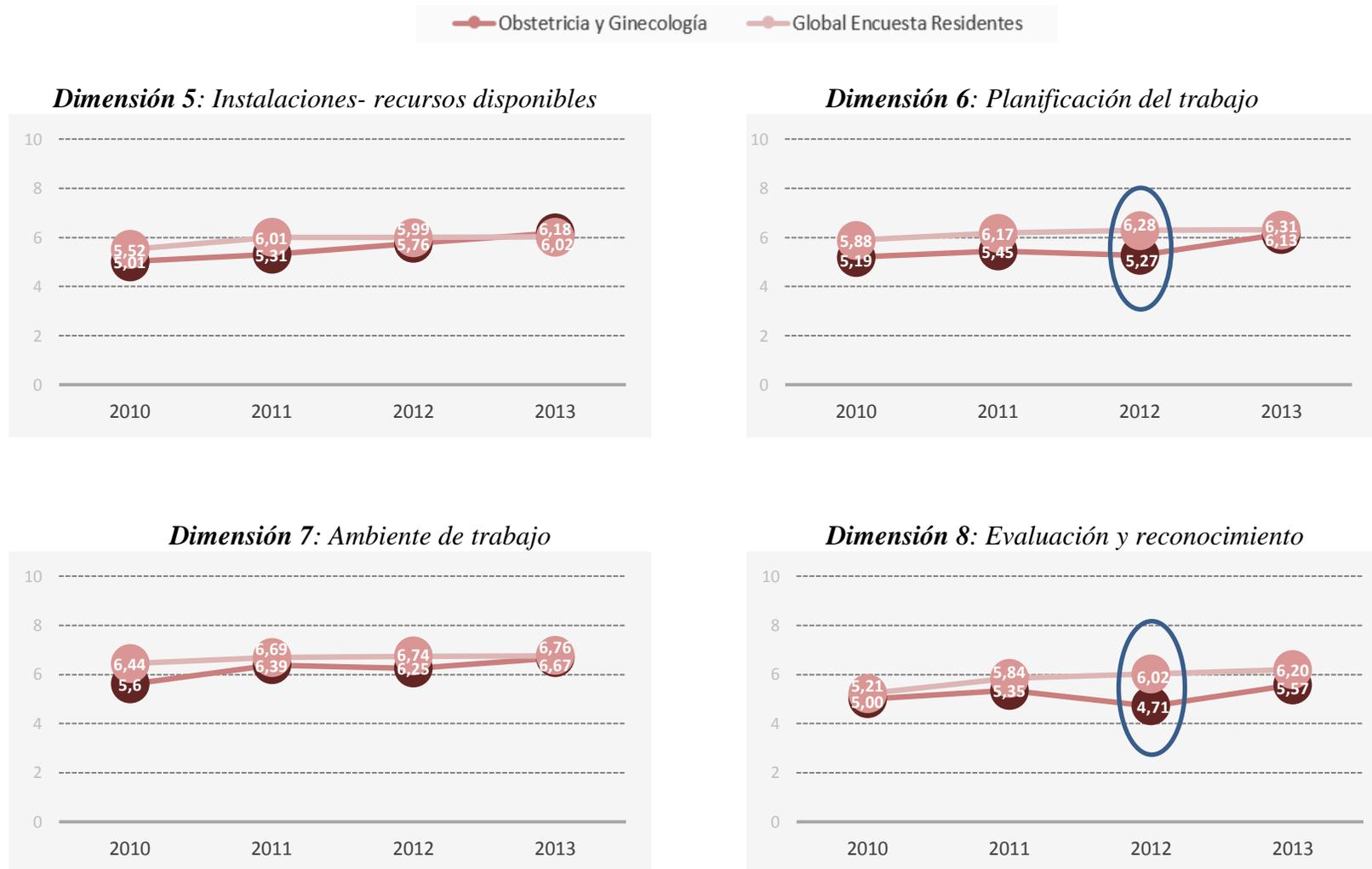
Notas: 'ND' Dato no disponible

\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

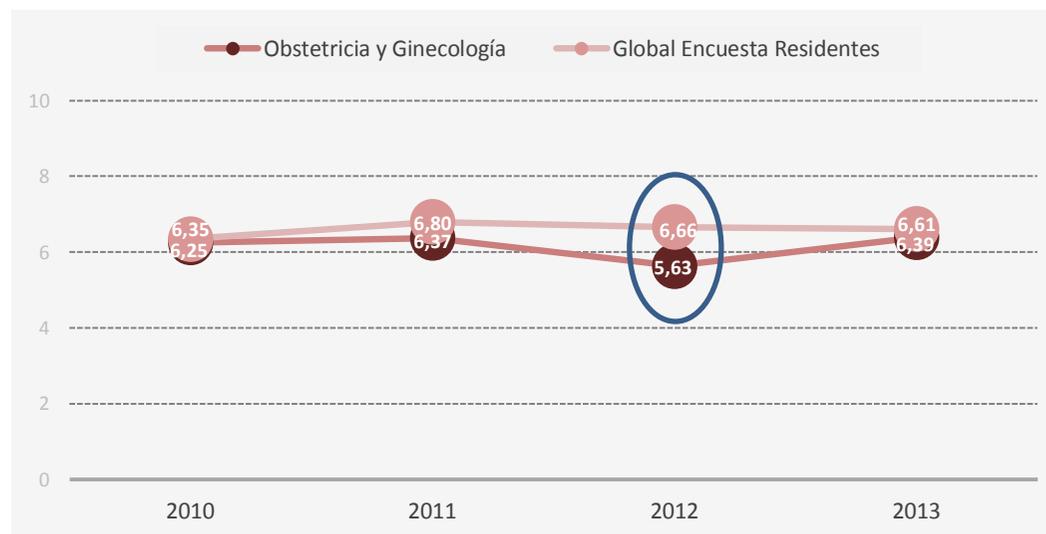
**Gráfico 7.a:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y total de Castilla y León. Años 2010 a 2013.



**Gráfico 7.b:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y total de Castilla y León. Años 2010 a 2013.



**Gráfico 8:** Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y total de Castilla y León. Años 2010 a 2013.



### **6.1.3.-RESPECTO DE LOS RESULTADOS DE CADA ESPECIALIDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA: ENCUESTA RESIDENTES**

---

En este apartado se presentan los datos derivados de comparar los resultados de las valoraciones medias por Dimensiones obtenidos para los residentes de la especialidad de Obstetricia y Ginecología con los obtenidos para cada una de las especialidades Médico-Quirúrgicas restantes:

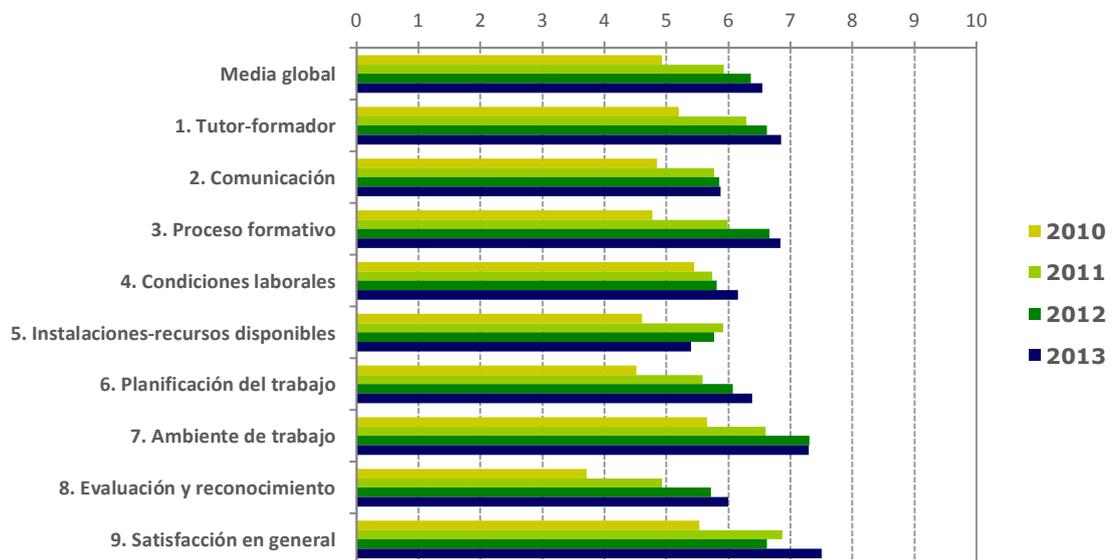
- Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología
- Angiología y Cirugía Vascular
- Anestesiología y Reanimación
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Traumatología y Cirugía Ortopédica
- Urología

El objetivo es identificar que dimensiones de las evaluadas en la encuesta destacan en sus extremos positivos o negativos en cuanto a percepción de satisfacción en la formación de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, en comparación con las especialidades con similares itinerarios formativos.

### 1). Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología

La tendencia de las valoraciones de los residentes para todas las dimensiones en la especialidad de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología ha sido ascendente, excepto para la *Dimensión 5: Instalaciones- recursos disponibles* que ha descendido en el último año de estudio.

**Gráfico 9:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología en Castilla y León. Años 2010 a 2013.



*Fuente: Tomado de los Informes elaborados por la Gerencia Regional de Salud sobre la Encuesta de Opinión de Residentes (Especialidades).*

Las valoraciones medias de la especialidad de Obstetricia y Ginecología estaban en 2010 por encima de las valoraciones de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología en casi todas las dimensiones (excepto en la *Dimensión 7: Ambiente de trabajo*). En el año 2013, ocurre justamente lo contrario, solo hay una dimensión, la 5: *Instalaciones- recursos disponibles*, donde la valoración de Obstetricia Ginecología está por encima.

Esto es debido a que en la especialidad de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología la progresión ha sido ascendente a lo largo de los años evaluados en

prácticamente todas las dimensiones, mientras que en la especialidad de Obstetricia y Ginecología no queda definida claramente ninguna tendencia.

La diferencia en las valoraciones medias será de 1 o más a favor de Obstetricia y Ginecología en la *Dimensión 8: Evaluación y Reconocimiento*, en el año 2010; y a favor de Dermatología y Venereología en las Dimensiones *Ambiente de Trabajo y Evaluación y reconocimiento* en el año 2012, así como la *Satisfacción General* en el año 2012 y 2013.

La especialidad de Dermatología y Venereología presenta una mayor tasa de participación en las encuestas en todos los años evaluados, manteniéndose el descenso generalizado en la tasa de respuesta del año 2013.

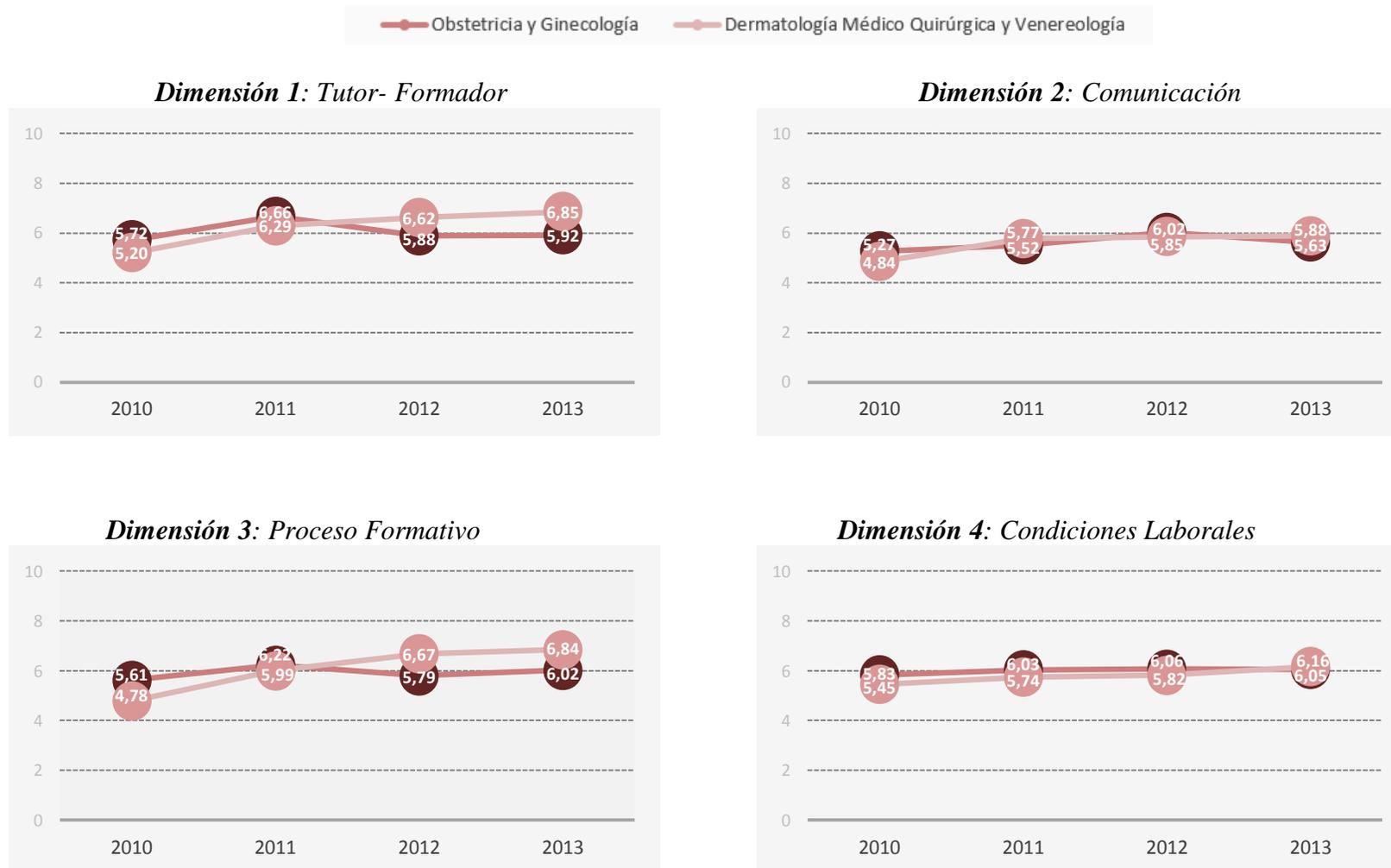
**Tabla 7: Encuesta residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Años 2010 a 2013**

	Año 2010				Año 2011				Año 2012				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Derma. MQ		Obs./Gine.		Derma. MQ		Obs./Gine.		Derma. MQ		Obs./Gine.		Derma. MQ	
	Media	D.T.	Media	D.T.												
<b>Dim. 1: Tutor-Formador</b>	5,72	1,74	5,20	2,82	6,66	2,34	6,29	2,33	5,88	2,91	6,62	2,33	5,92	2,17	6,85	2,30
<b>Dim. 2: Comunicación</b>	5,27	1,45	4,84	1,54	5,52	1,58	5,77	1,12	6,02	1,34	5,85	2,04	5,63	1,33	5,88	1,72
<b>Dim. 3: Proceso formativo</b>	5,61	1,31	4,78	1,91	6,22	1,45	5,99	1,63	5,79	2,10	6,67	1,57	6,02	1,47	6,84	1,44
<b>Dim. 4: Condiciones laborales</b>	5,83	1,38	5,45	1,73	6,03	1,54	5,74	1,45	6,06	1,56	5,82	1,86	6,05	1,62	6,16	1,90
<b>Dim. 5: Instalaciones- recursos disponibles</b>	5,01	1,44	4,61	1,96	5,31	1,81	5,92	1,76	5,76	1,91	5,78	2,14	6,18	1,87	5,40	1,94
<b>Dim. 6: Planificación del trabajo</b>	5,19	1,72	4,51	1,53	5,45	1,43	5,59	1,53	5,27	1,73	6,07	1,87	6,13	1,08	6,39	1,42
<b>Dim. 7: Ambiente de trabajo</b>	5,60	2,04	5,65	2,00	6,39	1,98	6,60	1,74	6,25	2,05	7,31	1,60	6,67	1,68	7,30	1,24
<b>Dim. 8: Evaluación y reconocimiento</b>	5,00	1,98	3,72	2,72	5,35	2,03	4,93	2,55	4,71	2,03	5,72	2,13	5,57	1,80	6,00	2,03
<b>Satisfacción general</b>	6,25	1,63	5,54	2,63	6,37	1,78	6,88	2,33	5,63	2,20	6,62	2,15	6,39	1,76	7,50	1,58
<b>% Participación</b>	ND		ND		73,0%		81,0%		75,0%		78,0%		38,0%		50,0%	

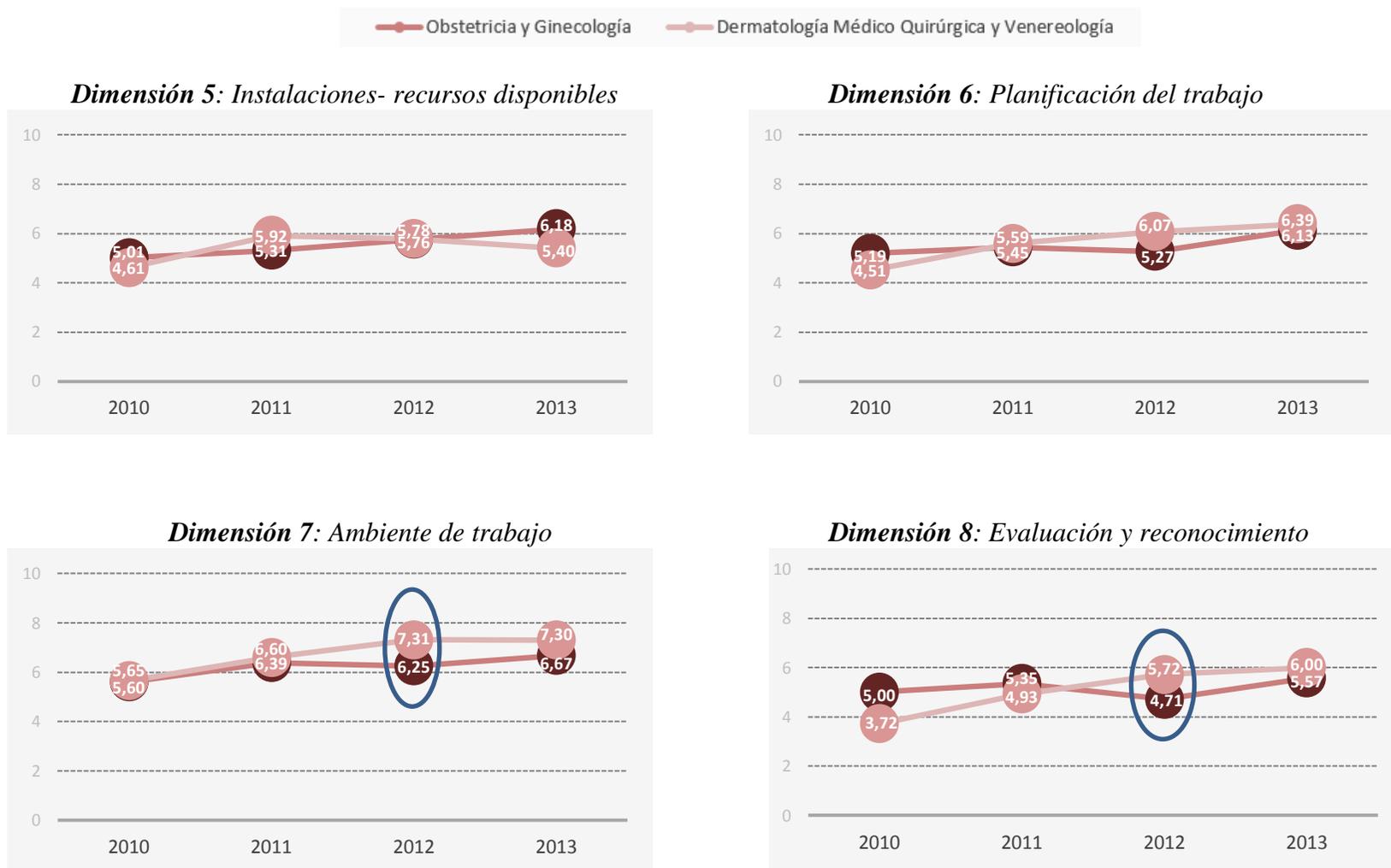
Notas: 'ND' Dato no disponible

\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

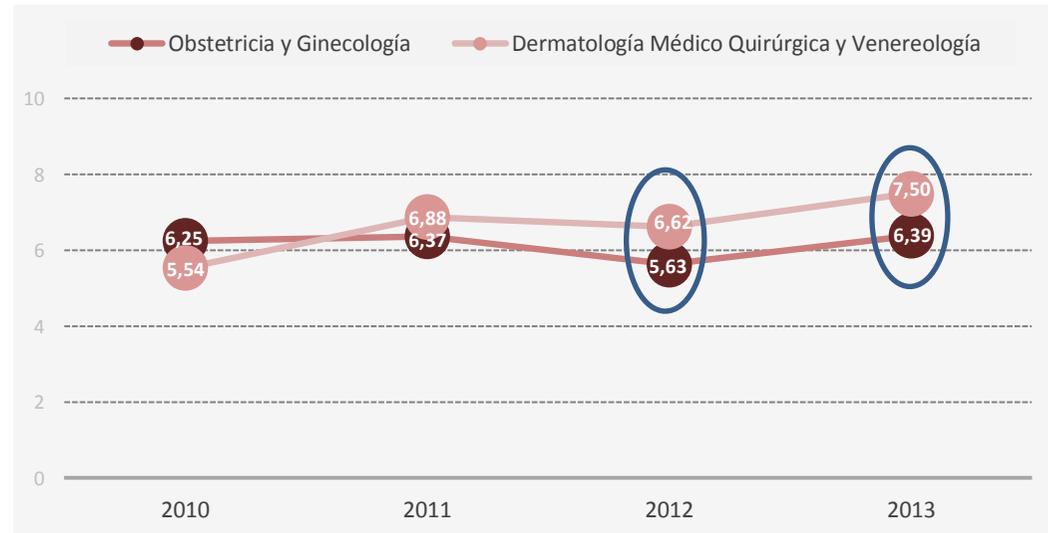
**Gráfico 10.a:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Años 2010 a 2013.



**Gráfico 10.b:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Años 2010 a 2013.



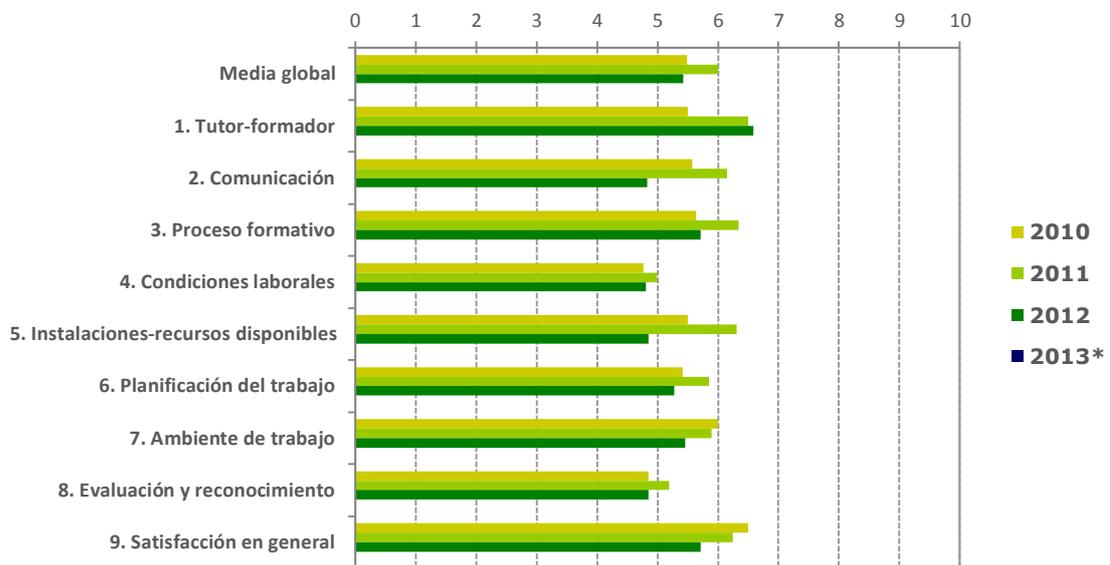
**Gráfico 11:** Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Años 2010 a 2013.



## 2). Angiología y Cirugía Vascular

No se aprecia una tendencia clara en las valoraciones para las dimensiones en la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular. El último año de estudio, el tamaño de muestra no fue suficiente para poder explotar los datos de esta especialidad.

**Gráfico 12:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Angiología y Cirugía Vascular en Castilla y León. Años 2010 a 2013.



\* En el año 2013 no hubo tamaño de muestra suficiente.

Fuente: Tomado de los Informes elaborados por la Gerencia Regional de Salud sobre la Encuesta de Opinión de Residentes (Especialidades).

Para esta especialidad no se disponen de los datos de las encuestas correspondientes al año 2013 por tamaño muestral insuficiente ( $n < 5$ ).

En el año 2010 hubo 3 dimensiones con valoraciones medias superiores en la especialidad de Obstetricia y Ginecología de las obtenidas en Angiología y Cirugía Vascular: Dimensiones 1, 4, 8. En el año 2011, están por encima las Dimensiones: 1, 4, 7, 8 y la Satisfacción general. En el año 2012 están por encima 5 Dimensiones, la 2, 3, 4, 5 y 7.

La *Dimensión 4: Condiciones laborales* evidencia una diferencia mayor de 1 punto en las valoraciones medias de todos los años, a favor de Obstetricia y Ginecología. Esta diferencia de más de 1 punto también se da en las Dimensiones *Instalaciones y Recursos disponibles* en el año 2011 y *Comunicación* en el año 2012.

La tasa de respuesta de los residentes a la encuesta está por debajo en la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular con respecto a la Obstetricia y Ginecología.

**Tabla 8: Encuesta residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Angiología y Cirugía Vascular. Años 2010 a 2013**

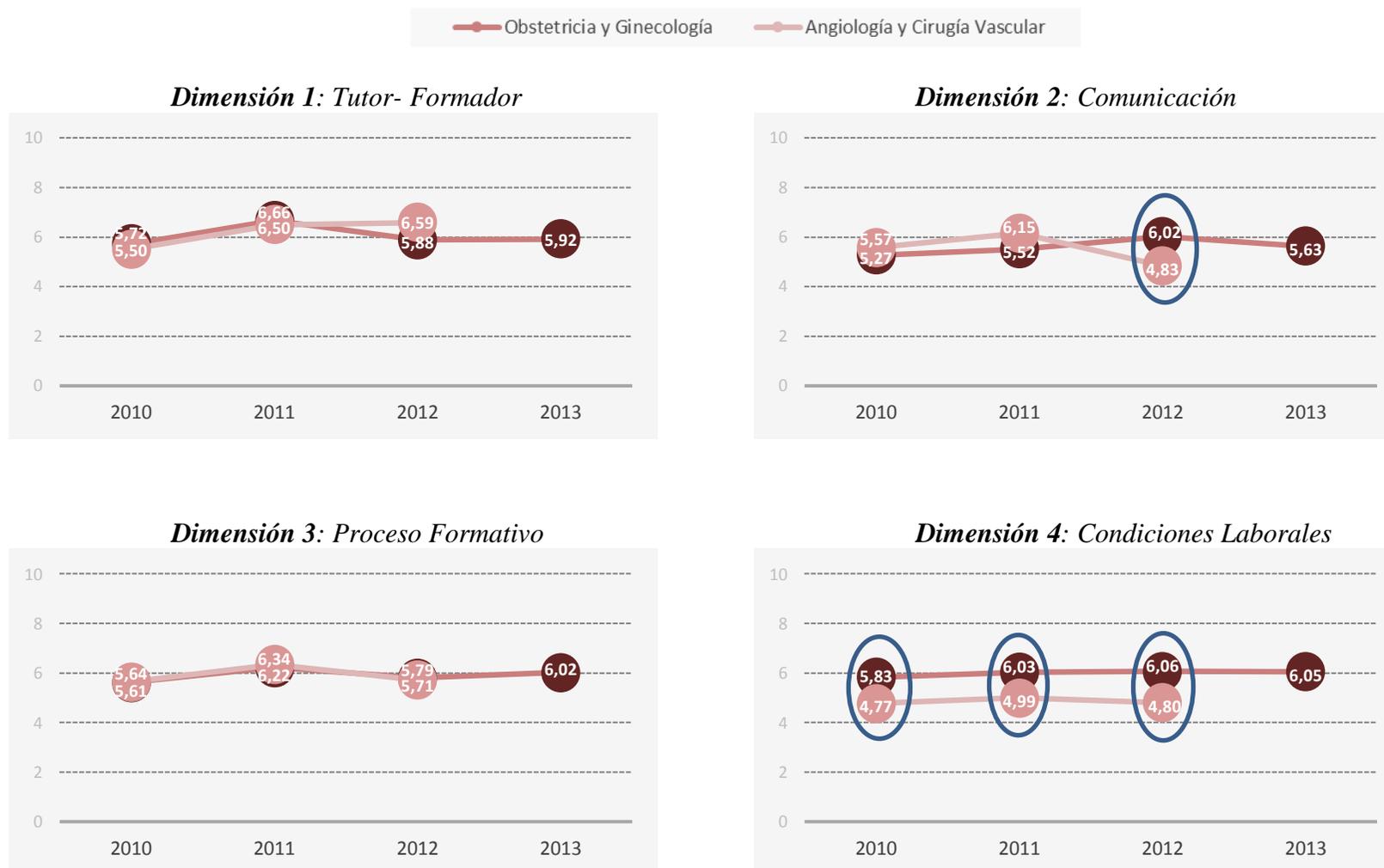
	Año 2010				Año 2011				Año 2012				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Angiol. CV		Obs./Gine.		Angiol. CV		Obs./Gine.		Angiol. CV		Obs./Gine.		Angiol. CV	
	Media	D.T.														
<b>Dim. 1: Tutor-Formador</b>	5,72	1,74	5,50	1,69	6,66	2,34	6,50	2,56	5,88	2,91	6,59	1,72	5,92	2,17	**	-
<b>Dim. 2: Comunicación</b>	5,27	1,45	5,57	0,78	5,52	1,58	6,15	1,52	6,02	1,34	4,83	1,56	5,63	1,33	**	-
<b>Dim. 3: Proceso formativo</b>	5,61	1,31	5,64	1,12	6,22	1,45	6,34	1,80	5,79	2,10	5,71	1,75	6,02	1,47	**	-
<b>Dim. 4: Condiciones laborales</b>	5,83	1,38	4,77	1,32	6,03	1,54	4,99	1,79	6,06	1,56	4,80	1,09	6,05	1,62	**	-
<b>Dim. 5: Instalaciones- recursos disponibles</b>	5,01	1,44	5,50	0,77	5,31	1,81	6,31	1,52	5,76	1,91	4,85	1,45	6,18	1,87	**	-
<b>Dim. 6: Planificación del trabajo</b>	5,19	1,72	5,42	0,98	5,45	1,43	5,85	2,00	5,27	1,73	5,27	1,90	6,13	1,08	**	-
<b>Dim. 7: Ambiente de trabajo</b>	5,60	2,04	6,00	1,05	6,39	1,98	5,89	2,08	6,25	2,05	5,46	1,92	6,67	1,68	**	-
<b>Dim. 8: Evaluación y reconocimiento</b>	5,00	1,98	4,85	1,72	5,35	2,03	5,19	2,75	4,71	2,03	4,85	1,77	5,57	1,80	**	-
<b>Satisfacción general</b>	6,25	1,63	6,50	1,75	6,37	1,78	6,25	2,43	5,63	2,20	5,71	2,78	6,39	1,76	**	-
<b>% Participación</b>	ND		ND		73,0%		71,0%		75,0%		50,0%		38,0%		31,0%	

Notas: 'ND' Dato no disponible

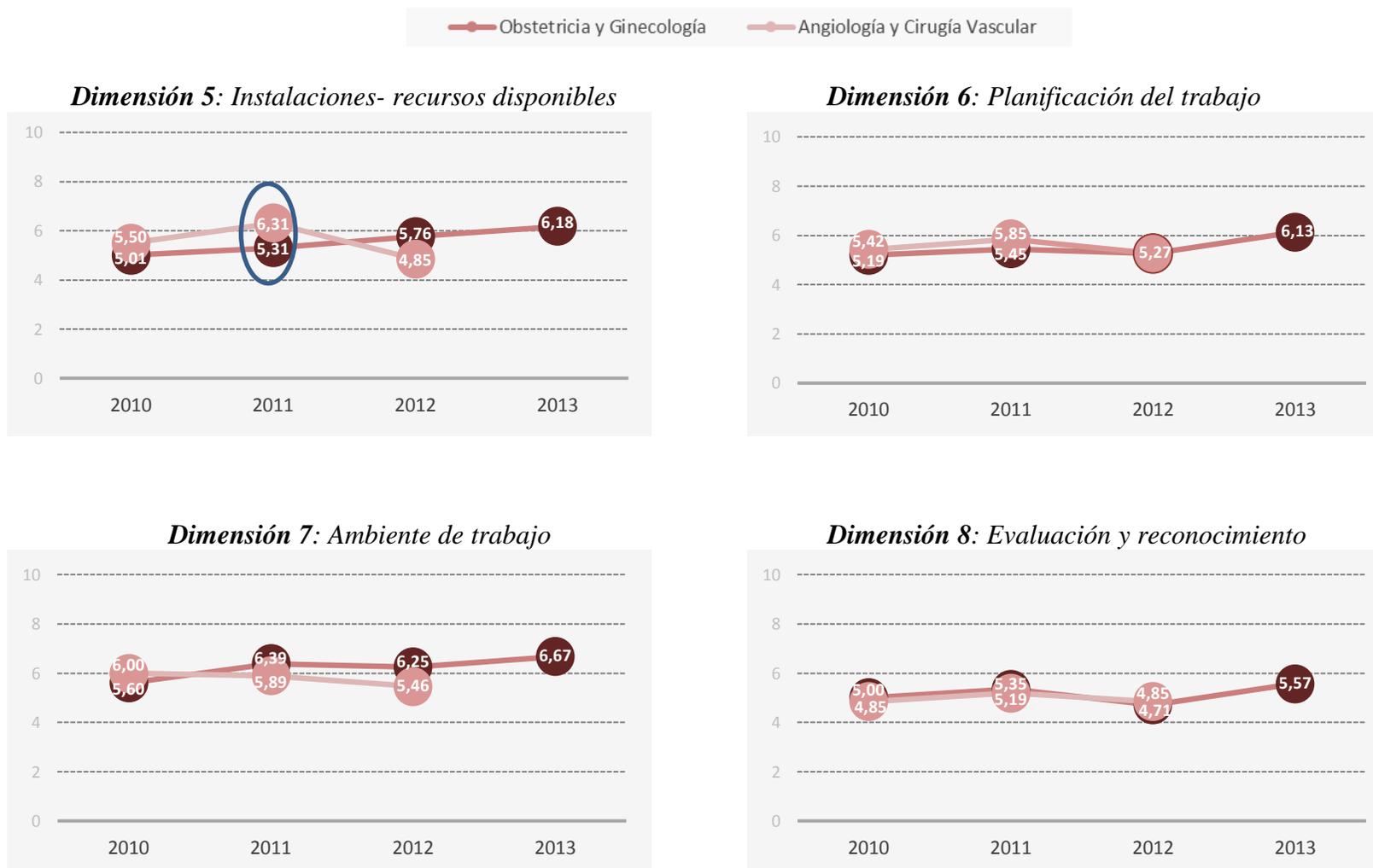
\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

\*\*Este año no hubo tamaño de muestra suficiente

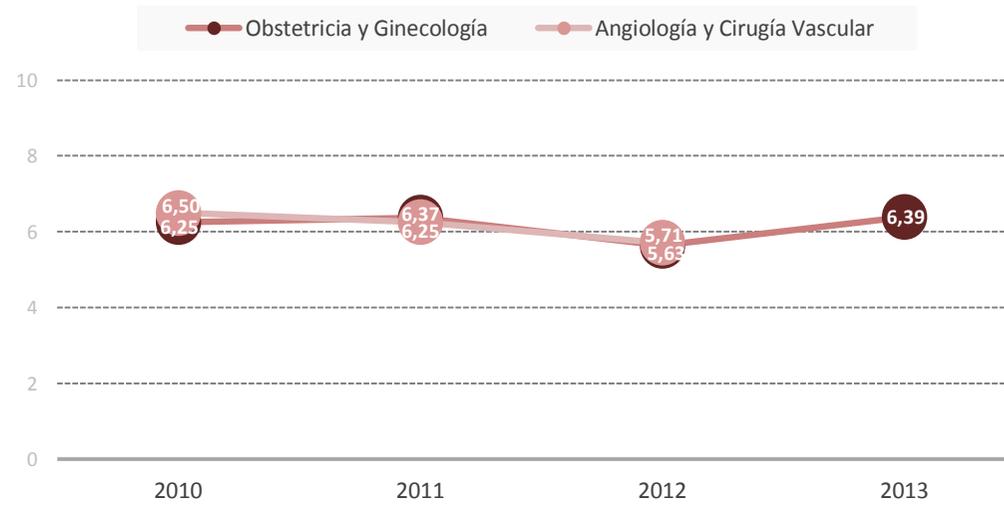
**Gráfico 13.a:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Angiología y Cirugía Vascular. Años 2010 a 2013.



**Gráfico 13.b:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Angiología y Cirugía Vascular. Años 2010 a 2013.



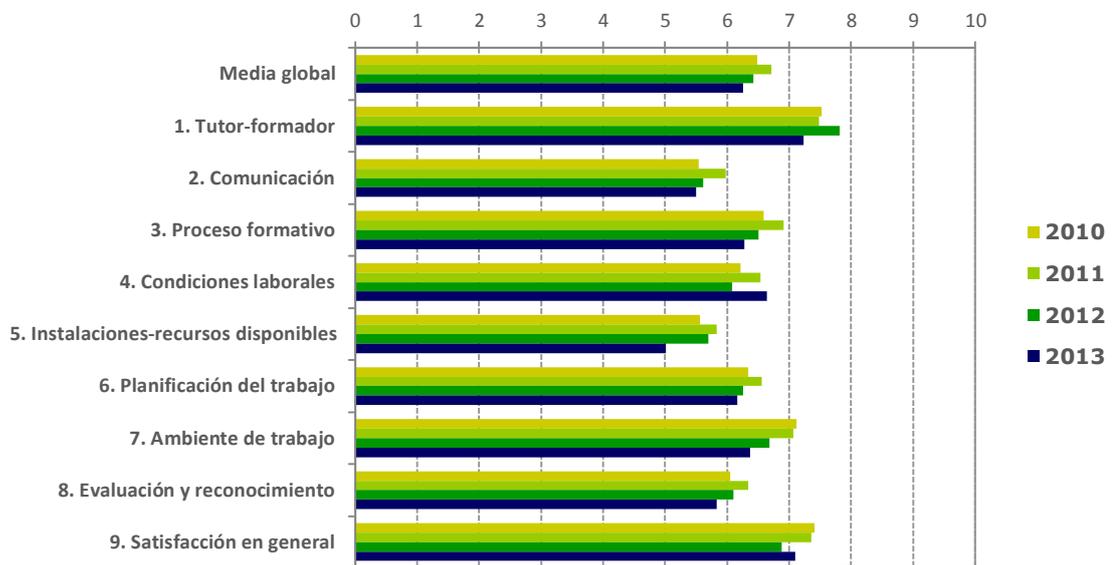
**Gráfico 14:** Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Angiología y Cirugía Vascular. Años 2010 a 2013.



### 3). Anestesiología y Reanimación

En el último año, las valoraciones medias para todas las dimensiones en la especialidad de Anestesiología y Reanimación han disminuido, excepto para la *Dimensión 4: Condiciones laborales*.

**Gráfico 15: Encuesta residentes.** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Anestesiología y Reanimación en Castilla y León. Años 2010 a 2013.



*Fuente: Tomado de los Informes elaborados por la Gerencia Regional de Salud sobre la Encuesta de Opinión de Residentes (Especialidades).*

En los dos primeros años de estudio, las valoraciones medias de todas las dimensiones en la especialidad de Obstetricia y Ginecología estaban por debajo de las obtenidas en Anestesiología y Reanimación. En los dos últimos años, están por encima las dimensiones: *Comunicación* e *Instalaciones- recursos disponibles*. En el año 2013, está también por encima la *Dimensión 7: Ambiente de trabajo*.

No obstante la diferencia de 1 punto o más en las valoraciones medias, se obtiene a favor de Anestesiología y Reanimación para la dimensión: Tutor-Formador en los años 2010, 2012 y 2013; para la *Dimensión 7: Ambiente de trabajo* del año 2010; para

la *Dimensión 8: Evaluación y Reconocimiento* del año 2010, 2011 y 2012; y para la *Satisfacción general* también de los años 2010, 2011 y 2012.

La tasa de respuesta a la encuesta en general es mayor que la de Obstetricia y Ginecología, con excepción del año 2012.

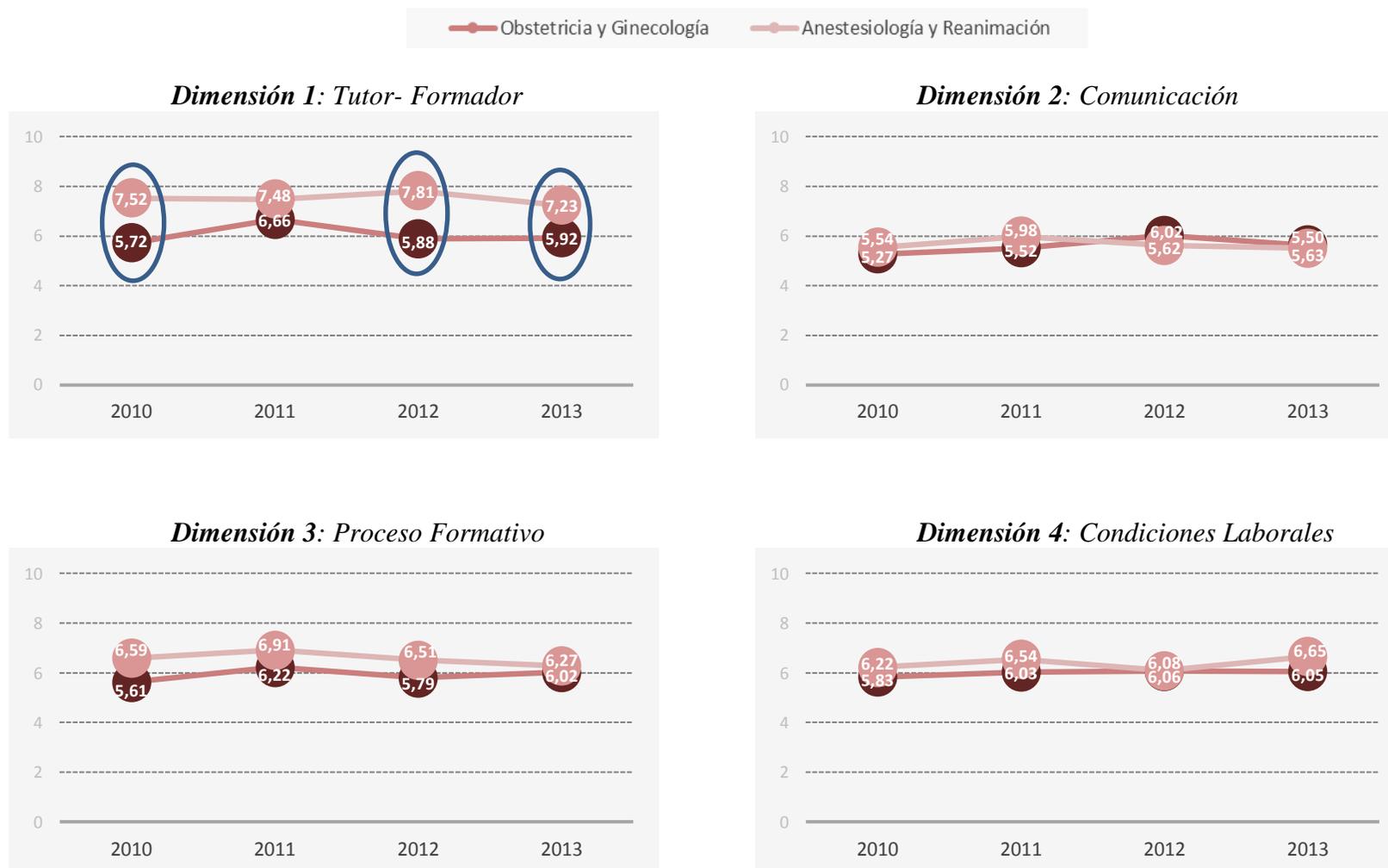
**Tabla 9: Encuesta residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Anestesiología y Reanimación. Años 2010 a 2013**

	Año 2010				Año 2011				Año 2012				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Anest. R		Obs./Gine.		Anest. R		Obs./Gine.		Anest. R		Obs./Gine.		Anest. R	
	Media	D.T.	Media	D.T.												
<b>Dim. 1: Tutor-Formador</b>	5,72	1,74	7,52	1,70	6,66	2,34	7,48	2,16	5,88	2,91	7,81	1,97	5,92	2,17	7,23	2,96
<b>Dim. 2: Comunicación</b>	5,27	1,45	5,54	1,26	5,52	1,58	5,98	1,65	6,02	1,34	5,62	1,81	5,63	1,33	5,50	2,21
<b>Dim. 3: Proceso formativo</b>	5,61	1,31	6,59	1,52	6,22	1,45	6,91	1,59	5,79	2,10	6,51	1,76	6,02	1,47	6,27	2,21
<b>Dim. 4: Condiciones laborales</b>	5,83	1,38	6,22	1,24	6,03	1,54	6,54	1,29	6,06	1,56	6,08	1,68	6,05	1,62	6,65	1,64
<b>Dim. 5: Instalaciones- recursos disponibles</b>	5,01	1,44	5,56	1,75	5,31	1,81	5,83	1,93	5,76	1,91	5,70	1,58	6,18	1,87	5,01	2,84
<b>Dim. 6: Planificación del trabajo</b>	5,19	1,72	6,34	1,07	5,45	1,43	6,56	1,46	5,27	1,73	6,26	1,48	6,13	1,08	6,16	2,05
<b>Dim. 7: Ambiente de trabajo</b>	5,60	2,04	7,12	1,36	6,39	1,98	7,07	1,53	6,25	2,05	6,69	1,55	6,67	1,68	6,37	2,42
<b>Dim. 8: Evaluación y reconocimiento</b>	5,00	1,98	6,05	1,56	5,35	2,03	6,34	2,39	4,71	2,03	6,10	1,63	5,57	1,80	5,83	2,41
<b>Satisfacción general</b>	6,25	1,63	7,41	1,73	6,37	1,78	7,35	1,94	5,63	2,20	6,88	1,75	6,39	1,76	7,10	1,87
<b>% Participación</b>	ND		ND		73,0%		74,0%		75,0%		60,0%		38,0%		47,0%	

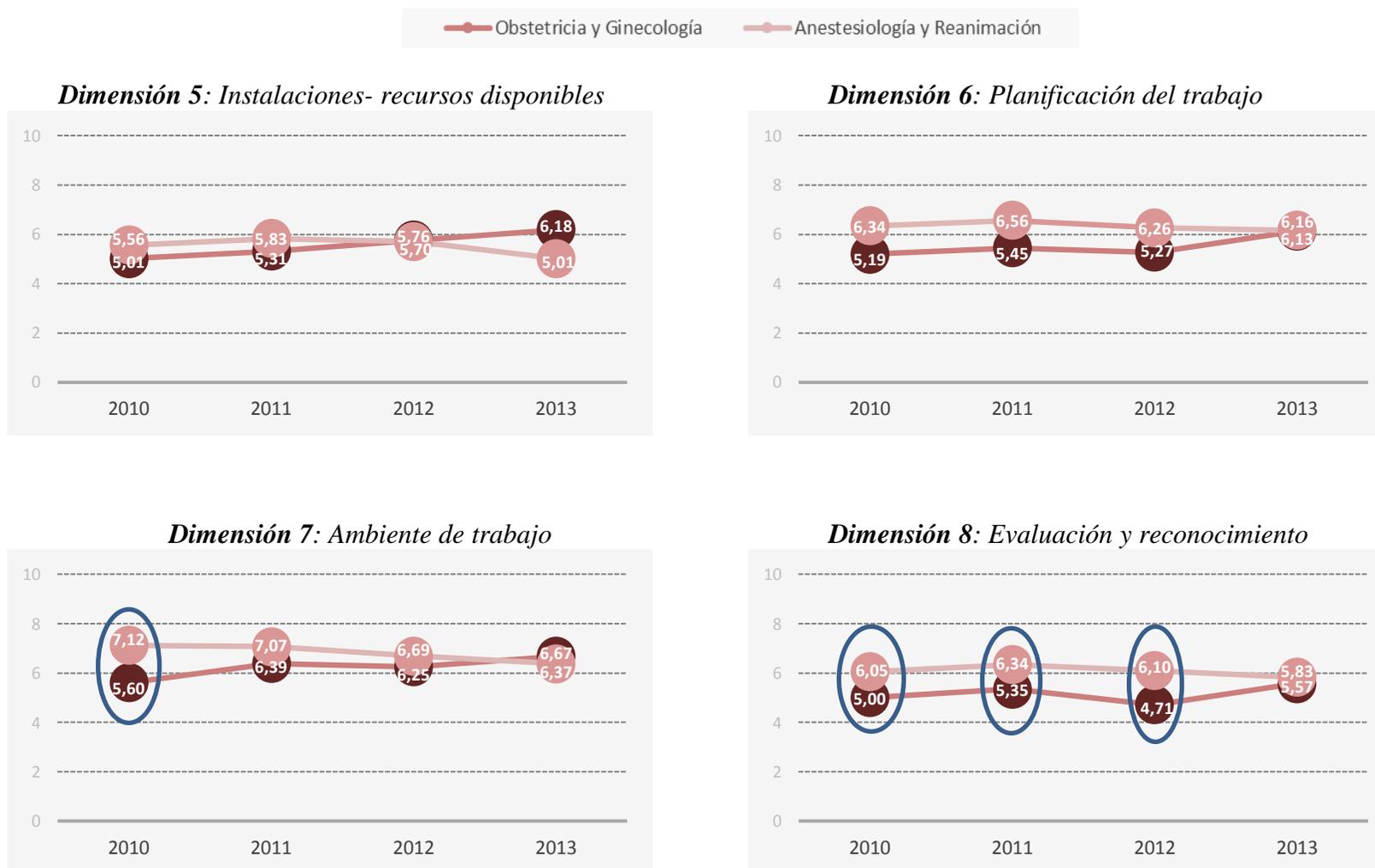
Notas: 'ND' Dato no disponible

\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

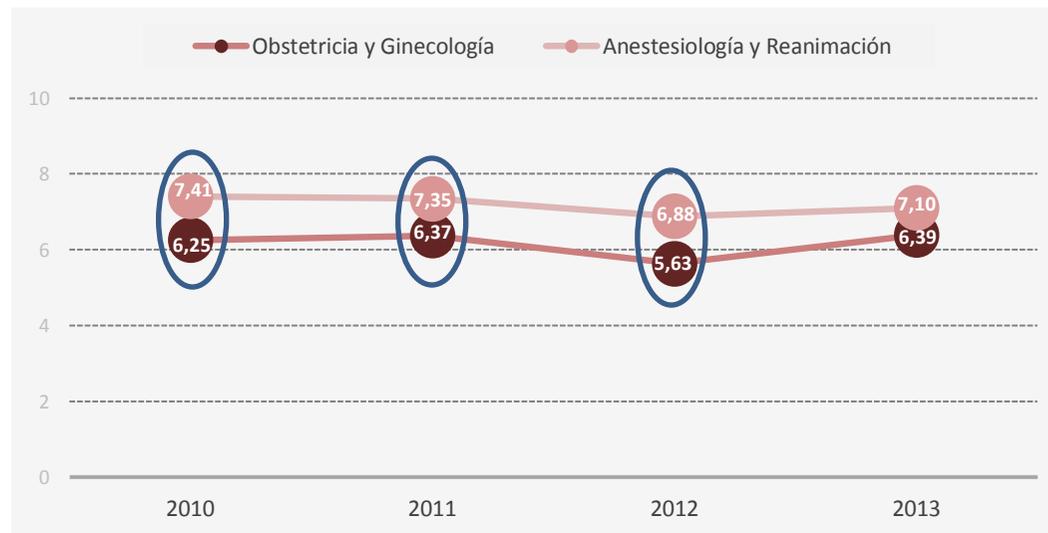
**Gráfico 16.a:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Anestesiología y Reanimación. Años 2010 a 2013.



**Gráfico 16.b:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Anestesiología y Reanimación. Años 2010 a 2013.



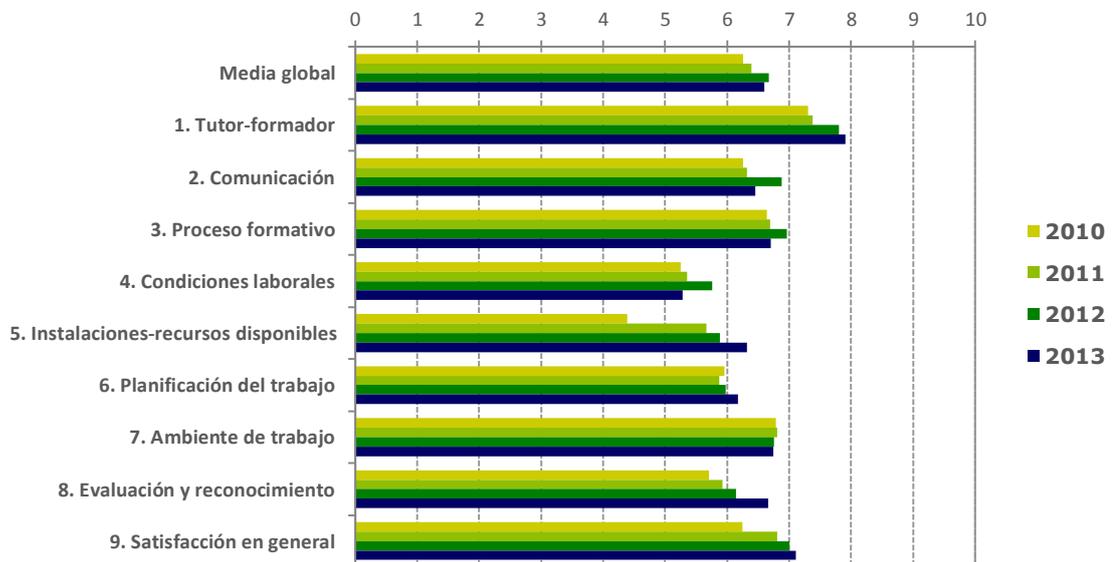
**Gráfico 17:** Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Anestesiología y Reanimación. Años 2010 a 2013.



#### 4). Oftalmología

Para algunas dimensiones en la especialidad de Oftalmología se observa una tendencia creciente a lo largo de los años de estudio: *Tutor-formador*, *Instalaciones-recursos disponibles*, *Evaluación y reconocimiento* y *Satisfacción general*. Para el resto de dimensiones no se aprecia una tendencia clara.

**Gráfico 18: Encuesta residentes. Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Oftalmología en Castilla y León. Años 2010 a 2013.**



*Fuente: Tomado de los Informes elaborados por la Gerencia Regional de Salud sobre la Encuesta de Opinión de Residentes (Especialidades).*

En todos los años de estudio, las valoraciones medias de la dimensión 4: *Condiciones laborales* en la especialidad de Obstetricia y Ginecología estaban por encima de las obtenidas en Oftalmología. En el año 2010 la *Satisfacción general* y la dimensión 5: *Instalaciones- recursos disponibles* estaban también por encima.

La diferencia de 1 punto o más en las valoraciones medias se obtienen en las siguientes dimensiones, a favor de la especialidad de Oftalmología: Tutor-Formador en el año 2010, 2012 y 2013, Proceso formativo en el año 2010 y 2012. Ambiente de

trabajo (año 2010), Evaluación y Reconocimiento en el año 2012 y 2013. Y satisfacción general en el año 2012.

La tasa de respuesta de los residentes a la encuesta en Oftalmología es inferior a la obtenida en Obstetricia y Ginecología.

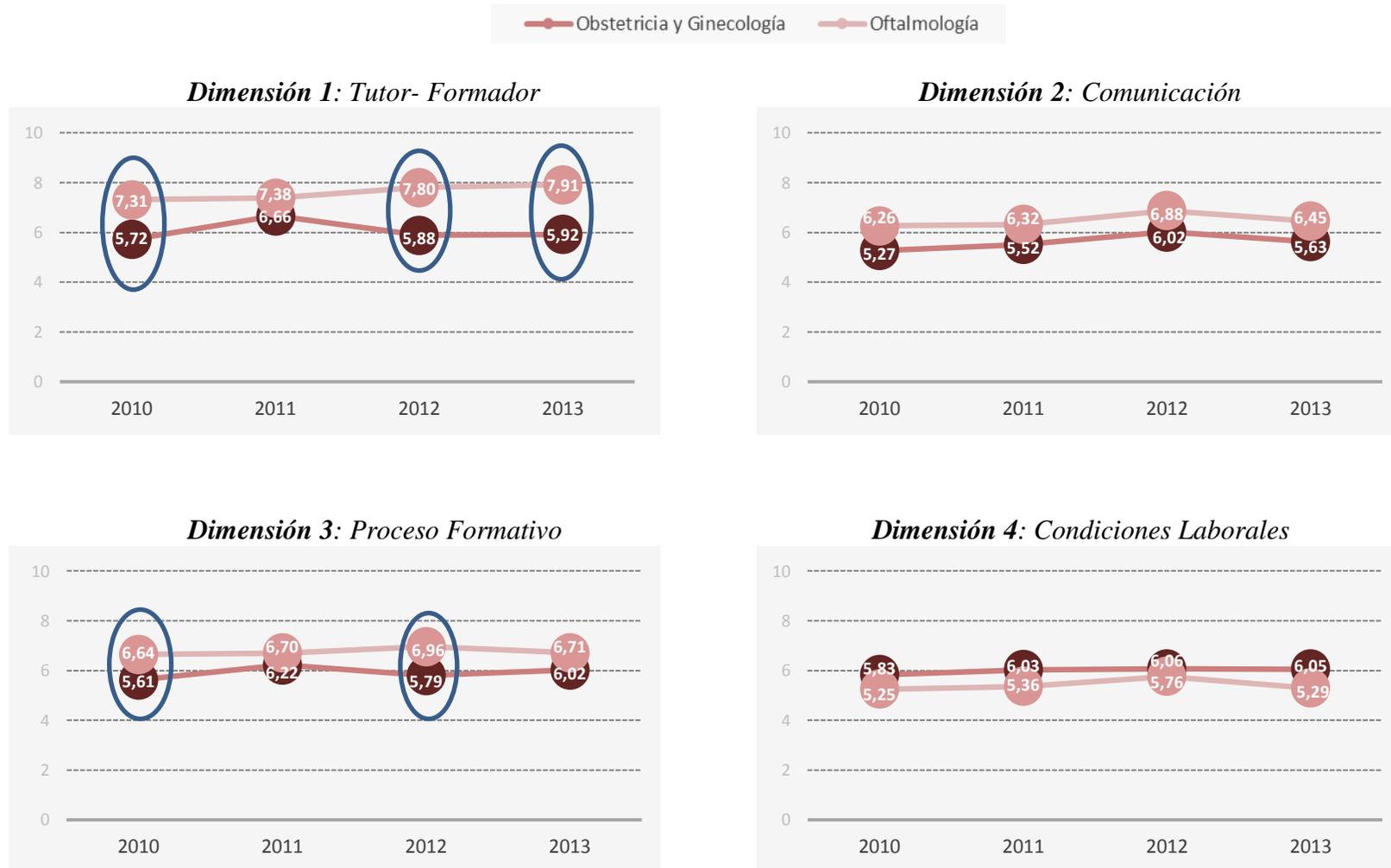
**Tabla 10:** Encuesta residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Oftalmología. Años 2010 a 2013

	Año 2010				Año 2011				Año 2012				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Oftalmol.		Obs./Gine.		Oftalmol.		Obs./Gine.		Oftalmol.		Obs./Gine.		Oftalmol.	
	Media	D.T.	Media	D.T.												
<i>Dim. 1: Tutor-Formador</i>	5,72	1,74	7,31	2,37	6,66	2,34	7,38	1,86	5,88	2,91	7,80	1,98	5,92	2,17	7,91	2,00
<i>Dim. 2: Comunicación</i>	5,27	1,45	6,26	1,90	5,52	1,58	6,32	1,47	6,02	1,34	6,88	1,56	5,63	1,33	6,45	2,04
<i>Dim. 3: Proceso formativo</i>	5,61	1,31	6,64	2,26	6,22	1,45	6,70	1,20	5,79	2,10	6,96	1,50	6,02	1,47	6,71	1,50
<i>Dim. 4: Condiciones laborales</i>	5,83	1,38	5,25	1,55	6,03	1,54	5,36	1,67	6,06	1,56	5,76	1,73	6,05	1,62	5,29	1,63
<i>Dim. 5: Instalaciones- recursos disponibles</i>	5,01	1,44	4,39	2,85	5,31	1,81	5,67	1,75	5,76	1,91	5,88	1,96	6,18	1,87	6,32	1,73
<i>Dim. 6: Planificación del trabajo</i>	5,19	1,72	5,96	2,20	5,45	1,43	5,87	1,38	5,27	1,73	5,98	2,02	6,13	1,08	6,18	1,59
<i>Dim. 7: Ambiente de trabajo</i>	5,60	2,04	6,79	1,94	6,39	1,98	6,81	1,61	6,25	2,05	6,76	2,02	6,67	1,68	6,75	1,87
<i>Dim. 8: Evaluación y reconocimiento</i>	5,00	1,98	5,71	2,88	5,35	2,03	5,92	1,51	4,71	2,03	6,15	2,09	5,57	1,80	6,67	2,07
<i>Satisfacción general</i>	6,25	1,63	5,96	2,98	6,37	1,78	6,81	1,78	5,63	2,20	7,00	2,01	6,39	1,76	7,11	1,91
<b>% Participación</b>	<i>ND</i>		<i>ND</i>		73,0%		55,0%		75,0%		58,0%		38,0%		36,0%	

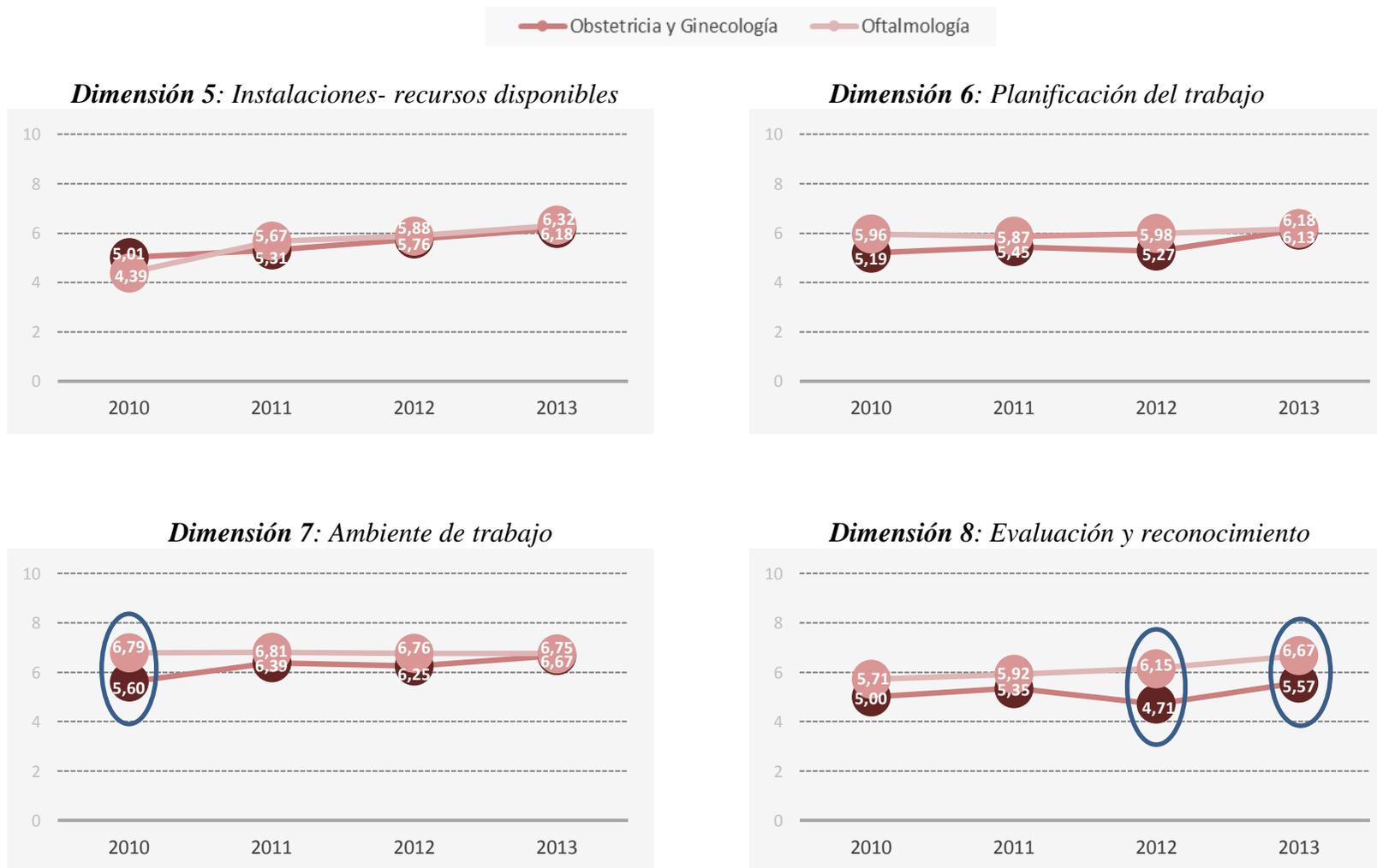
Notas: 'ND' Dato no disponible

\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

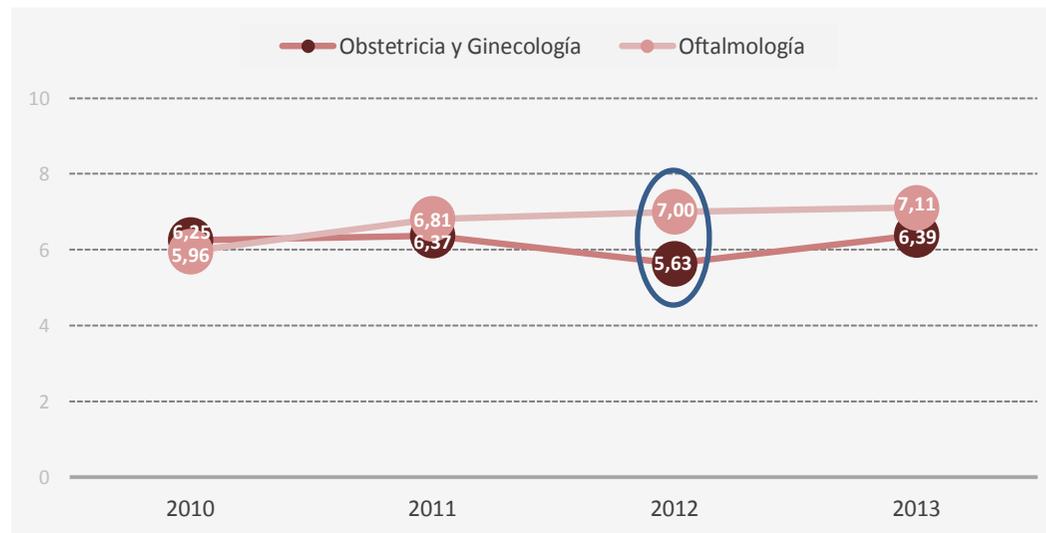
**Gráfico 19.a:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Oftalmología. Años 2010 a 2013.



**Gráfico 19.b:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Oftalmología. Años 2010 a 2013.



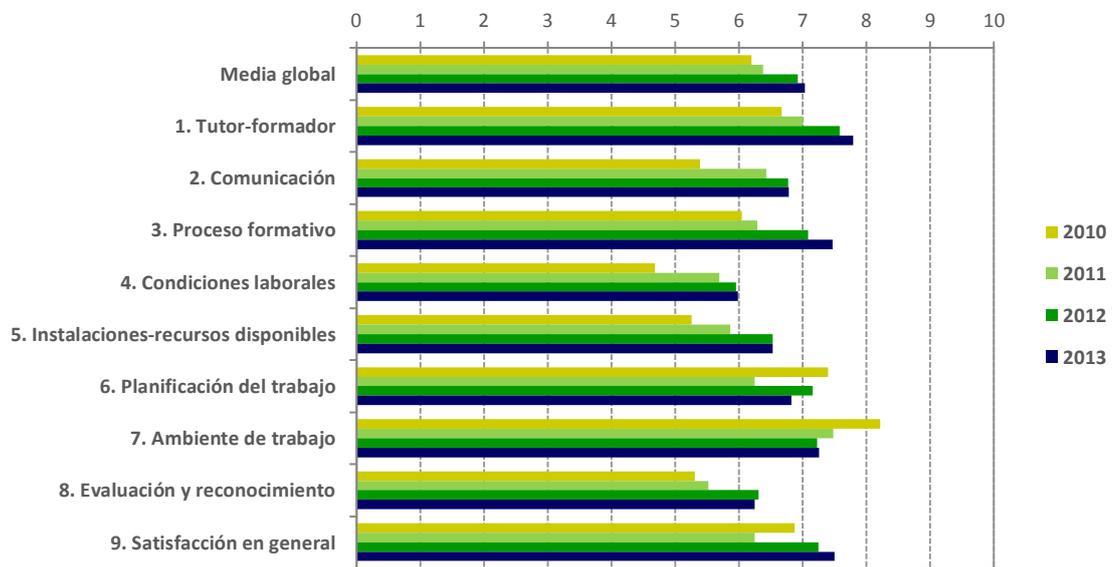
**Gráfico 20:** Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Oftalmología. Años 2010 a 2013.



### 5). Otorrinolaringología

Para todas las dimensiones en la especialidad de Otorrinolaringología se observa una tendencia creciente a lo largo de los años de estudio, excepto para dos: *Planificación del trabajo* y *Ambiente de trabajo*.

**Gráfico 21:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Otorrinolaringología en Castilla y León. Años 2010 a 2013.



*Fuente: Tomado de los Informes elaborados por la Gerencia Regional de Salud sobre la Encuesta de Opinión de Residentes (Especialidades).*

En todos los años de estudio, las valoraciones medias de la *Dimensión 4: Condiciones laborales* en la especialidad de Obstetricia y Ginecología estaban por encima de las obtenidas en Otorrinolaringología, siendo la diferencia superior a 1 punto en el año 2010. En el año 2011 la *Satisfacción general* estaba también por encima.

Las valoraciones para el resto de las dimensiones evaluadas se encuentran siempre por debajo en la especialidad de Obstetricia y Ginecología, y son varias las dimensiones en que está diferencia de valoración es superior a 1: *Tutor-Formador* en año 2012 y 2013, *Comunicación* (año 2010), *Proceso Formativo* en año 2012 y 2013,

*Planificación del trabajo en año 2010 y 2012, Ambiente de trabajo en año 2010 y 2011, Evaluación y Reconocimiento año 2012 y Satisfacción general en año 2012 y 2013.*

La tasa de participación en la encuesta es inferior en la especialidad de Otorrinolaringología con respecto a Obstetricia y Ginecología, a excepción del año 2013.

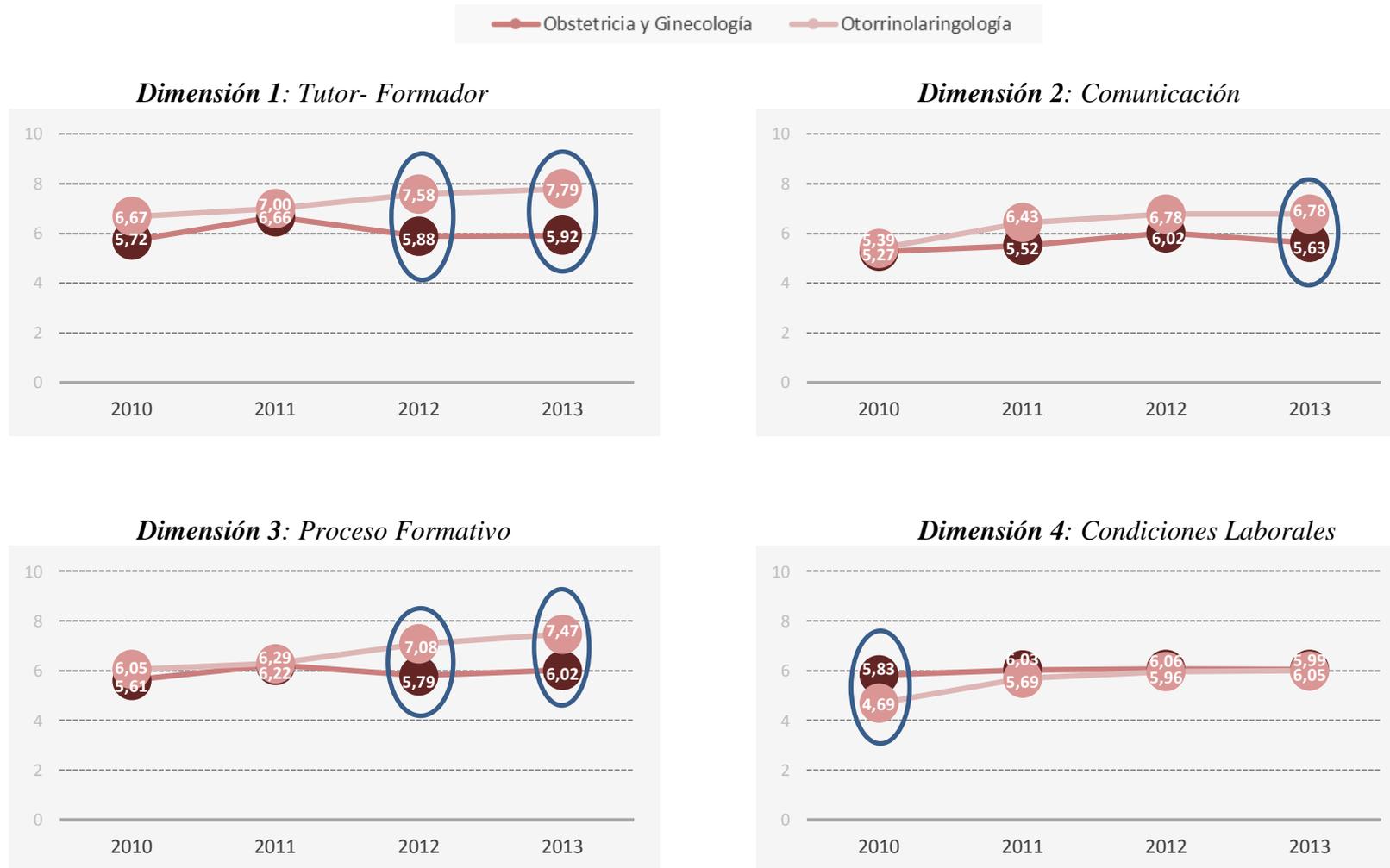
**Tabla 11:** Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Otorrinolaringología. Años 2010 a 2013

	Año 2010				Año 2011				Año 2012				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Otorrino		Obs./Gine.		Otorrino		Obs./Gine.		Otorrino		Obs./Gine.		Otorrino	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
<i>Dim. 1: Tutor-Formador</i>	5,72	1,74	6,67	1,35	6,66	2,34	7,00	1,51	5,88	2,91	7,58	1,79	5,92	2,17	7,79	1,85
<i>Dim. 2: Comunicación</i>	5,27	1,45	5,39	1,12	5,52	1,58	6,43	0,90	6,02	1,34	6,78	1,21	5,63	1,33	6,78	1,72
<i>Dim. 3: Proceso formativo</i>	5,61	1,31	6,05	0,50	6,22	1,45	6,29	0,75	5,79	2,10	7,08	0,83	6,02	1,47	7,47	1,43
<i>Dim. 4: Condiciones laborales</i>	5,83	1,38	4,69	2,08	6,03	1,54	5,69	1,16	6,06	1,56	5,96	1,45	6,05	1,62	5,99	1,67
<i>Dim. 5: Instalaciones- recursos disponibles</i>	5,01	1,44	5,26	1,59	5,31	1,81	5,86	1,33	5,76	1,91	6,53	1,54	6,18	1,87	6,53	2,26
<i>Dim. 6: Planificación del trabajo</i>	5,19	1,72	7,40	1,57	5,45	1,43	6,25	0,67	5,27	1,73	7,16	1,26	6,13	1,08	6,82	1,71
<i>Dim. 7: Ambiente de trabajo</i>	5,60	2,04	8,21	0,71	6,39	1,98	7,48	0,99	6,25	2,05	7,23	1,07	6,67	1,68	7,26	1,81
<i>Dim. 8: Evaluación y reconocimiento</i>	5,00	1,98	5,31	1,57	5,35	2,03	5,52	0,94	4,71	2,03	6,31	1,71	5,57	1,80	6,25	1,98
<i>Satisfacción general</i>	6,25	1,63	6,88	1,25	6,37	1,78	6,25	1,89	5,63	2,20	7,25	0,79	6,39	1,76	7,50	2,17
<b>% Participación</b>	<b>ND</b>		<b>ND</b>		<b>73,0%</b>		<b>50,0%</b>		<b>75,0%</b>		<b>69,0%</b>		<b>38,0%</b>		<b>56,0%</b>	

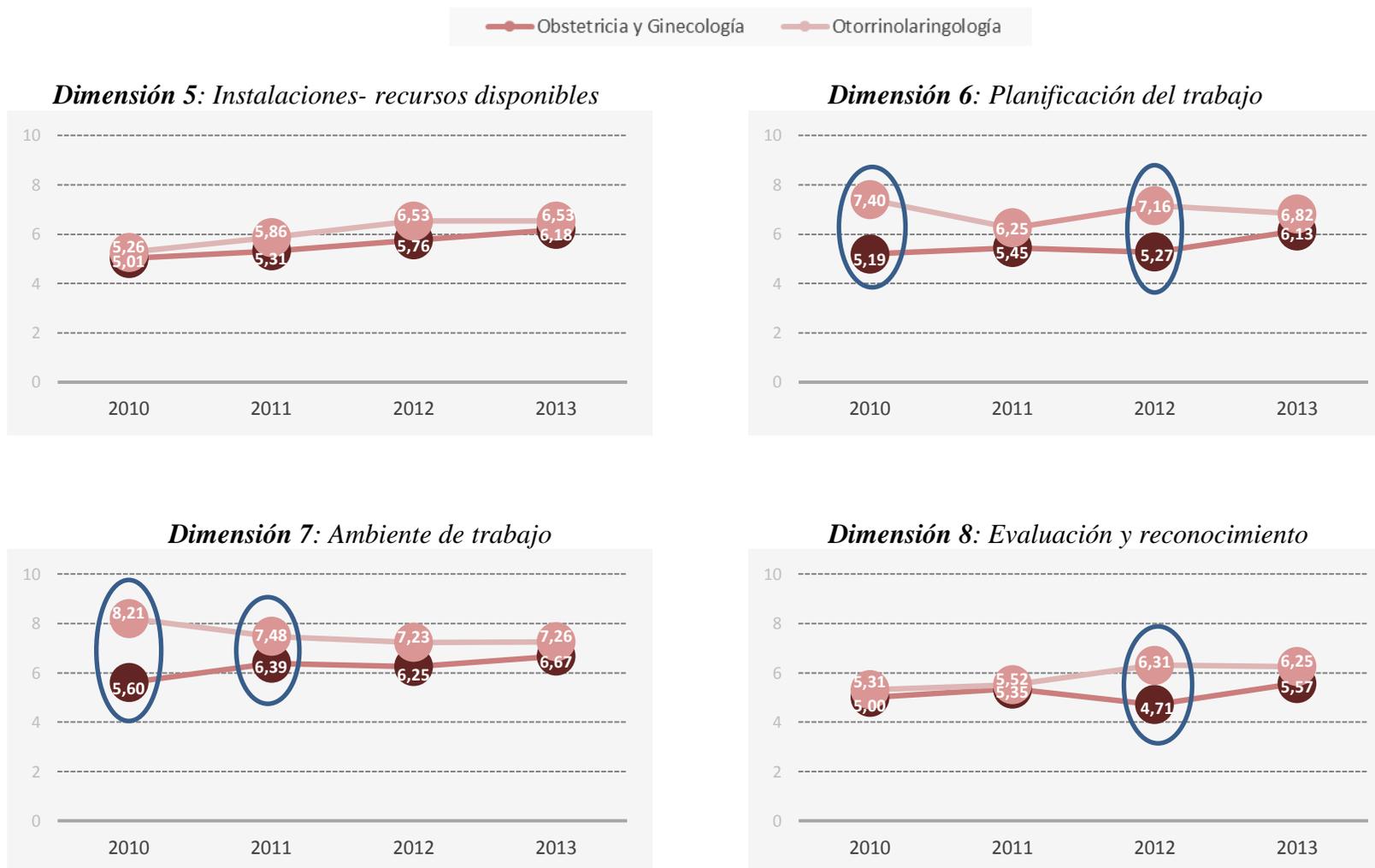
Notas: 'ND' Dato no disponible

\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

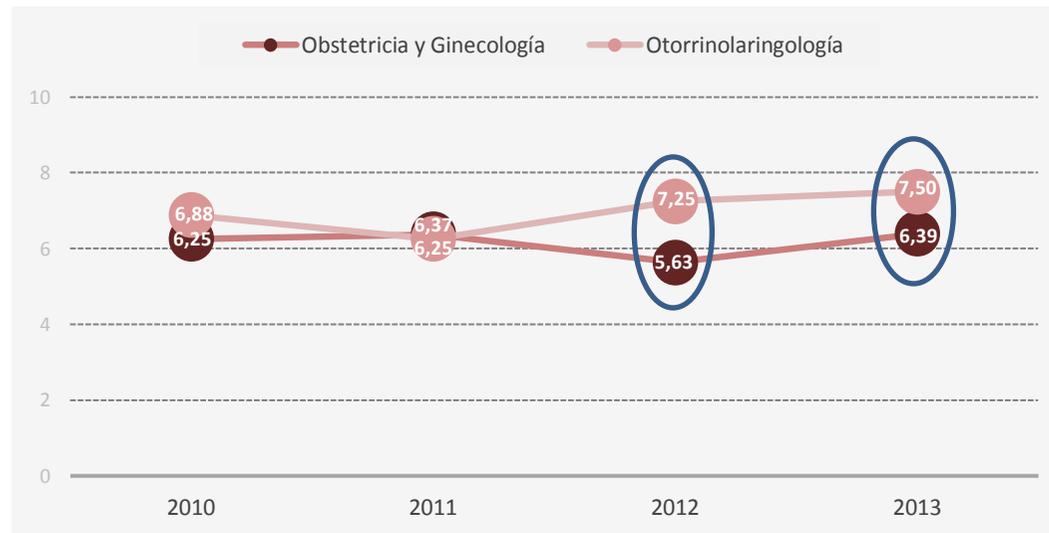
**Gráfico 22.a:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Otorrinolaringología. Años 2010 a 2013.



**Gráfico 22.b:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Otorrinolaringología. Años 2010 a 2013.



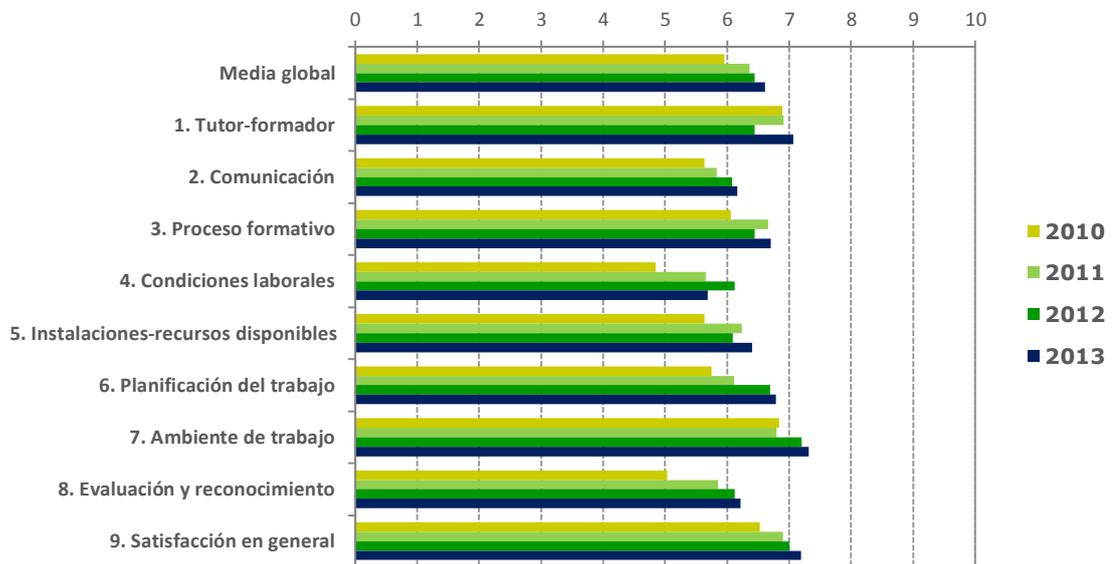
**Gráfico 23:** Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Otorrinolaringología. Años 2010 a 2013.



## 6). Traumatología y Cirugía Ortopédica

Para todas las dimensiones en la especialidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica se observa una tendencia creciente a lo largo de los años de estudio, excepto para la *Dimensión 4: Condiciones laborales*.

**Gráfico 24: Encuesta residentes.** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Traumatología y Cirugía Ortopédica en Castilla y León. Años 2010 a 2013.



*Fuente: Tomado de los Informes elaborados por la Gerencia Regional de Salud sobre la Encuesta de Opinión de Residentes (Especialidades).*

Las valoraciones medias de la *Dimensión 4: Condiciones laborales* en la especialidad de Obstetricia y Ginecología estaban por encima de las obtenidas en Traumatología y Cirugía Ortopédica en todos los años salvo en 2012. Para el resto de dimensiones siempre son menores las valoraciones de Obstetricia y Ginecología.

Las dimensiones con una diferencia mayor de 1 punto en la valoración media son a favor de la especialidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Estas Dimensiones son: *Tutor-Formador* en el año 2010 y 2013, *Ambiente de Trabajo* en el año 2010, *Evaluación y reconocimiento* así como *Satisfacción general* en año 2012.

La tasa de respuesta de los residentes de Traumatología y Cirugía Ortopédica fue más baja.

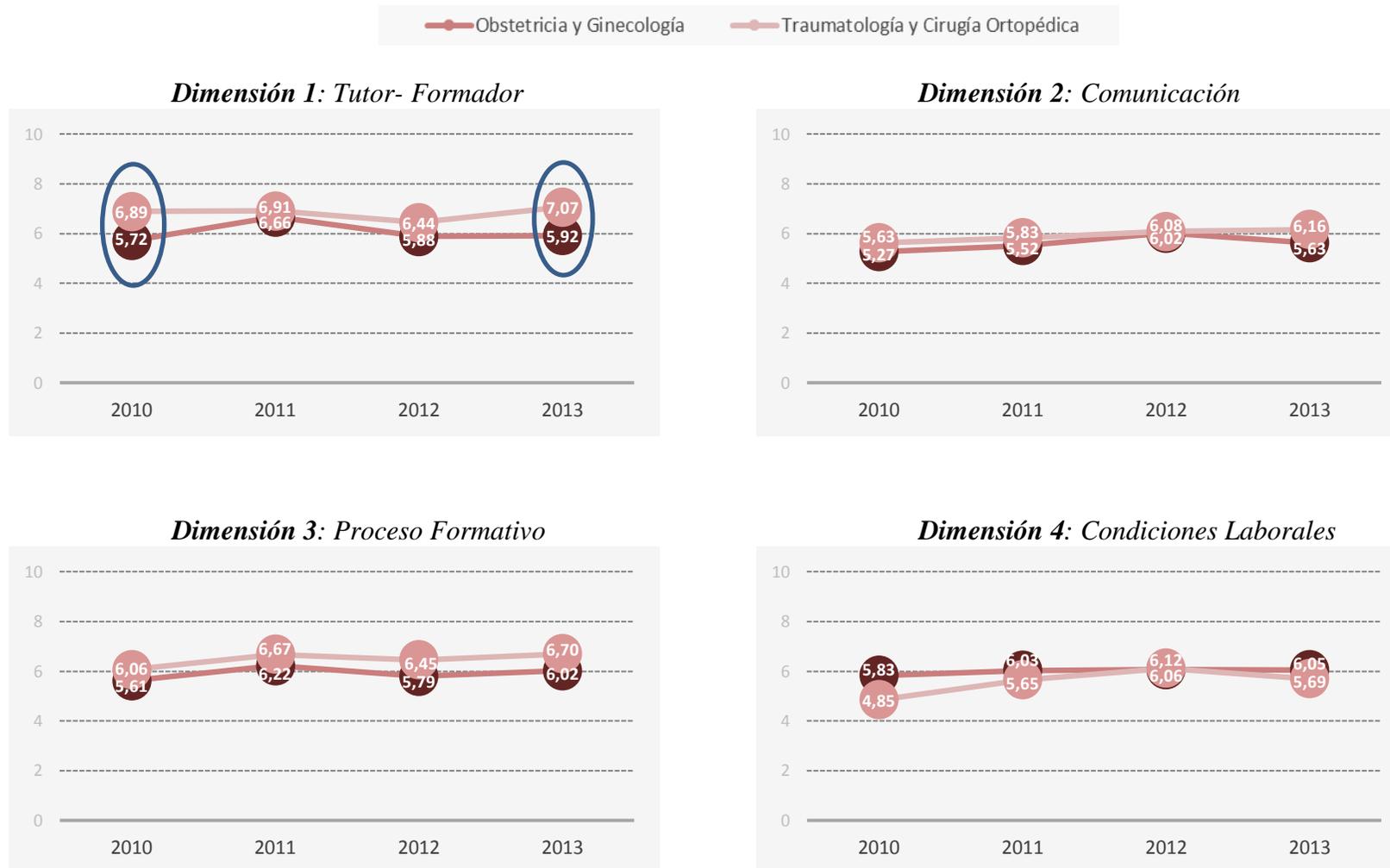
**Tabla 12: Encuesta residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Traumatología y Cirugía Ortopédica. Años 2010 a 2013**

	Año 2010				Año 2011				Año 2012				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Traumatología		Obs./Gine.		Traumatología		Obs./Gine.		Traumatología		Obs./Gine.		Traumatología	
	Media	D.T.	Media	D.T.												
<i>Dim. 1: Tutor-Formador</i>	5,72	1,74	6,89	2,19	6,66	2,34	6,91	2,21	5,88	2,91	6,44	2,59	5,92	2,17	7,07	2,58
<i>Dim. 2: Comunicación</i>	5,27	1,45	5,63	1,94	5,52	1,58	5,83	1,70	6,02	1,34	6,08	1,60	5,63	1,33	6,16	1,56
<i>Dim. 3: Proceso formativo</i>	5,61	1,31	6,06	1,79	6,22	1,45	6,67	1,80	5,79	2,10	6,45	1,92	6,02	1,47	6,70	2,26
<i>Dim. 4: Condiciones laborales</i>	5,83	1,38	4,85	1,71	6,03	1,54	5,65	1,89	6,06	1,56	6,12	1,51	6,05	1,62	5,69	1,32
<i>Dim. 5: Instalaciones- recursos disponibles</i>	5,01	1,44	5,64	2,40	5,31	1,81	6,24	1,45	5,76	1,91	6,10	1,82	6,18	1,87	6,41	1,54
<i>Dim. 6: Planificación del trabajo</i>	5,19	1,72	5,75	1,79	5,45	1,43	6,11	2,01	5,27	1,73	6,69	1,81	6,13	1,08	6,79	1,55
<i>Dim. 7: Ambiente de trabajo</i>	5,60	2,04	6,83	1,75	6,39	1,98	6,80	1,87	6,25	2,05	7,20	1,51	6,67	1,68	7,32	1,78
<i>Dim. 8: Evaluación y reconocimiento</i>	5,00	1,98	5,03	2,45	5,35	2,03	5,86	2,29	4,71	2,03	6,12	2,35	5,57	1,80	6,21	2,39
<i>Satisfacción general</i>	6,25	1,63	6,53	1,74	6,37	1,78	6,90	2,08	5,63	2,20	7,00	2,01	6,39	1,76	7,19	2,02
<i>% Participación</i>	ND		ND		73,0%		53,0%		75,0%		59,0%		38,0%		31,0%	

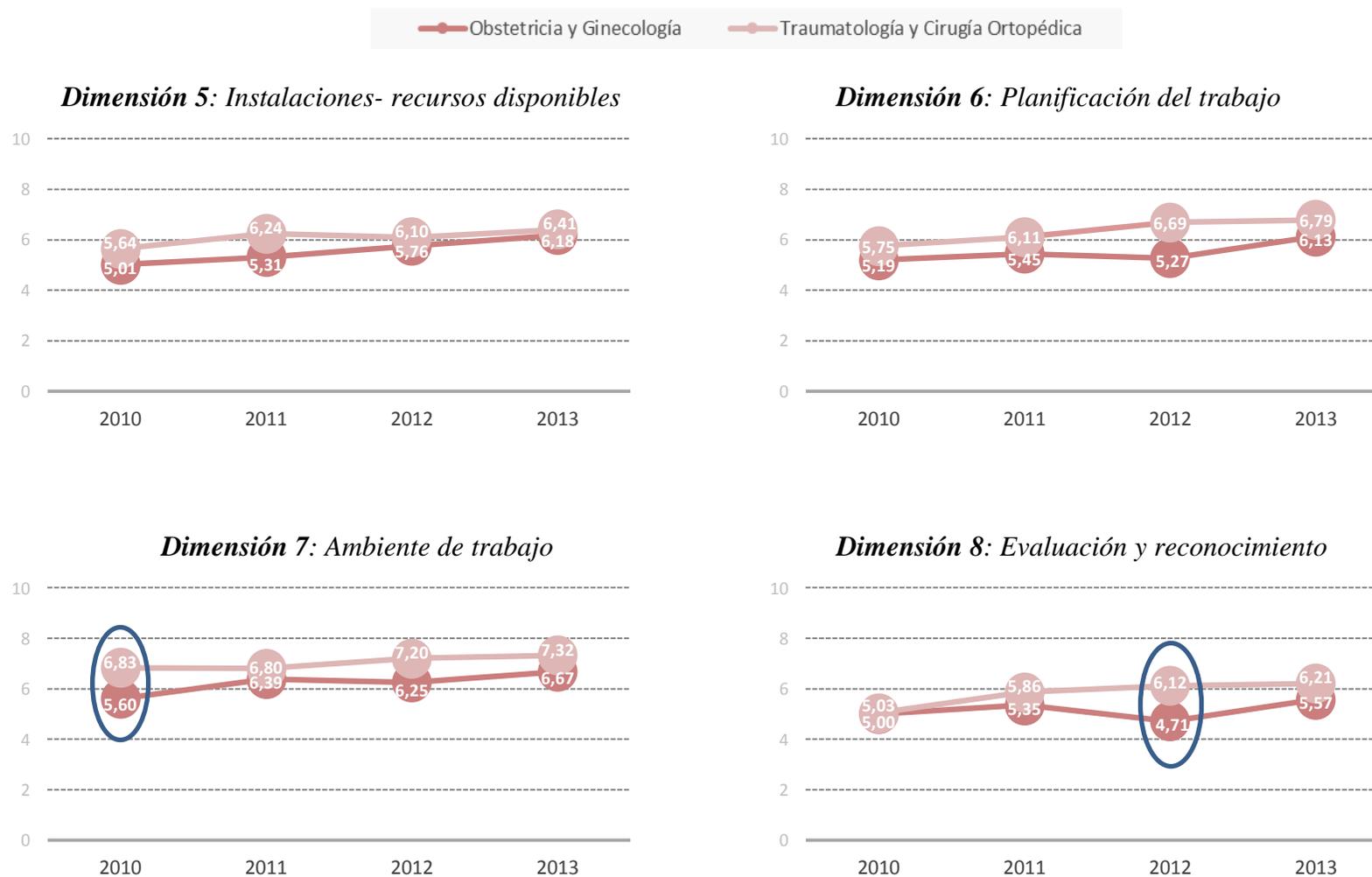
Notas: 'ND' Dato no disponible

\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

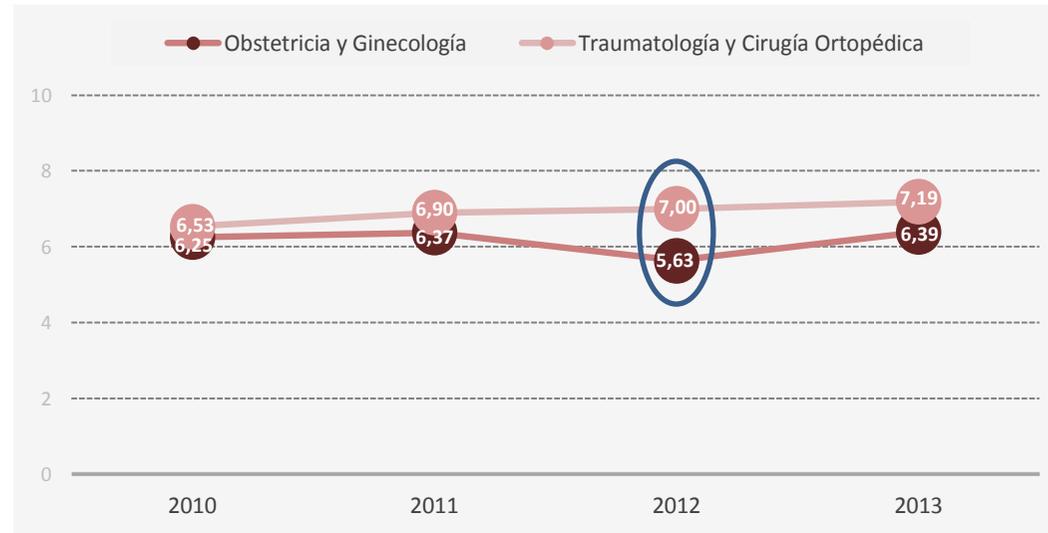
**Gráfico 25.a:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Traumatología y Cirugía Ortopédica. Años 2010 a 2013.



**Gráfico 25.b:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Traumatología y Cirugía Ortopédica. Años 2010 a 2013.



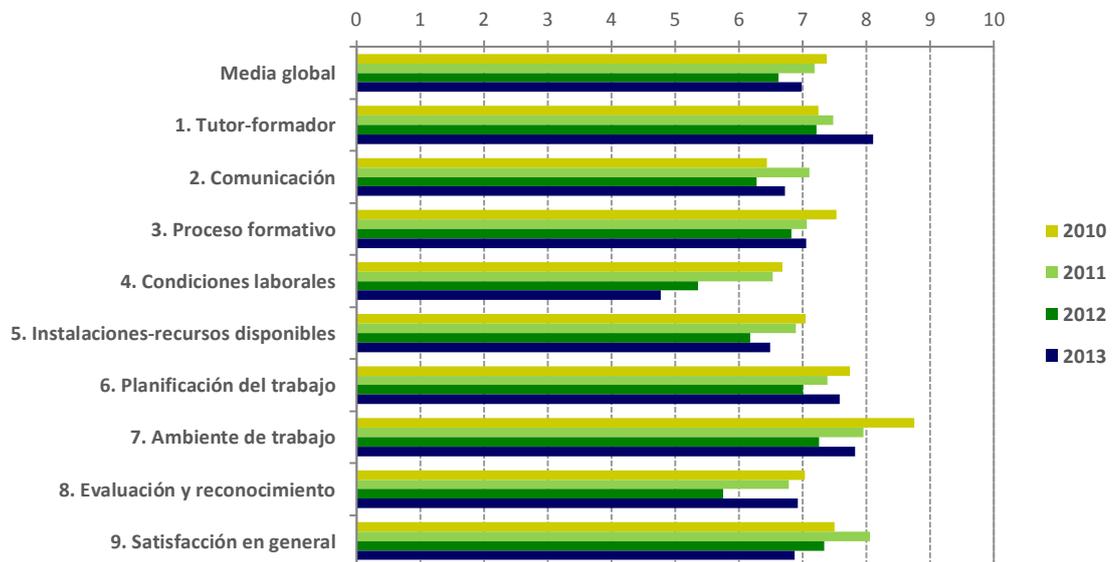
**Gráfico 26:** Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Traumatología y Cirugía Ortopédica. Años 2010 a 2013.



## 7). Urología

En la especialidad de Urología se observa una tendencia creciente a lo largo de los años de estudio en la *Dimensión 1: Tutor-formador*. En el resto de dimensiones es algo más irregular el comportamiento aunque se aprecia un cierto descenso en el último año con respecto a años anteriores.

**Gráfico 27: Encuesta residentes. Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Urología en Castilla y León. Años 2010 a 2013.**



*Fuente: Tomado de los Informes elaborados por la Gerencia Regional de Salud sobre la Encuesta de Opinión de Residentes (Especialidades).*

Las valoraciones medias de la *Dimensión 4: Condiciones laborales* en la especialidad de Obstetricia y Ginecología estaban por encima de las obtenidas en Urología únicamente en los años 2012 y 2013, siendo la diferencia en valoración superior a 1 punto en el año 2013. Para el resto de dimensiones siempre son menores las valoraciones de Obstetricia y Ginecología.

Y las dimensiones con una diferencia de valoración de 1 punto o más son: *Tutor-Formador* en todos los años excepto 2011, *Comunicación* en todos los años excepto

2012, *Proceso Formativo* en todos los años salvo 2011, *Instalaciones-recursos disponibles* en 2010 y 2011, *Satisfacción general* en todos los años excepto 2013.

Para las dimensiones *Planificación del Trabajo*, *Evaluación y reconocimiento*, y *Ambiente de trabajo* se observa que las valoraciones medias en la especialidad de Urología son históricamente superiores a las de Obstetricia y Ginecología, siendo la diferencia superior 1 punto en todos los años evaluados.

La tasa de respuesta a la encuesta por los residentes de Urología es inferior a Obstetricia y Ginecología, excepto en el año 2013.

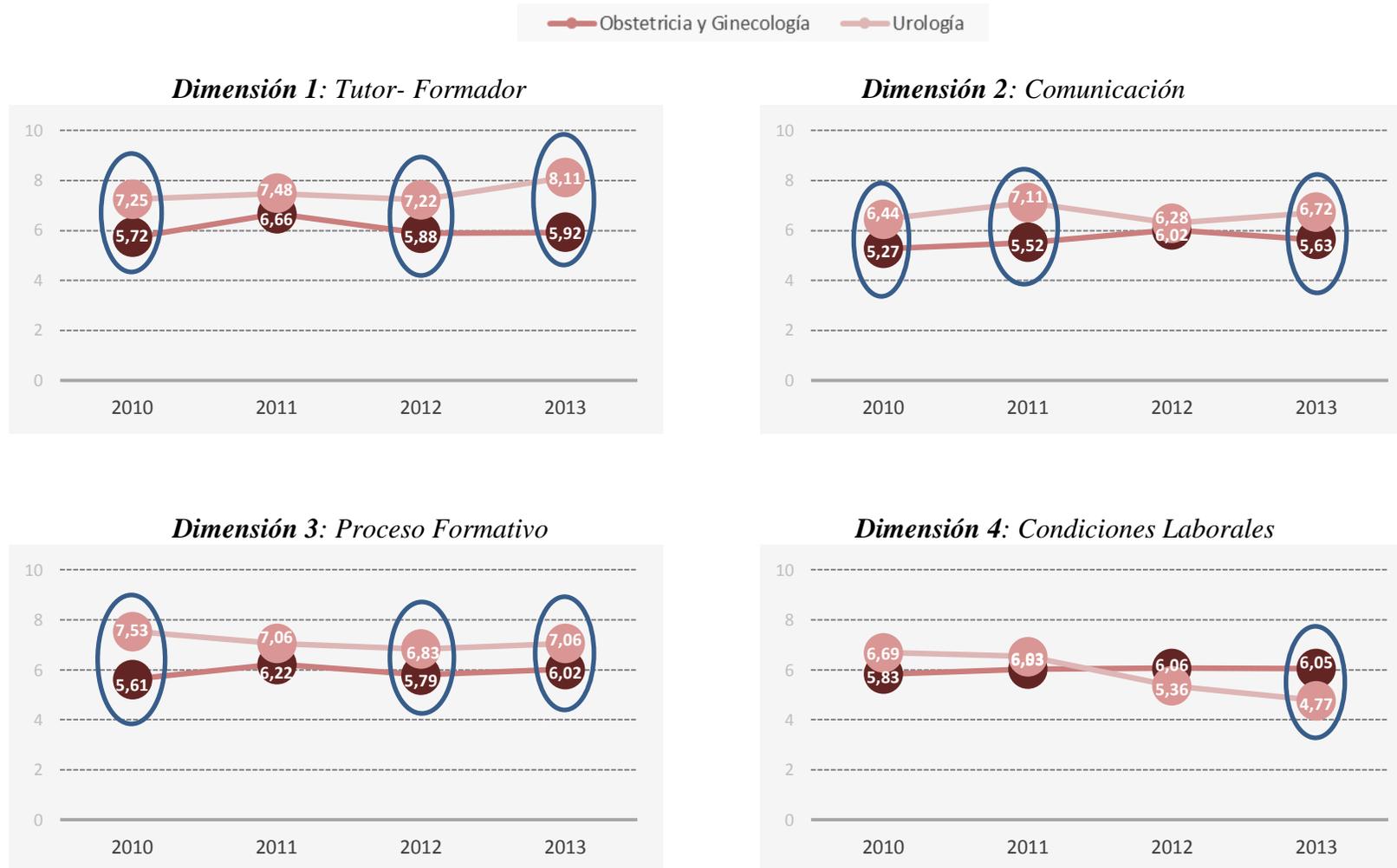
**Tabla 13: Encuesta residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Urología. Años 2010 a 2013**

	Año 2010				Año 2011				Año 2012				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Urología		Obs./Gine.		Urología		Obs./Gine.		Urología		Obs./Gine.		Urología	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
<i>Dim. 1: Tutor-Formador</i>	5,72	1,74	7,25	2,36	6,66	2,34	7,48	1,98	5,88	2,91	7,22	1,60	5,92	2,17	8,11	2,38
<i>Dim. 2: Comunicación</i>	5,27	1,45	6,44	2,06	5,52	1,58	7,11	1,61	6,02	1,34	6,28	1,11	5,63	1,33	6,72	2,06
<i>Dim. 3: Proceso formativo</i>	5,61	1,31	7,53	1,83	6,22	1,45	7,06	1,90	5,79	2,10	6,83	1,20	6,02	1,47	7,06	2,18
<i>Dim. 4: Condiciones laborales</i>	5,83	1,38	6,69	1,25	6,03	1,54	6,53	1,66	6,06	1,56	5,36	1,32	6,05	1,62	4,77	1,89
<i>Dim. 5: Instalaciones- recursos disponibles</i>	5,01	1,44	7,05	2,14	5,31	1,81	6,89	1,84	5,76	1,91	6,17	1,29	6,18	1,87	6,49	1,49
<i>Dim. 6: Planificación del trabajo</i>	5,19	1,72	7,74	1,40	5,45	1,43	7,39	1,83	5,27	1,73	7,00	1,24	6,13	1,08	7,58	1,48
<i>Dim. 7: Ambiente de trabajo</i>	5,60	2,04	8,75	1,20	6,39	1,98	7,95	1,28	6,25	2,05	7,25	1,47	6,67	1,68	7,82	1,47
<i>Dim. 8: Evaluación y reconocimiento</i>	5,00	1,98	7,03	2,68	5,35	2,03	6,78	2,27	4,71	2,03	5,76	2,02	5,57	1,80	6,93	2,27
<i>Satisfacción general</i>	6,25	1,63	7,50	1,51	6,37	1,78	8,06	2,08	5,63	2,20	7,33	1,14	6,39	1,76	6,88	2,41
<b>% Participación</b>	<b>ND</b>		<b>ND</b>		<b>73,0%</b>		<b>44,0%</b>		<b>75,0%</b>		<b>64,0%</b>		<b>38,0%</b>		<b>48,0%</b>	

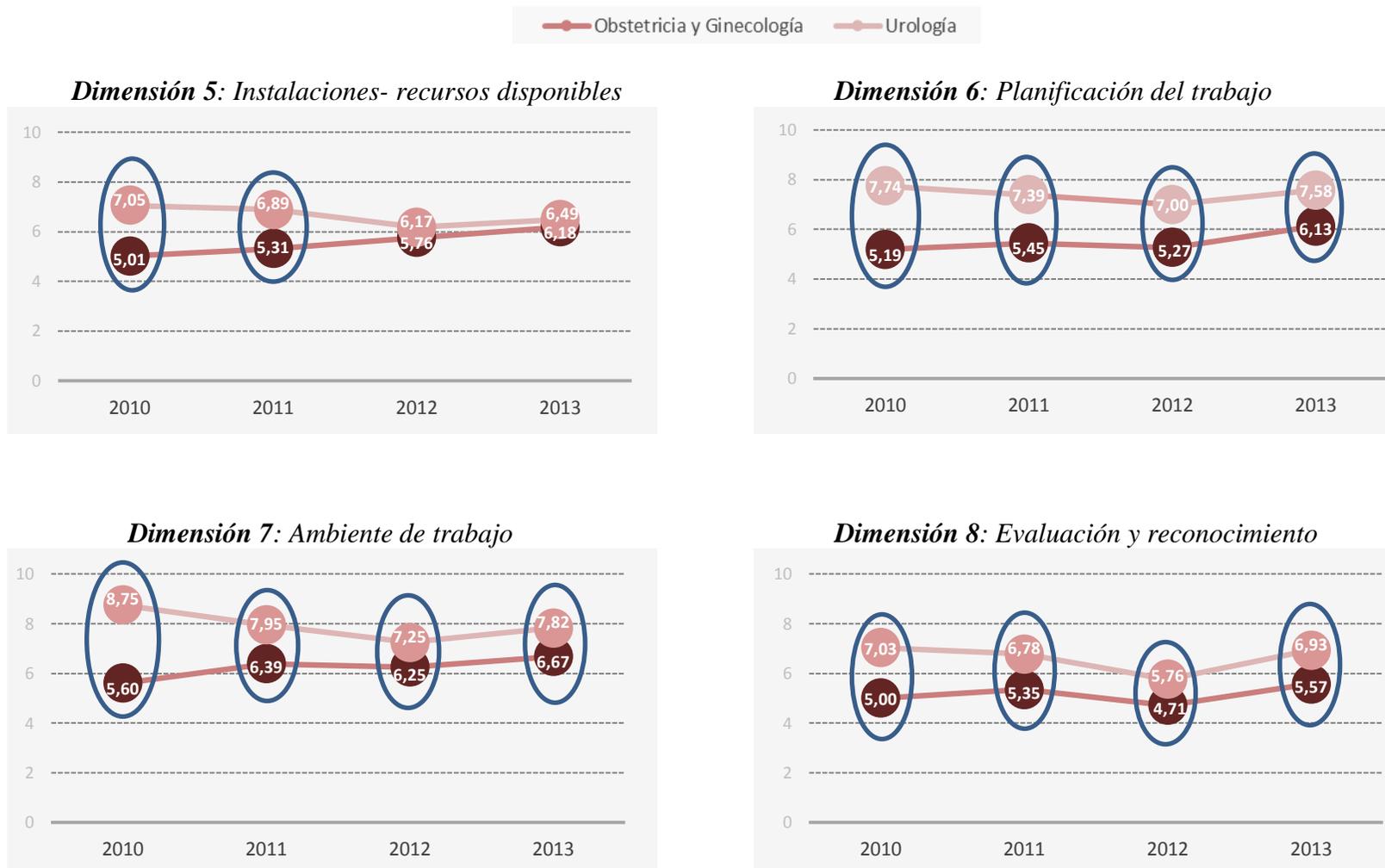
Notas: 'ND' Dato no disponible

\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

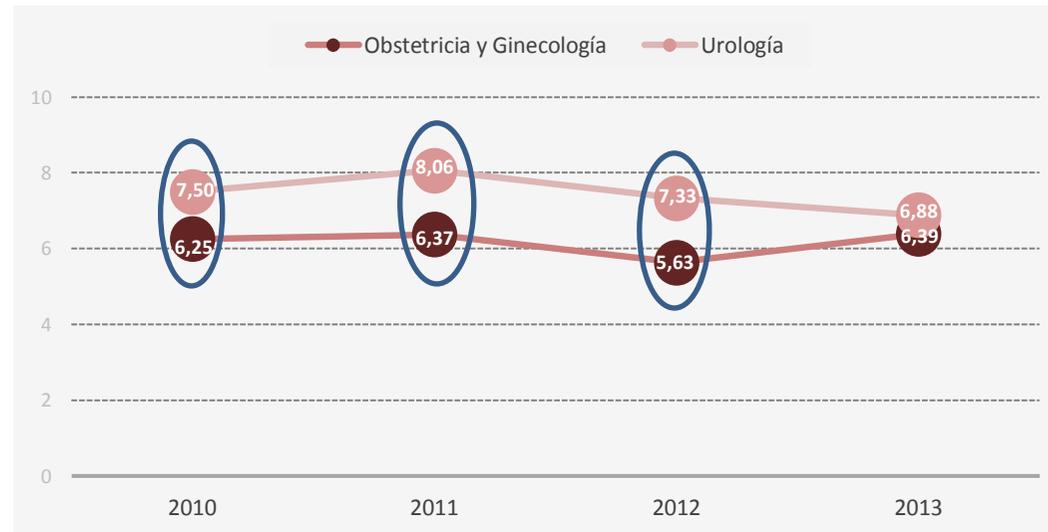
**Gráfico 28.a:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Urología. Años 2010 a 2013.



**Gráfico 28.b:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Urología. Años 2010 a 2013.



**Gráfico 29:** Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Urología. Años 2010 a 2013.



#### 6.1.4.-RESULTADOS DE LOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA POR ÍTEM, DETECCIÓN DE LOS ÍTEMS CAUSANTES DE LAS DIMENSIONES MENOS VALORADAS.

---

Se realizó un análisis de la varianza (ANOVA) para comprobar si las puntuaciones dadas por los residentes a las distintas dimensiones (para la especialidad de Obstetricia y Ginecología) podían considerarse iguales entre los distintos años o no. Dado que en todos los casos los p-valores fueron mayores de 0,05, concluimos que no hay motivos para pensar que las valoraciones medias difieran de unos años a otros. Es por ello que se decidió calcular las puntuaciones medias para cada una de las dimensiones independientemente del año y detectar así las dimensiones peor valoradas por lo residentes en esta especialidad, con el propósito de descender a los ítems y obtener así información del porqué de las bajas valoraciones.

*Tabla 14: Encuesta residentes: Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología, ordenadas de mayor a menor puntuación.*

	Media	D.T.
<b>Dim. 7: Ambiente de trabajo</b>	6,27	1,96
<b>Dim. 1: Tutor-Formador</b>	6,12	2,45
<b>Dim. 4: Condiciones laborales</b>	6,01	1,52
<b>Dim. 3: Proceso formativo</b>	5,95	1,68
<b>Satisfacción general</b>	5,86	1,43
<b>Dim. 2: Comunicación</b>	5,67	1,44
<b>Dim. 5: Instalaciones- recursos disponibles</b>	5,58	1,82
<b>Dim. 6: Planificación del trabajo</b>	5,47	1,55
<b>Dim. 8: Evaluación y reconocimiento</b>	5,12	1,98

Vemos que las dimensiones mejor valoradas fueron la 7: *Ambiente de trabajo* (6,27,  $\pm 1,96$ ) y la 1: *Tutor-formador* (6,12;  $\pm 2,45$ ). Las peores valoradas fueron la *Dimensión 8: Evaluación y reconocimiento* (5,12;  $\pm 1,98$ ) y la *Dimensión 6: Planificación del trabajo* (5,47;  $\pm 1,55$ ).

A continuación se calculan puntuaciones medias de los 4 ítems que configuran la dimensión 8 y de los 6 ítems que configuran la dimensión 6.

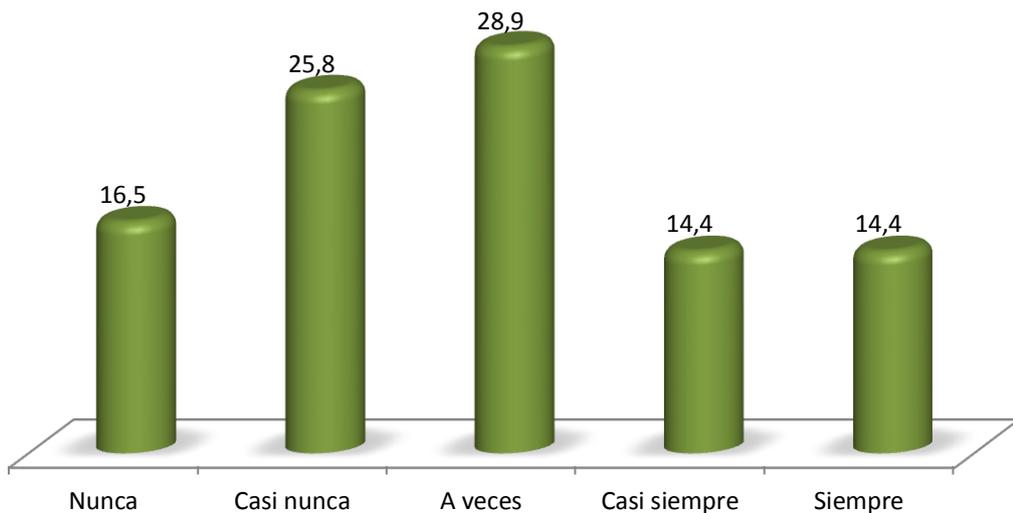
**Tabla 15:** Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 8: Evaluación y reconocimiento.

	Media	D.T.
<b>Ítem 5:</b> Me han informado de los criterios de evaluación de mi proceso formativo, en la unidad docente de mi especialidad	5,25	3,09
<b>Ítem 39:</b> Periódicamente hablo con mi tutor sobre los progresos alcanzados en mi proceso formativo	4,61	3,19
<b>Ítem 43:</b> Considero que los criterios de evaluación de mi proceso formativo son adecuados	5,81	2,38
<b>Ítem 56:</b> Recibo un reconocimiento adecuado por el trabajo bien hecho	5,05	2,31

En la tabla anterior se aprecia que el ítem peor valorado, y por lo tanto el mayor causante de la baja valoración de la dimensión 8, es el ítem 39: *Periódicamente hablo con mi tutor sobre los progresos alcanzados en mi proceso formativo* (4,61;  $\pm 3,19$ ).

En el siguiente gráfico se aprecia que 4 de cada 10 encuestados declaran no hablar con su tutor sobre los progresos alcanzados en su proceso formativo nunca o casi nunca (42,3%).

**Gráfico 30:** Periódicamente hablo con mi tutor sobre los progresos alcanzados en mi proceso formativo, ítem 39 (%)



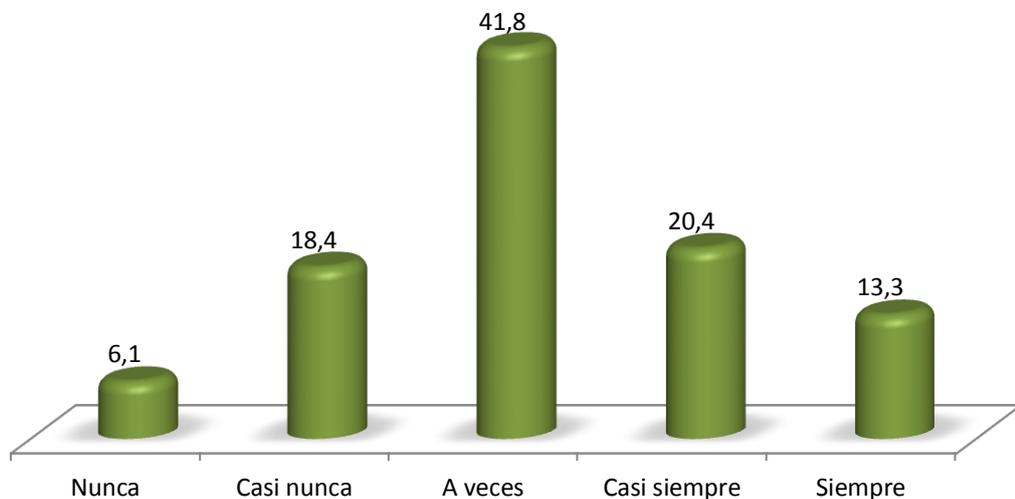
**Tabla 16:** Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 6: Planificación del trabajo.

	Media	D.T.
<b>Ítem 19:</b> El trabajo en mi servicio / equipo / unidad está bien organizado	5,03	2,92
<b>Ítem 40:</b> El número de residentes existentes en mi servicio / unidad/ equipo me permite recibir una formación de calidad	6,21	2,63
<b>Ítem 41:</b> Mi opinión es tomada en cuenta cuando hay que tomar decisiones relacionadas con la organización del trabajo	4,62	2,31
<b>Ítem 47:</b> Creo que el trabajo realizado en mi servicio / unidad / equipo es de calidad	6,94	1,88
<b>Ítem 55:</b> Tengo la sensación de falta de tiempo para desarrollar mi trabajo como me gustaría	4,59	2,68
<b>Ítem 60:</b> Los miembros de mi servicio / equipo / unidad son receptivos a las propuestas de mejora	5,33	2,39

En la tabla anterior se aprecia que los ítems peor valorados, y por lo tanto los causantes de la baja valoración de la Dimensión 6, son el ítem 55: *Tengo la sensación de falta de tiempo para desarrollar mi trabajo como me gustaría* (4,59;  $\pm 2,68$ ), y el ítem 41: *Mi opinión es tomada en cuenta cuando hay que tomar decisiones relacionadas con la organización del trabajo* (4,62;  $\pm 2,31$ ).

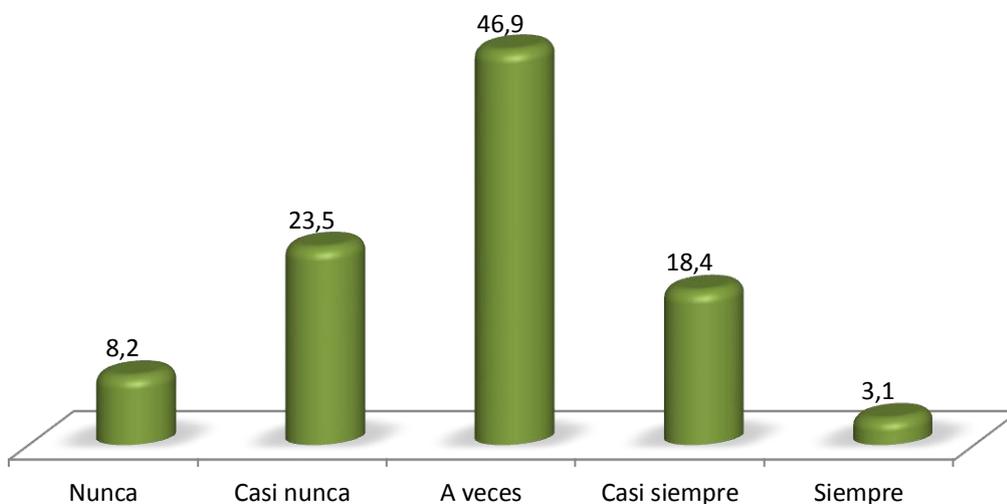
En el siguiente gráfico se aprecia que es bastante frecuente la sensación de falta de tiempo para desarrollar el trabajo como al residente de Obstetricia y Ginecología le gustaría.

**Gráfico 31:** *Tengo la sensación de falta de tiempo para desarrollar mi trabajo como me gustaría, ítem 55 (%)*



En el siguiente gráfico se aprecia que 3 de cada 10 encuestados declaran que su opinión no es tenida en cuenta cuando hay que tomar decisiones relacionadas con la organización del trabajo nunca o casi nunca (31,7%).

*Gráfico 32: Mi opinión es tenida en cuenta cuando hay que tomar decisiones relacionadas con la organización del trabajo, ítem 41 (%)*



### **6.1.5.-RESULTADOS DE LOS RESIDENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA POR DIMENSIONES COMPARADAS, ÍTEMS CAUSANTES DE LAS DIMENSIONES COMPARATIVAMENTE MENOS VALORADAS**

---

En este apartado se exponen los resultados derivados de analizar las valoraciones medias comparadas por dimensiones de la encuesta de satisfacción de residentes, entre las especialidades Médico-Quirúrgicas y la especialidad de Obstetricia y Ginecología.

Se han identificado aquellas dimensiones en que la diferencia de satisfacción es superior a 1 punto en la comparación de cada una de las especialidades Médico-Quirúrgicas con respecto a Obstetricia y Ginecología. Se ha comprobado que esta diferencia de 1 punto en la valoración media, siempre resulta a favor de la especialidad distinta a Obstetricia y Ginecología. Es por ello que se decidió identificar aquellas dimensiones que en la comparativa presentan mayor diferencia de puntuación, con el fin de descender a los ítems y obtener información del porqué de esta diferencia.

En la tabla que se expone a continuación, los números contenidos en cada casilla corresponden al número de años en los que la diferencia de valoración media entre esa especialidad y Obstetricia y Ginecología fue superior a 1 punto, para la percepción de satisfacción de los residentes en cada una de las dimensiones.

**Tabla 17:** Número de años con una diferencia de valoración media superior a 1 punto en la comparación de las especialidades Médico-Quirúrgicas con Obstetricia y Ginecología.

	Dim 1	Dim 2	Dim 3	Dim 4	Dim 5	Dim 6	Dim 7	Dim 8	Satisfacción general
<i>Dermatología</i>			1				1	1	1
<i>Angiología y Cirugía Vascul</i>		1			1				
<i>Anestesiología y Reanimación</i>	3						1	3	3
<i>Oftalmología</i>	3	1	2				1	2	1
<i>Otorrinolaringología</i>	2	1	2			2	2	1	2
<i>Traumatología y Cirugía Ortopédica</i>	2						1	1	1
<i>Urología</i>	3	3	3		2	4	4	4	3

Notas: Dim 1: Tutor-Formador; Dim 2: Comunicación; Dim 3: Proceso formativo; Dim 4: Condiciones laborales; Dim 5: Instalaciones y Recursos disponibles; Dim 6: Planificación del trabajo; Dim 7: Ambiente del trabajo; Dim 8: Evaluación y Reconocimiento.

Como se puede objetivar en la tabla, para la *Dimensión 1: Tutor-Formador*, en 5 de las 7 especialidades comparadas (todas excepto Dermatología y Angiología y Cirugía Vascul) la diferencia de valoración es superior a 1 punto respecto a Obstetricia y Ginecología. Y en 3 de ellas (Anestesiología, Oftalmología y Urología), esto ocurre en 3 de los 4 años estudiados. Por lo tanto, la Dimensión 1: Tutor-Formador que ocupa el segundo lugar en cuanto a mejor valorada en el análisis de los resultados de la encuesta de Obstetricia y Ginecología (Tabla 14), en el análisis comparado con las restantes especialidades Médico-Quirúrgicas se pone de manifiesto que hasta 5 especialidades valoran 1 punto por encima a sus tutores con respecto a Obstetricia y Ginecología, llegando la diferencia de valoración hasta 2 puntos con Urología en el año 2013 (Gráfico 28a).

Para la *Dimensión 7: Ambiente de trabajo*, en 6 de las 7 especialidades (todas excepto Angiología y Cirugía Vascul) la diferencia de valoración es superior a 1 punto respecto a Obstetricia y Ginecología en al menos 1 de los años encuestados. En Urología esto ocurre en los 4 años encuestados. Por lo tanto, esta Dimensión que resultó como la mejor valorada en el análisis de resultados de la especialidad de Obstetricia y Ginecología (Tabla 14), en el análisis comparado con otras especialidades Médico-Quirúrgicas se pone de manifiesto que los resultados no serían en principio tan positivos

para Obstetricia y Ginecología. Esta diferencia de valoraciones medias llega a ser de 2 puntos en el año 2010 con respecto a las especialidades de Urología y Otorrinolaringología (Gráfico 28b).

Esto mismo ocurre para la *Dimensión 8: Evaluación y Reconocimiento*, es decir en todas las especialidades, excepto Angiología y Cirugía Vascular, la diferencia de valoración es superior a 1 punto respecto de Obstetricia y Ginecología. Y esto ocurre en los 4 años estudiados en Urología y en 3 de ellos en Anestesiología y Reanimación. Esta Dimensión ha resultado como una de las peor valoradas tanto en el análisis de los resultados de la encuesta de la especialidad de Obstetricia y Ginecología (Tabla 14), como en el análisis comparado con otras especialidades Médico-Quirúrgicas, llegando la diferencia de valoración a 2 puntos con respecto a Urología en el año 2010 (Gráfico 28b).

Respecto a la *Satisfacción general*, en 6 de las 7 especialidades (todas excepto Angiología y Cirugía Vascular) la diferencia de valoración es superior a 1 punto, en al menos uno de los años. En Anestesiología y Reanimación, así como en Urología esto ocurre en 3 de los 4 años estudiados (Gráfico 17 y Gráfico 29).

La *Dimensión 6: Planificación del trabajo*, había resultado una de las peor valoradas en el análisis de resultados de la encuesta de Obstetricia y Ginecología, no obstante, en esta comparativa se observa que las valoraciones no difieren demasiado de las realizadas por los residentes de otras especialidades, a excepción de Urología y Otorrinolaringología. Urología en los 4 años valora esta dimensión entre 1 y 2 puntos por encima de Obstetricia y Ginecología (Gráfico 28b), y con Otorrinolaringología sucede lo mismo en los años 2010 y 2012 (Gráfico 22b).

Por lo tanto, además de las dimensiones identificadas como peor valoradas dentro de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, en la comparativa realizada con las restantes especialidades Médico-Quirúrgicas se identifican otras dos dimensiones, *Dimensión 1: Tutor-Formador* y *Dimensión 7: Ambiente de trabajo*, que obtendrían mayor diferencia de puntuación en la comparación.

A continuación se calculan las puntuaciones medias de los 7 ítems que configuran la *Dimensión 1: Tutor-Formador* y de los 7 ítems que configuran la *Dimensión 7: Ambiente de trabajo*.

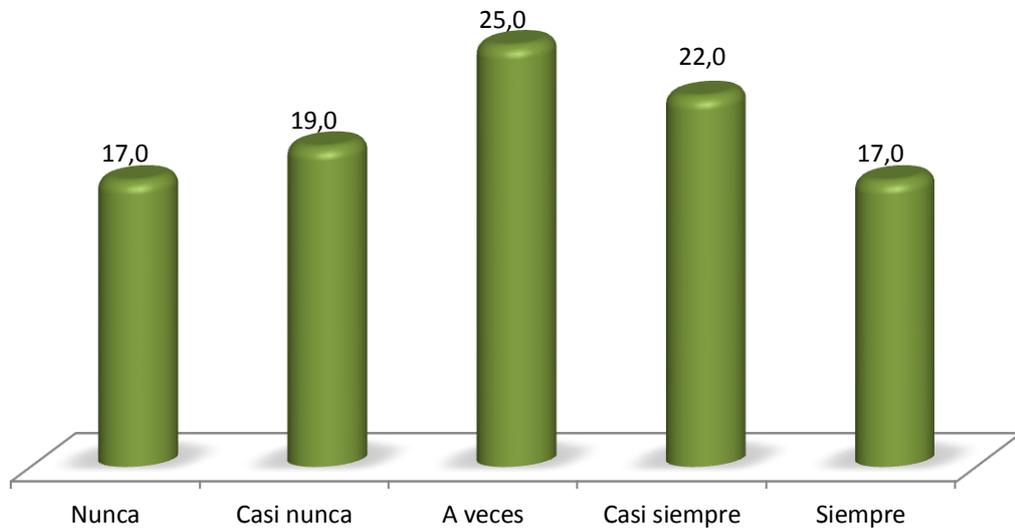
**Tabla 18:** Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 1: Tutor-Formador.

	Media	D.T.
<b>Ítem 6:</b> <i>Mi tutor es accesible cuando lo necesito</i>	7,95	2,34
<b>Ítem 15:</b> <i>Realizo con mi tutor la planificación individual de mis rotaciones</i>	5,40	3,16
<b>Ítem 31:</b> <i>Me entrevisto con mi tutor para valorar el cumplimiento de los objetivos docentes durante mi rotación</i>	5,07	3,34
<b>Ítem 10:</b> <i>Mi tutor se muestra implicado en mi proceso formativo</i>	6,50	2,99
<b>Ítem 28:</b> <i>Mi tutor me ayuda a resolver los problemas que se plantean en mi proceso formativo</i>	6,47	2,73
<b>Ítem 18:</b> <i>Mi tutor informa al resto de profesionales sobre el grado de responsabilidad que yo puedo asumir</i>	5,31	2,90
<b>Ítem 45:</b> <i>Mi tutor muestra interés por mejorar sus habilidades para formar a los residentes</i>	5,92	3,10

En la anterior tabla se aprecia que los ítem peor valorados, y por lo tanto causantes de la menor valoración comparada de la dimensión 1, son el ítem 31: *Me entrevisto con mi tutor para valorar el cumplimiento de los objetivos docentes durante la rotación*, y el ítem 18: *Mi tutor informa al resto de profesionales sobre el grado de responsabilidad que yo puedo asumir*.

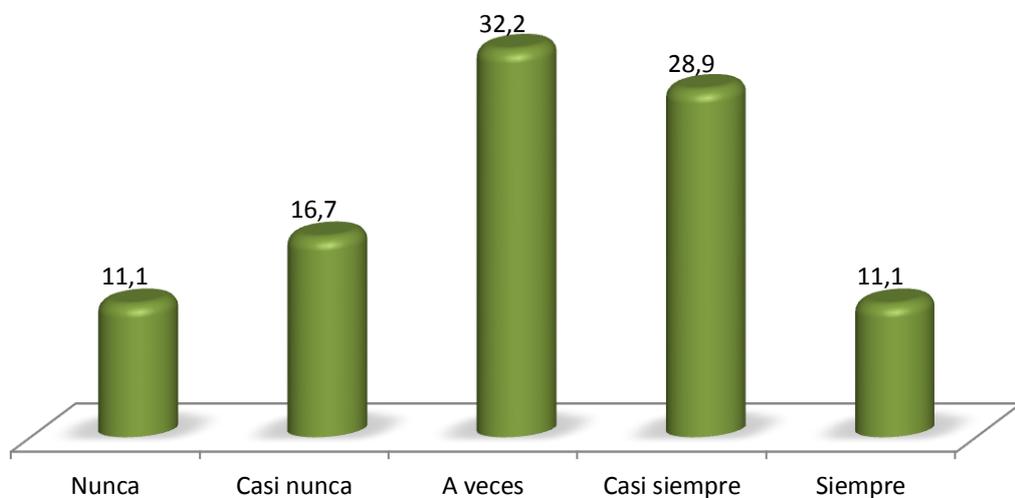
En el siguiente gráfico se aprecia que casi 4 de cada 10 encuestados declaran que no se entrevistan con su tutor para valorar el cumplimiento de los objetivos docentes nunca o casi nunca.

**Gráfico 33:** *Me entrevisto con mi tutor para valorar el cumplimiento de los objetivos docentes durante la rotación, ítem 31 (%)*



En el siguiente gráfico se aprecia que es bastante frecuente la percepción de que el tutor no informa al resto de profesionales sobre el grado de responsabilidad que puede asumir el residente.

**Gráfico 34:** *Mi tutor informa al resto de profesionales sobre el grado de responsabilidad que yo puedo asumir, ítem 18 (%)*



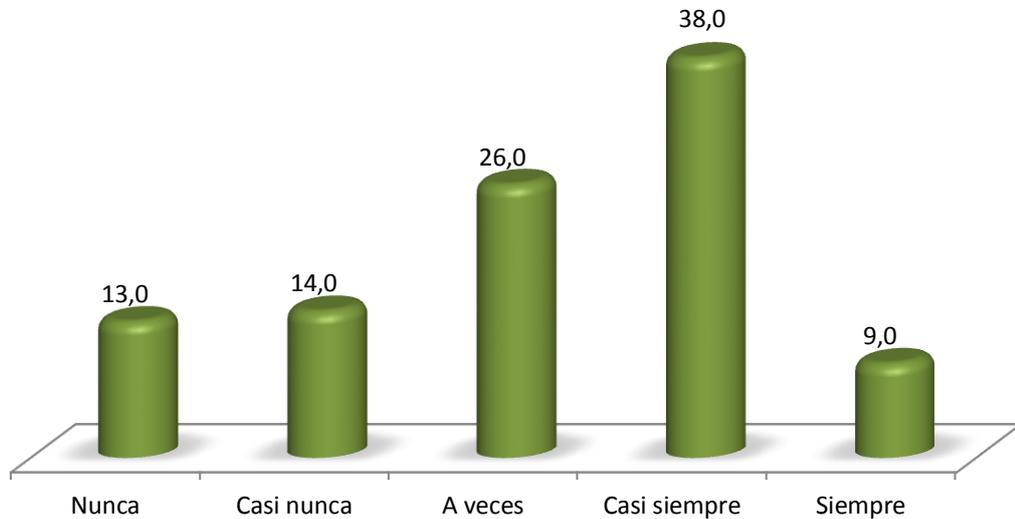
**Tabla 19:** Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 7: Ambiente de trabajo.

	Media	D.T.
<b>Ítem 21:</b> Me siento integrado en el equipo de trabajo	7,25	2,19
<b>Ítem 57*:</b> Siento una excesiva presión en mi trabajo	5,64	2,36
<b>Ítem 8:</b> El ambiente de trabajo es agradable	6,65	2,25
<b>Ítem 4:</b> La dirección del servicio / unidad / equipo se interesa por el bienestar de los residentes	5,40	2,95
<b>Ítem 34:</b> Se fomenta un trato igualitario entre todos los profesionales	5,50	2,81
<b>Ítem 58:</b> La dirección del servicio / unidad / equipo fomenta un trato igualitario entre los residentes con independencia del género, raza, ideología, etc.	7,09	3,04
<b>Ítem 59:</b> Existe un ambiente de colaboración entre los diferentes profesionales sanitarios	6,29	2,15

En la tabla anterior se aprecia que los ítems peor valorados, y por tanto causantes de la menor valoración comparada de la dimensión 7, son el ítem 4: *La dirección del servicio /unidad /equipo se interesa por el bienestar de los residentes.* (5,40;  $\pm 2,95$ ), y el ítem 34: *Se fomenta un trato igualitario entre todos los profesionales* (5,50;  $\pm 2,81$ ).

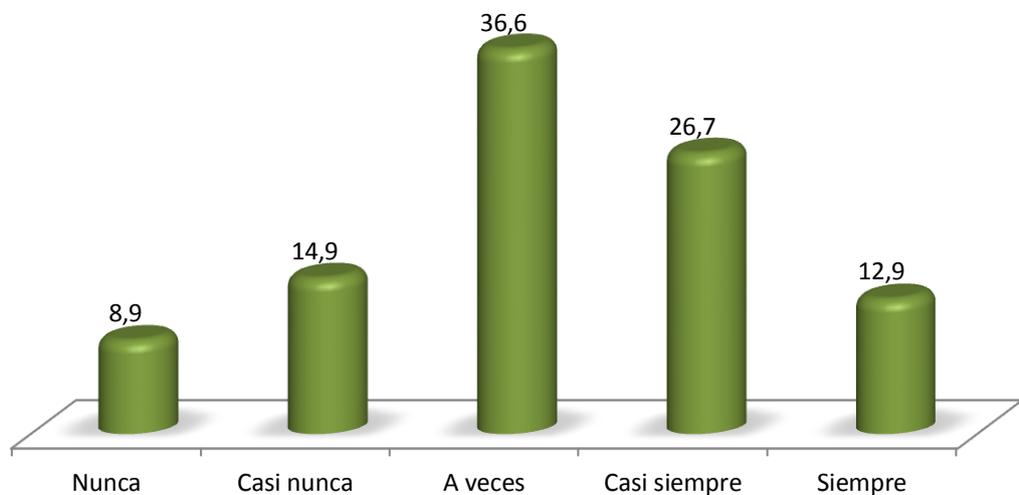
En el siguiente gráfico se aprecia que una cuarta parte (27%) de los encuestados opinan que la dirección del servicio/unidad/equipo no se preocupa nunca o casi nunca por el bienestar de los residentes. Y prácticamente la misma proporción opina que lo hace sólo a veces.

**Gráfico 35:** La dirección del servicio/unidad/equipo se interesa por el bienestar de los residentes, ítem 4 (%)



El gráfico siguiente evidencia que más de 2 de cada 10 residentes encuestados opinan que nunca o casi nunca se fomenta un trato igualitario entre los profesionales. Y casi 4 de cada 10 opina que sólo se fomenta a veces (31%).

**Gráfico 36:** Se fomenta un trato igualitario entre todos los profesionales, ítem 34 (%)

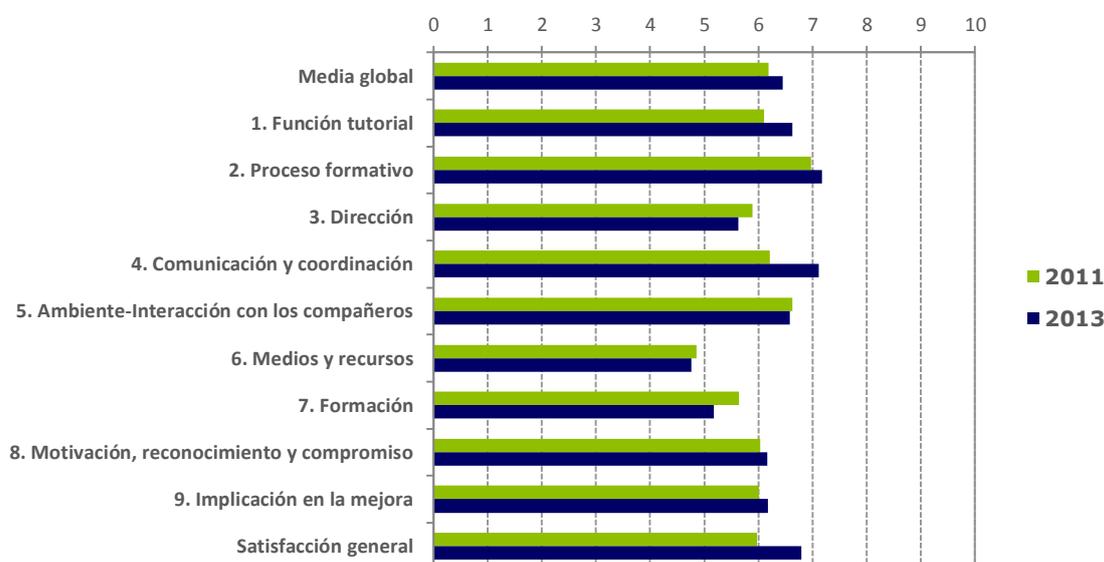


## 6.2.- RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE TUTORES DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

### 6.2.1.- RESULTADOS DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA POR DIMENSIONES: ENCUESTA TUTORES

En el presente apartado, se exponen los resultados del estudio exhaustivo de las valoraciones realizadas por los docentes de la especialidad de **Obstetricia y Ginecología** en las distintas Dimensiones definidas en la *Encuesta de Opinión y Satisfacción del Docente* (Ver Anexo 2), durante los 2 años en los que, hasta la fecha, se ha llevado a cabo la misma: años 2011 y 2013.

**Gráfico 37: Encuesta Tutores: Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología en Castilla y León. Años 2011 y 2013.**



Fuente: Tomado de los Informes elaborados por la Gerencia Regional de Salud sobre la Encuesta de Opinión de Tutores (Especialidades).

El porcentaje de participación en las encuestas fue del 92,0% en el año 2011 y del 43,8% en el año 2013. No hay que olvidar que el año 2013 fue el primero en que la distribución y contestación de las encuestas se realizó *on line*, motivo al que se atribuye la caída del porcentaje de participación en la encuesta.

Considerando las valoraciones obtenidas para las diferentes dimensiones estudiadas en la encuesta, respecto a la **función tutorial** la encuesta pretende evaluar el conocimiento del tutor respecto a sus funciones, responsabilidades y objetivos docentes; su percepción acerca de la disponibilidad de tiempo para docencia, la flexibilidad en la organización, y la proporción tutor-residente; así como su valoración sobre la planificación de las rotaciones, los métodos de evaluación y su formación en metodología docente. La valoración a este respecto experimenta una mejoría desde 6,10 ( $\pm 1,31$ ) en el año 2011, a 6,63 ( $\pm 2,33$ ) en el año 2013.

En relación al **proceso formativo**, la encuesta explora el conocimiento que el tutor tiene respecto a las objetivos y competencias que debe adquirir el residente, la idoneidad del itinerario formativo tipo, la gestión adecuada de las rotaciones externas y de la responsabilidad progresiva del residente, la posibilidad de realizar una evaluación adecuada, independiente y bajo criterios conocidos, así como el apoyo de la Comisión de Docencia para reconducir evaluaciones negativas. En este aspecto la percepción de satisfacción de los tutores de la especialidad de Obstetricia y Ginecología se encuentra en torno a 7, habiendo experimentado una mejoría del año 2011, 6,97 ( $\pm 1,31$ ) al año 2013, 7,18 ( $\pm 1,75$ ). Esta es la dimensión mejor valorada por los tutores dentro de la especialidad de Obstetricia y Ginecología.

En la Dimensión 3: **Dirección**, se incluyen todos los aspectos relativos a la percepción de compromiso y provisión de medios de la Dirección/Gerencia para la función docente, actitud de trato igualitario por parte de la jefatura de servicio y capacidad de liderazgo de los responsables docentes. Las valoraciones de esta dimensión se encuentran por encima de 5, aunque se ha producido un ligero descenso en la puntuación desde el año 2011, 5,89 ( $\pm 1,35$ ) al año 2013, 5,63 ( $\pm 2,10$ ).

Las preguntas contenidas en el campo de la **comunicación y coordinación** pretenden reflejar los aspectos relativos a la coordinación entre dispositivos docentes; el grado de comunicación dentro del servicio, entre profesionales docentes, con el tutor coordinador y con los residentes; el apoyo de la secretaría docente, así como la disponibilidad de información sobre formación sanitaria especializada, satisfacción del residente, sobre sus rotaciones externas y libranzas. En este apartado la valoración experimenta una mejoría de algo menos de 1 punto del año 2011 (6,21  $\pm 1,15$ ) con respecto al año 2013 (7,11  $\pm 1,72$ ).

Dentro de la dimensión definida como ***ambiente-interacción con los compañeros***, se exploran aspectos sobre facilitación de la docencia dentro del servicio/unidad tales como la idoneidad del ambiente de trabajo, la colaboración, el trabajo en equipo, la relación profesional con los residentes; así como integración del tutor en la estructura docente, gestión del estrés y compatibilidad de la vida laboral-personal. En este caso la valoración de los tutores es muy similar en los 2 años evaluados: 6,63 ( $\pm 1,22$ ) en 2011, y 6,58 ( $\pm 2,11$ ) en 2013.

En lo referente a los ***medios y recursos***, se incluye la evaluación de medios tanto humanos como materiales. La valoración de los tutores en esta dimensión está por debajo de 5 y experimenta un ligero descenso, siendo de 4,86 ( $\pm 1,89$ ) en el año 2011 y 4,76 ( $\pm 1,91$ ) en el año 2013.

Dentro del campo de la ***formación***, la encuesta indaga los aspectos referentes a la idoneidad y facilidad de acceso al Plan de Formación de tutores, tanto nuevos tutores como formación continuada. La valoración de los tutores a este respecto se encuentra por encima de 5, produciéndose un ligero descenso en la misma desde el 5,64 ( $\pm 1,71$ ) del año 2011, al 5,18 ( $\pm 2,19$ ) del año 2013.

Los aspectos evaluados dentro de la dimensión definida como ***motivación, reconocimiento y compromiso*** incluyen aquellos relativos al reconocimiento institucional de la labor docente del tutor y del servicio/unidad, así como la influencia que la presencia de los residentes (y su actitud en el aprendizaje) ejerce como estímulo a la mejora continua del servicio/unidad y del tutor docente, tanto en el plano profesional como personal. Las valoraciones de los tutores en este sentido se encuentran en torno a 6, con una ligera mejoría de las puntuaciones entre el año 2011 (6,03 $\pm$ 1,27) y el año 2013 (6,17 $\pm$ 1,55).

La ***implicación en la mejora***, explora los aspectos relacionados con la disposición de la Dirección/Gerencia, del responsable de Calidad e Investigación en docencia, del servicio/unidad y de los tutores para el desarrollo de las acciones de mejora identificadas; la validez del PGCD como instrumento de mejora, la idoneidad de las actividades de formación de residentes desarrolladas por el servicio/unidad; y la percepción del valor que se confiere a las propuestas de mejora de residentes y tutores. Las valoraciones de los tutores a este respecto se sitúan en torno a 6, con una ligera

mejoría en las puntuaciones del año 2011 (6,01±1,28) con respecto al año 2013 (6,18±1,16).

Finalmente, la puntuación obtenida en cuanto a *satisfacción general* respecto a la función tutorial en los dos años evaluados, sitúa la media de valoración en 5,98 (±1,81) en el año 2011, experimentando un incremento hasta 6,79 (±1,89) en el año 2013.

### 6.2.2.- RESPECTO DE LOS RESULTADOS GLOBALES DE LA ENCUESTA DE OPINIÓN Y SATISFACCIÓN DE TUTORES

En este apartado, se exponen los datos resultantes de comparar de forma global por cada una de las Dimensiones de la encuesta, los resultados obtenidos para los docentes de Obstetricia y Ginecología con los resultados globales que se obtuvieron en cada una de las encuestas para el conjunto de docentes de Castilla y León.

Con ello se pretende obtener una imagen global de la posición que, en lo relativo a la percepción de satisfacción de los docentes, ocupa la especialidad de Obstetricia y Ginecología en el conjunto de la Comunidad.

**Tabla 20: Encuesta tutores: Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y total de Castilla y León. Años 2011 y 2013**

	Año 2011				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Total CyL		Obs./Gine.		Total CyL	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
<i>Dim. 1: Función tutorial</i>	6,10	1,31	5,94	1,32	6,63	2,23	6,30	1,45
<i>Dim. 2: Proceso formativo</i>	6,97	1,31	7,02	1,28	7,18	1,75	7,44	1,38
<i>Dim. 3: Dirección</i>	5,89	1,35	6,30	1,81	5,63	2,10	6,48	2,03
<i>Dim. 4: Comunicación y coordinación</i>	6,21	1,15	6,45	1,44	7,11	1,72	6,87	1,61
<i>Dim. 5: Ambiente-Interacción con los compañeros</i>	6,63	1,22	6,99	1,34	6,58	2,11	7,40	1,39
<i>Dim. 6: Medios y recursos</i>	4,86	1,89	5,37	2,00	4,76	1,91	5,81	2,07
<i>Dim. 7: Formación</i>	5,64	1,71	5,09	1,96	5,18	2,19	5,09	2,22
<i>Dim. 8: Motivación, reconocimiento, compromiso</i>	6,03	1,27	6,28	1,38	6,17	1,55	6,47	1,42
<i>Dim. 9: Implicación en la mejora</i>	6,01	1,28	6,25	1,54	6,18	1,16	6,60	1,66
<i>Satisfacción general</i>	5,98	1,81	5,71	1,94	6,79	1,89	6,18	2,05
<i>% Participación</i>	92,0%		78,2%		43,8%		48,4%	

\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

En la tabla anterior se observa que las valoraciones medias de percepción de satisfacción de los tutores de la especialidad de Obstetricia y Ginecología se encuentran ligeramente por encima de las valoraciones globales de la Comunidad, en la *Dimensión 1: Función tutorial*, *Dimensión 7: Formación* y en la *Satisfacción general* en los dos años evaluados, así como en la *Dimensión 4: Comunicación y coordinación* en el año 2013.

No obstante, las diferencias en las valoraciones medias son inferiores a 1 punto en todos los casos, con excepción de la *Dimensión 6: Medios y recursos* en el año 2013, en que los tutores de Obstetricia y Ginecología valoran esta dimensión 1 punto por debajo con respecto a las valoraciones de la Comunidad.

En el caso de los resultados de la encuesta de tutores el análisis de evolución de la satisfacción es muy limitado puesto que, al tratarse de una encuesta bianual, de momento únicamente se dispone de los resultados correspondientes a dos años.

Sin embargo, en las valoraciones de los tutores en el global de la Comunidad se observa una mejora de la puntuación para todas las dimensiones evaluadas, en el año 2013 con respecto al año 2011. En las valoraciones de los tutores de la especialidad de Obstetricia y Ginecología se evidencia un descenso de la puntuación en el año 2013 con respecto al 2011 en cuatro dimensiones: *Dimensión 3: Dirección*, *Dimensión 5: Ambiente-Interacción con los compañeros*, *Dimensión 6: Medios y recursos*, y *Dimensión 7: Formación* (ver gráfico 37).

Por otro lado, la tasa de participación en la encuesta de satisfacción de los tutores de Obstetricia y Ginecología en el año 2011, fue superior a la del global de la Comunidad. En el año 2013 ocurre justo lo contrario, aun cuando en ambos casos se produce un evidente descenso de la tasa de participación.

### **6.2.3.-RESPECTO DE LOS RESULTADOS DE CADA ESPECIALIDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA, ENCUESTA DE TUTORES**

---

En este apartado se presentan los datos derivados de comparar los resultados de las valoraciones medias por Dimensiones obtenidos para los tutores de la especialidad de Obstetricia y Ginecología con los obtenidos para cada una de las especialidades Médico-Quirúrgicas restantes:

- Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología
- Angiología y Cirugía Vascular
- Anestesiología y Reanimación
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Traumatología y Cirugía Ortopédica
- Urología

El objetivo es identificar qué dimensiones de las evaluadas en la encuesta destacan en sus extremos positivos o negativos en cuanto a percepción de satisfacción en la formación de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, en comparación con las especialidades con similares itinerarios formativos.

### 1). Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología

En la tabla siguiente se observa que las valoraciones medias de los tutores de la especialidad de Obstetricia y Ginecología son iguales o menores que las valoraciones medias de los tutores de la especialidad de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología en el año 2011(único disponible), para todas las dimensiones evaluadas excepto en la *Dimensión 1: Función tutorial y Satisfacción general*.

La diferencia de valoraciones es de 1 punto o más a favor de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología, en las *Dimensiones: Dirección, Comunicación y coordinación e Implicación en la mejora*.

La especialidad de Dermatología y Venereología presenta una mayor tasa de participación en la encuesta del año 2011, siendo esta del 100%. En el año 2013 la participación de esta especialidad fue muy baja, del 25%, y el tamaño de muestra insuficiente.

**Tabla 21: Encuesta tutores: Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Años 2011 y 2013**

	Año 2011				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Derma. MQ		Obs./Gine.		Derma. MQ	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
<i>Dim. 1: Función tutorial</i>	6,10	1,31	6,02	0,74	6,63	2,23	**	-
<i>Dim. 2: Proceso formativo</i>	6,97	1,31	6,99	0,85	7,18	1,75	**	-
<i>Dim. 3: Dirección</i>	5,89	1,35	7,71	1,23	5,63	2,10	**	-
<i>Dim. 4: Comunicación y coordinación</i>	6,21	1,15	7,28	0,95	7,11	1,72	**	-
<i>Dim. 5: Ambiente-Interacción con los compañeros</i>	6,63	1,22	6,85	1,14	6,58	2,11	**	-
<i>Dim. 6: Medios y recursos</i>	4,86	1,89	5,14	1,44	4,76	1,91	**	-
<i>Dim. 7: Formación</i>	5,64	1,71	6,11	1,05	5,18	2,19	**	-
<i>Dim. 8: Motivación, reconocimiento, compromiso</i>	6,03	1,27	6,46	0,45	6,17	1,55	**	-
<i>Dim. 9: Implicación en la mejora</i>	6,01	1,28	7,09	0,63	6,18	1,16	**	-
<i>Satisfacción general</i>	5,98	1,81	5,83	1,29	6,79	1,89	**	-
<b>% Participación</b>	<b>92,0%</b>		<b>100,0%</b>		<b>43,8%</b>		<b>25,0%</b>	

\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

\*\*Este año no hubo tamaño de muestra suficiente

## 2). Angiología y Cirugía Vascular

En la tabla siguiente se objetiva que las valoraciones medias de los tutores de la especialidad de Obstetricia y Ginecología son iguales o menores que las valoraciones medias de los tutores de la especialidad de Angiología y Cirugía vascular en el año 2011 (único disponible), para todas las dimensiones evaluadas.

La diferencia de valoraciones es de 1 punto o más a favor de Angiología y Cirugía Vascular, en todas las Dimensiones a excepción de *Función tutorial*, *Proceso formativo* y *Satisfacción general*.

La tasa de participación de los tutores en la encuesta de satisfacción de la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular fue inferior a la de Obstetricia y Ginecología (83,3%). En el año 2013, a pesar de contar con un 60% de participación, no se consiguió tamaño de muestra suficiente.

**Tabla 22: Encuesta tutores: Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Angiología y Cirugía Vascular. Años 2011 y 2013**

	Año 2011				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Cirugía V.		Obs./Gine.		Cirugía V.	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
<b>Dim. 1: Función tutorial</b>	6,10	1,31	6,46	1,09	6,63	2,23	**	
<b>Dim. 2: Proceso formativo</b>	6,97	1,31	7,92	0,82	7,18	1,75	**	
<b>Dim. 3: Dirección</b>	5,89	1,35	7,25	1,37	5,63	2,10	**	
<b>Dim. 4: Comunicación y coordinación</b>	6,21	1,15	7,36	0,95	7,11	1,72	**	
<b>Dim. 5: Ambiente-Interacción con los compañeros</b>	6,63	1,22	7,64	1,35	6,58	2,11	**	
<b>Dim. 6: Medios y recursos</b>	4,86	1,89	6,83	1,24	4,76	1,91	**	
<b>Dim. 7: Formación</b>	5,64	1,71	6,75	1,35	5,18	2,19	**	
<b>Dim. 8: Motivación, reconocimiento, compromiso</b>	6,03	1,27	7,29	0,70	6,17	1,55	**	
<b>Dim. 9: Implicación en la mejora</b>	6,01	1,28	7,47	0,82	6,18	1,16	**	
<b>Satisfacción general</b>	5,98	1,81	6,50	1,37	6,79	1,89	**	
<b>% Participación</b>	<b>92,0%</b>		<b>83,3%</b>		<b>43,8%</b>		<b>60,0%</b>	

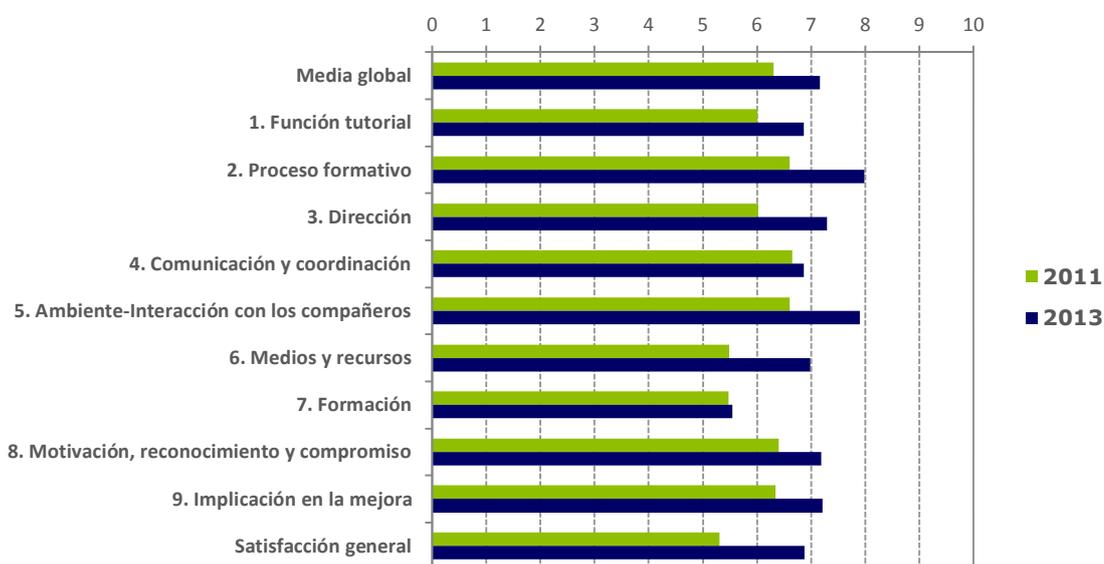
\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

\*\*Este año no hubo tamaño de muestra suficiente

### 3). Anestesiología y Reanimación

En la especialidad de Anestesiología y Reanimación se evidencia una clara mejoría de la valoración de los tutores en todas las dimensiones evaluadas, para los dos años en los que se ha realizado la encuesta de satisfacción.

**Gráfico 38: Encuesta Tutores:** Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Anestesiología y Reanimación en Castilla y León. Años 2011 y 2013.



En la siguiente tabla, se observa que las valoraciones medias de los tutores de la especialidad de Obstetricia y Ginecología se encuentran por encima de las valoraciones medias de los tutores de la especialidad de Anestesiología y Reanimación en las dimensiones *Función tutorial*, *Proceso Formativo*, *Formación* y la *Satisfacción general* en el año 2011.

Sin embargo, en el año 2013 todas las dimensiones excepto *Comunicación y coordinación* son mejor valoradas en la especialidad de Anestesiología y Reanimación, llegando en 5 de ellas a una diferencia de valoraciones de 1 punto o más con respecto a Obstetricia y Ginecología (*Dirección*, *Ambiente-Interacción con los compañeros*,

*Medios y Recursos, Motivación, reconocimiento y compromiso, e Implicación en la mejora).*

La tasa de participación de los tutores en la encuesta de satisfacción de la especialidad de Anestesiología y Reanimación fue ligeramente superior a la de Obstetricia y Ginecología en el año 2011. En el año 2013 el porcentaje de participación se redujo al 34,8%, inferior al de Obstetricia y Ginecología.

**Tabla 23: Encuesta tutores. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Anestesiología y Reanimación. Años 2011 y 2013**

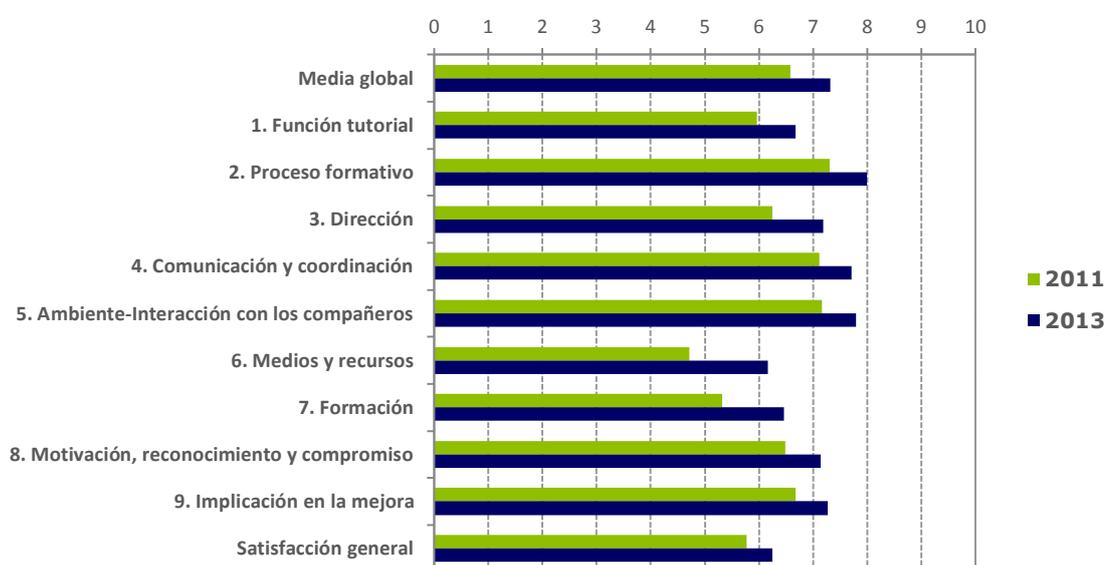
	Año 2011				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Anestesiología		Obs./Gine.		Anestesiología	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
<b>Dim. 1: Función tutorial</b>	6,10	1,31	6,01	1,53	6,63	2,23	6,87	1,37
<b>Dim. 2: Proceso formativo</b>	6,97	1,31	6,60	1,90	7,18	1,75	7,98	0,88
<b>Dim. 3: Dirección</b>	5,89	1,35	6,02	2,68	5,63	2,10	7,29	2,70
<b>Dim. 4: Comunicación y coordinación</b>	6,21	1,15	6,65	1,47	7,11	1,72	6,86	1,65
<b>Dim. 5: Ambiente-Interacción con los compañeros</b>	6,63	1,22	6,60	1,75	6,58	2,11	7,90	1,58
<b>Dim. 6: Medios y recursos</b>	4,86	1,89	5,49	2,47	4,76	1,91	6,98	2,40
<b>Dim. 7: Formación</b>	5,64	1,71	5,47	1,71	5,18	2,19	5,55	2,62
<b>Dim. 8: Motivación, reconocimiento, compromiso</b>	6,03	1,27	6,40	1,44	6,17	1,55	7,19	1,51
<b>Dim. 9: Implicación en la mejora</b>	6,01	1,28	6,34	1,71	6,18	1,16	7,21	1,97
<b>Satisfacción general</b>	5,98	1,81	5,31	2,21	6,79	1,89	6,88	2,59
<b>% Participación</b>	92,0%		94,4%		43,8%		34,8%	

\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

#### 4). Oftalmología

La percepción de satisfacción de los tutores de la especialidad de Oftalmología ha seguido una progresión hacia la mejora, en la valoración de todas las dimensiones evaluadas en los dos años de encuesta.

**Gráfico 39: Encuesta Tutores. Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Oftalmología en Castilla y León. Años 2011 y 2013.**



En la tabla siguiente, se observa que la especialidad de Obstetricia y Ginecología obtiene mejor valoración de sus tutores en comparación con la especialidad de Oftalmología para las dimensiones: *Función tutorial*, *Medios y recursos*, *Formación*, y *Satisfacción general*, en el año 2011.

No obstante en el año 2013, todas las dimensiones obtienen mejor puntuación de los tutores de Oftalmología, con excepción de la *Satisfacción general*. Alcanzándose en este año, diferencias de valoración de más de un punto con respecto a Obstetricia y Ginecología en 5 dimensiones: *Dirección*, *Ambiente-Interacción con los compañeros*, *Medios y recursos*, *Formación* e *Implicación en la mejora*.

La tasa de participación en la encuesta de satisfacción de tutores de la especialidad de Oftalmología ha sido menor que la de Obstetricia y Ginecología en el año 2011, y superior en el año 2013 aunque también descendió notablemente.

**Tabla 24: Encuesta Tutores. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Oftalmología. Años 2011 y 2013**

	Año 2011				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Oftalmología.		Obs./Gine.		Oftalmología	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
<i>Dim. 1: Función tutorial</i>	6,10	1,31	5,96	1,04	6,63	2,23	6,67	1,49
<i>Dim. 2: Proceso formativo</i>	6,97	1,31	7,31	1,23	7,18	1,75	8,00	1,27
<i>Dim. 3: Dirección</i>	5,89	1,35	6,25	1,37	5,63	2,10	7,19	1,15
<i>Dim. 4: Comunicación y coordinación</i>	6,21	1,15	7,12	0,72	7,11	1,72	7,71	1,14
<i>Dim. 5: Ambiente-Interacción con los compañeros</i>	6,63	1,22	7,16	0,54	6,58	2,11	7,79	1,48
<i>Dim. 6: Medios y recursos</i>	4,86	1,89	4,71	1,81	4,76	1,91	6,17	1,93
<i>Dim. 7: Formación</i>	5,64	1,71	5,32	1,69	5,18	2,19	6,46	1,58
<i>Dim. 8: Motivación, reconocimiento, compromiso</i>	6,03	1,27	6,48	1,02	6,17	1,55	7,14	1,27
<i>Dim. 9: Implicación en la mejora</i>	6,01	1,28	6,67	1,02	6,18	1,16	7,27	1,35
<b>Satisfacción general</b>	5,98	1,81	5,77	1,58	6,79	1,89	6,25	1,77
<b>% Participación</b>	92,0%		76,5%		43,8%		55,6%	

\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

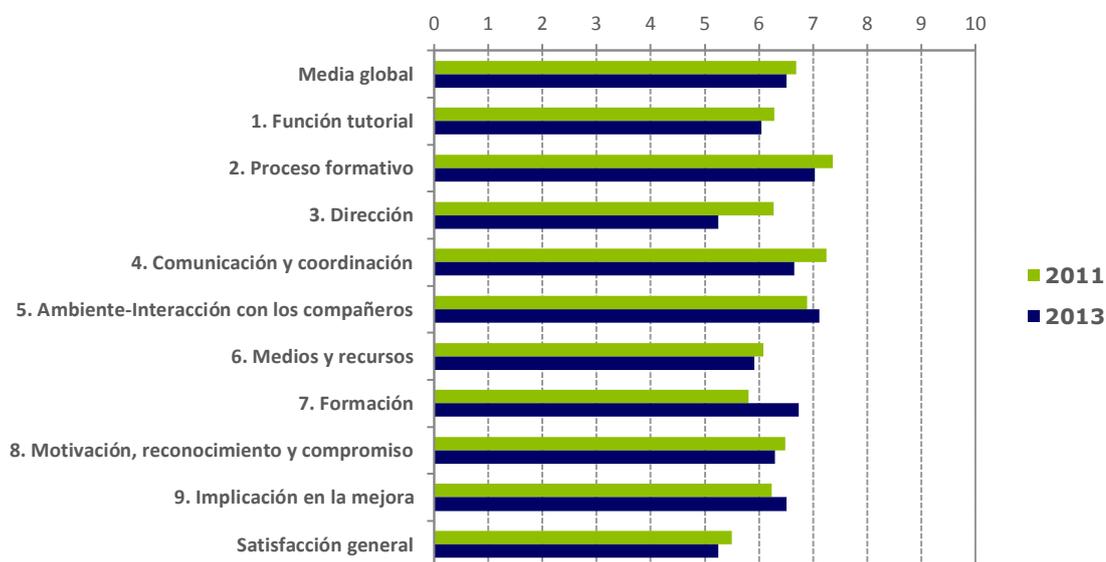
## 5). Otorrinolaringología

Para la especialidad de otorrinolaringología no se consiguió tamaño muestral suficiente en ninguno de los años en los que se llevó a cabo la encuesta de satisfacción de tutores, por lo que no se disponen de datos para esta especialidad (a pesar de que el porcentaje de participación en el año 2011 fue del 60,0%).

## 6). Traumatología y Cirugía Ortopédica

La percepción de satisfacción de los tutores de la especialidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica ha experimentado un descenso en la valoración de todas las dimensiones con excepción de la *Dimensión 5: Ambiente-Interacción con los compañeros*, *Dimensión 7: Formación* y *Dimensión 9: Implicación en la mejora*.

**Gráfico 40: Encuesta Tutores: Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Traumatología y Cirugía Ortopédica en Castilla y León. Años 2011 y 2013.**



En la siguiente tabla, se observa que los tutores de la especialidad de Obstetricia y Ginecología otorgan una mejor valoración media, con respecto a los de Traumatología y Cirugía Ortopédica, en las dimensiones siguientes: *Función tutorial*, *Proceso formativo*, *Dirección*, y *Comunicación y coordinación* en el año 2013; así como en la *Satisfacción general* en los dos años evaluados.

Sin embargo, las diferencias de valoraciones superiores a 1 punto, se producen a favor de Traumatología y Cirugía Ortopédica en las *Dimensión 4: Comunicación y coordinación* en el año 2011, *Dimensión 6: Medios y recursos* en el año 2011 y 2013, y en la *Dimensión 7: Formación* en el año 2013.

La tasa de participación en la encuesta de satisfacción de tutores de la especialidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica ha sido inferior a la de Obstetricia y Ginecología en los dos años de estudio.

**Tabla 25: Encuesta Tutores: Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Traumatología y Cirugía Ortopédica. Años 2011 y 2013.**

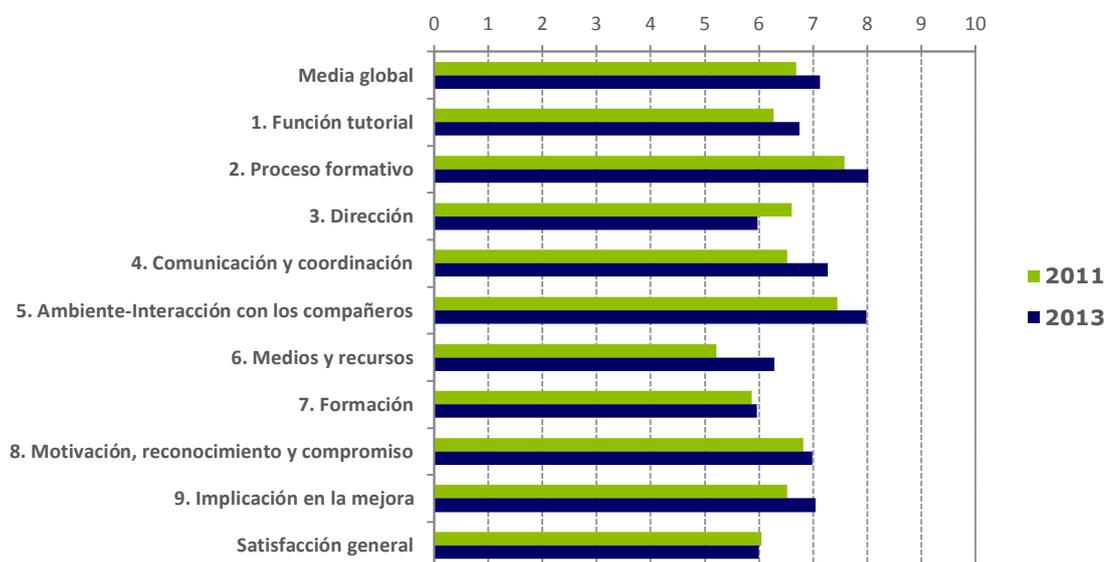
	Año 2011				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Traumatología		Obs./Gine.		Traumatología	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
<i>Dim. 1: Función tutorial</i>	6,10	1,31	6,28	1,64	6,63	2,23	6,04	2,19
<i>Dim. 2: Proceso formativo</i>	6,97	1,31	7,36	1,27	7,18	1,75	7,03	1,46
<i>Dim. 3: Dirección</i>	5,89	1,35	6,27	1,33	5,63	2,10	5,25	2,38
<i>Dim. 4: Comunicación y coordinación</i>	6,21	1,15	7,25	1,41	7,11	1,72	6,65	1,60
<i>Dim. 5: Ambiente-Interacción con los compañeros</i>	6,63	1,22	6,89	1,47	6,58	2,11	7,11	1,70
<i>Dim. 6: Medios y recursos</i>	4,86	1,89	6,08	2,01	4,76	1,91	5,92	2,68
<i>Dim. 7: Formación</i>	5,64	1,71	5,81	2,08	5,18	2,19	6,73	2,03
<i>Dim. 8: Motivación, reconocimiento, compromiso</i>	6,03	1,27	6,49	1,39	6,17	1,55	6,29	1,48
<i>Dim. 9: Implicación en la mejora</i>	6,01	1,28	6,23	1,22	6,18	1,16	6,51	1,80
<b>Satisfacción general</b>	<b>5,98</b>	1,81	5,50	2,30	<b>6,79</b>	1,89	5,25	1,84
<b>% Participación</b>	<b>92,0%</b>		<b>71,4%</b>		<b>43,8%</b>		<b>40,0%</b>	

\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

## 7). Urología

La percepción de satisfacción de los tutores de la especialidad de Urología sigue una tendencia a la mejora en los 2 años evaluados, en todas las dimensiones excepto la *Dimensión 3: Dirección y la Satisfacción general*.

**Gráfico 41: Encuesta Tutores: Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Urología en Castilla y León. Años 2011 y 2013.**



En la siguiente tabla se observa que las valoraciones de los tutores de la especialidad de Urología en todas las dimensiones, son mayores que las de los tutores de la especialidad de Obstetricia y Ginecología con excepción de la *Satisfacción general* en el año 2011. Llegando a ser esta diferencia de valoración superior a 1 punto en el año 2013 para las dimensiones: *Ambiente-Interacción con los compañeros*, y *Medios y recursos*.

La tasa de participación en la encuesta de satisfacción de tutores de la especialidad de Urología ha sido menor que la de Obstetricia y Ginecología en el año 2011, y superior en el año 2013.

**Tabla 26: Encuesta tutores: Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Urología. Años 2011 y 2013**

	Año 2011				Año 2013*			
	Obs./Gine.		Urología		Obs./Gine.		Urología	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
<i>Dim. 1: Función tutorial</i>	6,10	1,31	6,27	1,03	6,63	2,23	6,75	1,45
<i>Dim. 2: Proceso formativo</i>	6,97	1,31	7,58	0,75	7,18	1,75	8,02	1,49
<i>Dim. 3: Dirección</i>	5,89	1,55	6,61	1,51	5,63	2,10	5,97	2,40
<i>Dim. 4: Comunicación y coordinación</i>	6,21	1,15	6,52	1,16	7,11	1,72	7,27	1,54
<i>Dim. 5: Ambiente-Interacción con los compañeros</i>	6,63	1,22	7,45	0,88	6,58	2,11	7,98	1,43
<i>Dim. 6: Medios y recursos</i>	4,86	1,89	5,21	2,05	4,76	1,91	6,28	2,20
<i>Dim. 7: Formación</i>	5,64	1,71	5,87	1,67	5,18	2,19	5,96	2,07
<i>Dim. 8: Motivación, reconocimiento, compromiso</i>	6,03	1,27	6,82	1,19	6,17	1,55	6,98	1,62
<i>Dim. 9: Implicación en la mejora</i>	6,01	1,28	6,52	1,40	6,18	1,16	7,05	1,77
<b>Satisfacción general</b>	5,98	1,81	6,04	1,98	6,79	1,89	6,00	2,28
<b>% Participación</b>	92,0%		80,0%		43,8%		75,0%	

\*Este año se modificó la forma de recoger la información. Es la primera vez que se recogieron las respuestas on-line

#### 6.2.4.- RESULTADOS DE LOS TUTORES DE LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA POR ÍTEM, DETECCIÓN DE LOS ÍTEMS CAUSANTES DE LAS DIMENSIONES MENOS VALORADAS.

Se realizó un test t de Student para comprobar si las puntuaciones dadas por los tutores a las distintas dimensiones (para la especialidad de Obstetricia y Ginecología) podían considerarse iguales entre los dos años de estudio. Dado que en todos los casos los p-valores fueron mayores de 0,05, concluimos que no hay motivos para pensar que las valoraciones medias difieran de un año a otro. Es por ello que se decidió calcular las puntuaciones medias para cada una de las dimensiones independientemente del año y detectar así las dimensiones peor valoradas por los tutores en esta especialidad, con el propósito de descender a los ítems y obtener así información del porqué de las bajas valoraciones.

**Tabla 27:** *Encuesta tutores: Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología, ordenadas de mayor a menor puntuación.*

	Media	D.T.
<b>Dim. 2: Proceso formativo</b>	7,00	1,40
<b>Dim. 5: Ambiente-Interacción con los compañeros</b>	6,60	1,40
<b>Dim. 4: Comunicación y coordinación</b>	6,40	1,30
<b>Dim. 1: Función tutorial</b>	6,20	1,50
<b>Satisfacción general</b>	6,20	1,80
<b>Dim. 8: Motivación, reconocimiento, compromiso</b>	6,10	1,30
<b>Dim. 9: Implicación en la mejora</b>	6,00	1,20
<b>Dim. 3: Dirección</b>	5,80	2,00
<b>Dim. 7: Formación</b>	5,50	1,80
<b>Dim. 6: Medios y recursos</b>	4,80	1,90

Vemos que las dimensiones mejor valoradas fueron la 2: *Proceso formativo* (7,00±1,40) y la 5: *Ambiente- Interacción con los compañeros* (6,60±1,40). Las peores valoradas fueron la *Dimensión 6: Medios y recursos* (4,80±1,90) y la *Dimensión 7: Formación* (5,50±1,80).

A continuación se calculan las puntuaciones medias de los 3 ítems que configuran la Dimensión 6 y de los 4 ítems que configuran la Dimensión 7.

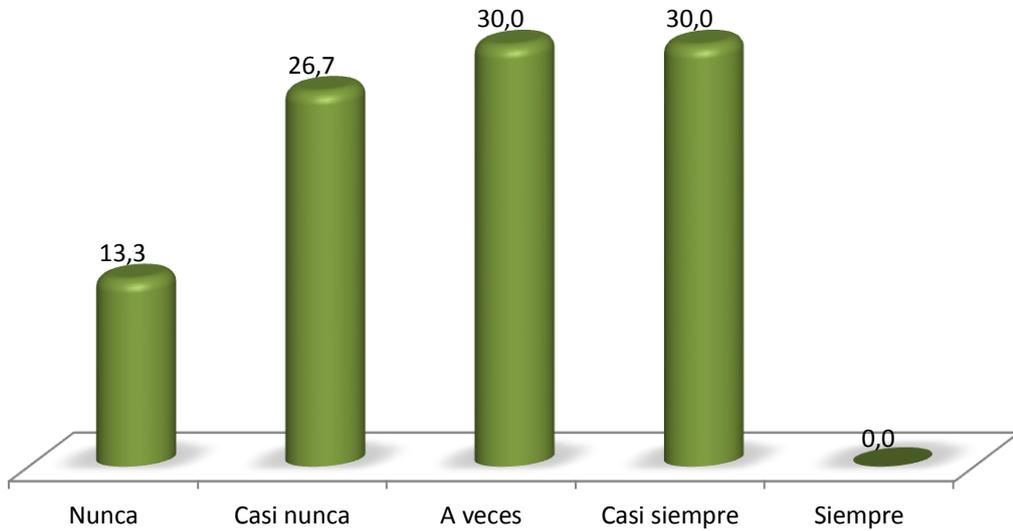
**Tabla 28:** Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 6: Medios y recursos.

	Media	D.T.
<b>Ítem 22: Dispongo de los medios materiales (equipamiento, espacio, recursos informáticos) para ejercer de forma adecuada mi función docente</b>	4,42	2,60
<b>Ítem 34: En mi servicio/equipo/unidad existen los recursos humanos suficientes para atender las actividades docentes (formación especializada, formación de grado y postgrado)</b>	4,75	2,81
<b>Ítem 62: Cuento con las herramientas metodológicas adecuadas (docentes, de evaluación...) para desarrollar la función de tutoría</b>	5,34	1,97

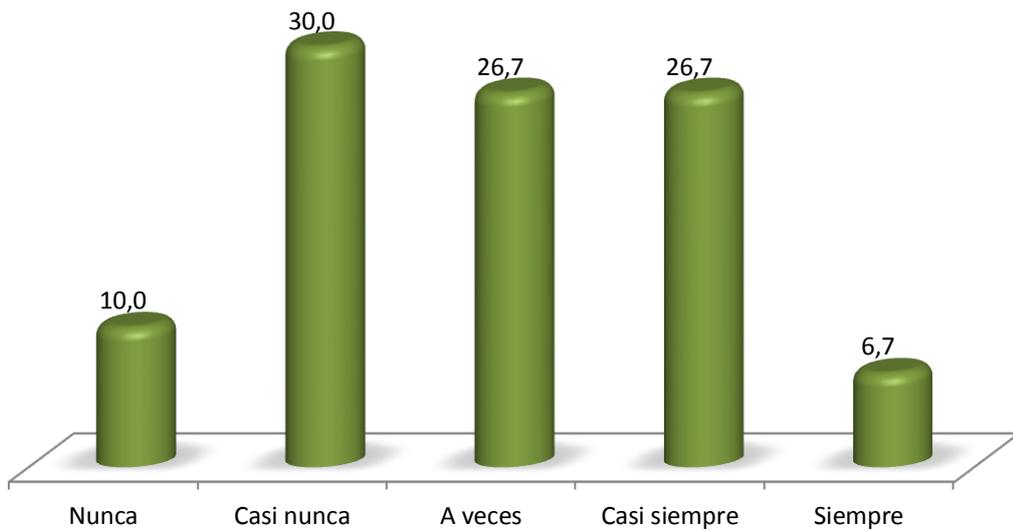
En la tabla anterior se aprecia que los ítems peor valorados, y por lo tanto los causantes de la baja valoración de la Dimensión 6, son el ítem 22: *Dispongo de los medios materiales (equipamiento, espacio, recursos informáticos) para ejercer de forma adecuada mi función docente* (4,42±2,60) y el ítem 34: *En mi servicio/equipo/unidad existen los recursos humanos suficientes para atender las actividades docentes (formación especializada, formación de grado y postgrado)* (4,75±2,81).

En los siguientes gráficos se aprecia que 4 de cada 10 tutores encuestados (40%) declara que nunca o casi nunca dispone de los medios materiales (gráfico 42), ni de recursos humanos suficientes (gráfico 43) para ejercer de forma adecuada la actividad docente.

**Gráfico 42:** Dispongo de los medios materiales (equipamiento, espacio, recursos informáticos) para ejercer de forma adecuada mi función docente, ítem 22 (%)



**Gráfico 43:** En mi servicio/equipo/unidad existen los recursos humanos suficientes para atender las actividades docentes (formación especializada, formación de grado y postgrado), ítem 34 (%)



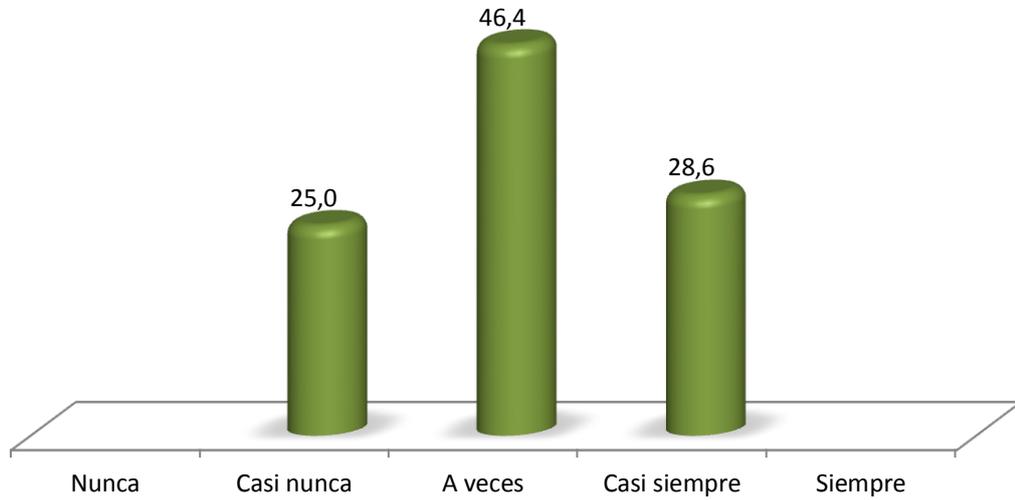
**Tabla 29:** Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 7: Formación.

	Media	D.T.
<b>Ítem 7: El Plan de Formación de tutores recoge la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo como docente</b>	5,09	1,86
<b>Ítem 24: Tengo facilidades para acceder a las actividades de formación sobre temas asistenciales de mi especialidad.</b>	6,08	2,52
<b>Ítem 43: A los nuevos tutores se les proporciona la información adecuada para el desempeño de las funciones docentes.</b>	4,91	2,54
<b>Ítem 65: Tengo facilidad para acceder a la formación continuada específica como docente.</b>	6,17	1,83

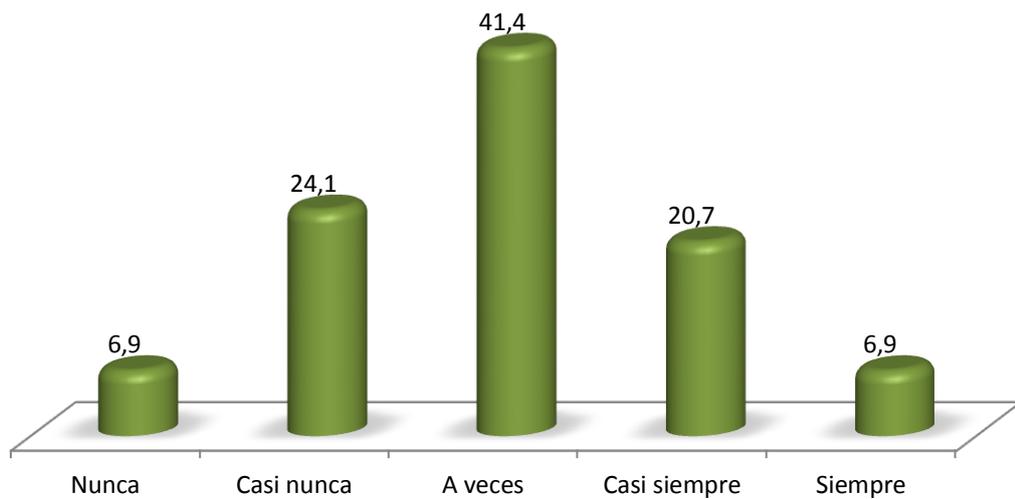
En la tabla anterior se aprecia que los ítems peor valorados, y por lo tanto los causantes de la baja valoración de la Dimensión 7 son, el ítem 7: *El Plan de Formación de tutores recoge la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo como docente* ( $5,09 \pm 2,70$ ), y el ítem 43: *A los nuevos tutores se les proporciona la información adecuada para el desempeño de las funciones docentes* ( $4,91 \pm 2,54$ ).

En los siguientes gráficos se aprecia, por un lado que el 25% de los encuestados opina que el Plan de Formación de tutores casi nunca recoge la formación necesaria para desempeñar correctamente su trabajo como docente, y por otro lado que 3 de cada 10 tutores piensa que nunca o casi nunca se proporciona a los nuevos tutores la información adecuada para el desempeño de las funciones docentes (31%).

**Gráfico 44:** El Plan de Formación de tutores recoge la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo como docente, ítem 7(%)



**Gráfico 45:** A los nuevos tutores se les proporciona la información adecuada para el desempeño de las funciones docentes, ítem 43 (%)



### **6.2.5.- RESULTADOS DE LOS TUTORES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA POR DIMENSIONES COMPARADAS, ÍTEMS CAUSANTES DE LAS DIMENSIONES COMPARATIVAMENTE MENOS VALORADAS.**

---

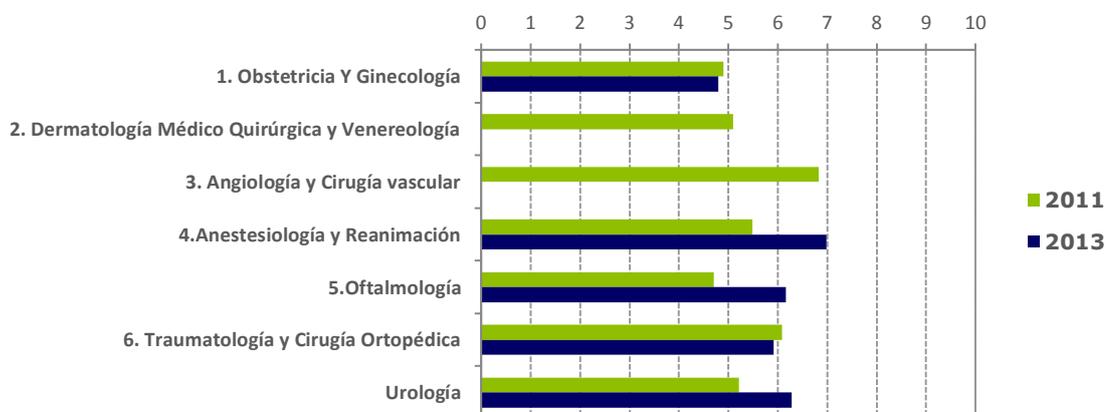
En este apartado se exponen los resultados derivados de analizar las valoraciones medias comparadas por Dimensiones entre las especialidades Médico-Quirúrgicas y la especialidad de Obstetricia y Ginecología.

Se han identificado aquellas dimensiones en que la diferencia de satisfacción es superior a 1 punto en la comparación de cada una de las especialidades Médico-Quirúrgicas con respecto a Obstetricia y Ginecología. Se ha comprobado que esta diferencia de 1 punto en la valoración media, siempre resulta a favor de la especialidad distinta a Obstetricia y Ginecología. Es por ello que se decidió identificar aquellas dimensiones que en la comparativa presentan mayor diferencia de puntuación, con el fin de descender a los ítems y obtener información del porqué de esta diferencia.

Tras revisar los datos contenidos en las tablas 22-26, se objetiva que en el caso de la *Dimensión 6: Medios y Recursos*, en 5 de las 6 especialidades comparadas (todas excepto Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología) la diferencia de valoración es superior a 1 punto respecto a Obstetricia y Ginecología, en al menos uno de los dos años evaluados (los 2 años en Traumatología y Cirugía Ortopédica). Por tanto, esta Dimensión ha resultado como la peor valorada tanto en el análisis de los resultados de la encuesta de la especialidad de Obstetricia y Ginecología (Tabla 27), como en el análisis comparado con otras especialidades Médico-Quirúrgicas (Tablas 22-26).

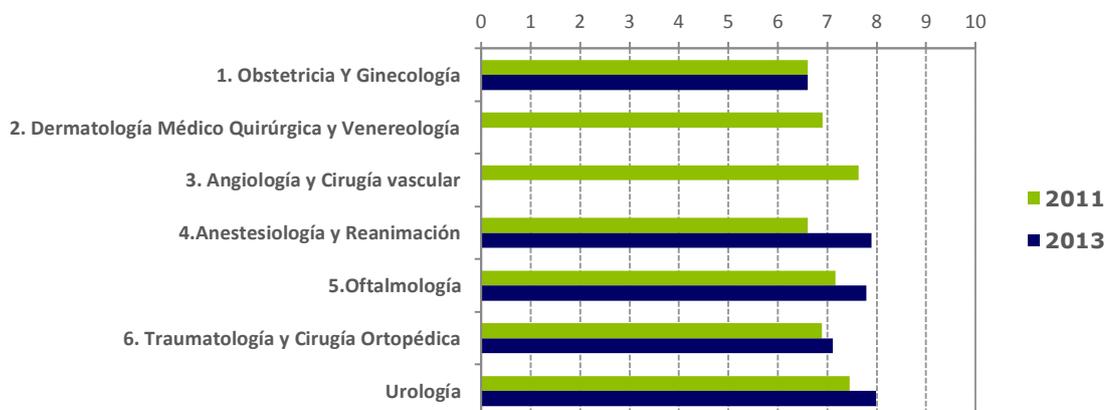
Como ya se reflejó en el anterior apartado los ítems determinantes de la peor valoración de la *Dimensión 6: Medios y Recursos* (tabla 28) son que, 4 de cada 10 tutores encuestados (40%) declara que nunca o casi nunca dispone de los medios materiales (gráfico 42), ni de recursos humanos suficientes (gráfico 43) para ejercer de forma adecuada la actividad docente.

**Gráfico 46:** Valoraciones medias de la Dimensión 6: Medios y Recursos en las especialidades Médico Quirúrgicas en Castilla y León. Años 2011 y 2013.



Respecto a la *Dimensión 5: Ambiente-Interacción con los compañeros*, siendo esta la segunda dimensión mejor valorada en el análisis de los resultados de la especialidad de Obstetricia y Ginecología (Tabla 27), sin embargo en el análisis comparado con otras especialidades Médico-Quirúrgicas se pone de manifiesto que 4 de las 6 especialidades (todas excepto Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, y Traumatología y Cirugía Ortopédica) valoran 1 punto por encima esta dimensión con respecto a Obstetricia y Ginecología en uno de los dos años evaluados.

**Gráfico 47:** Valoraciones medias de la Dimensión 5: Ambiente-Interacción con los compañeros en las especialidades Médico Quirúrgicas en Castilla y León. Años 2011 y 2013.



Esto pone de manifiesto que los resultados de la *Dimensión 5: Ambiente-Interacción* con los compañeros no serían en principio tan positivos para Obstetricia y Ginecología, y por tanto también mejorables.

A continuación se calculan las puntuaciones medias de los 7 ítems que configuran dicha Dimensión:

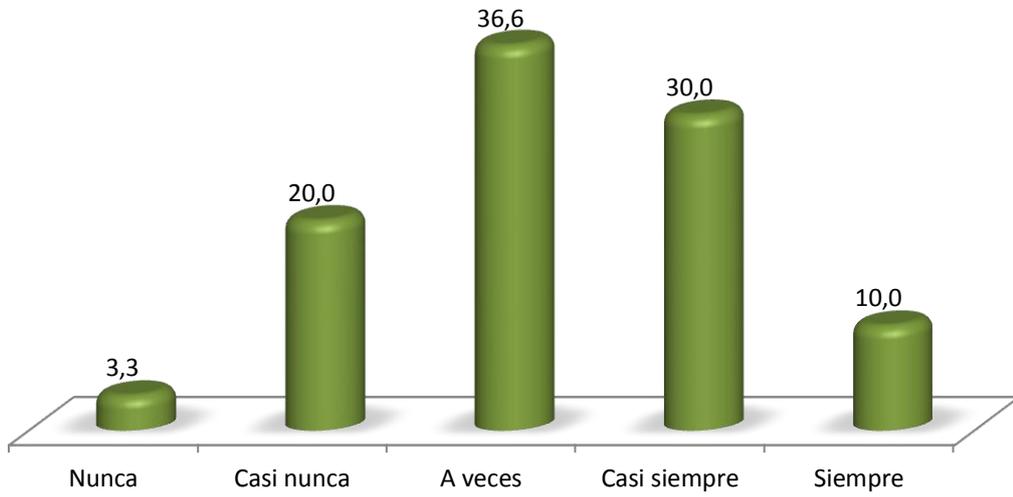
**Tabla 30:** Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 5: Ambiente-Interacción con los compañeros.

	Media	D.T.
<b>Ítem 5: Gestiono adecuadamente el stress que puede generar el desempeño de la labor docente.</b>	6,03	2,06
<b>Ítem 16: Tengo una buena relación profesional con los residentes a mi cargo.</b>	8,67	1,43
<b>Ítem 27: Cuando he necesitado ayuda en la realización de tareas docentes mis compañeros han colaborado conmigo</b>	6,72	2,42
<b>. Ítem 29: En mi servicio/equipo/unidad se fomenta el trabajo en equipo.</b>	6,17	2,34
<b>Ítem 46: Mi labor como docente me permite compatibilizar mi vida laboral y personal.</b>	6,08	3,06
<b>Ítem 55: Me siento integrado en la estructura docente.</b>	7,07	2,32
<b>Ítem 58: El ambiente de trabajo que existe en mi servicio/equipo/unidad es apropiado para la docencia.</b>	<b>5,58</b>	2,52

En la anterior tabla se aprecia que el ítem peor valorados, y por lo tanto causante de la menor valoración comparada de la Dimensión 5, es el ítem 58: *El ambiente de trabajo que existe en mi servicio/equipo/unidad es apropiado para la docencia* (5,58±2,52).

En el gráfico siguiente se aprecia que 2 de cada 10 tutores encuestados opina que nunca o casi nunca (23,3%), y 3 de cada 10 opina que sólo a veces (36,6%) el ambiente de trabajo que existe en su servicio/equipo/unidad es apropiado para la docencia.

**Gráfico 48:** *El ambiente de trabajo que existe en mi servicio/equipo/unidad es apropiado para la docencia, ítem 58 (%).*



# CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN

---



## **7.- DISCUSIÓN**

La formación médica especializada debe seguir adaptándose a los requerimientos y necesidades de la sociedad, así como a las características de las nuevas promociones de residentes por lo que tiene que mantener actualizada la información y opinión suministrada por los diversos agentes implicados.

La identificación de los aspectos causantes de la menor satisfacción del residente y del tutor respecto a la formación especializada en Obstetricia y Ginecología en Castilla y León, ofrece la oportunidad para el desarrollo de acciones coordinadas entre la unidad docente, el centro hospitalario y la Gerencia Regional de Salud que, fijando objetivos y disponiendo sistemas de monitorización de resultados, persigan afianzar las fortalezas y minimizar las debilidades identificadas en el proceso formativo.

La mayoría de los aspectos identificados como responsables de un detrimento en la percepción de satisfacción del residente son subsidiarios de resolución a nivel del centro sanitario o unidad docente: apoyo, seguimiento y supervisión, progresión en la responsabilidad, planificación, entorno facilitador...Y algunos de ellos deberían corregirse en cumplimiento de la legislación vigente.

Respecto a los tutores de Obstetricia y Ginecología, los factores determinantes de una menor percepción de satisfacción son los relativos a la dotación de recursos por parte de las instituciones (materiales, humanos y de formación), y de ambiente de trabajo facilitador de la docencia.

### **7.1.- RESPECTO DE LA TASA DE RESPUESTA**

El porcentaje de participación en la encuesta de satisfacción de los residentes de Obstetricia y Ginecología se encuentra por encima de la tasa de participación para el global de residentes de Castilla y León, y por encima del resto de especialidades Médico-Quirúrgicas, excepto en el año 2013.

En el caso de los tutores de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, la tasa de respuesta a la encuesta de satisfacción fue superior a la del global de tutores de Castilla y León en el año 2011, y ligeramente inferior en el 2013.

En el año 2013, siendo el primero en que la distribución de las encuestas fue vía correo electrónico y la respuesta *on line*, se produjo una reducción generalizada en la tasa de respuesta.

La ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) considera que un 70% sería la tasa mínima de respuesta requerida en este tipo de encuestas para asegurar que la muestra es representativa de la opinión de los residentes y asegurar la confidencialidad de los mismos, especialmente en unidades formativas con pocos residentes (Holt, Miller, Philibert, Heard, & Nasca, 2010).

Por lo tanto, el porcentaje de respuesta a la encuesta de satisfacción de los residentes y los tutores de Obstetricia y Ginecología en Castilla y León (con excepción del año 2103) es adecuada para ser representativa de la opinión de ambos. Además, se trata de una tasa de participación elevada si se compara con los datos publicados a este respecto en estudios basados en encuestas de satisfacción sobre formación postgraduada.

En el caso de los residentes la revisión de la literatura evidencia tasas de respuesta que oscilan entre el 30,0% (Hoonpongsimanont, Murphy, Kim, Nasir, & Compton, 2014; López Timoneda, et al., 2007), 37,0% (Andreu, et al., 2012), 42,9% (Moro, Tejedor, & Zancajo, 2006), 45,8% (Binsaleh, Babaeer, Rabah, & Madbouly, 2015), 47,0% (Rodríguez González, et al., 2000), 60,0% (Gómez-Beneyto, et al., 2011), 60,6% (Gutiérrez-Alcántara, Moreno-Fernández, Palomares-Ortega, García-Manzanares, & Benito-López, 2011), 63,0% (Piessen, et al., 2013), 66,6% (Pijoan, et

al., 2001), 74,9% (Takahashi et al., 2009), 78,0% (Ríos Zambudio, et al., 2004b) y 79,03% (Vázquez Mata, et al., 2011).

En el caso de los tutores las tasas de respuesta son del 65,9% (Gil Latorre & Rivera Casares, 2007), 72,6% (Sistac Ballarín, Gredilla Díaz, & Sáez Fernández, 2012), 73,0% (Galcerá-Tomás, Botella-Martínez, Saura-Llamas, & Navarro-Mateu, 2010), 78,0% (Tutosaus, 2002), 85,0% (Villalonga, et al., 2008) y del 89,0% (Webster & Barker, 2001).

De los estudios referidos en el párrafo anterior, las encuestas fueron distribuidas vía correo electrónico en 7 de ellos (el resto emplearon el correo ordinario o no consta). Respecto a la tasa de respuesta en los estudios con distribución vía mail de las encuestas, en 4 de ellos fue similar a las obtenidas para Obstetricia y Ginecología en el año 2013, 30,0% (López Timoneda, et al., 2007), 30,0% (Hoonpongsimanont, et al., 2014), 37,0% (Andreu, et al., 2012) y 45,8% (Binsaleh, et al., 2015); sin embargo los otros 3 consiguieron tasas de participación más aceptables del 63,0% (Piessen, et al., 2013), 74,9% (Takahashi, et al., 2009) y 78,0% (Ríos Zambudio, et al., 2004b).

A pesar del notable descenso generalizado de la tasa de respuesta a la encuesta de satisfacción en Castilla y León en su primer año de distribución por correo electrónico, posiblemente atribuible a fallos de gestión del método, no se puede descartar esta vía que está en consonancia con la tendencia actual a la universalización del uso de los medios digitales para la difusión de información, con la cual, especialmente los residentes se encuentran totalmente familiarizados. Para mejorar las tasas de participación con la distribución de la encuesta mediante correo electrónico, sobre todo en los primeros años, se pueden adoptar medidas propuestas por algunos autores, como remitir una carta a los responsables docentes o nominal a los residentes y tutores para informarles de la nueva vía de distribución y cumplimentación de la encuesta animándoles a la participación (Takahashi, et al., 2009), y enviar hasta tres recordatorios de cumplimentación de la encuesta mediante correo electrónico, tras la distribución de la misma (Piessen, et al., 2013).

Otra explicación, aunque poco plausible, al descenso de la tasa de respondedores en el año 2013 pudiera ser la pérdida de interés de los residentes (y simultáneamente de los tutores) por responder a la encuesta de satisfacción, al considerar que no deriva en

mejoras. Sin embargo, esta pérdida de interés se daría en todas las especialidades independientemente del grado de satisfacción y de la progresión de la misma a lo largo de los años encuestados, lo cual lo hace improbable.

La participación en las encuestas de satisfacción de los residentes y tutores de Obstetricia y Ginecología en particular, y de todos los residentes y tutores de Castilla y León en general, es voluntaria y anónima. Hay autores (Ayala-Morillas et al., 2014) que han propuesto la obligatoriedad de la cumplimentación de las encuestas con el fin de aumentar la participación, citando a los residentes de cada servicio a través de la Comisión de Docencia, para la realización de la encuesta un mismo día. La tasa de respuesta del mencionado estudio fue del 66,5%, 78,4%, 73,4% y 81,6% respectivamente en los cuatro años evaluados. Sin embargo, estas tasas de participación están lejanas al 100% y no son muy distintas de las conseguidas en el año 2011 y 2012 en la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Por otro lado, en el contexto de una formación de adultos, para más razonable tratar de inducir a los residentes a una participación voluntaria así como contar con la voluntariedad de los tutores, con el convencimiento de que la respuesta a las encuestas supone una implicación en la mejora de su propia formación así como de la labor docente, y que la lectura de ellas obtenida supondrá cambios reales orientados a esa mejora. Además, el hecho de que todos los partícipes de la misma especialidad realicen la encuesta en el mismo día, puede crear dudas acerca del anonimato que es fundamental garantizar en el proceso.

Finalmente, a partir de este último estudio es obligado volver a incidir en la alta tasa de residentes de Obstetricia y Ginecología que voluntariamente responden a las encuestas de satisfacción en la formación, y lo mismo podría afirmarse de los tutores, lo que debería derivarse en una implicación real en la mejora por parte de las instituciones y responsables docentes a todos los niveles.

## **7.2.- PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE RESIDENTES Y TUTORES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA RESPECTO AL GLOBAL DE CASTILLA Y LEÓN.**

➤ Aunque, en la *comparativa de los resultados de satisfacción de los residentes de la especialidad de Obstetricia y Ginecología con el resto de residentes de la Comunidad* las valoraciones medias están ligeramente por debajo en Obstetricia y Ginecología, sin embargo, cabe destacar que en ninguno de los dos casos los gráficos de progresión a lo largo de los años estudiados muestran una clara tendencia a la mejora en las percepciones de satisfacción respecto de la formación recibida.

No obstante, la tendencia se muestra mucho más lineal en el conjunto de Castilla y León que en la especialidad de Obstetricia y Ginecología que presenta oscilaciones notables entre años sin una progresión clara. Estas variaciones entre años no resultaron sin embargo, estadísticamente significativas.

Es decir, en el conjunto de Castilla y León, desde la implantación de la encuesta de satisfacción al conjunto de residentes formados en su ámbito, no se ha evidenciado una progresión clara hacia la mejora que sería el objetivo último del Plan de Gestión de Calidad Docente.

El análisis de progresión de la satisfacción en la formación realizado en este trabajo de investigación, introduce un elemento diferencial con respecto al resto de estudios publicados basados en encuestas de satisfacción, que se centran en evaluar el grado de satisfacción o sus factores determinantes pero no tienen en cuenta la progresión de la misma a lo largo del tiempo.

Es obligatorio recordar que el RD 183/2008<sup>51</sup> y Decreto 75/2009<sup>52</sup> establecen la necesidad de una evaluación sistemática de la calidad en la formación de especialistas

---

<sup>51</sup> REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *BOE* num.45, de 21 de febrero de 2008.

médicos mediante la realización de encuestas anuales de satisfacción a residentes. La Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud, comunicará los resultados de dichas encuestas al órgano de dirección correspondiente quien lo trasladará a la Comisión de Docencia y colaborará con esta en el proceso de mejora continua. Por tanto, la legislación define un objetivo claro y específico que es la inversión de los resultados obtenidos a partir de dichas encuestas en medidas concretas de mejora, e identifica a unos responsables de este proceso.

La falta de progresión hacia la mejora evidenciada en este estudio, obliga a un esfuerzo aún mayor por parte de todos los responsables de la docencia de especialistas médicos, para que los resultados de dichas encuestas se inviertan en medidas que redunden en una mayor satisfacción docente y laboral, que inevitablemente repercutirán en la mejora de la calidad asistencial a los pacientes que es el fin último.

En el caso de la especialidad de Obstetricia y Ginecología las fluctuaciones en la satisfacción en los distintos años evaluados sin una tendencia clara, podrían interpretarse como una cierta inestabilidad en los programas o planes formativos con adaptaciones temporales a circunstancias que condicionarían la satisfacción del residente. Así, el hecho de que los residentes, además de discentes, sean también proveedores de asistencia sanitaria les hace más vulnerables a estas variaciones circunstanciales condicionadas por la demanda asistencial, de este modo, tareas, responsabilidades y supervisión pueden cambiar súbitamente en función de la rotación que estén llevando a cabo, el facultativo al que estén asignados o el tipo de guardias que realicen. Igualmente influyentes son los condicionantes personales, motivaciones o capacidades de cada individuo que confirma la necesidad de un plan docente individualizado.

Es decir, a partir del programa docente de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, cada unidad docente debe diseñar su Itinerario Formativo Tipo aplicable a todos los residentes de dicha unidad docente, así como un Plan Individual de Formación adaptado a las circunstancias particulares de cada residente en concreto. Este itinerario formativo debe ser coherente, con objetivos de formación alcanzables y realistas, y estos

---

<sup>52</sup> 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* num.202, de 21 de noviembre de 2009.

deben ser conocidos por el residente antes de cada rotación. Así mismo, se deben establecer protocolos que definan tareas y responsabilidades en función del año de residencia. Tanto el Itinerario Formativo como la supervisión y la definición de responsabilidades deberían respetarse independientemente de la carga asistencial de la unidad docente.

➤ Respecto a la *comparativa de los resultados de satisfacción de los tutores de la especialidad de Obstetricia y Ginecología con el resto de tutores de la Comunidad*, podemos decir que no se encuentran grandes diferencias entre los dos grupos, aunque las valoraciones medias en Obstetricia y Ginecología sean ligeramente menores o iguales a las de las del global de la Comunidad, excepto en la *Función tutorial*, la *Formación* y la *Satisfacción general*.

Sin embargo, es llamativo que siendo la *Dimensión 7: Formación* la segunda peor valorada por los tutores de Obstetricia y Ginecología, su valoración, aun así, sea superior a la del conjunto de tutores en Castilla y León. Lo cual, incide en el hecho de que la *Formación* de los tutores, bajo su percepción, es un aspecto mejorable en el global de la Comunidad.

Es igualmente destacable, que la opinión de los tutores de Obstetricia y Ginecología respecto a los *Medios y recursos* disponibles para la docencia, es más deficitaria que la del global de la Comunidad en los dos años evaluados, siendo la valoración hasta 1 punto menor en el año 2013. No obstante, estos dos aspectos (*Formación* de tutores y *Medios y recursos*) se profundizarán más adelante.

El análisis de progresión de la percepción de satisfacción de los tutores tanto de Obstetricia y Ginecología como del global de la Comunidad, está limitado por el hecho de que sólo se dispone de los datos correspondientes a dos años de encuesta, y la tasa de participación en el año 2013 no es suficiente como para considerarla representativa de la opinión de los tutores. Por tanto, no se pueden extraer resultados concluyentes a este respecto.

### **7.3.- PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DEL RESIDENTE DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, FACTORES DETERMINANTES.**

Una vez descartada la significación estadística de las diferencias de valoración entre años de las distintas dimensiones evaluadas, el análisis de los resultados de **la encuesta de satisfacción de los residentes para la especialidad de Obstetricia y Ginecología ha permitido identificar como dimensiones peor valoradas, la Evaluación y reconocimiento y la Planificación del trabajo.**

#### **✓ Evaluación y reconocimiento**

Son varios los autores que identifican la percepción del residente de falta de reconocimiento de su trabajo como un factor determinante de insatisfacción y predisponente para el *burnout*, incluso por encima de otros factores cuantitativos (Ballesteros , Fontcuberta, & García González, 2003; Belloch, et al., 2000; Rodríguez Sanz, 2006).

A este respecto, la causa de mayor insatisfacción en nuestro estudio es que 4 de cada 10 residentes (42,3%) afirman que *nunca o casi nunca “hablan con su tutor sobre los progresos alcanzados en el proceso formativo”*.

Este resultado es similar al obtenido en otros estudios publicados sobre satisfacción en la formación de residentes, en los que el *feedback* formativo tutor-residente aun siendo identificado como uno de los factores determinantes de satisfacción en la formación aparece, sin embargo, como uno de los aspectos peor valorados (Romero-Sánchez, et al., 2012; Saaq & Khaleeq uz, 2013). No obstante, dentro de las funciones del tutor contenidas en el Decreto 75/2009, está la de “*orientar al residente durante todo el periodo formativo estableciendo un sistema de seguimiento periódico continuado y estructurado*” así como “*valorar el progreso competencial del especialista en formación*”.

La insatisfacción identificada en nuestro estudio en relación a este aspecto, incide en la importancia que el residente otorga al interés mostrado por sus tutores y docentes respecto a su formación y sus progresos, así como la seguridad que

probablemente le confiere el saber que adquiere de forma adecuada los conocimientos necesarios para el futuro desarrollo autónomo de la especialidad, y que de no ser así se le facilitarán las herramientas para corregirlo. Porque no hay que olvidar, que el primero y más interesado en finalizar la residencia con el máximo de aprendizaje acumulado en todos los ámbitos es el propio residente, puesto que este aprendizaje constituye los cimientos para su futuro trabajo como médico especialista en Obstetricia y Ginecología. El sentirse apoyado, supervisado, guiado y valorado en este camino favorece y estimula el autoaprendizaje, reduce el estrés y mejora la motivación, y en consecuencia la satisfacción respecto al periodo de formación como Médico Interno Residente.

Factores de comunicación como la empatía, el entusiasmo, la actitud estimuladora, la accesibilidad, el *feedback* y la fluidez de la relación entre tutor y residente, han sido mencionados tanto por los tutores como por los residentes como características que debe reunir un buen tutor (P. Boendermaker, et al., 2000; Masunaga & Hitchcock, 2010; McLean, 2001b; Saura, 2005; J. Saura Llamas, 2007; Schultz, et al., 2004). La capacidad de ser un buen comunicador así como mantener una buena relación y disposición para ayudar a los residentes son consideradas más importantes que otros aspectos técnicos. En el meta-análisis llevado a cabo por Veloski et al. (2006) relativo a la influencia del *feedback* sobre la actuación clínica, se evidenciaron efectos positivos en el 74% de los estudios empleando sólo *feedback* y en el 77% cuando se combinaba con otra intervención docente.

Por otro lado, la evaluación que ha de realizar el tutor no implica solamente una evaluación sumativa como parte final del proceso formativo, sino que supone la necesidad de una evaluación formativa orientada a comprobar el grado de adquisición de conocimientos y habilidades y el cumplimiento de los objetivos docentes, que permita detectar problemas de aprendizaje y promover áreas de mejora. Es así como la evaluación puede constituir un instrumento de mejora en los programas de formación de residentes, tanto en el proceso como en el resultado.

En la evaluación formativa, lo verdaderamente importante es el *feedback* producido sobre el aprendiz. Es por ello que, algunos autores inciden en el valor de la Tutorización Activa Continua (TAC) como metodología consistente en el desarrollo de entrevistas semiestructuradas donde se valoran los progresos, las deficiencias y los problemas organizativos (Martín-Zurro, et al., 2004; Sant-Arderiu, et al., 2005). De este

modo, el tutor participando en todo el proceso de aprendizaje del residente puede analizar su evolución e introducir medidas de mejora. No obstante, supone un esfuerzo de este para adaptar la planificación de actividades a los resultados.

Otros instrumentos propuestos para la evaluación formativa serían las sesiones de análisis competencial (Ezquerro, et al., 2004) y la observación de la práctica en el lugar de trabajo, WPBA (Josep Casanova & Xavier Soria, 2012; Norcini & Burch, 2007).

### ✓ **Planificación del trabajo**

Respecto a la *Planificación del trabajo*, las cuestiones con peor valoración y por tanto más determinantes de la insatisfacción de los residentes de Obstetricia y Ginecología resultantes en nuestro estudio son, por un lado que 3 de cada 10 encuestados (31,7%) afirman que *nunca o casi nunca "mi opinión es tomada en cuenta cuando hay que tomar decisiones relacionadas con la organización del trabajo"*, y esto ocurre sólo *a veces* para el 46,9%. Por otro lado, el 33,7% de los encuestados respondió *siempre o casi siempre* y el 41,8% *a veces*, a la pregunta *"tengo la sensación de falta de tiempo para desarrollar mi trabajo como me gustaría"*.

Respecto al primer punto, *"mi opinión es tomada en cuenta cuando hay que tomar decisiones relacionadas con la organización del trabajo"*, implicar al discente en la planificación del currículo y de los métodos docentes así como involucrarle en el diagnóstico de sus propias necesidades de aprendizaje constituye una de las bases de la educación del adulto.

Aunque la legislación no lo recoge específicamente, es importante que el tutor implique al residente en el diseño de los Itinerarios Formativos, entre otras razones porque una de las hipótesis contempladas para explicar la satisfacción de los residentes acerca de su formación es que puede estar vinculada a la discrepancia entre lo que ellos piensan respecto a qué deben saber hacer, y lo que opinan quienes organizan el programa (Agrest et al., 2002). Hay autores, que implican como causa de mayor peso en la desmotivación del residente, aspectos cualitativos como la valoración de su trabajo o

la aceptación de sus posturas y comentarios, más que el número de guardias o pacientes atendidos (Belloch, et al., 2000; Rodríguez Sanz, 2006). Por otro lado, la percepción del residente de control sobre la organización de su trabajo mejora los parámetros de estrés (Sundquist & Johansson, 2000).

Son escasos los estudios que evalúan la participación de los residentes en la planificación de su trabajo, no obstante, el estudio de Cohen (2005) también mostró un 27% de residentes canadienses que consideraban que no tenían opinión respecto a lo que sucedía en su periodo de residencia.

La sección de Obstetricia y Ginecología de la UEMS (*European Union of Medical Specialists*) así como la EBCOG (*European Board of Obstetrics and Gynecology*) en sus recomendaciones para la formación postgraduada en Obstetricia y Ginecología recoge entre sus principios la necesidad de elaborar de forma conjunta un plan de formación para cada rotación, con la participación del coordinador del programa de formación en el departamento, el tutor y el residente (EBCOG, 2005).

Es necesario el esfuerzo y la implicación de todas las personas partícipes de la estructura docente para planificar coherentemente y de modo racional las rotaciones, las guardias, los cursos y las actividades docentes, teniendo en cuenta la opinión del residente e involucrándole en la planificación de su actividad asistencial. Para ello, es necesario establecer un clima de aprendizaje efectivo en el que el residente se sienta cómodo y seguro expresando sus opiniones.

Sería recomendable concretar y definir de modo oficial el grado y las vías de participación del residente en el diseño de su plan de trabajo y formación, más allá de generalizaciones o la voluntad de las partes implicadas.

Así mismo, dentro del Plan de Gestión de Calidad Docente (PGCD), contenido en la ORDEN SAN/702/2010<sup>53</sup>, además de considerar la información derivada de los resultados de las encuestas de opinión de satisfacción de formación del residente, podría ser deseable involucrarle mediante la participación e implicación directa en el diseño de estrategias de mejora.

---

<sup>53</sup> 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 Castilla y León. *BOCYL* num. 104, de 2 de junio de 2010.

Respecto al segundo punto, *“tengo la sensación de falta de tiempo para desarrollar mi trabajo como me gustaría”*, siendo la residencia un periodo lleno de oportunidades de aprendizaje en el que el residente debe entrenarse en el estrés para poder afrontar situaciones difíciles y de alta exigencia, este planteamiento puede distorsionarse y utilizarse para justificar organizaciones y procedimientos de trabajo contrarios al sistema de formación.

La afirmación anterior no hace referencia a la carga de trabajo aisladamente sino a la percepción del residente de la calidad del trabajo realizado, que se ha identificado como uno de los factores más determinantes de la satisfacción global del residente respecto a su formación (Cannon et al., 2008). Un trabajo intenso puede facilitar la adquisición de competencias y es valorado positivamente por el residente, siempre y cuando perciba que la seguridad del paciente y un grado adecuado de responsabilidad y autonomía estén garantizados (Oristrell, et al., 2014).

Los resultados del estudio presentado, son similares a los del estudio publicado por Andreu (2012), llevado a cabo por la Comisión Nacional de Reumatología donde el 34,6% de residentes afirmaron que el tiempo disponible para realizar las tareas de la rutina diaria es insuficiente, y el 47,6% consideraba excesiva la responsabilidad en relación al grado de conocimientos

Son varios los estudios publicados que muestran como factor asociado a la satisfacción o insatisfacción de los residentes en su formación, disponer de tiempo adecuado para realizar las tareas encomendadas (Ayala-Morillas, et al., 2014; Philibert, 2012; Ríos, Sánchez Gascón, Martínez Large, & Guerrero, 2006), siendo además la sobrecarga de trabajo uno de los factores determinante de estrés durante el periodo de residencia (J. Cohen & S. Patten, 2005; Schneider, et al., 2002) y de una peor valoración de la calidad formativa recibida (Haferbecker, Fakeye, Medina, & Fieldston, 2013; Rodríguez González, et al., 2000). Aunque los hospitales con más pacientes pueden ofrecer más casos para el aprendizaje clínico, la sobrecarga asistencial puede sin embargo, restar tiempo y calidad a las oportunidades de docencia. Por otro lado, un trabajo excesivo aumenta la posibilidad de una atención médica deficiente, creando en el residente la percepción de que la formación que está recibiendo no es adecuada.

Son varios los estudios que asocian el estrés, la ansiedad y la insatisfacción de los residentes con un aumento de los errores médicos (Jagsi et al., 2005; West et al., 2006). Elevadas cargas de trabajo asociadas a una insuficiente supervisión, provocan un estrés continuado que puede llegar a desembocar en un síndrome de *burnout* o desgaste profesional. El estudio de Shanafelt (2002) demuestra que los propios residentes afectados de *burnout* informaban de prácticas subóptimas en el cuidado de los pacientes. Son varios los estudios que han explorado las causas de *burnout* durante el periodo de residencia, identificando entre ellas la falta de control sobre el tiempo para el trabajo así como la falta de planificación o la organización del trabajo (J. Cohen & S. Patten, 2005; Nyssen, Hansez, & Baele, 2003). La prevalencia de *burnout* en una revisión de la literatura se sitúa entre un 47% y un 70% en residentes de especialidades quirúrgicas (McCray, Cronholm, Bogner, Gallo, & Neill, 2008) y un 75% en Obstetricia y Ginecología (Martini, Arfken, Churchill, & Balon, 2004).

Por tanto, es importante una adecuada planificación del trabajo del residente buscando el equilibrio entre actividad docente y actividad clínica asistencial, que se llevará a cabo con adecuada supervisión y una asunción de responsabilidades acorde al año de residencia. Es necesario que las instituciones hospitalarias respeten la situación del residente como personal en formación, y respeten su itinerario formativo con independencia de la presión asistencial. Además, es necesario definir mecanismos por los que los residentes que se sientan sobrepasados por el trabajo puedan comunicarlo sin sentir miedo o intimidación (Holt, Miller, Philibert, et al., 2010), y que los programas formativos dispongan de medios de detección y apoyo para residentes con *burnout* (Ishak et al., 2009).

En este sentido, la utilización de protocolos de actuación permite reducir la variabilidad en la práctica clínica, aplicar tratamientos más costo efectivo y mejorar la autoconfianza de los residentes (Grimshaw & Russell, 1993; Helwig, Bower, Wolff, & Guse, 1998; Marconi & Nager, 2010). Si además se incorporan de forma informatizada para consulta rápida, su aceptabilidad y utilización mejora (Sobrino López, 2001).

La percepción de sobrecarga de trabajo puede estar también asociada con la introducción de nuevos programas informáticos para uso en la práctica clínica diaria, que requieren una curva de aprendizaje y disminuyen la sensación de eficiencia en el trabajo y en el aprendizaje clínico (Haferbecker, et al., 2013). También en el mismo

sentido puede repercutir el exceso de trabajo burocrático (Davenport, Henderson, Hogan, Mentzer, & Zwischenberger, 2008).

**En la comparativa realizada entre los resultados de las encuestas de satisfacción de los residentes de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, y los de las restantes especialidades Médico-Quirúrgicas se identifican otras dos dimensiones, *Tutor-Formador* y *Ambiente de trabajo*, que obtendrían menor puntuación en la comparación, y por tanto serían causantes de una menor percepción de satisfacción de los residentes de Obstetricia y Ginecología.** Estos resultados justifican la comparación que se ha llevado a cabo entre especialidades Médico-Quirúrgicas, puesto que permite identificar aquellas dimensiones que siendo favorablemente valoradas dentro de la especialidad de Obstetricia y Ginecología (las dos mejor puntuadas), sin embargo, no se encuentran al nivel de valoración de otras especialidades con itinerarios formativos similares dentro de la Comunidad, y esto deriva en una necesidad de mejora también en estos aspectos.

#### ✓ **Tutor-Formador**

Respecto al *Tutor-Formador* los aspectos peor valorados son, “*Me entrevisto con mi tutor para valorar el cumplimiento de los objetivos docentes durante la rotación*”, y “*Mi tutor informa al resto de profesionales sobre el grado de responsabilidad que yo puedo asumir*”.

De modo que en nuestros resultados, casi 4 de cada 10 encuestados (36%) declara que nunca o casi nunca *se entrevista con su tutor para valorar el cumplimiento de los objetivos docentes*.

En este sentido, conviene recordar, que la entrevista periódica y estructurada es una exigencia formal del Real Decreto 183/2008 y del Decreto 75/2009 que establecen como función del tutor “*realizar entrevistas periódicas, estructuradas y pactadas con los residentes asignados, en un número no inferior a cuatro por año*”. Igualmente queda recogido por la *World Federation of Medical Education* (WFME, 2004), en sus estándares de calidad que se debe dar un *feedback* constructivo sobre la actuación del residente de forma regular y estructurada, y planificar conjuntamente la estrategia docente que garantice los cambios necesarios para mejorar el desarrollo de las competencias.

La ausencia o escasez de entrevistas estructuradas en la formación de especialistas médicos y la importancia de las mismas, se evidencia en la literatura como reflejo de la opinión de tutores (Cobo-Reinoso, 2009), así como de tutores y residentes (Philibert, 2012; Romero-Sánchez, et al., 2012). De tal modo que, las cifras publicadas en los estudios presentados por otros autores muestran un 33% (Gómez-Carrasco & País-Roldán, 2012), un 45% (Saaq & Khaleeq uz, 2013) y un 52,4% (Andreu, et al., 2012) de residentes encuestados que respondieron que no existían reuniones periódicas y estructuradas con el tutor. Cifras por tanto bastante similares a las obtenidas en nuestro estudio.

Son varias las explicaciones que podrían darse a la ausencia o escasez de *feedback*:

1).- En primer lugar, el fallo a la hora de obtener la información que lo sustente (Ende, 1983). Es decir, es necesario tener en cuenta que las competencias a desarrollar deben ser previamente conocidas y pactadas por docente y discente, los datos sobre los que se desarrolle el *feedback* deben ser obtenidos de primera mano, las correcciones se han de realizar sobre decisiones o acciones más que intenciones o interpretaciones, y se deben evaluar actuaciones concretas y no generalizaciones.

En este sentido son varios los autores que apoyan el uso del portafolio docente como guía de la formación del residente y para subsanar este déficit de información objetiva sobre la que centrar el *feedback* (Casado Vicente, 2006; Josep Casanova & Xavier Soria, 2012; Casanova, Soria, Borrego, De argila, et al., 2011; José Saura Llamas et al., 2013), afirmando además que el uso del portafolio tiene un impacto positivo sobre la formación global del residente (Mathers, Challis, Howe, & Field, 1999; Snadden & Thomas, 1998). El portafolio es un instrumento ideal de interacción entre tutor y residentes puesto que potencia el aprendizaje reflexivo, registra lo que realmente hace el residente, no lo que sabe hacer y suele ser bien aceptado ya que evita la sensación de estar siendo examinado (JM Casanova & X Soria, 2012).

El libro del residente propuesto por la Comisión Nacional de Obstetricia y Ginecología se adapta al nuevo programa de la especialidad, aprobado por el Ministerio

de Sanidad y Política Social<sup>54</sup> y se estructura en 2 partes, siendo una de ellas un portafolio semiestructurado concebido como una herramienta de ayuda a residentes, tutores y responsables de programas, con fines exclusivamente formativos basado principalmente en la reflexión gracias a la cual se identifiquen las áreas de progreso y los objetivos aún no alcanzados. El portafolio semiestructurado combina dos tipos de contenidos: actividades y documentación preestablecida que el residente debe recoger para alcanzar las competencias (obligatorias), así como tareas y documentos escogidos por el residente que son de su especial interés, a partir de unos objetivos predeterminados (optativos). El contenido de este modelo de portafolio, propuesto para la Especialidad de Ginecología y Obstetricia ha sido publicado en 2010 y se encuentra disponible en la página web de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)<sup>55</sup>.

No obstante, el portafolio puede presentar problemas en su instauración porque consume tiempo del residente y del tutor, lo que hace que no siempre sea bien aceptado. Por tanto, para facilitar su implantación es necesario un diseño adecuado, un fuerte apoyo organizativo por parte de los miembros del servicio, y un completo conocimiento por parte del tutor de los objetivos del mismo así como su compromiso de realizar entrevistas con el residente de forma regular.

Además, son varias las Unidades Docentes que proponen el uso de portafolios en formato digital con el que se obviaría la dificultad de almacenar gran cantidad de papeles (Casado Vicente, 2006; Casanova, Soria, Borrego, De argila, et al., 2011; Casanova, Soria, Borrego, De Argila, et al., 2011; Dornan, Carroll, & Parboosingh, 2002; Duque, et al., 2006; Kjaer, et al., 2006).

Otras vías de obtención de información sobre la que basar la reflexión conjunta de tutor y residente sobre los progresos formativos, pueden ser el *audit*, es decir la valoración retrospectiva de la práctica asistencial a partir de historias clínicas confeccionadas por el residente, las videograbaciones de actuaciones del residente en consulta o en quirófano con previo consentimiento del paciente, o la observación en el lugar de trabajo (WPBA, *Work-Placed Based Assessment*). En todos los casos, se deben

---

<sup>54</sup> 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* num.129, de 28 de mayo de 2009.

<sup>55</sup> Libro del residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Portafolio docente. [acceso: 02.03.2015]. Disponible en: [www.SEGO.es/sección/residentes/?s=material#content](http://www.SEGO.es/sección/residentes/?s=material#content),

haber fijado previamente unos estándares de actuación sobre los que posteriormente se harán las correcciones al residente. Además, algunos autores proponen una dedicación diaria de tutor y residente de una hora para revisar los incidentes críticos observados y la metodología de aprendizaje (Casanova et al., 2011)

2).- En segundo lugar, experiencias previas con *feedback* erróneamente conducidos, en los que no se tuvieron en cuenta las técnicas para limitar la respuesta emocional a las correcciones, pueden inhibir a la hora de dar o recibir *feedback* e incluso deteriorar la relación tutor-residente. Para subsanar estos errores es importante la formación de los tutores en metodología docente incluyendo guías propuestas para ofrecer *feedback* de forma adecuada, teniendo en cuenta que debe ser esperado y mutuamente concertado, con un número regulado de sesiones, desarrollado en un ambiente relajado no jerárquico, limitado a aspectos que son modificables, con lenguaje descriptivo y no evaluativo, y que cuando se base en datos subjetivos estos sean reconocidos como tales (Ende, 1983; García del Barrio, et al., 2011). Igualmente deben tenerse en cuenta los beneficios del *feedback* positivo en el que huyendo del halago, se utilizará un lenguaje que permita conocer que el trabajo se ha realizado correctamente.

Por los mismos motivos, es importante la instrucción de los tutores de residentes en los principios de la formación de adultos basada en la confianza y respeto mutuo, con un *feedback* frecuente sobre su aprendizaje (Kaufman, 2003). La formación de adultos persigue que los discentes sean más reflexivos y autónomos en su propio proceso de aprendizaje (Fornells, et al., 2008), permitiéndoles conocer los objetivos que serán pactados, los métodos para alcanzarlos, y autoevaluar la consecución de los objetivos propuestos, contando para ello con la ayuda y apoyo de los tutores que actuarán como soporte en su aprendizaje (Murray, 2002).

Por otro lado, otro causante de la insatisfacción del residente identificado en nuestro estudio es que según su percepción es bastante frecuente que ***el tutor no informe al resto de profesionales sobre el grado de responsabilidad que puede asumir*** (27,8%). No obstante, esta es una de las funciones del tutor recogidas en el Real Decreto 183/2008 y en el Real Decreto 75/2009 (Artículo 21.1c) 1.): “*Impartir las instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad asumible de los residentes a su cargo, al*

*resto de los profesionales que participen en su proceso formativo, según la valoración individual del proceso de adquisición de competencias”.*

En la progresión individual del Médico Residente a lo largo del periodo de residencia es fundamental adecuar la supervisión del médico facultativo a su nivel de experiencia o inexperiencia. Los residentes valoran la supervisión como una fortaleza de su proceso formativo si existe un balance adecuado entre la supervisión y la autonomía, y como una debilidad cuando esta es ausente o insuficiente especialmente en el caso de los residentes de menor año (Philibert, 2012). No obstante, incluso los residentes con mayor experiencia y que demandan más autonomía y posibilidades de dar supervisión, aprecian el poder sentirse cómodos solicitando ayuda si la requieren.

El estudio de Castelo-Branco (2007) encontró como único factor laboral asociado al *burnout* en residentes de Obstetricia y Ginecología la sobrecarga de pacientes en las consultas, que sólo resultó significativa en caso de ausencia de supervisión por el médico facultativo.

El estudio de Andreu (2012) refleja que casi la mitad de los residentes encuestados considera excesivo el nivel de responsabilidad exigido en relación a sus conocimientos.

La mayoría de los estudios que comparan los resultados en el cuidado de pacientes por médicos residentes y por médicos facultativos, concluyen que se presta con la misma calidad y es igual de seguro cuando los residentes son adecuadamente supervisados (Van der Leeuw, Lombarts, Arah, & Heineman, 2012). La adecuada supervisión se señala como una de las partes más importantes del periodo formativo de residencia. En la revisión sistemática realizada por Farnan (2012) la mejora en la supervisión del residente se asoció no sólo a una mejora en los resultados de salud del paciente, sino también a una mejora de los resultados docentes.

Es necesario por tanto, como establece el Decreto 75/2009 que las Comisiones de Docencia elaboren protocolos de actuación para graduar la supervisión de las actividades del residente, y que el tutor se responsabilice de la comunicación y aplicación de los mismos por todo el personal implicado en su docencia. La aplicación de dichos protocolos, especialmente durante las guardias ya se ha vislumbrado eficaz en otros estudios (Ayala-Morillas, et al., 2014; Cobo-Reinoso, 2009). Por lo tanto, cada

unidad docente o dispositivo asistencial debe definir las tareas y responsabilidades del residente, y sobre todo establecer los procedimientos que garanticen la supervisión, más allá de que sea solicitada.

### ✓ **Ambiente de trabajo**

Respecto al *Ambiente de trabajo* los ítems peor valorados, y por tanto causantes de la menor satisfacción comparada del residente, son: “*La dirección del servicio /unidad /equipo se interesa por el bienestar de los residentes*”, y “*Se fomenta un trato igualitario entre todos los profesionales*”.

Son varios los estudios que concluyen que la buena relación con los compañeros del equipo y el buen ambiente en el lugar de trabajo son importantes factores de satisfacción y protegen del desgaste (Sobrequés et al., 2003). El estudio de Ortwein (2014), identifica como elementos más valorados por los residentes para definir las buenas condiciones de trabajo, médicos de *staff* apreciados y un buen clima de trabajo interprofesional e interdisciplinar.

Esto es especialmente relevante en especialidades pluridisciplinares, como la de Obstetricia y Ginecología en las que el trabajo en equipo, la capacidad de liderazgo, la buena comunicación y el manejo de destrezas adquieren una especial relevancia. No obstante, dada la estructura jerárquica de las Unidades Docentes, no es infrecuente la aparición de conflictos en las relaciones interpersonales.

De este modo, en nuestro estudio, el 27% de los residentes encuestados opina que nunca o casi nunca “*La dirección del servicio /unidad /equipo se interesa por el bienestar de los residentes*”.

El estudio de Ayala Morillas (2014) encuentra resultados similares al nuestro, identificando como variable asociada a la satisfacción de los residentes la percepción de la implicación del jefe de servicio, del tutor y de los adjuntos. Incluso, en otros estudios se identifica a los compañeros de residencia y a los directores del programa como los primeros a los que recurriría el residente en caso de problemas emocionales o psíquicos (J. Cohen & S. Patten, 2005).

El estudio de Davenport (2008) identifica como factor más fuertemente relacionado con la satisfacción de los residentes de especialidades quirúrgicas la percepción de una alta calidad en el cuidado de los pacientes, y en este sentido la existencia de un director de programa, así como médicos de *staff* facilitadores de un trabajo eficiente y eficaz influyeron más en la satisfacción del residente que las guardias, las actividades de docencia o la fatiga.

Así, el *distress* moral aparece cuando uno sabe lo que tiene que hacer para una correcta actuación pero las limitaciones institucionales lo hacen prácticamente imposible. Los jefes de servicio como máximos responsables del funcionamiento en cada Unidad de Obstetricia y Ginecología, deben velar por el cumplimiento de las responsabilidades éticas exigibles a las instituciones sanitarias respecto a los residentes y también respecto a los tutores y los pacientes, de modo que están en la obligación de facilitar un ambiente de trabajo que estimule e incremente la competencia profesional así como minimizar los riesgos de la curva de aprendizaje. Igualmente supone una obligación de las instituciones que las restricciones o recortes económicos no supongan una merma de las posibilidades de docencia de los residentes o un incremento desproporcionado en la asunción de responsabilidades por parte de estos (ACOG, 2011).

Por otro lado, según los resultados de nuestro estudio, 2 de cada 10 residentes considera que nunca o casi nunca ***“Se fomenta un trato igualitario entre todos los profesionales”***.

Numerosos estudios muestran la importancia que el residente atribuye al papel del tutor como modelo de conducta en su relación con los pacientes y con otros profesionales, así como respecto a la capacidad de trabajo en equipo y a la empatía (P. M. Boendermaker, et al., 2003; Harden & Crosby, 2000; Martín Zurro, 2003; Schultz, et al., 2004; Tutosaus, 2003). De ello se puede deducir que el mismo requerimiento sea trasladado a los responsables de las unidades docentes, jefes de servicio y directores de los programas formativos, a los que se deben exigir actitudes de trato respetuoso e igualitario, libre de prejuicios y prebendas. En el campo de la ética, no sólo la transmisión de conocimientos teóricos es importante sino también la puesta en práctica habitual de los mismos por todo el personal médico docente que actuará como modelo.

Por tanto, las instituciones sanitarias tienen el deber de proteger a los residentes de comportamientos no profesionales o poco éticos de clínicos y docentes.

*Actitudes apropiadas y valores éticos son resultados deseables en la educación médica, pero ¿cómo podemos medir a los responsables de engendrarlos si no preguntamos a los estudiantes? (WFME, 1994).*

#### **7.4.- PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DEL TUTOR DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, FACTORES DETERMINANTES.**

Una vez descartada la significación estadística de las diferencias de valoración entre años de las distintas dimensiones evaluadas, el análisis de los resultados de **la encuesta de satisfacción de los tutores para la especialidad de Obstetricia y Ginecología ha permitido identificar como dimensiones peor valoradas, los Medios y Recursos, y la Formación.**

##### **✓ Medios y recursos**

Respecto a los *Medios y recursos*, los ítems resultantes con peor valoración en nuestro estudio y por tanto, los causantes de la baja valoración de los tutores de Obstetricia y Ginecología son, por un lado que 4 de cada 10 tutores encuestados declara que *nunca o casi nunca “dispone de los medios materiales (equipamiento, espacio, recursos materiales) para ejercer de forma adecuada su función docente”,* y por otro lado que 4 de cada 10 encuestados afirman que *nunca o casi nunca “en su servicio/equipo/unidad existen los recursos humanos suficientes para atender las actividades docentes (formación especializada, formación de grado y postgrado)”*.

Ambos aspectos se encuentran recogidos en la legislación, de modo que según dispone el Real Decreto 75/2009 “*por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la comunidad de Castilla y León*”, es función de las Comisiones de Docencia proponer a los correspondientes órganos de dirección, la dotación de los medios materiales y personales necesarios para el adecuado desarrollo de las funciones de las propias comisiones de docencia y de los tutores. Y es

función del tutor de residentes gestionar los recursos humanos y materiales necesarios para el desarrollo del programa formativo.

En relación al primer punto, *“dispongo de los medios materiales (equipamiento, espacio, recursos materiales) para ejercer de forma adecuada mi función docente”*, al igual que en nuestros resultados, otros estudios muestran que la falta de recursos materiales es más percibida por los tutores que por los residentes (Romero-Sánchez, et al., 2012). No obstante, alguno identifica carencias respecto a recursos básicos como son la posibilidad de acceso a una biblioteca, hemeroteca e internet, o la adecuación de los despachos para afrontar una situación de riesgo (Gómez-Beneyto, et al., 2011).

En el contexto de la educación del adulto (Ricarte-Díez & Martínez-Carretero, 2008) y de la educación centrada en el discente, también se reclama la necesidad de dotar de recursos materiales necesarios para el desarrollo de un rol que la AMEE define como uno de los 12 roles de los docentes en educación médica, el rol de desarrollador o proveedor de recursos docentes (Harden & Crosby, 2000). Por otro lado, los sistemas electrónicos se imponen como soporte de evaluación formativa y sumativa (portafolio digital) y en el desarrollo de guías y protocolos de actuación clínica (Sobrino López, 2001).

Más aún, en la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología la práctica quirúrgica es esencial para el desarrollo de competencias así como un número mínimo de intervenciones diagnósticas complejas para alcanzar los estándares de calidad. Los médicos residentes deben aprender estas nuevas habilidades y técnicas de manera congruente con las obligaciones éticas de beneficiar al paciente, no causarle daño y respetar su derecho a ser informado y decidir acerca de su salud.

La revisión bibliográfica realizada por Van der Leeuw (2012), entre los años 2004 y 2011, concluye que para optimizar el periodo de formación quirúrgica del residente y asegurar los buenos resultados en la práctica clínica es necesaria una adecuada supervisión (especialmente de los residentes con menor experiencia), una adecuada selección de pacientes, práctica quirúrgica y tiempo operatorio adicional.

En este sentido, los avances continuos de la tecnología han permitido un incremento de los métodos de entrenamiento en escenarios virtuales así como el desarrollo de modelos para el aprendizaje de técnicas invasivas. Especialmente en el

campo de la endoscopia, el diseño de simuladores para histeroscopia y laparoscopia han permitido una mejora del entrenamiento de los residentes (ACOG, 2007b). Tanto la AGCME (Swing, 2007), como varios autores en la literatura recomiendan el uso de estos modelos y simuladores de realidad virtual (Garrido San Juan, 2006; Ko, Escarce, Baker, Sharp, & Guarino, 2005), y lo mismo podría decirse de la práctica operatoria en modelos animales, lo que haría necesario una revisión y rediseño de los programas de entrenamiento quirúrgico (Saaq & Khaleeq uz, 2013).

El aprendizaje con simuladores es un requisito en muchos países, especialmente países de habla inglesa y del norte de Europa. Y ha demostrado que acorta la curva de aprendizaje del entrenamiento quirúrgico manteniendo los niveles de seguridad y calidad asistencial (Gurusamy, Aggarwal, Palanivelu, & Davidson, 2009; Reznick & MacRae, 2006). Sin embargo, esta modalidad requiere una elevada inversión económica y la disponibilidad de supervisores cualificados del entrenamiento, pero una docencia MIR de calidad requiere recursos materiales.

Por otro lado, la percepción de satisfacción de los tutores de Obstetricia y Ginecología al respecto de los recursos materiales disponibles, es hasta un punto inferior en comparación con el global de tutores de la Comunidad y en comparación con 5 de las 6 especialidades Médico-Quirúrgicas evaluadas, en al menos 1 de los 2 años encuestados. En este sentido, podría resultar beneficioso que la propuesta de recursos materiales necesarios y los disponibles quedasen especificados en el programa formativo de cada Unidad Docente para permitir una valoración más objetiva de dichas carencias.

En algunos foros, se ha propuesto la apertura en los presupuestos sanitarios de un apartado específico destinado a la docencia, para dotación de medios técnicos, recursos materiales y actividades de soporte educacional; Y también como forma indirecta de reconocimiento de la labor de los tutores (J. A. Álvarez Sánchez, et al., 2003; Howard, 1999).

En relación al segundo punto, ***“en mi servicio/equipo/unidad existen los recursos humanos suficientes para atender las actividades docentes (formación especializada, formación de grado y postgrado)”***, el Real Decreto 183/2008, especifica

en el artículo 11.3 que el tutor, que salvo causa justificada o situaciones específicas, será el mismo durante todo el proceso formativo, tendrá asignado hasta un máximo de 5 residentes. Y el Real Decreto 75/2009, en el artículo 8.8 define dentro de las funciones de la Comisión de Docencia, establecer los criterios generales de asignación a los especialistas en formación, de los tutores de apoyo y colaboradores docentes del centro o unidad.

También es importante adecuar el número de tutores a las necesidades formativas de la Unidad Docente para que en respeto de la legislación, dichas funciones no suplan o mermen su actividad asistencial. El tiempo mínimo del que según la legislación deben disponer los tutores para la actividad docente es de un 5% de su tiempo de trabajo, que estará contemplado dentro del plan de trabajo del correspondiente servicio, y especificado en su propuesta de proyecto docente. Sin embargo, este tiempo puede verse incrementado si concurren en la misma persona varias figuras docentes (Real Decreto 75/2009, Artículo 24.2)<sup>2</sup>.

No obstante, más allá del 5% (de mínimo) establecido por la legislación en la Comunidad de Castilla y León es frecuente la reclamación generalizada de los tutores de un aumento del tiempo asignado para las funciones de tutoría (Moran, Urkaregi, Martínez, & Pijoan, 2005; Ricarte-Díez & Martínez-Carretero, 2008), e incluso algunos lo proponen como forma de reconocimiento a su labor docente (Asesoras, 2004). También es frecuente la solicitud por parte de los tutores de la reducción del número del residentes por tutor (J. A. Álvarez Sánchez, et al., 2003); así como, la designación de personal administrativo específicamente adscrito a la docencia a tiempo completo (AREDA, 2006).

Teniendo en cuenta que (tal y como se ha desarrollado a lo largo del marco legislativo y teórico) en el tutor confluyen labores de docencia, guía, supervisión, gestión, evaluación y coordinación de las actividades del residente; y teniendo en cuenta la propuesta cada vez más activa del desarrollo de planes individualizados de formación, así como del uso de portafolios digitales y metodologías docentes específicas, parece obligado tomar en consideración la reclamación que los tutores de Obstetricia y Ginecología reflejan en esta encuesta de satisfacción respecto a la insuficiente dotación de recursos materiales y humanos para un óptimo desarrollo del programa formativo de la especialidad.

La WFME (2004) en su informe sobre estándares de calidad en la formación médica de postgrado, establece que la proporción entre el número de formadores reconocidos y el número de residentes debería garantizar una interacción personal y cercana, y un seguimiento del residente. La política del sistema debe especificar el balance del personal formador entre funciones educativas, de servicio y otras funciones.

Por tanto, para cada Unidad Docente, en base a sus requerimientos y características, se debería determinar el número adecuado de tutores de residentes, y concretar el tiempo específicamente disponible para sus funciones docentes, con respeto de los mínimos definidos en la legislación vigente; siendo recomendable que quede reflejado en el proyecto docente de la unidad.

### ✓ **Formación**

En relación a la *Formación*, los aspectos resultantes con peor valoración en nuestro estudio y por tanto, los causantes de la baja valoración de los tutores de Obstetricia y Ginecología son que el 25% de los tutores encuestados opinan que casi nunca ***“El Plan de Formación de Tutores recoge la formación necesaria para desempeñar correctamente su trabajo como docente”***, y que 3 de cada 10 tutores consideran que ***“A los nuevos tutores no se les proporciona la información adecuada para el desempeño de sus funciones”***.

Tanto la formación del personal implicado en la formación especializada como la atención al personal de nueva incorporación en la estructura docente, son aspectos recogidos dentro del Plan Marco de Gestión de la Calidad Docente diseñado sobre las bases de la Orden/SAN/702/2010, *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*<sup>56</sup>.

Dentro del PMGCD, el *Proceso* denominado “Formación del personal implicado en la formación especializada” (ver ANEXO IV: PS-01-01), tiene como objeto capacitar a todo el personal sanitario implicado en la formación especializada del centro docente

---

<sup>56</sup> 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 num.104, de 2 de junio de 2010.

para el desarrollo de sus tareas a través de la formación necesaria. Para ello se identificarán unas necesidades de formación, se desarrolla un catálogo de formación de tutores y se define un programa anual de formación para el personal implicado en formación especializada. La formación se desarrolla a través de la plataforma FOSA, con apoyo de la base de datos de formación especializada (FESP). El responsable del proceso es el Jefe de estudios, con la colaboración del responsable de Calidad e investigación en docencia, Tutores coordinadores y el área de Formación Continuada. Uno de los indicadores de calidad definidos para este proceso, es “% de necesidades de formación en docencia satisfechas”.

Por otro lado, el *Proceso* denominado “*Atención al personal de nueva incorporación en la estructura docente*” (ver ANEXO IV, PS-01-02), tiene por objeto informarles del funcionamiento de la formación especializada en el centro y del plan de gestión del mismo, detectando además las necesidades formativas. El responsable de dicho *Proceso* es el presidente de la Comisión de Docencia, con la colaboración del Gerente, Jefe de estudios y del Tutor coordinador. El indicador de calidad definido para este proceso es el “Grado de satisfacción de acogida en el centro y documentación asociada”.

A la vista de los resultados del trabajo presentado, pudiera ser recomendable una revisión de estos dos aspectos dentro del PMGCD siendo necesario identificar los déficits en formación manifestados por los tutores en la encuesta. No obstante, los resultados son limitados porque la normativa en relación al PMGCD entra en vigor en el año 2010, y respecto a los tutores únicamente se dispone de los datos correspondientes a las encuestas del año 2011 y 2013 (este último con un baja tasa de respuesta).

Considerando el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, en cuyo contenido no sólo se habla de adquisición de conocimientos sino también de habilidades y actitudes, y en base a algunas de las causas de insatisfacción detectadas en los residentes (*feedback* con el tutor, entrevista estructurada, participación en la planificación), puede hacerse necesaria la formación de los tutores en metodología docente y formación de adultos, aspectos para los que como profesionales sanitarios no han sido previamente formados.

La importancia y necesidad de formación de los tutores de residentes en metodología docente, promoción del aprendizaje y liderazgo, ha sido puesta en relieve

por los propios tutores (Josep Casanova & Xavier Soria, 2012; Galcerá-Tomás, et al., 2010; Martín Zurro, 2003; Morán, et al., 2005; Romero-Sánchez, et al., 2012; Sistac Ballarín, et al., 2012; Tutosaus, 2002), por la legislación<sup>57</sup> y las sociedades científicas (WFME, 2004) y por los propios discentes, quienes identifican como atributo clave de los tutores en su rol como modelo, las habilidades docentes además de los conocimientos y habilidades clínicas, y los atributos personales (Burgess, Oates, & Goulston, 2015; Passi et al., 2013).

A este respecto, las propuestas en la literatura son la realización de un curso certificativo de nivel inicial para nuevos tutores (Howard, 1999), programas de entrenamiento interactivo simulado para tutores (Piek et al., 2015; Unterman, Achiron, Gat, Tavor, & Ziv, 2014) y el establecimiento de un tiempo mensual/anual específico para la propia formación (Webster & Barker, 2001).

Por otro lado, en la **comparativa realizada entre los resultados de las encuestas de satisfacción de los tutores de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, y los de las restantes especialidades Médico-Quirúrgicas se identifican dos dimensiones, Medios y Recursos y Ambiente-interacción con los compañeros**, que obtienen menor puntuación en la comparación.

Respecto a la *Dimensión 6: Medios y Recursos*, que ya se ha comentado anteriormente, incidir en el hecho de que no sólo es la dimensión peor valorada en la encuesta de satisfacción de los tutores de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, sino que además esta valoración es 1 punto inferior a la otorgada por el global de tutores de la Comunidad en el año 2013, y 1 punto por debajo de la evaluación obtenida en 5 de las 6 especialidades Médico-Quirúrgicas comparadas en al menos 1 de los dos años evaluados.

Respecto a la *Dimensión 5: Ambiente-Interacción con los compañeros*, siendo la segunda dimensión mejor valorada en la encuesta de satisfacción de tutores de Obstetricia y Ginecología, no se encuentran al nivel de valoración de otras especialidades con itinerarios formativos similares dentro de la Comunidad, y esto deriva en una necesidad de mejora también en este aspecto.

---

<sup>57</sup> Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. BOE num.128, de 29 de mayo de 2003

✓ **Ambiente-interacción con los compañeros**

El ítem peor puntuado en esta dimensión, y por tanto más determinante de la menor valoración comparada de la *Dimensión 5: Ambiente-Interacción con los compañeros* es que 2 de cada 10 tutores encuestados opina que *nunca o casi nunca* (23,3%), y 3 de cada 10 opina que sólo *a veces* (36,6%) **“el ambiente de trabajo que existe en su servicio/equipo/unidad es apropiado para la docencia”**.

La legislación establece que toda la estructura sanitaria debe estar en disposición de ser utilizada en formación graduada, postgraduada y continua<sup>58</sup>, en este sentido todos los miembros de la Unidad Docente deben asumir un papel activo en la facilitación de un ambiente positivo para la docencia de residentes. No obstante, el ambiente docente no sólo se construye a través de la interacción del residente con los otros profesionales de la salud, sino que está influenciado por acuerdos institucionales y factores externos (carga y presión de trabajo, colaboración de los pacientes, etc.).

Así, en el estudio de Piek et al. (2015) los aspectos identificados por los especialistas en formación como determinantes de la calidad del ambiente para la formación son: supervisión, asesoramiento y evaluación, *feedback*, trabajo en equipo, relación profesional entre especialistas, actitud hacia los residentes, formación estructurada, papel de los tutores, y oportunidades para la práctica clínica.

En lo relativo a la práctica clínica los pacientes constituyen un elemento determinante, de modo que el estudio de Macallan (2013) ha puesto en relieve la importancia que los discentes confieren a la participación de los pacientes en los procesos de aprendizaje. En el estudio de Cannon et al. (2008), el ambiente docente se identificó como el aspecto más determinante de la satisfacción de los residentes, y la calidad de la asistencia sanitaria prestada el ítem más influyente. Por tanto, es importante transmitir confianza y seguridad a los pacientes respecto al sistema elegido en España para la formación de médicos especialistas, y conseguir su implicación en esta cultura docente donde la presencia de residentes obliga a un mejor cumplimiento de la formación continuada de los especialistas, lo que redundará en beneficio de los propios pacientes (Garrido San Juan, 2006).

---

<sup>58</sup> Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. BOE num.128, de 29 de mayo de 2003

El ambiente de trabajo adecuado para la docencia depende también en gran medida de la responsabilidad y confianza mutua del Jefe de la Unidad, el tutor y los residentes. No obstante es importante que el tutor dependa funcionalmente de la Comisión de Docencia y que exista un programa pactado entre el Jefe de Servicio, el tutor y la Comisión de Docencia (J. A. Álvarez Sánchez, et al., 2003).

Desde el punto de vista de las instituciones, la obligación de proveer un adecuado ambiente de trabajo para la docencia implica favorecer y facilitar la actividad formativa de los tutores docentes en cuanto a la propia formación, proporcionar medios técnicos y soporte administrativo adecuado para la docencia, disponibilidad de tiempo suficiente para la docencia y justo reconocimiento. Del mismo modo es importante facilitar el desarrollo de su labor sin supeditación a las jefaturas de servicio, y con libertad e independencia para denunciar los fallos formativos y las mejoras necesarias en la unidad docente. También presupone asegurar que los residentes tienen un horario de trabajo razonable, que existe un balance adecuado entre la educación médica y las responsabilidades asumidas en el cuidado de pacientes, así como una retribución económica razonable (ACOG, 2011).

Es deseable que los hospitales acreditados para la docencia postgraduada se conviertan en comunidades motivadas para el aprendizaje y la docencia, con actitud abierta a la autocrítica y a la formación continuada. En las instituciones que consiguen esta especial motivación, todos los participantes de la estructura docente se consideran involucrados en la docencia y en el aprendizaje, convencidos de que la formación de los residentes es parte integral de la actividad asistencial y de que la formación postgraduada resulta claramente rentable para la calidad global del servicio.



## CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES

---



## 8.1.- CONCLUSIONES

1) La **tasa de respuesta de los residentes y tutores de Obstetricia y Ginecología** a la encuesta de satisfacción, en general, cumple los estándares para ser representativa de su opinión, y es **superior a la del global de residentes y tutores de Castilla y León**.

2) Los **residentes y tutores de Obstetricia y Ginecología** en Castilla y León **muestran interés por la mejora** de su proceso formativo, basándonos en la tasa de respuesta a la encuesta y en la voluntariedad de la misma.

3) El descenso de la tasa de respuesta en el primer año de distribución de la **encuesta vía correo electrónico**, afecta al global de residentes y tutores de Castilla y León y puede atribuirse a **fallos en la gestión del método**.

4) Parece adecuado **mantener la voluntariedad de la encuesta de satisfacción en la formación sanitaria especializada** en un contexto de educación del adulto.

5) Desde la implantación de la encuesta de satisfacción al conjunto de residentes formados en el ámbito de Castilla y León, **no se ha evidenciado una tendencia global a la mejora**. Tampoco en la especialidad de Obstetricia y Ginecología.

Los aspectos que en el estudio han resultado **determinantes de la menor percepción de satisfacción del residente de Obstetricia y Ginecología** son:

6) Los residentes perciben como deficitario el **feedback tutor-residente** sobre su proceso formativo.

7) Una parte importante de residentes opina que la **consideración de su opinión acerca de la organización del trabajo** es escasa o nula.

8) Es frecuente la percepción de **falta de tiempo para desarrollar el trabajo** como al residente le gustaría.

9) Una parte importante de residentes considera que las **entrevistas estructuradas con el tutor** para valorar el cumplimiento de los objetivos docentes, son deficitarias o incluso inexistentes.

10) Es frecuente que los residentes consideren inadecuada o escasa la **información que el tutor da** al resto de profesionales **sobre el grado de responsabilidad** que puede asumir.

11) El **interés de la dirección del servicio/unidad/equipo** por el bienestar de los residentes, frecuentemente es percibido como deficitario o ausente.

12) Una parte importante de residentes percibe **desigualdad en el trato entre profesionales**.

Los aspectos que en el estudio han resultado **determinantes de la menor percepción de satisfacción del tutor de Obstetricia y Ginecología** son:

13) Una parte importante de tutores considera que los **medios materiales disponibles (equipamiento, espacio, y recursos materiales)** son **insuficientes** para el adecuado desarrollo de su función docente.

14) Una proporción importante de tutores de residentes de Obstetricia y Ginecología considera que **los recursos humanos disponibles** en su unidad para atender las necesidades docentes **son insuficientes**.

15) Una cuarta parte de los tutores encuestados considera que el **Plan de Formación de Tutores**, contemplado en el Plan Marco de Gestión de Calidad Docente, **no incluye la formación necesaria** para el correcto desempeño de la función docente.

16) Una parte importante de tutores opina que **los nuevos tutores no reciben información adecuada** para el desempeño de sus funciones docentes.

17) Es frecuente que los tutores perciban el **ambiente de trabajo** en su servicio/equipo/unidad como **inapropiado para la docencia**.

## 8.2.- PROPUESTAS

A partir de las conclusiones obtenidas del análisis de los resultados de las encuestas de opinión y satisfacción, del residente y del tutor, sobre la formación en la especialidad de Obstetricia y Ginecología en el ámbito de Castilla y León, se identifican aspectos concretos cuya mejora debería conducir a un incremento de dicha satisfacción.

En este apartado se plasman propuestas para la mejora de dichos aspectos, desarrollada en la discusión y mayoritariamente basada en la literatura.

---

### Tasa de respuesta a la encuesta *on line*

---

- Informar mediante carta nominal a los partícipes de la nueva vía de distribución y cumplimentación *on line* de la encuesta de satisfacción.
  - Enviar varios recordatorios mediante correo electrónico, tras la distribución de la encuesta, incidiendo en la importancia de la misma.
- 

---

### Tendencia lineal a la mejora de la satisfacción del Residente

---

- Diseñar, cada unidad docente su Itinerario Formativo Tipo aplicable a todos los residentes de dicha unidad, así como un Plan Individual de Formación adaptado a las circunstancias particulares de cada residente.
  - Respetar el Itinerario Formativo Tipo independientemente de la carga asistencial.
-

### **Feedback Tutor -Residente**

- Mejorar la fluidez de la relación tutor-residente potenciando factores de comunicación como la empatía, el entusiasmo, la actitud estimuladora, la accesibilidad y el *feedback*.
  - Formación específica de los tutores en metodología de *feedback*.
  - Formación de los tutores en técnicas de evaluación formativa como la Tutorización Activa Continua, o las Sesiones de Análisis Competencial.
- 

### **Participación del residente en la organización del trabajo**

- Definir los mecanismos para implicar al residente en el diseño del Itinerario Formativo.
  - Fomentar un clima de aprendizaje efectivo en el que el residente se sienta cómodo y seguro expresando sus opiniones.
  - Establecer las vías para la participación directa del residente en el diseño de las estrategias de mejora dentro del PMGCD
- 

### **Sobrecarga de trabajo del residente**

- Adecuar la planificación del trabajo del residente buscando el equilibrio entre actividad docente y actividad clínica asistencial.
  - Vigilar el respeto de las instituciones hospitalarias y las unidades docentes por la situación del residente como personal en formación.
  - Definir mecanismos por los que el residente con *burnout* pueda comunicarlo sin miedo o intimidación.
  - Disponer medios de detección y apoyo para residentes con *burnout*.
  - Elaboración por cada Unidad Docente de protocolos de actuación clínica que reduzcan la variabilidad en la asistencia clínica y mejoren la autoconfianza del residente.
  - Respetar la curva de aprendizaje en la introducción de nuevos programas informáticos y minimizar los efectos del exceso de trabajo burocrático
-

### Entrevista estructurada con el tutor

- Formación de los tutores de residentes en metodología docente incluyendo guías para ofrecer *feedback* de forma adecuada.
  - Formación de los tutores de residentes en los principios de la formación de adultos.
  - Uso del portafolio docente como fuente objetiva de información sobre la que basar la entrevista estructurada.
  - Facilitar la aplicación del portafolio en formato digital.
  - Fomentar la utilización de los métodos para la obtención de información objetiva sobre la que basar el *feedback*: *audit*, videgrabaciones, WPBA, revisión de incidentes críticos.
- 

### Información sobre el grado de responsabilidad del residente

- Elaboración por las Comisiones de Docencia de protocolos de actuación para graduar la supervisión de las actividades del residente, y que el tutor se responsabilice de la comunicación y aplicación de los mismos por todo el personal implicado en la docencia del residente.
  - Cada Unidad Docente debe definir las tareas y responsabilidades del residente, y establecer los procedimientos que garanticen la supervisión.
- 

### Implicación del servicio/unidad/equipo por el bienestar del residente

- Concretar el compromiso de los jefes de servicio, como máximos responsables del funcionamiento en cada Unidad de Obstetricia y Ginecología, de velar por el cumplimiento de las responsabilidades éticas y legales exigibles a las instituciones sanitarias respecto a los residentes.
  - Minimizar, en cada institución hospitalaria, los efectos que las restricciones o recortes económicos puedan tener en la merma de las posibilidades de formación de los residentes.
-

### **Igualdad en el trato de los profesionales**

- Definir las vías para garantizar y supervisar el trato igualitario y respetuoso de los residentes y entre profesionales.
  - Establecer los mecanismos por los que el residente pueda denunciar sin miedo, comportamientos no profesionales o poco éticos de cualquiera de los implicados en su docencia.
- 

### **Medios materiales**

- Definir unos mínimos en cuanto a medios materiales necesarios para una docencia de calidad en la especialidad de Obstetricia y Ginecología.
  - Definir para cada Unidad Docente de Obstetricia y Ginecología según sus características, los medios materiales disponibles y los necesarios para el correcto desarrollo del programa formativo, y reflejarlo en el Itinerario Formativo Tipo.
  - Fomentar el uso de simuladores de realidad virtual, maniqués y entrenamiento quirúrgico en modelos animales, para optimizar el aprendizaje de la práctica quirúrgica y de intervenciones diagnósticas complejas.
- 

### **Recursos humanos**

- Respetar el máximo de 5 residentes asignados a cada tutor.
  - Definir para cada Unidad Docente de Obstetricia y Ginecología, el número de tutores necesarios para el correcto desarrollo de las funciones docentes contenidas en el Itinerario Formativo Tipo.
  - Respetar el tiempo mínimo que, según la ley, el tutor debe disponer para su actividad docente, y concretarlo en el proyecto docente de cada unidad y de cada tutor.
  - Proponer en las Unidades Docentes que se requiera, la asignación de personal administrativo específicamente adscrito a la docencia.
-

#### **Plan de Formación de Tutores**

- Identificar los déficit formativos manifestados por los tutores.
- Incluir formación en metodología docente, formación de adultos, promoción del aprendizaje y liderazgo en el Plan de Formación de Tutores.
- Considerar el empleo de métodos de entrenamiento simulado para tutores.

#### **Información a los nuevos tutores**

- Desarrollar un plan de acogida para los nuevos tutores.
- Curso certificativo de nivel inicial para los nuevos tutores.
- Definir un tiempo mensual/anual para la propia formación.

### **8.3.- INVESTIGACIÓN FUTURA**

La legislación relativa al PMGCD en Castilla y León se desarrolla en el año 2010, por tanto es necesario evaluar a más largo plazo y tras más años de encuestas, los datos obtenidos en el actual estudio respecto a los factores determinantes de la percepción de satisfacción de residentes y tutores en la formación de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Esto es especialmente relevante en el caso de los tutores, en que hasta ahora sólo se dispone de dos años de encuesta, pero sólo uno con tasas de participación suficientemente representativas.

Es necesario indagar sobre algunas de las carencias manifestadas de forma genérica en los resultados de la encuesta de tutores, relativas a dotación de recursos materiales o su propia formación, para concretar sus necesidades al respecto.

Puede ser deseable la intervención de expertos en metodologías docentes en el diseño de los planes formativos para los tutores de residentes.

Como línea futura de investigación, es posible el desarrollo de una encuesta a escala nacional sobre satisfacción en la formación de Obstetricia y Ginecología que

permita validar los resultados de esta encuesta como atribuibles a déficits en las Unidades Docentes o atribuibles al sistema MIR.

# ANEXOS

---



## **ANEXO I**



# **3ª ENCUESTA DE OPINIÓN Y SATISFACCIÓN DE RESIDENTES**

**OCTUBRE 2012**

### **INFORMACIÓN GENERAL**

El objetivo de este cuestionario es brindarle la oportunidad de expresar su opinión sobre diversos aspectos relacionados con la formación sanitaria especializada recibida como residente. La Gerencia Regional de Salud pretende, mediante la información aportada por ustedes y el análisis de datos grupales, identificar los aspectos sobre los que poder establecer las acciones de mejora oportunas, así como conocer su grado de satisfacción.

### **SU OPINIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA**

Para garantizar esta confidencialidad, los parámetros de género, edad y año de residencia, se tratarán únicamente a nivel central y no a nivel de Centro o Unidad Docente.

**Agradecemos de antemano su esfuerzo y dedicación para ayudarnos a mejorar**

**DATOS DE INFORMACIÓN GENERAL**

Le pedimos que cumplimente estos datos con el único fin de obtener información relevante a nivel general, **nunca individual**, de las opiniones de todos los residentes. Por favor, **señale con una "X"** la respuesta que corresponde a su situación. Esta información se utilizará solamente con fines estadísticos.

1. Gerencia de Referencia			
<input type="checkbox"/> Ávila	<input type="checkbox"/> El Bierzo	<input type="checkbox"/> Segovia	<input type="checkbox"/> Valladolid Oeste
<input type="checkbox"/> Burgos	<input type="checkbox"/> Palencia	<input type="checkbox"/> Soria	<input type="checkbox"/> Zamora
<input type="checkbox"/> León	<input type="checkbox"/> Salamanca	<input type="checkbox"/> Valladolid Este	

2. Especialidad de Formación		
<input type="checkbox"/> Alergología	<input type="checkbox"/> Farmacia Hospitalaria	<input type="checkbox"/> Obstetricia y Ginecología
<input type="checkbox"/> Análisis Clínicos	<input type="checkbox"/> Geriátrica	<input type="checkbox"/> Oftalmología
<input type="checkbox"/> Anatomía Patológica	<input type="checkbox"/> Hematología y Hemoterapia	<input type="checkbox"/> Oncología Médica
<input type="checkbox"/> Anestesiología y Reanimación	<input type="checkbox"/> Inmunología	<input type="checkbox"/> Oncología Radioterápica
<input type="checkbox"/> Angiología y C. Vascular	<input type="checkbox"/> Medicina del Trabajo	<input type="checkbox"/> Otorrinolaringología
<input type="checkbox"/> Aparato Digestivo	<input type="checkbox"/> Medicina Familiar y Comunitaria	<input type="checkbox"/> Pediatría y sus AA. Esp.
<input type="checkbox"/> Bioquímica Clínica	<input type="checkbox"/> Medicina Física y Rehabilitación	<input type="checkbox"/> Psicología Clínica
<input type="checkbox"/> Cardiología	<input type="checkbox"/> Medicina Intensiva	<input type="checkbox"/> Psiquiatría
<input type="checkbox"/> Cirugía Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Medicina Interna	<input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico
<input type="checkbox"/> Cirugía General y A. Digestivo	<input type="checkbox"/> Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/> Radiofísica Hospitalaria
<input type="checkbox"/> Cirugía Oral y Maxilofacial	<input type="checkbox"/> Medicina Preventiva y S.P.	<input type="checkbox"/> Reumatología
<input type="checkbox"/> Cirugía Ortopédica y Trauma.	<input type="checkbox"/> Microbiología y Parasitología	<input type="checkbox"/> Urología
<input type="checkbox"/> Cirugía Pediátrica	<input type="checkbox"/> Nefrología	<input type="checkbox"/> Matrona
<input type="checkbox"/> Cirugía Plástica, Estética y Rep.	<input type="checkbox"/> Neumología	<input type="checkbox"/> Enfermería de Salud Mental
<input type="checkbox"/> Cirugía Torácica	<input type="checkbox"/> Neurocirugía	<input type="checkbox"/> Enfermería del Trabajo
<input type="checkbox"/> Dermatología Médico – Q.y V.	<input type="checkbox"/> Neurofisiología Clínica	<input type="checkbox"/> Enfermería Familiar y Com.
<input type="checkbox"/> Endocrinología y Nutrición	<input type="checkbox"/> Neurología	<input type="checkbox"/> Enfermería Pediátrica

3. Rango de Edad		
<input type="checkbox"/> Menor de 30 años	<input type="checkbox"/> Entre 30 y 40 años	<input type="checkbox"/> Mayor de 40 años

4. Año de Residencia	
<input type="checkbox"/> R1, R2	<input type="checkbox"/> R3, R4, R5

5. Género	
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer

**ACLARACIÓN DE TÉRMINOS:** A lo largo del cuestionario se hace referencia a la **figura del tutor** de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Real Decreto 183/2008, donde "el tutor es el profesional especialista en servicio activo, que asume la responsabilidad del proceso de enseñanza y aprendizaje del residente de su especialidad, manteniendo con éste una relación continua y estructurada a lo largo de todo el periodo formativo, colaborando activamente en el aprendizaje de los conocimientos y habilidades que permitan cumplir el programa formativo de la especialidad de que se trate".

**PREGUNTAS DE CUESTIONARIO**

Por favor, indíquenos con una **X** su posicionamiento utilizando la siguiente escala: **5 (siempre) / 4 (casi siempre) / 3 (a veces) / 2 (casi nunca) / 1 (nunca) / NA (no me afecta – no tengo información para responder) / NQ (no quiero responder)**:

	5	4	3	2	1	NA	NQ
1. El plan de acogida ayuda a la integración del residente en el Centro, al inicio de la residencia.							
2. En mis años de residencia tengo clara la estructura del plan formativo de mi especialidad.							
3. La forma en que está estructurado mi plan formativo favorece mi aprendizaje como residente.							
4. La dirección del servicio o equipo se interesa por el bienestar de los residentes.							
5. Me han informado de los criterios de evaluación de mi proceso formativo en la unidad docente de mi especialidad.							
6. Mi tutor es accesible cuando lo necesito.							
7. Existen canales de comunicación (tablón de anuncios, intranet, etc.) que facilitan el acceso a la información relacionada con asuntos que nos afectan a los residentes.							
8. El ambiente de trabajo es agradable.							
9. La dirección del Centro adopta las medidas necesarias para garantizar la seguridad y salud laboral.							
10. Mi tutor se muestra implicado en mi proceso formativo.							
11. Cuando lo necesito, recibo información adecuada de la Secretaría de Docencia.							
12. Las condiciones físicas en las que desarrollo mi trabajo son saludables/confortables.							
13. En mi Centro existe interés por conocer las opiniones de los residentes.							
14. Desde la dirección del Centro se fomenta el uso eficiente de los recursos materiales existentes.							
15. Realizo con mi tutor la planificación individual de mis rotaciones.							
16. Puedo acceder con facilidad a las actividades formativas del programa común de mi Centro, junto con residentes de otras especialidades.							
17. Tengo facilidad para realizar otras actividades formativas complementarias de mi especialidad (jornadas, cursos, congresos, talleres, etc.).							
18. Mi tutor informa al resto de profesionales sobre el grado de responsabilidad que yo puedo asumir.							
19. El trabajo en mi servicio o equipo está bien organizado.							
20. Dispongo de los medios técnicos y materiales adecuados para realizar mi trabajo de una forma satisfactoria.							
21. Me siento integrado en el equipo de trabajo.							
22. En el servicio o equipo se producen incidentes por fallo de la comunicación.							
23. En las rotaciones existe un equilibrio entre la labor asistencial y formativa.							
24. Mis tutores de apoyo y colaboradores docentes se muestran implicados en mi proceso formativo.							
25. La duración de las rotaciones es adecuada para cumplir con los objetivos marcados en mi plan formativo.							
26. En mi servicio o equipo existe una excesiva carga de trabajo.							
27. Existe una comunicación eficaz entre los distintos dispositivos docentes (Hospital, Atención Primaria, otros Servicios, etc.).							
28. Mi tutor me ayuda a resolver los problemas que se plantean en mi proceso formativo.							
29. Por lo general, libro las guardias.							
30. Me entrevisto con mis tutores de apoyo y colaboradores docentes para valorar los objetivos de mis rotaciones.							
31. Me entrevisto con mi tutor para valorar el cumplimiento de los objetivos docentes durante mi rotación.							
32. Generalmente, cuando me han asignado nuevas responsabilidades, he recibido formación adecuada para asumirlas.							
33. Me siento apoyado para realizar trabajos de investigación y publicaciones.							
34. Se fomenta un trato igualitario entre todos los profesionales.							

Continúa al dorso...  
→

Recuerde, indiquenos con una **X** su posicionamiento utilizando la siguiente escala: **5 (siempre) / 4 (casi siempre) / 3 (a veces) / 2 (casi nunca) / 1 (nunca) / NA (no me afecta – no tengo información para responder) / NQ (no quiero responder)**:

	5	4	3	2	1	NA	NQ
35. Considero que mi Centro establece acuerdos con otros dispositivos o centros docentes que me permiten ampliar todas las competencias establecidas en el plan formativo.							
36. Puedo acceder a las rotaciones externas adecuadas para complementar mi programa formativo.							
37. Mis tutores de apoyo y colaboradores docentes me dan instrucciones precisas para desarrollar mi trabajo.							
38. Me siento apoyado en la toma de decisiones asistenciales por mis tutores de apoyo y colaboradores docentes.							
39. Periódicamente hablo con mi tutor sobre los progresos alcanzados en mi proceso formativo.							
40. El número de residentes existentes en mi servicio o equipo me permite recibir una formación de calidad.							
41. Mi opinión es tenida en cuenta cuando hay que tomar decisiones relacionadas con la organización del trabajo.							
42. Los objetivos marcados en mi plan formativo se cumplen de forma adecuada.							
43. Considero que los criterios de evaluación de mi proceso formativo son adecuados.							
44. En mi Centro accedo a los recursos materiales docentes necesarios para mi proceso formativo.							
45. Mi tutor muestra interés por mejorar sus habilidades para formar a los residentes.							
46. El jefe de estudios de mi Centro Docente es accesible cuando lo necesito.							
47. Creo que el trabajo realizado en mi servicio o equipo es de calidad.							
48. Las responsabilidades que debo asumir como residente son acordes con mi grado de experiencia.							
49. Creo que mi trabajo está adecuadamente supervisado (rotaciones, guardias, etc.) por parte de los profesionales con los que trabajo.							
50. El trabajo que desarrollo en mi servicio o equipo es acorde con las expectativas que me había creado.							
51. Tengo facilidad para pedir días de permiso y vacaciones.							
52. Mis condiciones de trabajo me permiten armonizar mis responsabilidades laborales y familiares.							
53. Desde la Administración de la Comunidad de Castilla y León se realizan esfuerzos para fidelizar a los residentes una vez finalizado el período de residencia.							
54. Tengo acceso a ayudas (permisos, becas, etc.) que facilitan la realización de actividades complementarias en mi proceso formativo.							
55. Tengo la sensación de falta de tiempo para desarrollar mi trabajo como me gustaría.							
56. Recibo un reconocimiento adecuado por el trabajo bien hecho.							
57. Siento una excesiva presión en mi trabajo.							
58. La dirección del servicio o equipo fomenta un trato igualitario entre los residentes con independencia del género, raza, ideología, etc.							
59. Existe un ambiente de colaboración entre los diferentes profesionales sanitarios.							
60. Los miembros de mi servicio o equipo son receptivos a las propuestas de mejora.							

Globalmente, ¿cómo está usted de satisfecho con la formación recibida como residente en el último año? (En una escala de 5 muy satisfecho a 1 nada satisfecho)	5	4	3	2	1

El siguiente apartado en blanco está reservado para que se exprese de forma libre sobre asuntos que considere importantes o que no estén recogidos en el cuestionario:

**FECHA LÍMITE DE ENTREGA DEL CUESTIONARIO: 20 DE NOVIEMBRE DEL 2012**

## ANEXO II



CUESTIONARIO DE OPINIÓN Y  
SATISFACCIÓN DOCENTE – MAYO 2011



# CUESTIONARIO DE OPINIÓN Y SATISFACCIÓN DEL DOCENTE GERENCIA REGIONAL DE SALUD 2011

### INFORMACIÓN GENERAL

El objetivo de este cuestionario es brindarle la oportunidad de expresar su opinión sobre diversos aspectos relacionados con su labor como profesional docente de formación sanitaria especializada e identificar el grado de satisfacción con el desempeño de la misma. La información resultante servirá de base para el establecimiento de acciones de mejora.

### SU OPINIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA

**Agradecemos de antemano su esfuerzo y dedicación para ayudarnos a mejorar**

### DATOS DE INFORMACIÓN GENERAL

Por favor, señale con una “X” los siguientes datos identificativos. Esta información es únicamente de utilidad estadística, y se utilizará para obtener información relevante de forma general, nunca individual, de su opinión.

Los parámetros de edad y género serán tratados a nivel central y no a nivel de unidad docente para garantizar la confidencialidad de la información.

1. GERENCIA		
<input type="checkbox"/> (1) Ávila <input type="checkbox"/> (2) Burgos <input type="checkbox"/> (3) León <input type="checkbox"/> (4) El Bierzo	<input type="checkbox"/> (5) Palencia <input type="checkbox"/> (6) Salamanca <input type="checkbox"/> (7) Segovia <input type="checkbox"/> (8) Soria	<input type="checkbox"/> (9) Valladolid Oeste <input type="checkbox"/> (10) Valladolid Este <input type="checkbox"/> (11) Zamora
2. ESPECIALIDAD		
<input type="checkbox"/> (1) Alergología <input type="checkbox"/> (2) Análisis Clínicos <input type="checkbox"/> (3) Anatomía Patológica <input type="checkbox"/> (4) Anestesiología y Reanimación <input type="checkbox"/> (5) Angiología y C. Vascular <input type="checkbox"/> (6) Aparato Digestivo <input type="checkbox"/> (7) Bioquímica Clínica <input type="checkbox"/> (8) C. Ortopédica y Traumatología <input type="checkbox"/> (9) Cardiología <input type="checkbox"/> (10) Cirugía Cardiovascular <input type="checkbox"/> (11) Cirugía General y A. Digestivo <input type="checkbox"/> (12) Cirugía Oral y Máxilofacial <input type="checkbox"/> (13) Cirugía Plástica, Estética y Rep. <input type="checkbox"/> (14) Cirugía Torácica <input type="checkbox"/> (15) Dermatología Médico –Q.y V <input type="checkbox"/> (16) Endocrinología y Nutrición	<input type="checkbox"/> (17) Farmacia Hospitalaria <input type="checkbox"/> (18) Geriátrica <input type="checkbox"/> (19) Hematología y Hemoterapia <input type="checkbox"/> (20) Inmunología <input type="checkbox"/> (21) Medicina del Trabajo <input type="checkbox"/> (22) Medicina Familiar y Comunitaria <input type="checkbox"/> (23) Medicina Física y Rehabilitación <input type="checkbox"/> (24) Medicina Intensiva <input type="checkbox"/> (25) Medicina Interna <input type="checkbox"/> (26) Medicina Nuclear <input type="checkbox"/> (27) Medicina Preventiva y S.P. <input type="checkbox"/> (28) Microbiología y Parasitología <input type="checkbox"/> (29) Nefrología <input type="checkbox"/> (30) Neumología <input type="checkbox"/> (31) Neurocirugía <input type="checkbox"/> (32) Neurofisiología Clínica	<input type="checkbox"/> (33) Neurología <input type="checkbox"/> (34) Obstetricia y Ginecología <input type="checkbox"/> (35) Oftalmología <input type="checkbox"/> (36) Oncología Médica <input type="checkbox"/> (37) Oncología Radioterápica <input type="checkbox"/> (38) Otorrinolaringología <input type="checkbox"/> (39) Pediatría y sus AA. Esp. <input type="checkbox"/> (40) Psicología Clínica <input type="checkbox"/> (41) Psiquiatría <input type="checkbox"/> (42) Radiodiagnóstico <input type="checkbox"/> (43) Radiofísica Hospitalaria <input type="checkbox"/> (44) Reumatología <input type="checkbox"/> (45) Urología <input type="checkbox"/> (46) Matrona <input type="checkbox"/> (47) Enfermería de Salud <input type="checkbox"/> (48) Enfermería del Trabajo

<b>2. EDAD</b>		
<input type="checkbox"/> (1) Menos de 40 años	<input type="checkbox"/> (2) Entre 40 y 50 años	<input type="checkbox"/> (3) Más de 50 años
<b>3. GÉNERO</b>		
<input type="checkbox"/> (1) Hombre	<input type="checkbox"/> (2) Mujer	
<b>4. FIGURA DOCENTE que desempeña ( no son excluyentes entre sí)</b>		
<input type="checkbox"/> (1) Tutor coordinador Unidad Docente	<input type="checkbox"/> (1) Tutor (principal)	<input type="checkbox"/> (1) Tutor de apoyo
<input type="checkbox"/> (1) Colaborador docente		
<b>5. AÑOS COMO DOCENTE en formación sanitaria especializada (desempeñando cualquier figura docente) _____ años</b>		

Por favor, indíquenos su posicionamiento utilizando una escala desde: **1 (nunca) / 2 (casi nunca) / 3 (a veces) / 4 (casi siempre) / 5 (siempre) / NA (no me afecta – no tengo información para responder) / NQ (no quiero responder).**

ÍTEM	1	2	3	4	5	NA	NQ
<b>1</b> La Dirección / Gerencia del centro facilita los medios-recursos que me permiten ejercer de forma adecuada mi función docente.	<input type="checkbox"/>						
<b>2</b> En general, los residentes tienen un papel activo en el aprendizaje de sus competencias.	<input type="checkbox"/>						
<b>3</b> Conozco los objetivos y las competencias a adquirir por los residentes de mi especialidad.	<input type="checkbox"/>						
<b>4</b> La coordinación establecida entre los distintos dispositivos docentes (servicio/unidad/equipo) es adecuada.	<input type="checkbox"/>						
<b>5</b> Gestiono adecuadamente el estrés que puede generar el desempeño de la labor docente.	<input type="checkbox"/>						
<b>6</b> Los registros generados en la acción tutorial (libro del residente, informes de seguimiento, informes de evaluación, etc.) son apropiados.	<input type="checkbox"/>						
<b>7</b> El Plan de Formación de tutores recoge la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo como docente.	<input type="checkbox"/>						
<b>8</b> En mi servicio/equipo/unidad existen reuniones periódicas entre los profesionales docentes para organizar el trabajo docente.	<input type="checkbox"/>						
<b>9</b> Dentro de mi jornada laboral, dispongo de tiempo suficiente para llevar a cabo la realización de actividades docentes (entrevistas, evaluaciones, informes, investigación, reuniones, etc.).	<input type="checkbox"/>						
<b>10</b> El Responsable de Calidad e Investigación en Docencia de mi Gerencia se implica en las actividades de mejora de la formación sanitaria especializada.	<input type="checkbox"/>						
<b>11</b> Conozco los objetivos y las competencias a adquirir por los residentes de otras especialidades que rotan conmigo.	<input type="checkbox"/>						
<b>12</b> Mi labor como docente me estimula a estar continuamente actualizado en mis competencias (investigaciones, protocolos, nuevas técnicas, etc.).	<input type="checkbox"/>						
<b>13</b> El proceso de solicitud de rotaciones externas se gestiona eficazmente.	<input type="checkbox"/>						
<b>14</b> El jefe de servicio o coordinador EAP de mi servicio/equipo/unidad fomenta el trato igualitario entre todos los profesionales docentes.	<input type="checkbox"/>						
<b>15</b> Mi opinión es tenida en cuenta cuando hay que tomar decisiones relacionadas con la organización del trabajo docente.	<input type="checkbox"/>						
<b>16</b> Tengo una buena relación profesional con los residentes a mi cargo.	<input type="checkbox"/>						
<b>17</b> He contado con el apoyo de la Secretaría de docencia, cuando lo he necesitado.	<input type="checkbox"/>						

Análisis de percepción de satisfacción en la formación de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Visión de las figuras docentes.

<b>18</b> Me implico en la mejora de la formación de los residentes.	<input type="checkbox"/>						
<b>19</b> En mi servicio/equipo/unidad se gestiona de forma adecuada la responsabilidad progresiva del residente.	<input type="checkbox"/>						
<b>20</b> El tutor coordinador me facilita la información que necesito (objetivos, metodología, normativa) para realizar mi trabajo como docente.	<input type="checkbox"/>						
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>NA</b>	<b>NQ</b>
<b>21</b> Dispongo de los medios materiales (equipamiento, espacio, recursos informáticos) para ejercer de forma adecuada mi función docente.	<input type="checkbox"/>						
<b>22</b> El número de residentes que tengo a mi cargo es apropiado para dar una formación de calidad.	<input type="checkbox"/>						
<b>23</b> Tengo facilidades para acceder a las actividades de formación continuada sobre temas asistenciales de mi especialidad.	<input type="checkbox"/>						
<b>24</b> Las políticas establecidas por la Administración permiten un mayor reconocimiento a la labor docente (promoción, provisión, traslados, concursos, etc.).	<input type="checkbox"/>						
<b>25</b> Los canales de comunicación (tablón de anuncios, intranet, etc.) facilitan el acceso a la información sobre asuntos relacionados con la docencia.	<input type="checkbox"/>						
<b>26</b> Cuando he necesitado ayuda en la realización de tareas docentes mis compañeros han colaborado conmigo.	<input type="checkbox"/>						
<b>27</b> Los criterios de evaluación del residente son conocidos por los docentes.	<input type="checkbox"/>						
<b>28</b> En mi servicio/equipo/unidad se fomenta el trabajo en equipo.	<input type="checkbox"/>						
<b>29</b> El interés de los residentes por el aprendizaje promueve, en mi servicio/equipo/unidad, la mejora continua.	<input type="checkbox"/>						
<b>30</b> Conozco los objetivos docentes de mi servicio/unidad/equipo.	<input type="checkbox"/>						
<b>31</b> En mi servicio/equipo/unidad se recibe información del grado de satisfacción de los residentes.	<input type="checkbox"/>						
<b>32</b> Los responsables de mi servicio/equipo/unidad tienen en cuenta las propuestas de mejora que realizan los residentes.	<input type="checkbox"/>						
<b>33</b> En mi servicio/equipo/unidad existen los recursos humanos suficientes para atender las actividades docentes (formación especializada, formación de grado y postgrado).	<input type="checkbox"/>						
<b>34</b> Me resulta fácil comunicarme con los distintos profesionales de la estructura docente.	<input type="checkbox"/>						
<b>35</b> Puedo realizar la evaluación de las rotaciones de forma adecuada.	<input type="checkbox"/>						
<b>36</b> En mi servicio/equipo/unidad existe un equilibrio entre la carga docente y asistencial.	<input type="checkbox"/>						
<b>37</b> La relación con los residentes contribuye a mi desarrollo personal.	<input type="checkbox"/>						
<b>38</b> Dispongo de independencia para realizar la evaluación del residente.	<input type="checkbox"/>						
<b>39</b> En la Dirección / Gerencia de mi centro existe un compromiso con la formación sanitaria especializada.	<input type="checkbox"/>						
<b>40</b> Considero que el Plan de Gestión de Calidad Docente en mi servicio/equipo/unidad es un instrumento para la mejora.	<input type="checkbox"/>						
<b>41</b> Dispongo de conocimientos en metodología docente adecuados para realizar la supervisión del proceso formativo del residente.	<input type="checkbox"/>						
<b>42</b> A los nuevos tutores se les proporciona la formación adecuada	<input type="checkbox"/>						

para el desempeño de las funciones docentes.							
<b>43</b> Las actividades de formación realizadas en mi servicio/equipo/ unidad son apropiadas para la adquisición de competencias por parte del residente.	<input type="checkbox"/>						
<b>44</b> Recibo de los responsables docentes (Comisión de Docencia, jefe de estudios), información actualizada de la formación sanitaria especializada (normativa, organizacional, etc.).	<input type="checkbox"/>						
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>NA</b>	<b>NQ</b>
<b>45</b> Mi labor como docente me permite compatibilizar mi vida laboral y personal.	<input type="checkbox"/>						
<b>46</b> Existe un reconocimiento documental de las figuras docentes en mi institución (nombramiento, tiempo de ejercicio de la tutoría).	<input type="checkbox"/>						
<b>47</b> El sistema de evaluación permite discriminar el nivel de aprendizaje del residente.	<input type="checkbox"/>						
<b>48</b> Tengo claras mis funciones y responsabilidades como docente (tutor, colaborador docente, etc.).	<input type="checkbox"/>						
<b>49</b> La Dirección / Gerencia de mi centro tiene en cuenta la opinión de los profesionales docentes (tutores, tutores coordinadores, jefe de estudios) para establecer mejoras.	<input type="checkbox"/>						
<b>50</b> Tengo suficiente información de las rotaciones externas de mis residentes.	<input type="checkbox"/>						
<b>51</b> En mi servicio/equipo/unidad se incorporan las propuestas de mejora identificadas.	<input type="checkbox"/>						
<b>52</b> En mi servicio/ equipo / unidad existe una buena comunicación.	<input type="checkbox"/>						
<b>53</b> El itinerario formativo tipo definido en mi unidad docente (rotaciones, guardias, cursos, etc.) permite al residente adquirir las competencias de la especialidad.	<input type="checkbox"/>						
<b>54</b> Me siento integrado en la estructura docente.	<input type="checkbox"/>						
<b>55</b> Considero que la planificación de las rotaciones en mi servicio/equipo/unidad se realiza de forma adecuada.	<input type="checkbox"/>						
<b>56</b> Los responsables docentes (jefe de estudios, Comisión de Docencia, Tutores Coordinadores) ejercen un liderazgo adecuado.	<input type="checkbox"/>						
<b>57</b> El ambiente de trabajo que existe en mi servicio/equipo/unidad es apropiado para la docencia.	<input type="checkbox"/>						
<b>58</b> Tengo facilidad para comunicarme con el residente, cuando lo he necesitado.	<input type="checkbox"/>						
<b>59</b> Dispongo del apoyo de la Comisión de Docencia del centro para reconducir conductas negativas de los residentes.	<input type="checkbox"/>						
<b>60</b> Se reconoce adecuadamente el grado de cumplimiento de los objetivos docentes en mi servicio/equipo/unidad.	<input type="checkbox"/>						
<b>61</b> Cuento con las herramientas metodológicas adecuadas (docentes, de evaluación...) para desarrollar la función de tutoría.	<input type="checkbox"/>						
<b>62</b> Recibo información de los permisos y libranzas de los residentes asignados.	<input type="checkbox"/>						
<b>63</b> Tengo facilidad para acceder a la formación continuada específica como docente.	<input type="checkbox"/>						

## 64 SATISFACCIÓN GENERAL

Globalmente, ¿Cómo está usted de satisfecho con su labor como profesional de la estructura docente de formación sanitaria especializada?

*La escala de graduación va de 1 (nada satisfecho) a 5 (muy satisfecho).*

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<input type="checkbox"/>				

**Este apartado está reservado para que exprese los aspectos y sugerencias que no estén recogidos en el cuestionario y/o que considere importantes para la mejora de la Formación Sanitaria Especializada**

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



**ANEXO III**

**Ficha de evaluación del Residente en cada Rotatorio**

MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

(FICHA 1)

**EVALUACION ROTACION**

APELLIDOS Y NOMBRE		
NACIONALIDAD	DNI/PASAPORTE	
CENTRO		
TITULACION	ESPECIALIDAD M.F.y C.	AÑO RESIDENCIA
TUTOR		

**ROTACION**

CONTENIDO	DURACION DE	A
UNIDAD	CENTRO	
JEFE DE LA UNIDAD ASISTENCIAL		

**EVALUACION CONTINUADA**

A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACION (1)
NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEORICOS ADQUIRIDOS	
NIVEL DE HABILIDADES ADQUIRIDAS	
HABILIDAD EN EL ENFOQUE DIAGNOSTICO	
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	
UTILIZACION RACIONAL DE RECURSOS	
<i>MEDIA (A)</i>	

B.- ACTITUDES	CALIFICACION (1)
MOTIVACION	
DEDICACION	
INICIATIVA	
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA	
NIVEL DE RESPONSABILIDAD	
RELACIONES PACIENTE/FAMILIA	
RELACIONES EQUIPO DE TRABAJO	
<i>MEDIA (B)</i>	

**CALIFICACION EVALUACION CONTINUADA**

(70% A +30% B)

CALIFICACION (1)	CAUSA E.NEG.(3)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005

VISTO BUENO: EL JEFE DE LA UNIDAD

Fdo.: \_\_\_\_\_

EL RESPONSABLE DOCENTE

Fdo.: \_\_\_\_\_

## Hola de Evaluación Anual del Residente

MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

(FICHA 2)

### EVALUACION ROTACION

APELLIDOS Y NOMBRE		
NACIONALIDAD	DNI/PASAPORTE	
CENTRO		
TITULACION	ESPECIALIDAD M.F.y C.	AÑO RESIDENCIA
TUTOR		

### PERMANENCIA EN EL CENTRO

VACACIONES REGLAMENTARIAS	DE	A
PERIODOS DE BAJA		

### ROTACIONES

CONTENIDO	UNIDAD	CENTRO	DURACION	CALIFICACION	CAUSA E. NEG

### ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

CONTENIDO	TIPO DE ACTIVIDAD	DURACION	CALIFICACION	CAUSA E. NEG

### INFORME JEFES ASISTENCIALES/COORDINADOR UNIDAD DOCENTE/COMITÉ DE EVALUACIÓN

CALIFICACION	CAUSA E. NEG

### VALORACIÓN LIBRO ESPECIALISTA EN FORMACIÓN

CALIFICACION	CAUSA E. NEG

<b>CALIFICACIÓN EVALUACIÓN ANUAL</b>	<input type="text"/>
<b>CAUSA DE EVALUACIÓN NEGATIVA</b>	<input type="text"/>

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005

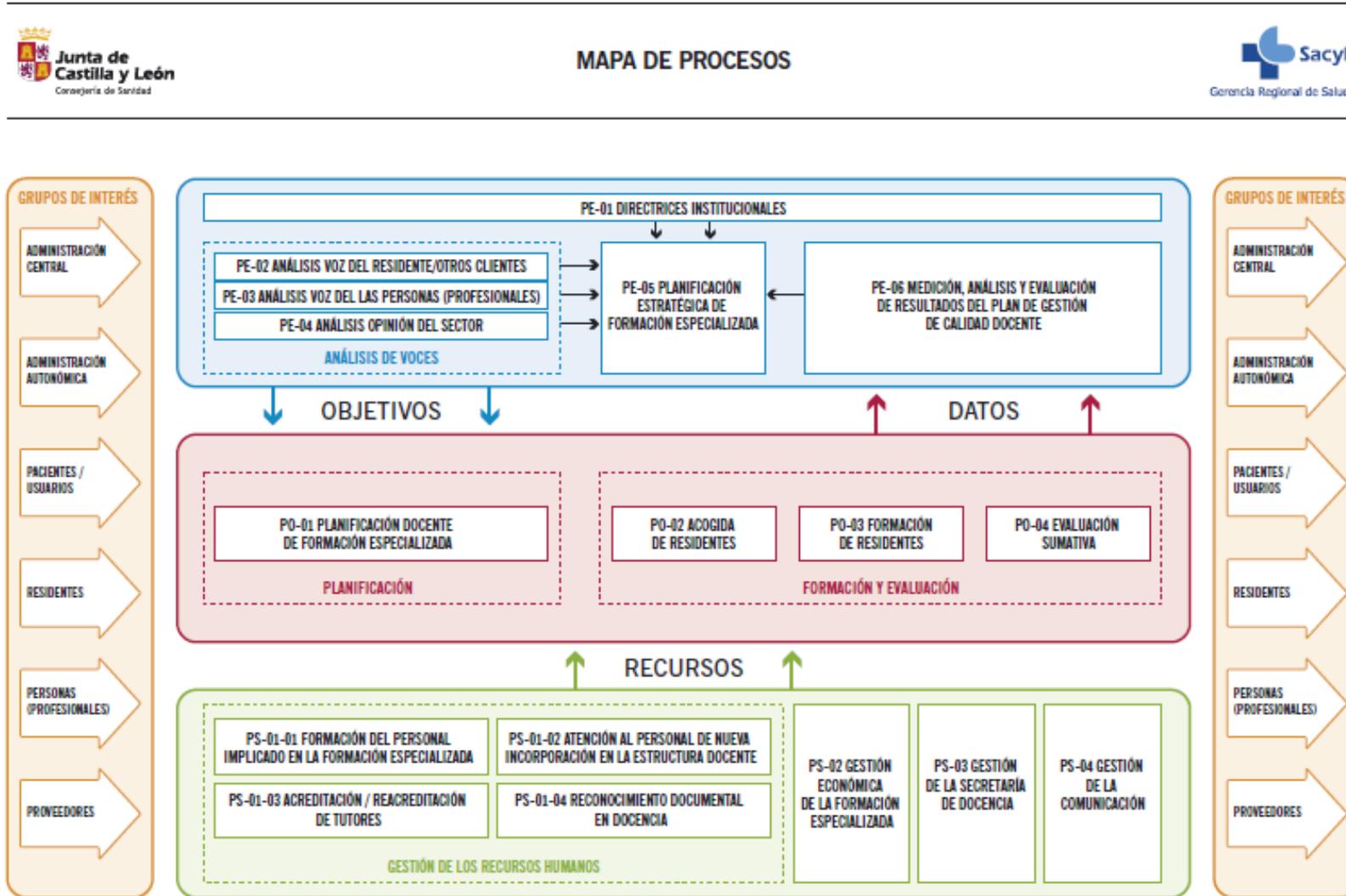
EL JEFE DE ESTUDIOS

## ANEXO: CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA EL ROTATORIO

<b>1. Nivel de conocimientos teóricos adquiridos</b>	<b>Puntuación</b>
Escasos conocimientos en atención clínica, trabajo en equipo, actividades de prevención y promoción de la salud.	0
Conoce la atención clínica, trabajo en equipo, actividades de prevención y promoción de la salud.	1
Además de los anterior, conoce la práctica familiar, docencia, investigación y actividades comunitarias.	2
Conoce y aplica correctamente todo lo anterior.	3
<b>2. Nivel de habilidades adquiridas</b>	<b>Puntuación</b>
No sabe realizar una historia clínica de atención primaria y entrevista clínica (anamnesis, exploración física)	0
Sabe realizar una historia clínica de atención primaria y entrevista clínica (anamnesis, exploración física) e integra actividades preventivas	1
Además de lo anterior maneja protocolos, programas y evaluación	2
Además de lo anterior participa en trabajos de investigación	3
<b>3. Habilidad en el enfoque diagnóstico</b>	<b>Puntuación</b>
<i>No conoce la interpretación de los medios diagnósticos</i>	0
Conoce, pero para llegar al diagnóstico correcto, precisa medios diagnósticos no adecuados al problema.	1
Conoce y llega al diagnóstico correcto, utiliza medios diagnósticos adecuados al problema.	2
Además de lo anterior, cuando se presentan casos clínicos discute y razona excelentemente llegando al diagnóstico correcto.	3
<b>4. Capacidad para tomar decisiones</b>	<b>Puntuación</b>
Casi nunca toma decisiones, siempre se apoya en alguien o toma decisiones muy rápidas, precipitándose.	0
Toma decisiones, pero no suele asumir decisiones de riesgo adecuadas a su nivel de conocimiento	1
Toma decisiones adecuadas a su nivel de conocimientos y suelen ser correctas	2
Además de lo anterior, conoce sus limitaciones y evita decisiones que le sobrepasan.	3
<b>5. Utilización racional de recursos</b>	<b>Puntuación</b>
Nunca repara en hacer uso de los recursos que tiene a su alcance. No le importa sobrecargar los recursos (personales, diagnósticos, terapéuticos)	0
A veces utiliza mal los recursos a su alcance de forma consciente, como una forma de evitar conflictos en la consulta, para evitar reclamaciones o para ahorrar tiempo.	1
A veces utiliza mal los recursos a su alcance de forma inconsciente, generalmente por desconocimiento.	2
Siempre utiliza de forma racional los recursos, evitando sobrecargarlos inútilmente.	3
<b>6. Motivación</b>	<b>Puntuación</b>
Nula, se dedica a hacer lo que le gusta, no pone interés en el resto de tareas	0
Realiza las tareas obligatorias	1
Realiza las tareas obligatorias, muestra interés en Atención a la Familia, participa en alguna comisión y docencia	2
Realiza las tareas obligatorias, participa en comisiones y realiza actividades en atención a la familia y docencia	3

<b>7. Dedicación</b>	<b>Puntuación</b>
Dedica el mínimo tiempo posible (o el estrictamente necesario) a las actividades propias profesionales de su nivel de formación.	0
Suele dedicar casi a diario tiempo para aspectos personales y no emplea correctamente los tiempos: consulta a demanda, visitas a domicilio, programada y acude a algunas actividades del Centro no asistenciales.	1
Excepcionalmente dedica parte de la jornada laboral a cuestiones personales y emplea correctamente los tiempos: consulta a demanda, visitas a domicilio, programada y acude a algunas actividades del Centro no asistenciales.	2
Utiliza todo el tiempo de su jornada laboral a cuestiones profesionales propias de su nivel de formación (asistenciales o no).	3
<b>8. Iniciativa</b>	<b>Puntuación</b>
Solicita siempre ayuda para resolver la mayoría de problemas profesionales que se le plantean.	0
A veces se inhibe (no actúa ni propone soluciones) incluso delante de problemas mínimos.	1
Tan solo se inhibe delante de problemas profesionales complejos.	2
Siempre es capaz de iniciar acciones o de aportar ideas para resolver los diferentes problemas profesionales que se le planteen a él o al equipo.	3
<b>9. Puntualidad/Asistencia</b>	<b>Puntuación</b>
Ausencia al trabajo de manera reiterada ó permanece menos de cinco horas en el Centro de Salud	0
Alguna vez llega tarde, pero habitualmente permanece más de seis horas en el Centro de Salud	1
Es puntual y permanece más de seis horas en el Centro de Salud, pero no acude regularmente a sesiones.	2
Siempre llega puntualmente tanto a su jornada laboral, como a sesiones, reuniones y cursos relacionados con su formación.	3
<b>10. Nivel de responsabilidad</b>	<b>Puntuación</b>
Siempre evita dar cuentas de sus actos, especialmente de los fallos. Nunca cumple sus obligaciones.	0
Tan sólo cumple sus obligaciones cuando le son requeridas insistentemente.	1
Raramente olvida sus obligaciones. Excepcionalmente evita dar cuentas de sus actos.	2
Siempre está dispuesto a responder de sus propios actos. Siempre cumple las tareas asignadas.	3
<b>11. Relaciones paciente/familia</b>	<b>Puntuación</b>
<i>No muestra ningún interés en la relación paciente/familia</i>	0
Muestra algún interés en la relación paciente/familia, pero esta relación es fría	1
Muestra interés en la relación paciente/familia, relación cordial, comunicativa. Se preocupa de la estructura familiar	2
Se muestra muy interesado por la relación paciente/familia. Es conocedor de la estructura familiar, participa activamente en la dinámica familiar e interviene en los momentos de crisis	3
<b>12. Relaciones equipo de trabajo</b>	<b>Puntuación</b>
Desconoce las funciones de enfermería, trabajador social y administrativos.	0
Utiliza y mantiene activamente los circuitos de pacientes con enfermería, trabajador social y administrativos.	1
Incluye nuevos pacientes en circuitos asistenciales con enfermería, trabajador social y administrativos.	2
Además de los anterior, comenta pacientes con enfermería, trabajador social y administrativos.	3

## ANEXO IV



EDICIÓN 1

FECHA: 07-05-10

PÁGINA 1 DE 3

**PS-01-01 FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA**

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA	JEFE DE ESTUDIOS

**MISIÓN DEL PROCESO**

CAPACITAR A TODO EL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA DEL CENTRO DOCENTE PARA EL DESARROLLO DE SUS TAREAS A TRAVÉS DE LA FORMACION NECESARIA

ENTRADAS		PROCESO/S – G.I.
1	NECESIDAD DE FORMACIÓN	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA
		ATENCIÓN AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE
		ACREDITACIÓN/REACREDITACION DE TUTORES
		TODOS LOS PROCESOS
2	CATÁLOGO DE FORMACIÓN DE TUTORES	ADMINISTRACIONES
3	PROGRAMA ANUAL DE FORMACIÓN PARA EL PERSONAL IMPLICADO EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA	ADMINISTRACIONES

RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS		PROCESO/S – G.I.
1	NECESIDADES DE FORMACIÓN (APLICACIÓN GESTIÓN FORMACIÓN CONTINUADA)	ADMINISTRACIONES
2	PERSONAL COMPETENTE PARA PUESTO DE TRABAJO	TODOS LOS PROCESOS

**RECURSOS****RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES**

- JEFE DE ESTUDIOS
- RESPONSABLE DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA
- TUTORES COORDINADORES
- ÁREA DE FORMACIÓN CONTINUADA

**INFRAESTRUCTURA**

- PLATAFORMA FOSA
- BASE DE DATOS DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA (FESP)

**OTROS**

- NADA A SEÑALAR

**INDICADORES**

I-04	% DE NECESIDADES DE FORMACIÓN EN DOCENCIA SATISFECHAS
I-05	% PERSONAL QUE PARTICIPA EN ACCIONES FORMATIVAS
I-06	Nº HORAS DE FORMACIÓN/TUTOR
I-07	INDICE DE SATISFACCIÓN ASISTENTES A LA FORMACIÓN
I-32	GRADO DE SATISFACCIÓN DEL RESIDENTE CON LA ACTUALIZACIÓN DEL TUTOR EN SU FORMACIÓN

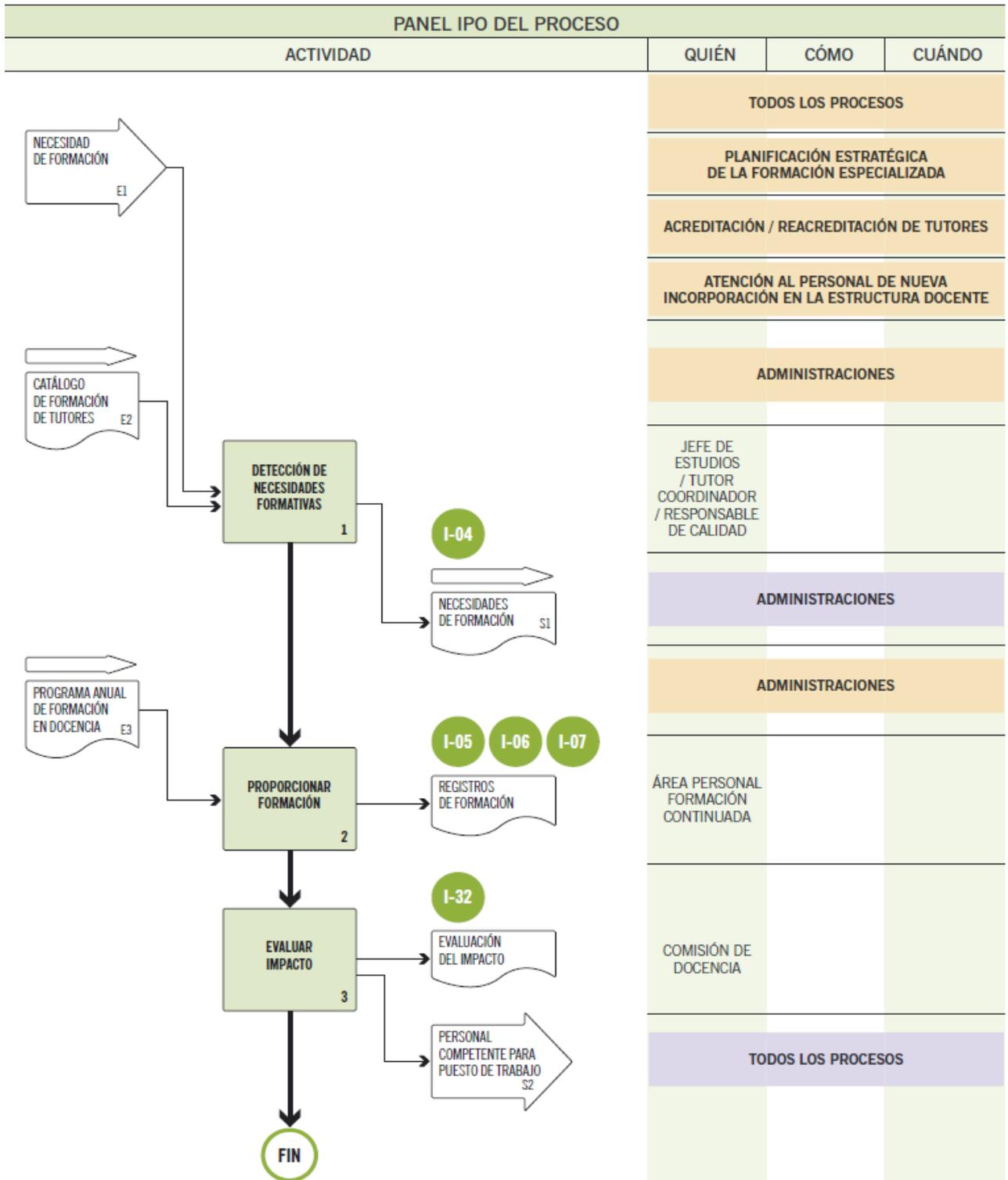
**DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA**

LEGISLACIÓN APLICABLE

**PS-01-01 FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA**

REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)			
PROGRAMA ANUAL DE FORMACIÓN PARA EL PERSONAL DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA	---	EVALUACIÓN DEL IMPACTO (FESP)	---
REGISTROS DE FORMACIÓN (FOSA)	---		
ELABORADO	REVISADO	APROBADO	
Fecha:	Fecha:	Fecha:	
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:	

**PS-01-01 FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA**



**PS-01-02 ATENCIÓN AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE**

TÍTULO DEL PROCESO	PROPIETARIO
ATENCIÓN AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE	PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA

**MISIÓN DEL PROCESO**

INFORMAR AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN EL CENTRO Y DEL PLAN DE GESTIÓN DEL MISMO, DETECTANDO ADEMÁS LAS NECESIDADES FORMATIVAS DEL PROFESIONAL.

ENTRADAS		PROCESO/S – G.I.
1	PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN NOMBRADO	PERSONAS (PROFESIONALES) ACREDITACIÓN / REACREDITACION DE TUTORES
RESULTADOS DEL PROCESO - SALIDAS		PROCESO/S – G.I.
1	NECESIDAD DE FORMACIÓN DETECTADA	FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA
2	PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN INFORMADO	PERSONAS (PROFESIONALES) TODOS LOS PROCESOS

**RECURSOS**

**RECURSOS HUMANOS PARTICIPANTES**

- GERENTE
- JEFE DE ESTUDIOS
- TUTOR COORDINADOR

**INFRAESTRUCTURA**

- NADA A SEÑALAR

**OTROS**

- NADA A SEÑALAR

**INDICADORES**

I-28 GRADO DE SATISFACCIÓN DE ACOGIDA EN EL CENTRO Y DOCUMENTACIÓN ASOCIADA

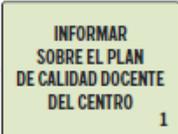
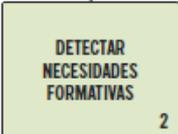
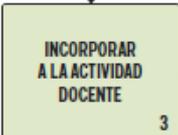
**DOCUMENTACIÓN APLICABLE – NORMATIVA ASOCIADA**

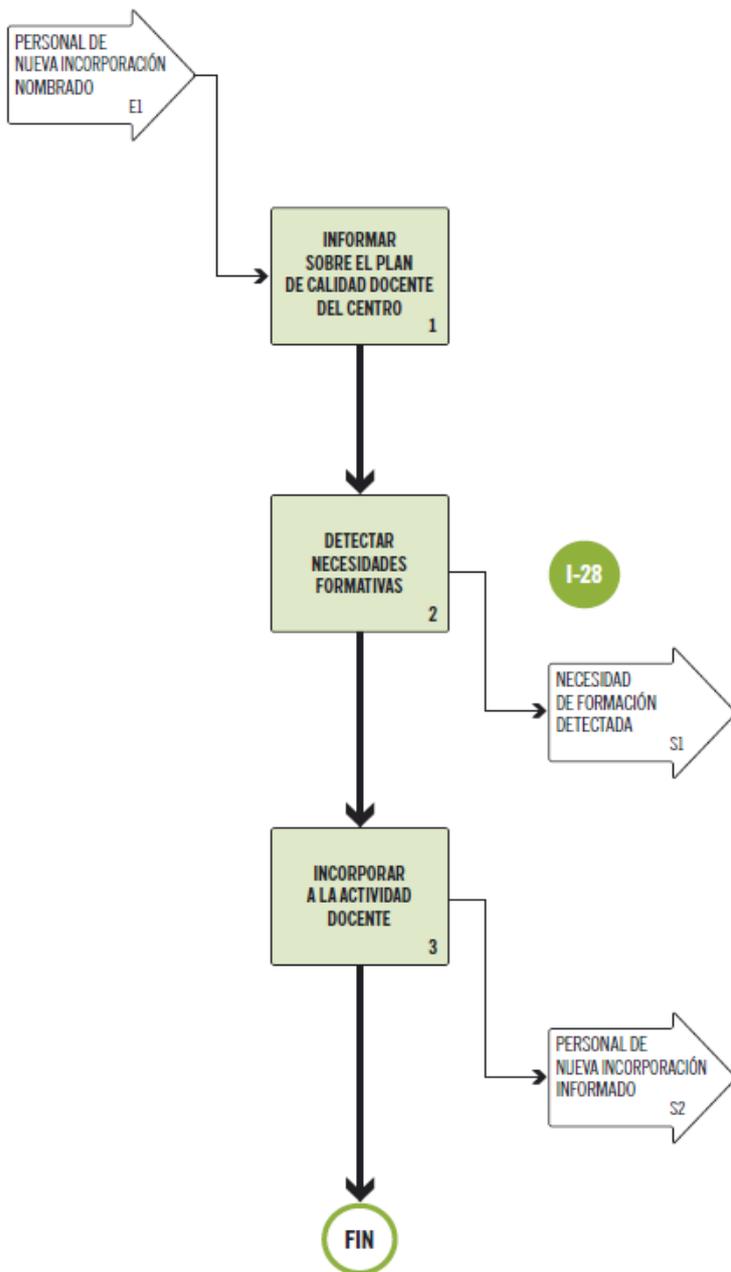
MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE

**REGISTROS (FORMATOS / IMPRESOS)**


ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

PS-01-02 ATENCIÓN AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA ESTRUCTURA DOCENTE

PANEL IPO DEL PROCESO			
ACTIVIDAD	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO
ACREDITACIÓN / REACREDITACIÓN DE TUTORES			
PERSONAS (PROFESIONALES)			
	JEFE DE ESTUDIOS / TUTOR COORDINADOR	MANUAL DE ACOGIDA	
	JEFE DE ESTUDIOS / TUTOR COORDINADOR		
FORMACIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA			
	GERENTE / JEFE DE ESTUDIOS / TUTOR COORDINADOR		
PERSONAS (PROFESIONALES)			
TODOS LOS PROCESOS			



# BIBLIOGRAFÍA

---



- ACOG. (2007a). ACOG Committee Opinion No. 390, December 2007. Ethical decision making in Obstetrics and Gynecology. *Obstet Gynecol*, 110, 1479-1487.
- ACOG. (2007b). Committee Opinion No. 358: professional responsibilities in obstetric-gynecologic education. *Obstet Gynecol*, 109, 239-242.
- ACOG. (2011). Professional responsibilities in Obstetric-Gynecologic medical education and training. [committe opinion]. *Obstetrics&Gynecology*, 118(2), 400-4004.
- Agrest, M., Feijoo, F., Barrientos, J., Mussa, A., Bustin, J., Bula, A., et al. (2002). [Mental Health Residents 2000. Their opinion about their training six years after a previous survey]. *Vertex*, 13(49), 165-176.
- Álvarez Sánchez, J. a., Vicént García, M. D., Salamanca Escobedo, J. M., Pérez Iglesias, F., & Carrasco Asenjo, M. (2003). El tutor y la tutoría en el proceso de formación de especialistas sanitarios en la comunidad de Madrid. Análisis e interpretación mediante grupos focales. *Educación Médica*, 6(2), 100-111.
- Amat, O. (2002). Aprender a enseñar. Una visión práctica de la formación de formadores. *Barcelona: Gestión 2000*.
- Andreu, J. L., García Castro, M., Uson, J., Jover, J. A., Millán, I., Cáliz, R., et al. (2012). [What do rheumatology residents think of their training? A survey of the National Rheumatology Commission]. *Reumatol Clin*, 8(1), 27-30.
- Aquerreta Beola, J. D., & del Cura Rodríguez, J. (2011). Evaluación de la formación MIR en radiología. *Radiología*, 53(5), 392-398.

- AREDA. (2006). *La evaluación de la formación especializada como garantía del sistema de salud*. Paper presented at the IV Encuentro de tutores. La planificación de la docencia, la evaluación del residente y la evaluación de centros, unidades y programas de educación sanitaria de postgrado. *Educación Médica* 10(1): 16-25.
- Arnau, J., Torán, P., Forés, D., Cots, J., Fornells, J., & et.al. (2004). Pilot portfolio project for final year Family and Community Medicine residents. Catalonia 2004. *Med Educ*, 7, 96.
- Arocha, J., & Patel, V. (2007). Methods in the study of clinical reasoning. In H. J & J. M (Eds.), *Clinical reasoning in the health profession*. (pp. 78-94). Oxford, UK: Elsevier.
- Asesoras (2004). Instituto de Salud Carlos III y Asociación de Redes Docentes y Asesoras. Profesionalización del tutor de postgrado. *Educación Médica*, 7(4): 105-106
- Aspa Marco, F. J., & Rodríguez de Castro, F. (2010). Evaluación final: ¿sirve el examen MIR? *Educ Med*, 13(Supl 1), S1-S82.
- Ayala-Morillas, L. E., Fuentes-Ferrer, M. E., Sánchez-Díaz, J., Rumayor-Zarzuelo, M., Fernández-Pérez, C., & Marco-Martínez, F. (2014). Factores asociados a la satisfacción del residente con su formación como especialista. *Rev Clin Esp*, 214(4), 175-183.
- Bain, K. (2004). *Lo que hacen los mejores profesores universitarios*. Valencia: PUV.
- Ballesteros , A., Fontcuberta, J., & García González, A. (2003). ¿Están quemados nuestros residentes de familia? *TRIBUNA DOCENTE*, 5, 58-65.

- Becker, J. L., Milad, M. P., Klock, S. M., & al., e. (2006). Burnout, depression, and career satisfaction: Cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, 1444-1449.
- Belloch, S., Renovell, V., Calabuig, J., & Gómez, L. (2000). Síndrome de agotamiento profesional en los médicos residentes de especialidades hospitalarias. *An Med Interna*, 17, 118-122.
- Biedma-Velázquez, L., Serrano-Del-Rosal, R., García-De-Diego, J. M., & Cerrillo-Vidal, J. A. (2012). Dissatisfaction with residency: a discrepancy between preferences and expectations? *Med Teach*, 34(11), e772-778.
- Bing-You, R., & Tooker, J. (1993). Teaching skills improvement programmes in US internal medicine residencies. *Med Educ*, 27, 259-265.
- Binsaleh, S., Babaeer, A., Rabah, D., & Madbouly, K. (2015). Evaluation of urology residents' perception of surgical theater educational environment. *J Surg Educ*, 72(1), 73-79.
- Blasco Casares, F. J. (2004). La satisfacción de nuestros especialistas. *Med Clin (Barc)*, 111(6):236.
- Boendermaker, P., Schuling, J., Meyboom-de Jong, B., Zwierstra, R., Metz, J., & al., e. (2000). What are the characteristics of the competent general practitioner trainer? *Fam Practice*, 17, 547-553.
- Boendermaker, P. M., Conradi, M. H., Schuling, J., Meyboom-de Jong, B., Zwierstra, R. P., & Metz, J. C. (2003). Core characteristics of the competent general practice trainer, a Delphi study. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 8(2), 111-116.
- Bordley, D., & Litzelman, D. (2000). Preparing residents to become more effective teachers: A priority for Internal Medicine. *Am J Med*, 109, 693-696.

- Branda, L. (2004). El aprendizaje basado en problemas en ciencias de la salud *El aprendizaje basado en problemas: una herramienta para toda la vida*. Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- Brian, M., Wong, M., & Kevin Inrie, M. (2013). Why resident duty hours regulations must address attending Physicians' workload. *Academic Medicin*, 88.
- Bunk, G. (1994). Teaching competence in initial and continuing vocational training in the Federal Republic of Germany. *Vocat Train Eur J*(1), 8-14.
- Burgess, A., Oates, K., & Goulston, K. (2015). Role modelling in medical education: the importance of teaching skills. *THE CLINICAL TEACHER*, 12, 1-5.
- Burr, V. (1999). *An introduction to social constructionism*. London: Routledge.
- Busari, J., Prince, K., Scherpbier, A., Van Der Vleuten, C., Essen, G., & et.al. (2002). How residents perceive their teaching role in the clinical setting: a qualitative study. *Med Teach*, 24, 57-61.
- CanMeds. (2009). CanMEDS 2000: Extract from the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report. [research-article]. *Medical teacher*, 22(6).
- Cannon, G. W., Keitz, S. A., Holland, G. J., Chang, B. K., Byrne, J. M., Tomolo, A., et al. (2008). Factors determining medical students' and residents' satisfaction during VA-based training: findings from the VA Learners' Perceptions Survey. *Acad Med*, 83(6), 611-620.
- Carrasco, A. (1995). Estructura docente y calidad en la formación médica especializada. *Med Clin*, 103, 2.

- Casado Vicente, V. (2006). La formación de posgrado y el rol de los tutores en el desarrollo profesional continuo. *JANO, Extra Octubre*(1.626), 50-54.
- Casanova, J., & Soria, X. (2012a). El portafolio como apoyo de la actividad tutorial y guía de la formación del residente. *PIEL (BARC)*, 27(2), 57-59.
- Casanova, J., & Soria, X. (2012b). El portafolio docente como instrumento de acción tutorial. *PIEL (BARC)*, 27(2), 71-76.
- Casanova, J., Soria, X., Borrego, L., De argila, D., Ribera, M., & Pujol, R. (2011 a). El portafolio como herramienta de formación y evaluación de los residentes de Dermatología (I). *Actas Dermosifiliograf*, 102(4), 244-254.
- Casanova, J., Soria, X., Borrego, L., De Argila, D., Ribera, M., Pujol, R., et al. (2011 b). El portafolio como herramienta de formación y evaluación de residentes de Dermatología (II). *Actas Dermatosifiliogr*, 102(5), 325-335.
- Castelo-Branco, C., Figueras, F., Eixarch, E., Quereda, F., Cancelo, M. J., González, S., et al. (2007). Stress symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents *BJOG*, 114(1): 94-98.
- Cobo-Reinoso, J. (2009). La difícil transición de licenciado a especialista. *Educ Med*, 12(Supl 3), S45-S50.
- Cohen, J., & Patten, S. (2005). Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta *BMC Med Educ*, 5: 21.
- Coles, C. (1996). Approaching professional development. *J Contin Educ Health Prof*, 16.

Competencias profesionales, [acceso: 16.02.2015]. Disponible en:

<http://www.educaweb.com/contenidos/laborales/nuevas-profesiones/competencias-profesionales/>

Constitución española, de 27 de Diciembre de 1978. [acceso: 02.09.2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/legislación/documentos/ConstituciónCASTELLANO.pdf>

Cooper, D. D., Wilson, A. B., Huffman, G. N., & Humbert, A. J. (2012). Medical students' perception of residents as teachers: comparing effectiveness of residents and faculty during simulation debriefings. *Journal of graduate medical education*, 486-489.

Dandavino, M., Snell, L., Wiseman, J., & al., e. (2007). why medical students should learn how to teach. *Acad Med*, 78, 802-809.

Davenport, D., Henderson, W., Hogan, S., Mentzer, R., Jr, & Zwischenberger, J. (2008). Surgery resident working conditions and job satisfaction. *Surgery*, 144(2), 332-338.e335.

Davies, P. (2000). Approaches to evidence-based teaching. *Medical Teacher*, 22(1), 14-21.

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* num.202, de 21 de noviembre de 2009.

Del Cura Rodríguez, J. L. (2011). [The role of tutors in training residents: future outlook]. *Radiologia*, 53(1), 61-66.

Díaz, B., & Rigo, M. (2000). Formación docente y educación basada en competencias *Pensamiento universitario* (Vol. 91, pp. 76-103). Centro de estudios sobre la universidad.

- Dolmans, D., De Grave, W., Wolfh Agen, I., & Van der Vleuten, C. (2005). Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Med Educ*, 732-741.
- Donovan, A. (2011). Radiology resident teaching skills improvement: impact of a resident teacher training program *Acad Radiol*, 18(4), 518-524.
- Door Goold, S., & Stern, D. T. (2006). Ethics and professionalism: What does a resident need to learn? *The American journal of bioethics*, 6(4), 9-17.
- Dornan, T., Carroll, C., & Parboosingh, J. (2002). An electronic learning port-folio for reflective continuing profesional development. *Med Educ*, 36, 767-769.
- Duque, G., Finkelstein, A., Roberts, A., Tabatabai, D., Gold, S. L., & Winer, L. R. (2006). Learning while evaluating: the use of an electronic evaluation portfolio in a geriatric medicine clership. *BMC Medical Education*, 6(4).
- EBCOG. (2005). Recommendations for postgraduate training and assessment in Obstetrics and Gynaecology. [acceso: 02.11.2014]. Disponible en: [http://www.sego.es/Content/pdf/basic\\_training\\_programme\\_september\\_06%20.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/basic_training_programme_september_06%20.pdf).
- Echauri Ozcoidi, M., & Pérez Jarauta, M. (2002). Técnicas docentes en la formación de profesionales. *Tribuna Docente*, 3, 29-43.
- Echevarría-Ruiz de Vargar, C., Pérez-Castilla, J., & González López-Arza, M. (2001). La enseñanza de la medicina basada en la evidencia. *Rehabilitación*, 35, 397-401.
- Editorial. (1998). Tutorías y aprendizaje en la formación médica especializada. *JANO*, LV.

- Elkins, T. E. (1988). Introductory course in biomedical ethics in the obstetrics-gynecology residency. *J Med Educ*, 63(4), 294-300.
- Ende, J. (1983). Feedback in clinical medical education. *JAMA*, 250, 777-781.
- Epstein, R. (2007). Assessment in medical education. *N Engl J Med*, 356, 387-396.
- Evaluaciones estructuradas, especialidad de Obstetricia y Ginecología. [Acceso: 22.02.2015]. Disponible en:  
<http://www.sego.es/secciones/residentes/?s=material#content>
- Evans, R., Edwards, A., Evans, S., Elwyn, B., Elwyn, G., & et.al. (2007). Assessing the practicing physician using patient surveys: a systematic review of instruments and feedback methods. *Fam Pract*, 24, 117-127.
- Ezquerro, M., Bundo, M., Forés-García, D., Cots-Yago, J., Casada-Plana, A., & Fornells-Vallés, J. (2004). Desarrollo de un sistema de valoración formativa en las Unidades de Medicina Familiar y Comunitaria de Cataluña. *Tribuna Docente*, 5, 16-23.
- Farnan, J. M., Petty, L. A., Georgitis, E., Martin, S., Chiu, E., Prochaska, M., et al. (2012). A systematic review: the effect of clinical supervision on patient and residency education outcomes. *Acad Med*, 87(4), 428-442.
- Fernández-Llamazares, J., Julián, J. F., Hidalgo, F., García, F., Moreno, P., Vega, J. L., et al. (1997). [Survey of residents on their satisfaction after obtaining a hospital post]. *Med Clin (Barc)*, 109(16), 615-618.
- Fernández-Lobato, R., Tartas-Ruiz, A., Jiménez-Miramón, F., Fradejas, J., Marín, J., & Ruiz de Adana, J. (2002). Curva de aprendizaje en la técnica de stoppa. *Cir Esp*, 72, 152-156.

- Fonseca, M., Sanclemente, G., Hernández, C., Visiedo, C., Bragulat, E., & Miró, Ó. (2010). Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp*, 210(5), 209-215.
- Fornells, J., Juliá, X., Arnau, J., & Martínez-Carretero, J. (2008). Feedback en educación médica. *Educ Med*, 11, 7-12.
- Frank, J., Jabbour, M., Tugwell, P., & al, e. (1996). Skills for the new millennium. Report of the societal needs working group. CanMEDS 2000 Project. *Ann R Coll Phys Surg Can*, 29, 206-216.
- Galcerá-Tomás, J., Botella-Martínez, C., Saura-Llamas, J., & Navarro-Mateu, F. (2010). New regulations regarding postgraduate medical training in Spain: percepción of the tutor's role in the Murcia region. *BMC Medical Education*, 10(44).
- García del Barrio, L., Pina Insausti, L. J., & Pueyo Villoslada, J. C. (2011). [The relations between the tutor and the resident: the importance of interpersonal dynamics in the structured interview]. *Radiologia*, 53(2), 102-107.
- García Serrano, M., Pérez Díaz, C., Abós Pueyo, T., & Expósito Martínez, C. (1998). Residentes insatisfechos ¿por qué? *SEMERGEN*, 24(4), 301-302.
- Garrido San Juan, J. (2006). Conflictos éticos en el aprendizaje de los residentes. *An Med Interna (Madrid)*, 23, 493-502.
- Garza, J., Schenider, K., Promenece, P., & Monga, M. (2004). Burnout in residency: a statewide study. *South Med J*, 97, 1171-1173.
- Gil Latorre, F., & Rivera Casares, F. (2007). [Self-perception of the care and teaching work of family medicine mentors]. *Aten Primaria*, 39(8), 405-410.

- Gómez-Beneyto, M., Montilla-García, J. F., de Castro-Manglano, P., Gay-Pamos, E., González-Torres, M. A., Gutierrez-Fraile, M., et al. (2011). The opinion of psychiatric residents on the training they receive. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(3), 174-179.
- Green, M. J., Mitchell, G., Stocking, C. B., Cassel, C. K., Siegler, M., & et.al. (1996). Do actions reported by physicians in training conflict with consensus guidelines on ethics? *Arch Intern Med*, 156(3), 298-304.
- Grimshaw, J. M., & Russell, I. T. (1993). Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*, 342(8883), 1317-1322.
- Gurusamy, K., Aggarwal, R., Palanivelu, L., & Davidson, B. (2009). Virtual reality training for surgical trainees in laparoscopic surgery. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(CD006575).
- Gutiérrez-Alcántara, C., Moreno-Fernández, J., Palomares-Ortega, R., García-Manzanares, A., & Benito-López, P. (2011). [Assessment of a residency training program in endocrinology and nutrition: results of a resident survey]. *Endocrinol Nutr*, 58(10), 516-520.
- Gómez-Carrasco, J. A., & País-Roldán, P. (2012). Estudio de la conformidad con la formación recibida por los residentes del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de 2007 a 2009. *Educ Med*, 15(1), 37-46.
- Haferbecker, D., Fakeye, O., Medina, S. P., & Fieldston, E. S. (2013). Perceptions of educational experience and inpatient workload among pediatric residents. *Hosp Pediatr*, 3(3), 276-284.
- Harden, R. M., & Crosby, J. (2000). The good teacher is more than a lecturer. The twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*, 22(4), 334-347.
- Hargreaves, D. (1996). A training culture in surgery. *BMJ*, 313, 1635-1639.

- Heidenreich, C., Lye, P., Simpson, D., & Lourich, M. (2000). The search for effective and efficient ambulatory teaching methods through the literature. *Pediatrics*, *105*(1 Pt 3), 231-237.
- Hekelman, F., Glaver, P., Galaska, S., & Philips, J. (1994). Peer coaching in clinical teaching: formative assessment of a case. *Eval Health Prof*, *17*, 366-381.
- Helwig, A., Bower, D., Wolff, M., & Guse, C. (1998). Residents find clinical practice guidelines valuable as educational and clinical tools. *Fam Med*, *30*(6), 431-435.
- Hernández Requena, S. (2008). El modelo constructivista con las nuevas tecnologías: aplicado en el proceso de aprendizaje. *RUSC*, *5*(2), 26-34.
- Holt, K. D., Miller, R. S., & Nasca, T. J. (2010). Residency Programs' Evaluations of the Competencies: Data Provided to the ACGME About Types of Assessments Used by Programs. *J Grad Med Educ*, *2*(4), 649-655.
- Holt, K. D., Miller, R. S., Philibert, I., Heard, J. K., & Nasca, T. J. (2010). Residents' perspectives on the learning environment: data from the Accreditation Council for Graduate Medical Education resident survey. *Acad Med*, *85*(3), 512-518.
- Hoonpongsimanont, W., Murphy, M., Kim, C. H., Nasir, D., & Compton, S. (2014). Emergency medicine resident well-being: stress and satisfaction. *Occup Med (Lond)*, *64*(1), 45-48.
- Howard, J. C. (1999). The role and development needs of general practice tutors. *Medical Teacher*, *21*(6), 588-590.
- Hull. (1995). Validity of three clinical performance assessment of internal medicine clerks. *Academic Medicine*, *70*(6), 517-522.

- Irby, D. M. (1995). Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med*, 70(10), 898-931.
- Ishak, W. w., Lederer, S., Mandili, C., Nikraves, R., Seligman, L., Vasa, M., et al. (2009). Burnout during residency training: a literature review. *Journal of Graduate Medical Education*, 236-242.
- Jagsi, R., Kitch, B., Weinstein, D., Campbell, E., Hutter, M., & Weissman, J. (2005). Residents report on adverse events and their causes. *Arch Intern Med*, 165, 2607-2613.
- Kane, M. T. (1992). The assessment of professional competence. *Eval Health Prof*, 15(2), 163-182.
- Kaufman, D. (2003). Applying educational theory in practice. *BMJ*, 326, 213-216.
- Kesselheim, J. C., Sectish, T. C., & Joffe, S. (2012). Education in professionalism: results from a survey of pediatric residency program directors *J Grad Med Educ* (Vol. 4, pp. 101-105). United States.
- Kjaer, N., Maagaard, R., & Wied, S. (2006). Using an on line portfolio in postgraduate training. *Med Teach*, 28, 708-712.
- Ko, C. Y., Escarce, J. J., Baker, L., Sharp, J., & Guarino, C. (2005). Predictors of surgery resident satisfaction with teaching by attendings: a national survey. *Ann Surg*, 241(2), 373-380.
- Kravitz, R., Leigh, J., Samuels, S., Schembri, M., & Gilbert, W. (2003). Tracking career satisfaction and perceptions of quality among us obstetrician and gynecologists. *Obstet Gynecol*, 102, 463-470.
- Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., & Draper, J. (2003). Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*, 78(8), 802-809.

Künzel, W., Kovacs, L., Oliviera, C. F., Patel, L. N., Wladimiroff, J. W., & et.al. (2001). The European way of training and research in Obstetrics and Gynecology. *Prenat Neonat Med*, 6, 340-349.

Larios Mendoza, H. (2006). Competencia profesional y competencia clínica. *El ejercicio actual de la medicina*, [acceso: 15.01.2015]. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2ki/2006/oct\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2ki/2006/oct_01_ponencia.html)

Lawrence, D., & Longo, M. (1999). Training of academic staff in obstetrics and Gynaecology in the USA. *Baillière`s Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 13(3), 403-421.

Ley de especialidades médicas de 20 julio de 1955, [acceso: 17.10.2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1955/202/A04440-04442.pdf>

Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. *BOE* num.102, de 29 de abril de 1986.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. *BOE* num.128, de 29 de mayo de 2003.

Ley 24/1982, de 16 de junio, sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas. *BOE* num. 154, de 29 de junio de 1982.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *BOE* num.280, de 22 de noviembre de 2003.

Libro del residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Portafolio docente, [acceso: 02.03.2015]. Disponible en:

<http://www.SEGO.es/sección/residentes/?s=material#content>

- Loayssa-Lara, J., & Monreal-Hijar, A. (2003). La guía educativa del área clínica: un instrumento para una tutoría mas sistemática y activa,. *Aten Primaria*, 20, 511-518.
- López Timoneda, F., Moro, J., & Tejedor, J. (2007). [Perceived quality of resident training in anesthesiology and postoperative recovery care]. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 54(6), 340-348.
- López Santiago, A., Baeza López, J., & Lebrato García, R. (1997). ¿Qué esperan de sus tutores los residentes de medicina de familia? *Aten Primaria*, 20, 511-518.
- Macallan, J. (2013). Medical student perspectives of what makes a high-quality teaching practice. *Education for Primary*, 24, 195-201.
- Makaryus, A., & Friedman, E. (2005). Patients`understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clinic Proc*, 80, 991-994.
- Marconi, G. P., & Nager, A. L. (2010). Teaching residents established guidelines and standards of care to strengthen their cost-containment practices. *Manag Care*, 19(5), 46-51.
- Martini, S., Arfken, C. L., Churchill, A., & Balon, R. (2004). Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Academic psychiatry*, 28(3), 240-242.
- Martín Zurro, A. (2003). *Acreditación y reconocimiento de los tutores. Incentivación de la acción tutorial*. Paper presented at the El tutor de postgrado del amateurismo al profesionalismo. *Educación Médica* 6 (3).
- Martín-Zurro, A., Bundo, M., Buxadé-Martí, I., Casasa-Plana, A., Cots-Yago, J., & Ezquerra-Lezcano, M. (2004). Guía per a la tutorització activa contínua (TAC). In U. D. d. M. d. Catalunya. (Ed.).

- Martínez-Altarriba, M. (2003). Evaluación de la competencia. Qué es y por qué realizarla. *Semergen*, 29, 591-598.
- Masunaga, H., & Hitchcock, M. A. (2010). Resident's and Faculty's beliefs about the ideal clinical teacher. *Family Medicine*, 42(2), 116-120.
- Mathers, N., Challis, M., Howe, A., & Field, N. (1999). Portfolios in continuing medical education, effective and efficient? *Med Educ*, 33, 521-530.
- McCarthy, J. (2003). Principlism or narrative ethics: must we choose between them? *Med Humanities*, 29, 65-71.
- McCray, L. W., Cronholm, P. F., Bogner, H. R., Gallo, J. J., & Neill, R. A. (2008). Resident physician burnout: is there hope? *Fam Med*, 40(9), 626-632.
- McLean, M. (2001a). Qualities attributed to an ideal educator by medical students: should faculty take cognizance? *Medical Teacher*, 23(4), 368-370.
- Melville, C., Rees, M., Brookfield, D., & Anderson, J. (2004). Portfolios for assessment of paediatric specialist registrars. *Med Educ*, 38, 1117-1125.
- Miller, G. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*, 65(9 Suppl), S63-67.
- Mills, J. K., Dalleywater, W. J., & Tischler, V. (2014). An assessment of student satisfaction with peer teaching of clinical communication skills. *BMC Medical Education*, 14(217).
- Millán Núñez-Cortés, J. (2008). La enseñanaza de las habilidades clínicas. *Educ Med*, 11(Supl 1), S21-S27.

- Morán Barrios, J. (2010). La formación basada en competencias debe introducirse también en la formación especializada. *DPM*, 3(37-40).
- Morán-Barrios J.(2008) Visión docente. Ser médico. [acceso: 10.12.2014]. Disponible en: [http://www.hospitalcruces.com/documentos/actividadDocente/VISION\\_DOCENTE-SER\\_MEDICO.pdf](http://www.hospitalcruces.com/documentos/actividadDocente/VISION_DOCENTE-SER_MEDICO.pdf).
- Morán Barrios, J. M. (2003). *¿Es necesaria y compatible la existencia del tutor de médicos residentes dentro de nuestras estructuras asistenciales?* Paper presented at the El tutor de postgrado del amateurismo a profesionalismo. *Educación Médica* 6(3).
- Morán, J., Urkaregi, A., Martínez, A., & Pijoan, J. (2005). El tutor de médicos residentes (MIR). Situación actual y necesidades. *Educación Médica*, 8(3), 137-161.
- Morán-Barrios, J., & Ruíz de Gauna Bahílllo, P. (2010). [Reinventing specialty training of physicians? Principles and challenges]. *Nefrología*, 30(6), 604-612.
- Moreno, R. (2000). La educación basada en normas de competencia como un nuevo modelo de formación profesional en México. *Pensamiento universitario* (Vol. 91, pp. 45-75). Centro de estudios sobre la universidad: Centro de estudios sobre la universidad.
- Moro, J., Tejedor, J. M., & Zancajo, J. L. (2006). La calidad de la formación especializada a través de la encuesta a residentes. *Rev Calidad Asistencial*, 21(2), 82-86.
- Morrison, E., Friedland, J., Boker, J., Rucker, L., Hollingshead, J., Murata, P., et al. (2001). Residents-as-teachers training in US. Residency programs and offices of graduate medical education. *Acad Med*, 76, S1-S4.

- Morrison, E. H., Hitchcock, M. A., Harthill, M., Boker, J. R., Masunaga, H., & et.al. (2005). The on-line Clinical Teaching Perception Inventory: a "snapshot" of medical teachers. *Fam Med*, 37(1), 48-53.
- Munro, N., Hornung, R., & McAleer, S. (1998). What are the key attributes of a good general practice trainer: a Delphi study. *Education for General Practice*, 9, 263-270.
- Murray, E. (2002). Challenges in educational research. *Med Educ*, 36(2), 110-112.
- Neufeld, V. (1985a). Historical perspective on clinical competences. In V. Neufeld & G. Norman (Eds.), *Assessing clinical competences*. New York: Springer.
- Neufeld, V. (1985b). Implications for education. In V. Neufeld & G. Norman (Eds.), *Assessing Clinical Competence*. New York: Springer.
- Nielsen, B., & Tulinius, C. (2003). Physicians in general practice want mentors. *Ugeskr Laeger*, 165, 4418-4423.
- Norcini, J., & Burch, V. (2007). Workplace-based assesment as an educational tool: AMEE Guide No.31. *Medical Teacher*, 29, 855-871.
- Norman, G. (1985). Defining competence: a methodological review (pp. 15-37). Springer publishing company. New York: Neufeld ,VR
- Norman, G. (2005). Research in clinical reasoning. Past history and current trends. *Educ Med*, 39, 418-427.
- Núñez-Cortés, J. M. (2012). Enseñar a ser médicos: un análisis de opinión de los médicos implicados en la docencia práctica (I). Conclusiones del análisis cualitativo y metodología para un estudio cuantitativo. *Educ Med*, 15(3), 143-147.

Nyssen, A., Hansez, I., & Baele, P. (2003). Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth*, *90*, 333-337.

Olivé, A. (2002). La insoportable levedad del ser de una relación: tutores y residentes. *Rev Esp Reumatol*, *29*(7), 321-322.

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* num.80, de 27 de abril de 2011.

ORDEN SAN/561/2010, de 31 de marzo, por la que se regula el procedimiento para la autorización de las rotaciones externas de los especialistas en formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. *BOCYL* num.83, de 4 de mayo de 2010.

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* num.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* num.129, de 28 de mayo de 2009.

ORDEN SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se determinan los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor. *BOE* num.56, de 5 de marzo de 2008.

- Oristrell, J., Oliva, J. C., Casanovas, A., Comet, R., & Navarro, M. (2014). El libro informático del Residente de Medicina Interna: adquisición de competencias y consecución de objetivos docentes. *Rev Clin Esp*, 214(1), 8-16.
- Ortwein, H., Blaum, W. E., & Spies, C. D. (2014). Anesthesiology residents' perspective about good teaching-a qualitative needs assessment. *Ger Med Sci*, 12, Doc05.
- Overeem, K., Faber, M., Arah, O., Elwyn, G., Lombarts, K., & Wollersheim, H. (2007). Doctor performance assessment in daily practice: does it help doctors or not? *Med Educ*, 41, 1039-1049.
- O'Sullivan, P., Cogbill, K., McClain, T., Reckase, M., & Clardy, J. (2002). Portfolios as a novel approach for resident evaluation. *Acad Psych*, 26, 173-179.
- Palés, J. L. (2006). Planificar un curriculum o un programa formativo. *Educación Médica*, 9(2), 59-65.
- Papp, K. K., Miller, C. M., & Strohl, K. P. (2006). Graduate medical training, learning, relationships, and sleep loss. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 339-345.
- Passi, V., Johnson, S., Peile, E., Wright, S., Hafferty, F., & Johnson, N. (2013). Doctor role modelling in medical education. BEME Guide No.27. *Med Teach*, 35, e1422-e1436.
- Philibert, I. (2012). Satisfiers and hygiene factors: residents' perceptions of strengths and limitations of their learning environment. *Journal of Graduate Medical Education*, 122-127.
- Piaget, J. (1978). La representación del mundo en el niño. *Madrid:Morata*.

- Piek, J., Bossart, M., Boor, K., Halaska, M., Haidopoulos, D., Zapardiel, I., et al. (2015). The work place educational climate in Gynecological oncology fellowship across Europe. *International Journal of Gynecological Cancer*, 25(1), 180-190.
- Piessen, G., Chau, A., Mariette, C., Bouillot, J. L., Veyrie, N., & al, e. (2013). Evaluation of training of residents and chief-residents in visceral and digestive surgery in France: results of a national survey. *J Visc Surg*, 150(5), 297-305.
- Pijoan, J. I., Urkaregi, A., & Moran, J. M. (2001). [Residents' assessment of education received in hospital departments: a monitoring tool]. *Gac Sanit*, 15(5), 432-440.
- Prados-Castillejo, J. (2005). Preguntas sobre la evaluación de las competencias y alguna respuesta: portafolio. *Aten Primaria*, 36, 3-4.
- Pujol Farriols, R. (1997). [Unsatisfied medical residents]. *Med Clin (Barc)*, 109(16), 623-624.
- Pujol Farriols, R., & Nogueras Rimblás, A. (2002). La formación de los médicos residentes de Medicina Interna. A propósito de una encuesta de opinión. *Med Clin (Barc)*, 118, 545-550.
- Pujol, R., Busquet, J., Feliú, E., Castellsague, J., Gómez Sáez, J. M., Martínez Carretero, J. M., et al. (1995). [An evaluation of the clinical competence of a population of specialist physicians educated by the medical internship and residency system]. *Med Clin (Barc)*, 105(13), 491-495.
- Pujol, R., JM, G., & Martínez-Carretero, J. (1999). Reflexiones y propuestas sobre la especialización médica en España. *Educ Med*, 2, 8-12.
- Quaas, A. M., Berkowitz, L. R., & Tracy, E. E. (2009). Evaluation of a mentoring program in an obstetrics and gynecology residency training program: resident feedback and suggestions. *Journal of graduate medical education*, 132-138.

REAL DECRETO 182/2004, de 30 de enero, por el que se determina la composición de la comisión de Recursos Humanos de Sistema Nacional de salud. *BOE* num.37, de 12 de febrero de 2004.

REAL DECRETO 3303/1978, de 29 de diciembre, sobre especialidades de la profesión médica. *BOE* num.29, de 2 de febrero de 1979.

REAL DECRETO 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud. *BOE* núm. 240, 7 octubre de 2006.

REAL DECRETO 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del Título de Médico Especialista. *BOE* num.26, de 31 de enero de 1984.

REAL DECRETO 139/2003, de 7 de febrero, por el que se actualiza la regulación de la formación médica especializada. *BOE* num.39, de 14 de febrero de 2003.

REAL DECRETO 1497/1999, de 24 de septiembre, de procedimiento excepcional de acceso al título de especialista. *BOE* num.230, de 25 septiembre 1999.

REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *BOE* num.45, de 21 de febrero de 2008.

REAL DECRETO 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. *BOE* num.206, de 29 de agosto de 1978.

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* num. 190, de 6 de agosto de 2014.

Reverón Gómez, M. A., Moure García, E. J., Bravo García, P. L., Tejera Concepción, R. D., Besada Estévez, C., & et.al. (2011). [Teaching experience of the anesthesiology training unit at Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria]. *Rev Esp Anestesiol Reanim*, 58(4), 223-229.

Reyes, C., Zuniga, D., Wright, A. C., Olivares, P., Toro, L., Aravena, C., et al. (2010). [Are residents and interns prepared for teaching? Perceptions of undergraduate and graduate medical students]. *Rev Med Chil*, 138(2), 196-204.

Reznick, R., & MacRae, H. (2006). Teaching surgical skills, changes in the wind. *N Engl J Med*, 355, 2664-2669.

Ricarte-Díez, J. J., & Martínez-Carretero, J. M. (2008). Formación del residente desde su abordaje como adulto. *Educ Med*, 11(3), 131-138.

Ríos, A., Sánchez Gascón, F., Martínez Large, J., & Guerrero, M. (2006). Influence of residency training on personal stress and impairment in family life: Analysis of related factors. *Med Princ Pract*, 15, 276-280.

Ríos Zambudio, A., Sánchez Gascón, F., González Moro, L., & Guerrero Fernández, M. (2003). [Unsatisfaction factors of resident physicians] *Med Clin (Barc)* (Vol. 121, pp. 634-635). Spain.

- Ríos Zambudio, A., Sánchez Gascón, F., González Moro, L., & Guerrero Fernández, M. (2004). Research training during medical residency (MIR). Satisfaction questionnaire. *Rev Esp Enferm Dig*, 96(10), 695-699; 700-694.
- Rodríguez González, F. J., Puente Gutiérrez, J., Chicano Gallardo, M., Monrobel Lancho, A., López Penas, D., Bernal Blanco, E., et al. (2000). [Resident physician training in the digestive system. The point of view of the residents]. *Gastroenterol Hepatol*, 23(8), 367-373.
- Rodríguez Heredia, J. M., Gallegos Cid, A., & García-Arroba Muñoz, J. (2004). Carta al director. Docencia Postgrado. ¿Quién? ¿Dónde? ¿Cuándo? *Educación Médica*, 7(2), 2.
- Rodríguez Sanz, J. (2006). El residente desmotivado: diagnóstico y posibilidades terapéuticas. *AMF*, 1, 19-28.
- Rodríguez-Neira, T. (2000). *La evaluación en el aula*. Madrid: Nobel.
- Romero-Sánchez, E., Anza-Aguirrezabala, I., & Saura-Llamas, J. (2012). ¿Planifican los tutores la formación de sus residentes? Investigación realizada en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. *Educ Med*, 15(2), 117-122.
- Saaq, M., & Khaleeq uz, Z. (2013). Postgraduate medical education: residents rating the quality of their training. *J Coll Physicians Surg Pak*, 23(1), 72-76.
- Salinas Sánchez, A. S., Hernández Millán, I., Virseda Rodríguez, J. A., Segura Martín, M., Lorenzo Romero J.M., Giménez Bach, J. M., Moreno.Mº.J, D., et al. (2005). El aprendizaje basado en problemas en la enseñanza de urología. Modelo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla La Mancha. *Actas Urol Esp*, 29(1), 8-15.

- Sant-Arderiu, E., Casajuana-Brunet, J., Pou-Vila, R., Aragonés-Forés, R., Benítez-Camps, M., & et.al. (2005). Tutorización activa continua: una metodología para intentar ser tutor durante los 3 años de especialidad. *Aten Primaria*, 36, 214-220.
- Saura, J. (2005). El tutor desilusionado. Prevención del síndrome de burnout docente en medicina de familia. *Tribuna docente*, 1 supl, 13-18.
- Saura Llamas, J. (2007). [How a tutor can become an effective teacher]. *Aten Primaria*, 39(3), 151-155.
- Saura Llamas, J., Martínez Pastor, A., Gómez Portela, J., Rubio Gil, E., Monzó Núñez, E., & Romero Sánchez, E. (2011). Plan individualizado de formación para el residente de medicina familiar: Experiencia de la Unidad Docente de Murcia, España (primera parte). *Archivos en Medicina de Familia*, 13(1), 30-34.
- Saura Llamas, J., Martínez Garre, M. N., Sebastián Delgado, M. E., Martínez Navarro, M. A., Leal Hernández, M., Blanco Sabio, S., et al. (2013). Evaluación formativa mediante el portafolio de cuatro promociones de residentes de Medicina de Familia y Comunitaria de la Unidad Docente de Murcia. *Aten Primaria*, 45(6), 297-306.
- Saura Llamas, J., Saturno Hernández, P. J., & Romero Sánchez, E. (2006). Modelos formativos que pueden usar los tutores para formar residentes. *FMC*, 13(8), 435-446.
- Saura-Llamas, J., Sesma Arnáiz, R., Fernández Cuenca, J., Borchert Muñoz, C., Sáez Yanguas, A., & al., e. (2001). [Postgraduate education in family education: what do we know about residents?]. *Aten Primaria*, 28(6), 405-414.
- Scheiner, D., & Mainiero, M. (2003). Effectiveness and student perceptions of standardized radiology clerkship lectures: a comparison between resident and attending radiologist performances. *Acad Radiol*, 10(1), 87-90.

- Schneider, K. M., Monga, M., & Kerrigan, A. J. (2002). Stress in residency: reality or myth? *Am J Obstet Gynecol*, 186: 907-909.
- Schultz, K., Kirby, J., Delva, D., Godwin, M., Verna, S., Birtwhistle, R., et al. (2004). Medical students' and residents' preferred site characteristics and preceptors behaviours for learning in the ambulatory setting: a cross-sectional survey. *BMJ Med Educ*, 4, 12-22.
- Schwartz, D., Bransford, J., & Sears, D. (2005). Efficiency and innovation in transfer. In J. Mestre (Ed.), *Transfer of learning from a modern multidisciplinary perspective*. (pp. 1-54): Information Age Publishing.
- Schön, D. (1992). La formación de los profesionales reflexivos. In Paidós (Ed.).
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*, 136, 358-367.
- Shanafelt, T. D., Gradishar, W. J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Horn, L., et al. (2014). Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol*, 32(7), 678-686.
- Shepard, LA. (2000). The role of assessment in a learning culture. *Educ Res*, 29, 4-14
- Sistac Ballarín, J., Gredilla Díaz, E., & Sáez Fernández, A. (2012). Análisis de la situación formativa y docente de los tutores españoles de Anestesiología y Reanimación. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 59(3), 127-133.
- Snadden, D., & Thomas, M. (1998). Portfolio learning in general practice vocational training, does it work? *Med Educ*, 32, 401-406.

- Sobrequés, J., Cebriá, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M., & Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten Primaria*, 31, 572-574.
- Sobrino López, A. (2001). Revisión bibliográfica de las estrategias y métodos educativos mas eficaces en la formación de los médicos generales. *Tribuna Docente*, 2, 57-60.
- Southgate, L. (1994). James Mackenzie Lecture 1993. Freedom and discipline: clinical practice and the assessment of clinical competence. *Br J Gen Pract*, 44(379), 87-92.
- Stritter, F., Baker, R., & Shahady, E. (1988). Clinical Instruction. In McGahie. CD & Frey. JJ (Eds.), *Handbook for the academic physician*. (pp. 98-124). New York: Springer-Verlag.
- Sundquist, J., & Johansson, S. (2000). High demand, low control, and impaired general health: working conditions in a sample of swedish general practitioners. *Scand J Public Health*, 28(2), 123-131.
- Swing, S. R. (2007). The AGCM outcome Project: retrospective and prospective. *Medical Teacher*, 29, 648-654.
- Sánchez-Candamio, M. (2002). El proceso de socialización de los MIR. *Educ Med*, 5, 82-89.
- Takahashi, O., Ohde, S., Jacobs, J. L., Tokuda, Y., Omata, F., & Fukui, T. (2009). Residents' experience of scholarly activities is associated with higher satisfaction with residency training. *J Gen Intern Med*, 24(6), 716-720.
- Ten Cate, O., & Durning, S. (2007). Dimensions and psychology of peer teaching in medical education. *Med Teach*, 29(6), 546-552.

- Ten Cate, O., & Durning, S. (2007). Peer teaching in medical education: twelve reasons to move from theory to practice. *Med Teach*, 29, 591-599.
- Thompson Bowles, L. (2000). The evaluation of teaching. *Medical teacher*, 22, 221-224.
- Torán-Monserrat, P., & Arnau-Figueras, J. (2006). El portafolio como instrumento de valoración del residente. *Aten Primaria*, 37, 371-373.
- Tutosaus, J. D. (2002). Perfil de los tutores de un gran hospital universitario. *Educación Médica*, 5(1), 27-33.
- Tutosaus, J. D. (2003). *Sistemas de evaluación de los residentes. Rol del tutor en los mismos*. Paper presented at the El tutor de postgrado de la amateurismo al profesionalismo. *Educación Médica*, 6(3).
- United State Medical Licensing Examination. [Acceso: 20.03.2015]. Disponible en: <http://www.usmle.org>
- Unterman, A., Achiron, A., Gat, I., Tavor, O., & Ziv, A. (2014). A novel simulation-based training program to improve clinical teaching and mentoring skills. *IMAJ*, 16, 184-190.
- Van der Leeuw, R. M., Lombarts, K. M., Arah, O. A., & Heineman, M. J. (2012). A systematic review of the effects of residency training on patient outcomes. *BMC Med*, 10, 65.
- Vázquez Mata, G., Rodríguez Elvira, M., Rucabado Aguilar, L., García Alcántara, Á., Murillo Cabezas, F., Navarrete Navarro, P., et al. (2011). Los residentes en las unidades de cuidados intensivos, ¿cuál es la percepción de la formación que reciben? *Educ Med*, 14(3), 189-194.

- Veloski, J., Boex, JR., Grasberger, J., Evans, A., Wolfson, BD. Systematic review of the literature on assessment, feedback, and physicians' clinical performance. BEME Guide, No. 7. *Med Teach* 28, 117-128
- Villalonga, R., Rovira, I., Colomina, M. J., Rincón, R., Mases, A., Borrás, R., et al. (2008). [Specialized training in anesthesiology: the opinions of supervising tutors]. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 55(6), 327-334.
- Webster, V., & Barker, I. (2001). Royal College of anaesthetists tutor. *Anaesthesia*, 56, 568-584.
- West, C., Huschka, M., Novotny, P., Sloan, J., Kolars, J., Habermann, T., et al. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. A prospective longitudinal study. *JAMA*, 299(9), 1071-1078.
- WFME. (1994). World Summit for medical education: the changing medical profession. *Medical education*, 28(Suppl.1), 140-149.
- WFME. (2003). Postgraduate medical education. Global standards of quality improvement. World Federation for Medical Education. University of Copenhagen; Faculty of Health Sciences. [acceso: 15.11.2014]. Disponible en: <http://www.wfme.org>
- WFME. (2004). Educación Médica postgrado. Estándares globales de la WFME para la mejora la calidad. *Educación Médica*, 7(Supl.2), S26-S38.
- Wilkerson, L., Lesky, L., & Medio, F. J. (1986). The resident as teacher during work rounds. *J Med Educ*, 61(10), 823-829.
- Wilkinson, T., Challis, M., Hobma, S., Newble, D., Parboosingh, J., Sibbald, R., et al. (2002). The use of portfolios for assesment of the competences and performance of doctors in practice. *Med Educ*, 36, 918-924.

Wong, B. M., & Imrie, K. (2013). Why resident duty hours regulations must address attending physicians' workload. *Acad Med*, 88(9), 1209-1211.

Wood, J., Collins, J., Burnside, E. S., Albanese, M. A., Propeck, P. A., Kelcz, F., et al. (2004). Patient, faculty, and self-assessment of radiology resident performance: a 360-degree method of measuring professionalism and interpersonal/communication skills. *Acad Radiol*, 11, 931-939.

Yu, T., Wilson, N., Singh, P., Lemanu, D., Hawken, S., & Hill, A. (2011). Medical student as teachers: a systematic review of peer-assisted teaching during medical school. *Adv Med Educ Pract*, 2(157).



# GLOSARIO

---



**ACGME:** Accreditation Council for Graduate Medical Education

**ACMT:** Advisory Committee on Medical Training

**ACOG:** The American College of Obstetricians and Gynecologists

**AMA:** American Medical Association

**AMEE:** Association for Medical Education in Europe

**AREDA:** Asociación de Redes de Comisiones de Docencia y Asesores

**BOCYL:** Boletín Oficial de Castilla y León

**BOE:** Boletín Oficial del Estado

**Can Meds:** Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

**CNE:** Comisión Nacional de las Especialidades

**EBOG:** European Board of Obstetrics and Gynecology

**ECOE:** Evaluación Clínica Objetiva estructurada

**EVAEST:** Evaluación estructurada

**IEM:** Instituto Internacional para la Educación Médica

**IEM New York:** Instituto Internacional para la Educación Médica de Nueva York

**MIR:** Médico Interno Residente

**OM:** Orden Ministerial

**ORDEN SAN:** Orden Sanitaria

**ORDEN SAS:** Orden del Ministerio de Sanidad y Asuntos sociales

**ORDEN SCO:** Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo

**OSATS:** Objective Structured Assessment of Technical Skills

**PBL:** Problem Based Learning

**PGCD:** Plan de Gestión de Calidad Docente

**RD:** Real decreto

**SCO:** Observación clínica estructurada

**SEGO:** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

**TAC:** Tutorización Activa Continua

**UEMS:** European Union of Medical Specialists

**USMLE:** United State Medical Licensing Examination

**WFME:** World Federation of Medical Education

**WPBA:** Workplace Based Assessment

## RELACIÓN DE TABLAS

---



<b>Tabla 1.</b> Modelos de dominios competenciales.....	119
<b>Tabla 2.</b> Dominios nucleares para los nuevos planes de estudio (Instituto de Educación Médica Internacional) (Millán Núñez-Cortés, 2008).....	122
<b>Tabla 3.</b> Métodos de enseñanza para la residencia. (Ricarte-Díez & Martínez-Carretero, 2008).....	134
<b>Tabla 4.</b> Recursos docentes (Casado Vicente, 2006).....	135
<b>Tabla 5.</b> Los doce roles del profesor (Harden, 2000).....	169
<b>Tabla 6:</b> Encuesta Residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y total de Castilla y León. Años 2010 a 2013.....	196
<b>Tabla 7:</b> Encuesta Residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Años 2010 a 2013.....	203
<b>Tabla 8:</b> Encuesta Residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Angiología y Cirugía Vascul ar. Años 2010 a 2013.....	209
<b>Tabla 9:</b> Encuesta Residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Anestesiología y Reanimación. Años 2010 a 2013.....	215
<b>Tabla 10:</b> Encuesta Residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Oftalmología. Años 2010 a 2013.....	221

<b>Tabla 11:</b> Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Otorrinolaringología. Años 2010 a 2013.....	227
<b>Tabla 12:</b> Encuesta Residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Traumatología y Cirugía Ortopédica. Años 2010 a 2013.....	233
<b>Tabla 13:</b> Encuesta Residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Urología. Años 2010 a 2013.....	239
<b>Tabla 14:</b> Encuesta residentes. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología, ordenadas de mayor a menor puntuación.....	243
<b>Tabla 15:</b> Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 8: Evaluación y reconocimiento.....	244
<b>Tabla 16:</b> Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 6: Planificación del trabajo.....	245
<b>Tabla 17:</b> Número de años con una diferencia de valoración media superior a 1 punto en la comparación de las especialidades Médico-Quirúrgicas con Obstetricia y Ginecología.....	248
<b>Tabla 18:</b> Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 1: Tutor-Formador....	250
<b>Tabla 19:</b> Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 7: Ambiente de trabajo.....	252
<b>Tabla 20:</b> Encuesta tutores. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y total de Castilla y León. Años 2011 y 2013.....	257

<b>Tabla 21:</b> Encuesta tutores. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Años 2011 y 2013.....	260
<b>Tabla 22:</b> Encuesta tutores. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Angiología y Cirugía Vascul ar. Años 2011 y 2013.....	261
<b>Tabla 23:</b> Encuesta tutores. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Anestesiología y Reanimación. Años 2011 y 2013.....	263
<b>Tabla 24:</b> Encuesta Tutores. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Oftalmología. Años 2011 y 2013.....	265
<b>Tabla 25:</b> Encuesta Tutores. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Traumatología y Cirugía Ortopédica. Años 2011 y 2013.....	267
<b>Tabla 26:</b> Encuesta tutores. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología y Urología. Años 2011 y 2013.....	269
<b>Tabla 27:</b> Encuesta tutores. Valoraciones medias por Dimensiones de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología, ordenadas de mayor a menor puntuación.....	270
<b>Tabla 28:</b> Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 6: Medios y recursos.....	271
<b>Tabla 29:</b> Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 7: Formación.....	273
<b>Tabla 30:</b> Valoraciones medias por ítems de la Dimensión 5: Ambiente-interacción con los compañeros.....	277



# RELACIÓN DE ILUSTRACIONES

---



<b>Gráfico 1.</b> Niveles del curriculum (J Saura Llamas et al., 2011).....	109
<b>Gráfico 2.</b> Pirámide de competencia de Miller (Miller, 1990).....	115
<b>Gráfico 3.</b> Proceso implícito (Sánchez-Candamio, 2002).....	130
<b>Gráfico 4.</b> Proceso explícito (Sánchez-Candamio, 2002).....	131
<b>Gráfico 5.</b> Modelo Kolb (Kolb y Fry,1975).....	150
<b>Gráfico 6:</b> Encuesta residentes. Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología en Castilla y León. Años 2010 a 2013.....	191
<b>Gráfico 7.a:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y total de Castilla y León. Años 2010 a 2013.....	197
<b>Gráfico 7.b:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y total de Castilla y León. Años 2010 a 2013.....	198
<b>Gráfico 8:</b> Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y total de Castilla y León. Años 2010 a 2013.....	199
<b>Gráfico 9:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología en Castilla y León. Años 2010 a 2013.....	201
<b>Gráfico 10.a:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Años 2010 a 2013.....	204

<b>Gráfico 10.b:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Años 2010 a 2013.....	205
<b>Gráfico 11:</b> Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Años 2010 a 2013.....	206
<b>Gráfico 12:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Angiología y Cirugía Vascular en Castilla y León. Años 2010 a 2013.....	207
<b>Gráfico 13.a:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Angiología y Cirugía Vascular. Años 2010 a 2013...	210
<b>Gráfico 13.b:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Angiología y Cirugía Vascular. Años 2010 a 2013...	211
<b>Gráfico 14:</b> Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Angiología y Cirugía Vascular. Años 2010 a 2013.....	212
<b>Gráfico 15:</b> Encuesta Residentes. Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Anestesiología y Reanimación en Castilla y León. Años 2010 a 2013.....	213
<b>Gráfico 16.a:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Anestesiología y Reanimación. Años 2010 a 2013...	216
<b>Gráfico 16.b:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Anestesiología y Reanimación. Años 2010 a 2013...	217
<b>Gráfico 17:</b> Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Anestesiología y Reanimación. Años 2010 a 2013.....	218

<b>Gráfico 18:</b> Encuesta Residentes. Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Oftalmología en Castilla y León. Años 2010 a 2013.....	219
<b>Gráfico 19.a:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Oftalmología. Años 2010 a 2013.....	222
<b>Gráfico 19.b:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Oftalmología. Años 2010 a 2013.....	223
<b>Gráfico 20:</b> Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Oftalmología. Años 2010 a 2013.....	224
<b>Gráfico 21:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Otorrinolaringología en Castilla y León. Años 2010 a 2013.....	225
<b>Gráfico 22.a:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Otorrinolaringología. Años 2010 a 2013.....	228
<b>Gráfico 22.b:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Otorrinolaringología. Años 2010 a 2013.....	229
<b>Gráfico 23:</b> Evolución de la satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Otorrinolaringología. Años 2010 a 2013.....	230
<b>Gráfico 24:</b> Encuesta Residentes. Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Traumatología y Cirugía Ortopédica en Castilla y León. Años 2010 a 2013.....	231
<b>Gráfico 25.a:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Traumatología y Cirugía Ortopédica. Años 2010 a 2013.....	234

<b>Gráfico 25.b:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Traumatología y Cirugía Ortopédica. Años 2010 a 2013.....	235
<b>Gráfico 26:</b> Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Traumatología y Cirugía Ortopédica. Años 2010 a 2013.....	236
<b>Gráfico 27:</b> Encuesta Residentes. Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Urología en Castilla y León. Años 2010 a 2013.....	237
<b>Gráfico 28.a:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Urología. Años 2010 a 2013.....	240
<b>Gráfico 28.b:</b> Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología y Urología. Años 2010 a 2013.....	241
<b>Gráfico 29:</b> Evolución de la Satisfacción general en Obstetricia y Ginecología y Urología. Años 2010 a 2013.....	242
<b>Gráfico 30:</b> Periódicamente hablo con mi tutor sobre los progresos alcanzados en mi proceso formativo, ítem 39 (%).....	244
<b>Gráfico 31:</b> Tengo la sensación de falta de tiempo para desarrollar mi trabajo como me gustaría, ítem 55 (%).....	245
<b>Gráfico 32:</b> Mi opinión es tenida en cuenta cuando hay que tomar decisiones relacionadas con la organización del trabajo, ítem 41 (%).....	246
<b>Gráfico 33:</b> Me entrevisto con mi tutor para valorar el cumplimiento de los objetivos docentes durante la rotación, ítem 31 (%).....	251

<b>Gráfico 34:</b> Mi tutor informa al resto de profesionales sobre el grado de responsabilidad que yo puedo asumir, ítem 18 (%).....	251
<b>Gráfico 35:</b> La dirección del servicio/unidad/equipo se interesa por el bienestar de los residentes, ítem 4 (%).....	253
<b>Gráfico 36:</b> Se fomenta un trato igualitario entre todos los profesionales, ítem 34 (%).....	253
<b>Gráfico 37:</b> Encuesta Tutores. Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Obstetricia y Ginecología en Castilla y León. Años 2011 y 2013.....	254
<b>Gráfico 38:</b> Encuesta Tutores. Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Anestesiología y Reanimación en Castilla y León. Años 2011 y 2013.....	262
<b>Gráfico 39:</b> Encuesta Tutores. Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Oftalmología en Castilla y León. Años 2011 y 2013.....	264
<b>Gráfico 40:</b> Encuesta Tutores. Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Traumatología y Cirugía Ortopédica en Castilla y León. Años 2011 y 2013.....	266
<b>Gráfico 41:</b> Encuesta Tutores. Evolución de las valoraciones medias por Dimensiones en Urología en Castilla y León. Años 2011 y 2013.....	268
<b>Gráfico 42:</b> Dispongo de los medios materiales (equipamiento, espacio, recursos informáticos) para ejercer de forma adecuada mi función docente, ítem 22 (%).....	272

<b>Gráfico 43:</b> En mi servicio/equipo/unidad existen los recursos humanos suficientes para atender las actividades docentes (formación especializada, formación de grado y postgrado), ítem 34 (%).....	272
<b>Gráfico 44:</b> El Plan de Formación de tutores recoge la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo como docente, ítem 7 (%).....	274
<b>Gráfico 45:</b> A los nuevos tutores se les proporciona la información adecuada para el desempeño de las funciones docentes, ítem 43 (%).....	274
<b>Gráfico 46:</b> Valoraciones medias de la Dimensión 6: Medios y Recursos en las especialidades Médico Quirúrgicas en Castilla y León. Años 2011 y 2013.....	276
<b>Gráfico 47:</b> Valoraciones medias de la Dimensión 5: Ambiente-interacción con los compañeros en las especialidades Médico Quirúrgicas en Castilla y León. Años 2011 y 2013.....	276
<b>Gráfico 48:</b> El ambiente de trabajo que existe en mi servicio/equipo/unidad es apropiado para la docencia, ítem 58 (%).....	278