

# GUÍA BÁSICA

# DEL TUTOR DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA DE CASTILLA Y LEÓN



## Guía básica del tutor de formación sanitaria especializada de Castilla y León

Edita: Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León  
Valladolid, 2023

ISBN: 978-84-9718-724-4

### Obra bajo Licencia CREATIVE COMMONS BY-NC-SA



Reconocimiento –  
NoComercial –  
SinObraDerivada  
(by-nc-nd):  
Videos TED Talks,  
Propublica

• Compartir

• Menciono al autor  
• No hago remezclas  
• No gano dinero  
• Mantengo la  
misma licencia  
(by-nc-nd)

# GUÍA BÁSICA DEL TUTOR DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA DE CASTILLA Y LEÓN

**M.ª José Aragón Cabeza**

*Técnico del Servicio de Formación y de Evaluación de Especialidades Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud*

**María Jesús Barrenechea Fernández**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.*

*Responsable de Calidad e Investigación en Docencia. Gerencia de Asistencia Sanitaria El Bierzo. Ponferrada. León.*

**Paloma Burgos Díez**

*Jefe de servicio de Formación y de Evaluación de Especialidades Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud*

**Daniel Cerrato Murillo**

*Licenciado en Filosofía. Diplomado en Educación Social. Director de SEDA Educación y Desarrollo*

**Pilar Díaz Ruiz**

*Técnico del Servicio de Formación y de Evaluación de Especialidades Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud*

**Eva M.ª Fernández Moran**

*Responsable de Calidad e Investigación en Docencia del Complejo Asistencial Universitario de León*

**Luis Alberto Flores Pérez**

*Técnico del Servicio de Formación y de Evaluación de Especialidades Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud*

**M.ª Nieves González Natal**

*Técnico del Servicio de Formación y de Evaluación de Especialidades Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud*

**Jesús Heredia Aguilar**

*Técnico del Servicio de Formación y de Evaluación de Especialidades Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud*

**Rosa Ibán Ochoa**

*Jefe de estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste y Jefe de estudios Atención Especializada del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid*

**José Antonio Lopez Villalobos**

*Responsable de Calidad e Investigación en Docencia de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Palencia*

**Ángel Carlos Matía Cubillo**

*Médico de Familia Coordinador Centro de Salud Ignacio López Sáiz de la Gerencia de Atención Primaria de Burgos*

**Luis Alberto Rodríguez Arroyo**

*Jefe de Unidad de Coordinación Médica, Unidad de Formación, Docencia e Investigación de la Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo*

**Lourdes Vázquez López**

*Jefe de Estudios Atención Especializada del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*



Un sistema de salud fuerte y competitivo es aquel que pone el énfasis en sus profesionales, en su formación y en su preparación. En el momento en que nos encontramos, con un acuciante déficit de especialistas, más que nunca la formación de nuevos profesionales es esencial.

La Formación Sanitaria Especializada es uno de los pilares de un sistema de salud, lo que le dota de calidad y de excelencia y garantiza su continuidad. Esa formación corre a cargo de una estructura docente potente y cohesionada y al trabajo y vocación de muchos profesionales que contribuyen a formar a residentes.

Esta labor, que ha contribuido a que la Formación Sanitaria Especializada sea una de las claves del prestigio del Servicio de Salud de Castilla y León, exige entrega y dedicación, compromiso con el residente y con la institución, siendo el tutor principal un referente para el residente durante los años de formación y siendo su ejemplo un valor docente inestimable, sin olvidar al resto de figuras docentes que complementan, enriquecen y apoyan en esa formación.

En este contexto, es esencial dotar a estos profesionales de herramientas formativas que faciliten su labor y que sean tanto un manual de cabecera para los que se inician como un apoyo al que acudir en cualquier momento para los que ya son veteranos en la Formación Sanitaria Especializada.

Con esta finalidad se ha elaborado la presente guía formativa, una guía elaborada por profesionales implicados en la Formación Sanitaria Especializada desde diferentes perfiles y que pretende ofrecer una visión global de los aspectos esenciales a los que se enfrenta un profesional de nuestra comunidad de Castilla y León cuando ejerce funciones de tutorización.

Se trata de una guía básica, lo que le dota de especial utilidad para los profesionales que inician su andadura como tutores, en la que encontrarán información esencial sobre aspectos como la estructura docente, la evaluación del residente, las herramientas de investigación, las habilidades de comunicación y una simplificación de la regulación normativa en la materia, teniendo en cuenta que Castilla y León fue pionera en su día al establecer la regulación autonómica de la Formación Sanitaria Especializada.

Confío en que esta guía cumpla las expectativas de quienes la utilicen; es la primera de otras muchas iniciativas dirigidas a apoyar la labor de todos los que contribuyen a formar a nuestros futuros profesionales.

**Jesús F. García-Cruces Méndez**

Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, Planificación y Resultados en Salud



<b>MODULO 1. APRENDER A ENSEÑAR</b> .....	<b>11</b>
¿Qué profesional sanitario demanda la sociedad actual? .....	12
¿Cómo es el aprendizaje y la enseñanza en educación sanitaria? ¿Cómo aprendemos los adultos? .....	17
¿Qué tienen que aprender los residentes? .....	28
<b>MODULO 2. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN</b> .....	<b>39</b>
Comunicación en el contexto sanitario .....	41
Habilidades de comunicación .....	45
¿Es importante la comunicación en la relación sanitaria con el usuario? .....	48
¿Cuál es el papel de la comunicación en la entrevista tutor residente? .....	50
¿Cuáles son los canales formales de la comunicación en el contexto de la Formación sanitaria especializada? .....	52
<b>MODULO 3. FORMACIÓN DE TUTORES UNIDAD DOCENTE</b> .....	<b>55</b>
¿Que tiene que tener una unidad docente? .....	56
¿Cuáles son las Figuras Docentes? .....	57
Documentación para la Formación Sanitaria Especializada .....	58
Acogida e información .....	62
Memoria Docente y Supervisión .....	63
Esquema general de las actividades a realizar en las UD .....	66
Normativa .....	67
<b>MODULO 4. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN</b> .....	<b>69</b>
¿Que documentos debe conocer un tutor de residentes para realizar la evaluación? .....	71
¿Cuáles son los diferentes instrumentos de evaluación que dispone el tutor de Formación Sanitaria Especializada? .....	72
¿Cómo se realizará la evaluación anual? .....	75
¿Cómo evaluó al residente que finaliza el periodo formativo de su especialidad? .....	76

¿Qué competencias tiene la Secretaría de Comisión de Docencia en el proceso de evaluación? .....	76
<b>MODULO 5. PLAN DE GESTION DE CALIDAD DOCENTE (PGCD) .....</b>	<b>85</b>
¿Qué es el plan de Gestión de Calidad Docente (PGCD)? .....	86
¿El PGCD tiene un enfoque basado en procesos? .....	87
¿Ponemos un ejemplo de proceso del PGCD? .....	88
¿Los procesos del PGCD tienen indicadores? .....	89
¿El PGCD permite la realización de planes de mejora? .....	90
¿Cómo se realiza la revisión/seguimiento/evaluación del PGCD? .....	91
¿El PGCD incluye auditorías internas? .....	91
¿Cuáles son los recursos del PGCD? .....	93
¿Participa el tutor en el desarrollo del PGCD? .....	93
¿Un PGCD incluye procedimientos sobre cómo se realizan las actividades, cuándo y por quién? .....	93
¿El PGCD incluye documentos o sistemas de registro de las actividades incluidas en el mismo? .....	94
<b>MODULO 6. HERRAMIENTAS PARA LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>95</b>
¿Para qué sirve la investigación en el ámbito sanitario? Introducción .....	96
¿Cómo puedo adquirir competencia investigadora? .....	96
¿Qué fuentes/recursos debo conocer para investigar? .....	96
¿Cómo realizar un trabajo de investigación? .....	99
Cómo realizar una lectura crítica de artículos científicos .....	101
Cómo elaborar un trabajo de investigación: marco teórico, metodología y diseño de investigación.....	102
Conocer los aspectos básicos de la ética y buenas prácticas clínicas en investigación .....	106
Publicación de los resultados de investigación.....	107
Acceso abierto (Open Access, OA) .....	110
Repositorios .....	110



Propiedad intelectual y derechos de autor .....	111
¿Qué habilidades se deben trabajar para la presentación de resultados? .....	112
¿Cómo se evalúa la actividad investigadora? Proceso de acreditación .....	113
¿Cómo debería ser el itinerario formativo del residente en investigación sanitaria? .....	113
<b>MODULO 7. RELACIÓN DEL TUTOR CON LOS SERVICIOS CENTRALES DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD.....</b>	<b>115</b>
Acreditación de unidades docentes.....	116
Acreditación de Tutores de FSE .....	120
Oferta docente .....	123
Auditorias docentes .....	125
Aplicación de formación sanitaria especializada: siref.....	128
Plan transversal comun (PTC) .....	131
Plan anual de gestion (PAG).....	136
<b>MODULO 8. NORMATIVA DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA.....</b>	<b>139</b>
Comisiones Nacionales de la especialidad .....	140
Órganos colegiados de la formación sanitaria especializada .....	145
Otras figuras docentes de la formación sanitaria especializada.....	152
Evaluaciones anuales negativas: procedimiento de revisión .....	156
Deberes y derechos de los residentes .....	164
Régimen disciplinario en formación sanitaria especializada .....	167
¿Dónde localizo la normativa de la formación sanitaria especializada? .....	172
<b>BIBLIOGRAFIA CONJUNTA.....</b>	<b>173</b>



# MÓDULO 1

## APRENDER A ENSEÑAR

**Luis Alberto Rodríguez Arroyo**

*Jefe de Unidad de Coordinación Médica, Unidad de Formación, Docencia e Investigación de la Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo. Ponferrada. León*

**María Jesús Barrenechea Fernández**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable de Calidad e Investigación en Docencia. Gerencia de Asistencia Sanitaria El Bierzo. Ponferrada. León.*

## Módulo 1.1 ¿Qué profesional sanitario demanda la sociedad actual?

*Ser un técnico de alta cualificación científico-técnica permitirá tratar a algunos pacientes, ser un profesional permitirá tratar a todos*

*La sociedad actual precisa y demanda «profesionales sanitarios» centrados no solo en el conocimiento científico-técnico, sino además en el razonamiento clínico y la conducta ética. El cambio de paradigma se alcanza rediseñando la educación profesional*

### 1. ¿Qué profesional sanitario demanda la sociedad actual?

Desde el año 2001 han sido muchos los autores que han mostrado su inquietud no solo por «el profesional» que estamos formando, sino y sobre todo por «el profesional» que la sociedad necesita y demanda. Ya entonces Albert J. Jovell se cuestionaba en su artículo *El futuro de la profesión médica* si necesitábamos formar «trabajadores expertos» -siguiendo únicamente un modelo tecnológico- o «profesionales» centrados en el razonamiento clínico y la conducta ética.

En este sentido -aunque con otro enfoque- en 2010 Julio Frenk y cols. en el documento *Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente* advertían que el principal problema aún por resolver son las desigualdades percibidas en salud tanto nacionales como internacionales, lo que hace inefectivo el reparto equitativo de los avances sanitarios. Del mismo modo en los primeros años del siglo XXI se apuntaba la posibilidad de futuros retos como los riesgos infecciosos -un claro ejemplo es la pandemia COVID19-, medioambientales y conductuales en un mundo globalizado de rápidas transiciones demográficas y epidemiológicas; o la complejidad y el coste creciente de los sistemas de salud.

Si a lo anterior se añaden otras dificultades objetivadas con anterioridad -que aún persisten- como la descoordinación entre las competencias profesionales y las necesidades de la población, un trabajo en equipo optimizable, unos cuidados de salud con un enfoque asistencial técnico episódico en lugar de uno conceptualmente amplio y continuo, el hospitalocentrismo, la inestabilidad en el mercado laboral profesional o los débiles liderazgos para la mejora eficiente de los sistemas de salud, es obvio que resulta más preciso que nunca un cambio de paradigma. El mismo podría comenzarse rediseñando la educación profesional, permitiendo el paso de un currículo fragmentado y estático, a uno contextualizado en un escenario práctico real y sobre todo dinámico.

### 2. ¿Se está formando el perfil profesional que la sociedad precisa? La profesión sanitaria y el nuevo perfil profesional

La sociedad del siglo XXI demanda un tipo de profesional sanitario adaptado a sus necesidades y a las del propio sistema sanitario, siendo factible medir los resultados. Y es que el profesional, el ciudadano,

la financiación y gestión de los recursos sanitarios, y el modificable concepto de salud/enfermedad -aun siendo los elementos capitales del sistema sanitario- no siempre están en sintonía. En 1996 el centro de investigación en bioética Hastings Center -Nueva York- en su documento *Los fines de la Medicina* ya preveía que el futuro profesional tendría que priorizar entre sus objetivos la prevención de enfermedades y la promoción de la salud; el alivio del dolor; la atención y la curación de las personas enfermas, además de los cuidados en pacientes crónicos e incurables; evitar la muerte prematura y procurar que la misma sea digna. Frenk<sup>2</sup> mantiene que la actual educación de los profesionales precisa evolucionar desde el antiguo modelo de «diagnóstico y tratamiento» -centrado en la enfermedad- a un modelo con visión integrada y sistémica, descrito por la Organización Mundial de la Salud como «la prestación de una atención equitativa, eficaz y comprensiva con los pacientes, familias y comunidades en adecuación con las necesidades y valores de la sociedad». Resulta entonces evidente que la Formación Sanitaria Especializada (FSE) tiene mucho que decir y hacer en la formación del perfil profesional que la actual sociedad -caracterizada por el progreso de la ciencia y la tecnología, el incremento de las necesidades humanas y los recursos finitos- precisa. El principal cambio radica en la adaptación de los planes formativos de forma que a través de un currículo y de programas de formación basados en competencias se alcance lo que Frenk propone: «todos los profesionales de la salud en todos los países han de ser entrenados para movilizar el conocimiento y comprometerse con el razonamiento crítico y la conducta ética, de modo que se hagan competentes para participar en los sistemas de salud centrados en el paciente y la población como miembros activos de los equipos de salud, que ofrecen una respuesta local y están conectados globalmente»<sup>2</sup>. No obstante, el verdadero cambio -como opinan Ruiz de Gauna, González Moro y Morán-Barrios- no se producirá si únicamente es promovido por los tutores y residentes, y no se acompaña de un proceso institucional reflexivo en el que además se impliquen la dirección de los centros y los gestores de planes, además de escuchar la voz de los ciudadanos. Algunos intentos de cambio han fracasado por centrarse únicamente en estrategias metodológicas o de evaluación.

Resulta imprescindible por tanto definir qué necesitamos y a dónde se quiere llegar, qué profesional se precisa y para qué sociedad. En definitiva conocer el perfil competencial del futuro profesional, no sin antes definir lo que entendemos por profesión sanitaria, que en palabras de la Organización Médica Colegial de España es la «ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, presidida por el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio».

***He tenido dos carreras de medicina: la vertical como médico y la horizontal como paciente. En la vertical, ves la enfermedad; en la horizontal, la vives.***

***Doctor Albert J. Jovell***

Desde la última década del siglo XX han sido varias las organizaciones sanitarias y académicas que han tratado de definir el perfil competencial de los profesionales sanitarios en el ámbito internacional como: el *General Medical Council* del Reino Unido con la iniciativa *Tomorrow's Doctors*; el escocés *Scottish Doctor*; el *CanMEDS Roles* en Canadá; el *Outcome Project del Accreditation Council for Graduate Medical Education* en Estados Unidos; o el *Institute for International Medical Education (IIME)* en Nueva York. A nivel nacional la Unidad de Docencia Médica del Hospital Universitario Cruces en su proyecto *Formación Especializada Basada en Competencias (FEBC)* en el Hospital Universitario Cruces definió en el año 2008 las competencias generales del especialista sanitario a formar, basando su modelo en siete dominios competenciales y 32 competencias generales (Tabla 1).

**Tabla 1.**

**Modelos y Dominios Competenciales**

*Adaptada de: Morán-Barríos J. La evaluación del proceso de formación especializada, una propuesta fundamentada en el proyecto «Formación especializada basada en competencias del Hospital de Cruces 2008». Educ Med 2012; 15 (Supl 1): S1-S54.*

\*Canadian Medical Education for Specialists (CanMEDS). Marco de referencia que identifica y describe las habilidades que requieren los médicos para responder a las necesidades de las personas a las que atiende.

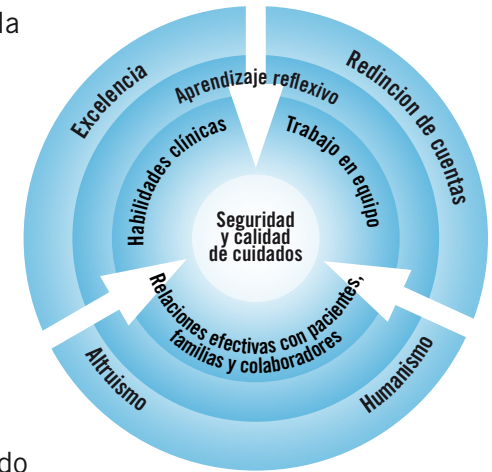
\*\*Outcome Project. Accreditation Council for Graduate Medical (ACGME). Estados Unidos. Proyecto Outcome: focalizado en la evaluación del rendimiento del residente. Entiende que la calidad de la atención sanitaria depende de la adquisición y aplicación por los residentes de sus competencias de forma efectiva.

\*\*\*Institute for International Medical Education (IIME) Nueva

CanMEDs*	Outcome Project (ACGME)**	IIME New York***	HU Cruces
1. Experto Médico	1. Profesionalidad	1. Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética	1. Profesionalidad, valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética
2. Comunicador	2. Habilidades Interpersonales y de Comunicación	2. Habilidades de Comunicación	2. Comunicación
3. Colaborador	3. Conocimiento Médico	3. Fundamentos científicos de la medicina	3. Cuidados del paciente y habilidades clínicas
4. Gestor	4. Cuidados del Paciente	4. Habilidades clínicas	4. Conocimientos
5. Consejero de salud	5. Práctica basada en el contexto del Sistema de Salud	5. Salud pública, sistemas de salud	5. Práctica basada en el contexto del Sistema de Salud (Salud Pública y Sistemas Sanitarios)
6. Erudito, estudioso	6. Práctica clínica basada en el aprendizaje y la mejora	6. Manejo de la información	6. Práctica basada en el aprendizaje y la mejora continua (análisis crítico y autoaprendizaje)
7. Profesional		7. Análisis crítico, autoaprendizaje e investigación	7. Manejo de la información

### 3. ¿La Formación Sanitaria Especializada ha de estar centrada en el que aprende, en el paciente o en ambos?

Durante años la asistencia sanitaria se ha centrado más en la enfermedad que en el enfermo, y durante otros muchos se ha propuesto lo contrario, pero quizá el mejor modelo sea una perspectiva bifocal que consiga tener en cuenta la atención a la enfermedad -con toda la evolución técnica- y al paciente que se siente enfermo -con la comprensión vital que ello requiere-.

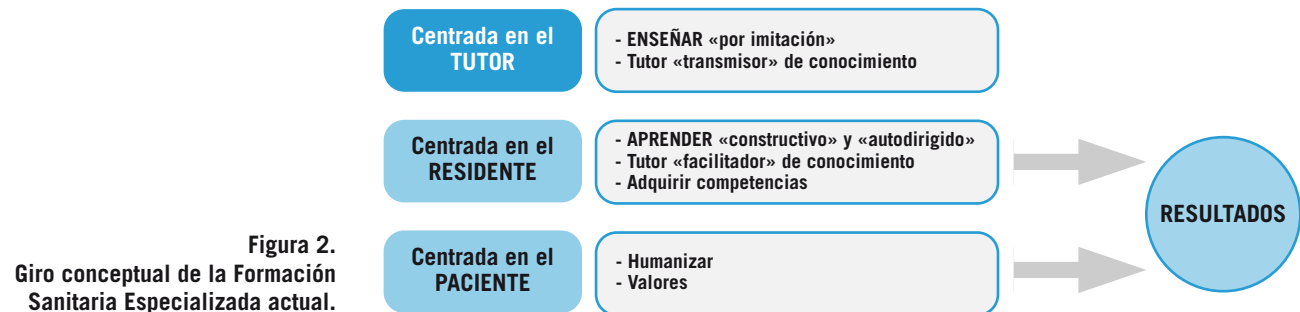


**Figura 1.**  
**Fundamento curricular**

(Foundation Programme. General Medical Council).

Fuente: Morán-Barrios J. Perfil de competencias del médico del siglo XXI. En: Millán J, Palés J, Morán-Barrios J, editores. Principios de educación médica: desde el grado hasta el desarrollo profesional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015. P. 47-62.

En este sentido el primer marco competencial profesional europeo de referencia -*Tomorrow's Doctors del General Medical Council*<sup>8</sup> inglés, 1993- en su programa de posgrado -Foundation Programme- ya establecía en su fundamento curricular al paciente, su seguridad y la calidad de los cuidados como núcleo del itinerario formativo de posgrado.



**Figura 2.**  
**Giro conceptual de la Formación Sanitaria Especializada actual.**

**El motor de la formación es el aprendizaje del residente y su desarrollo personal e intelectual.**

Por otra parte, el «antiguo» paciente se ha convertido en un ciudadano-paciente formado e informado, conocedor de sus derechos y de su papel protagonista, comprometido con su salud y que participa corresponsablemente en la toma de decisiones a través de un modelo que ha pasado de ser paternalista a deliberativo (Tabla 2). Se trata por tanto de un ciudadano-paciente que optimiza el grado de cumplimiento terapéutico, prioriza la relación/comunicación profesional sanitario-paciente, e incluso participa como paciente-experto ayudando a otras personas con dolencias similares.

**Tabla 2. Modelos de relación profesional-paciente**

*Adaptada de: Navarro Rubio MD, Jovell Fernández AJ. Qué esperan los pacientes del médico del siglo XXI. En: Millán J, Palés J, Morán Barrios J, editores. Principios de educación médica: desde el grado hasta el desarrollo profesional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015. P. 67-72.*

GRADO DE CONTROL DEL PACIENTE	GRADO DE CONTROL DEL PROFESIONAL		
		BAJO	ALTO
	BAJO	Estancamiento de la relación Falta de control por ambos	<b>PATERNALISTA</b> Paternalismo del profesional Dependencia del paciente
ALTO	El paciente como consumidor Exigencia del paciente	<b>DELIBERATIVO</b> Intercambio Cooperación Relación mutua	

**La FSE deberá orientarse hacia el paciente -al igual que lo hace el profesional sanitario-, primando el MODELO DELIBERATIVO**

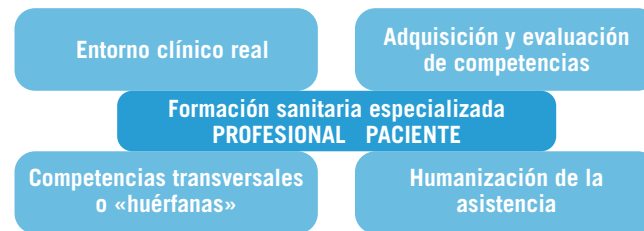
Características de la educación sanitaria centrada en el paciente:

- Desarrollo formativo en un entorno clínico real.
- Planificación del itinerario formativo tipo, definición de competencias clínicas y desarrollo de actividades que permitan su adquisición y evaluación.
- Definición de mínimos: lo que no puede dejar de saber y de saber hacer.
- Planificación de las competencias transversales denominadas «huérfanas»: valores y ética profesio-



nal, gestión clínica y economía de la salud, manejo de la información, investigación clínica, comunicación, razonamiento clínico y capacidad reflexiva.

- La «humanización», el desarrollo de capacidades y actitudes como respeto, empatía, comprensión y compasión, procurar cuidados, afrontar el dolor o la muerte, entre otros, debe estar presente en el proceso formativo tutor-residente, para poder ser proyectado en la relación profesional sanitario-paciente. No debemos olvidar que sobre todo en la atención al paciente crónico, el usuario-paciente valora las competencias técnicas, pero agradece las competencias humanas.



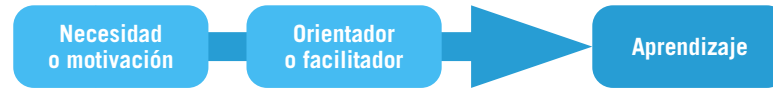
**Figura 3.**  
Educación Sanitaria  
centrada en el paciente

## Módulo 1.2 ¿Cómo es el aprendizaje y la enseñanza en educación sanitaria? ¿Cómo aprendemos los adultos?

### 1. ¿Cómo es el aprendizaje y la enseñanza en educación sanitaria? ¿Cómo aprendemos los adultos?

Los adultos aprenden lo que desean aprender, lo que necesitan o les gusta. Los residentes como adultos que son, aprenderán también bajo estas premisas y es aquí donde la intervención del tutor juega un papel destacado como motivador y facilitador, orientado a alcanzar el pleno desarrollo profesional del residente.

*La información se da, el conocimiento se construye*



En la actualidad, tal y como proponen Dolmans y cols., existe un amplio consenso en considerar que el aprendizaje es un proceso constructivista, autodirigido, colaborativo y contextual:

### **Proceso constructivo**

El protagonismo del aprendizaje recae en quien aprende, pues el conocimiento es una elaboración personal de la información recibida sobre el conocimiento previo -lo que ya se sabe-, creando nuevo conocimiento o modificando el ya existente. Desafía el objetivismo -que sugiere que el conocimiento es externo a la mente de la persona-, llevando implícita la idea de subjetividad del conocimiento, pues dos personas construirán un conocimiento probablemente distinto al relacionar de forma particular y original la información recibida con sus experiencias y conocimientos previos propios. Lo mismo ocurrirá con el medio en el que se desarrolla el aprendizaje, una misma información puede generar un conocimiento en un país y uno sustancialmente distinto en otro. Además en ocasiones será necesario incluso desaprender, al objeto de poder incorporar un nuevo conocimiento radicalmente distinto respecto al que hasta la fecha se poseía.

Tutor: actúa como facilitador de información proporcionando experiencias de aprendizaje para que el residente «conozca y experimente», al objeto de testar la viabilidad del conocimiento y su comprensión.

Residente: actúa como protagonista del aprendizaje, «construye» su conocimiento a partir de la información recibida.

### **Proceso autodirigido**

El 90% del aprendizaje del profesional sanitario responde a actividades de aprendizaje autónomo y el 10% restante a enseñanza reglada. Por ello los residentes «se forman, no los forman».

Tutor: actúa promoviendo la motivación del residente.

Residente: se responsabiliza de su aprendizaje a través de un proceso reflexivo tutelado, en el que resulta imprescindible conocer de antemano los objetivos de aprendizaje, y los procedimientos y criterios de evaluación.

### Proceso colaborativo

El conocimiento colaborativo generado en el seno de una cultura y entroncado en los valores de una sociedad es definido por Peters como «conocimiento viable», que lo será más aún si se genera en un entorno de aprendizaje democrático (Davies, 2000), donde el flujo de información es bidireccional tutor-residente y no paternalista o jerárquico -del tutor al residente-.

La interacción con otros, en cuanto a comprensión compartida de un problema aprovechando la diferencia del otro, se ha identificado como un aspecto clave en la construcción del conocimiento.

Tutor: actúa estimulando y favoreciendo la participación en debates e intercambio de ideas.

Residente: actúa participando en los debates e intercambio de ideas.

### Proceso contextual

El conocimiento construido se recuerda mejor si se asocia al contexto en el que se ha aprendido, de ahí la relevancia de aproximar al máximo el contexto de aprendizaje al escenario real de desempeño profesional donde se aplicará el conocimiento, o de recontextualizar lo aprendido -al objeto de reaprender o aumentar el saber profesional- si el contexto de aprendizaje y de desempeño no coinciden.

*El aprendizaje debe ser un proceso constructivo, autodirigido, colaborativo, contextual y dinámico. Facilitado por el tutor y centrado en el que aprende. Y no exento de feedback, autorreflexión, profesionalismo o evaluación*

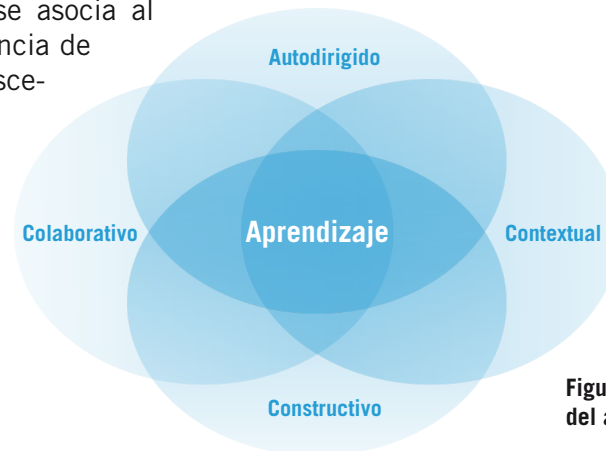


Figura 5. Características del aprendizaje

**2. La pregunta no es «¿qué tengo que enseñar?», sino «¿qué tienen que aprender y cómo lo van a hacer?»**

La Formación Sanitaria Especializada (FSE) ha pasado de un modelo de enseñanza tradicional -centrado en el que enseña- a un sistema en el que lo trascendente es el que aprende y lo que es capaz de hacer al finalizar su formación. Así el tutor desempeña un papel más facilitador de información que transmisor de la misma, acompañando y orientando al residente en su aprendizaje.

Entre las funciones del tutor podrían enumerarse las clásicas: planificar, supervisar, evaluar y proponer medidas de mejora, o los seis roles del docente que distingue Harden, en función de su relación con el residente, con su currículum o con la interfase currículum/residente (Tabla 3).

**Tabla 3. Roles del docente según Harden**

*Fuente: Rodríguez Arroyo LA.*

RESIDENTE	CURRÍCULO Y APRENDIZAJE	INTERFASE CURRÍCULO/RESIDENTE
1 Proveedor de información	4 Planificador	6 Facilitador (rol principal)
2 Modelo	5 Generador de recursos	
3 Evaluador del Residente	3 Evaluador de programas	

El rol del tutor como:

**Proveedor de información:** a pesar de los cambios habidos en la educación médica el tutor sigue siendo un transmisor de conocimientos -clase magistral- y habilidades clínicas -prácticas-.

**Modelo:** el tutor sirve/actúa como ejemplo y el residente aprende de él, este aspecto es fundamental para el aprendizaje del profesionalismo -valores, actitudes y patrones de razonamiento y conducta-.

**Evaluador del residente y de los programas formativos:** mediante el continuo feedback tutor-residente se refuerza el aprendizaje del residente.

**Planificador docente -currículo/ asignaturas/cursos-:** adapta y flexibiliza el proceso educativo y el diseño de actividades.

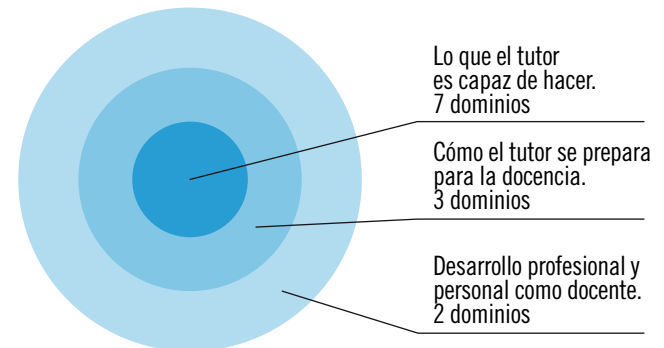
**Generador de recursos docentes:** elabora el Itinerario Formativo Individual adaptándolo a las necesidades del residente, especificando objetivos y expectativas -competencias a adquirir-.

**Facilitador:** el tutor proporciona y facilita el acceso a los recursos necesarios, estimula las inquietudes formativas del residente y fija como objetivo el aprendizaje reflexivo, el razonamiento clínico, y en definitiva establece un feedback tutor-residente dinámico y flexible.

Harden, utilizando el modelo escocés de los tres círculos de Dundee (Figura 6) define los resultados de aprendizaje y establece la posible profesionalización de la función docente y su desarrollo profesional, proponiendo tres niveles crecientes de competencia que se alcanzarían mediante el ejercicio de las diferentes tareas propias de cada dominio. De menor a mayor competencia:

*Los seis roles del docente según Harden son: proveedor de información, modelo, evaluador del residente/ programas formativos, planificador docente, generador de recursos docentes y facilitador.*

- **Círculo Externo** (desarrollo profesional y personal como docente):
  - Rol de profesor en el servicio de salud.
  - Desarrollo profesional en relación con la docencia.
- **Círculo intermedio** (cómo el tutor se prepara para la docencia):
  - Entender los principios educativos.
  - Poseer las actitudes adecuadas y la comprensión de los aspectos éticos y legales.
  - Poseer habilidades adecuadas para la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia.
- **Círculo interno** (lo que el tutor es capaz de hacer):
  - Enseñar a grupos grandes y pequeños.
  - Enseñar en un entorno clínico y práctico.
  - Facilitar y gestionar el aprendizaje.
  - Planificar el aprendizaje.
  - Desarrollar y trabajar con recursos de aprendizaje.
  - Evaluar al residente.
  - Investigar en educación.



**Figura 6. Modelo de Dundee para la profesionalización de la función docente.**

*Fuente: Harden RM, Crosby JR. The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. AMEE Guide no. 20 Med Teach. 2000; 22(4): 334-347.*

Formar al residente, tal y como describe Blasco, requiere mucho más que pequeños cambios curriculares, la cuestión no es el tiempo dedicado a la docencia, sino cómo se dedica y qué se aprende realmente. La respuesta del residente estará directamente relacionada con la motivación despertada por el tutor, y habrá que encontrar un sentido docente asistencial a lo que se hace y por qué se hace, pues educar es mucho más que entrenar habilidades, implica crear una actitud reflexiva y un continuado deseo de aprender. De ahí la necesidad de implementar el principal rol docente actual -el tutor como facilitador del aprendizaje centrado en el residente- en el que destacan además las siguientes funciones:

- Facilitar la asunción progresiva de responsabilidad del residente, respetando su libertad.
- Favorecer el aprendizaje autónomo estimulando el trabajo independiente, sin olvidar la importancia del equipo del que forma parte.
- Diseñar o identificar situaciones profesionales manejables en el ámbito docente, que garanticen el desarrollo del perfil competencial definido para el profesional sanitario.
- Estimular la búsqueda activa de información adecuada y de calidad -mediante un método interrogativo que facilite la investigación-, con el objetivo de disminuir la variabilidad e incertidumbre en la toma de decisiones.
- Impulsar el desarrollo de la valoración crítica y reflexiva, potenciando el feedback.
- Implementar currículos integrados en los que los tutores trabajen de forma colaborativa, integrando los saberes que el residente haya adquirido en las diversas áreas temáticas<sup>4</sup>.

### **Estilos de liderazgo<sup>14</sup>**

La Real Academia Española (RAE) define al líder como «persona que dirige, conduce o va a la cabeza de un grupo social u otra colectividad». En nuestro ámbito además, sería una persona orientadora y facilitadora del aprendizaje, sin caer en paternalismos.

El tutor como buen líder para el residente, ejercería al menos dos tipos de liderazgo:

**1. Liderazgo positivo o pedagógico (Rosenthal y Jacobson).** El tutor acompaña y facilita el aprendizaje apostando por la comunicación no violenta, el trabajo en equipo, el afrontamiento ético de los conflictos y la resolución conjunta de problemas, facilitando la consecución de objetivos legítimos y respetando los derechos de las personas.

Los principios de un liderazgo educativo positivo establecidos por Rosenthal son:

- Clima emocional cercano y cálido. No sobreprotección, sino amabilidad.
- Feedback constructivo. Los errores se observan como oportunidades de mejora.
- Alta exigencia a quien aprende, con asunción progresiva de responsabilidad y corrección de errores (evaluación formativa).
- Posibilidad del residente de solicitar orientación o realizar preguntas.

**2. Liderazgo situacional (Modelo Hersey-Blanchard)** Figura 7. El tutor adapta y flexibiliza el estilo de liderazgo al grado de motivación y competencia del residente, con el objetivo de promover una ejecución responsable y eficiente de sus obligaciones.

Existen cuatro estilos de liderazgo, tomando como variables la alta o baja orientación a la relación (relación entre personas), y la alta o baja orientación a la tarea (obligaciones del residente):

- Estilo impositivo o directivo (ORDENA): Alta orientación del tutor a la tarea y baja a la relación. El tutor pone límites y exige seriedad para que el residente cumpla con su obligación aunque no sea de su agrado.
- Estilo persuasivo (PERSUADE): Alta orientación a la tarea y relación. El tutor ejerce de instructor, ofreciendo guía y presencia. El residente se implica y corrige errores gracias al apoyo que recibe.
- Estilo de apoyo y soporte (PARTICIPA): Baja orientación a la tarea y alta a la relación. El tutor dinamiza el ánimo del residente, facilitando la superación de sus dificultades.
- Estilo de delegación (DELEGA): Baja orientación a la tarea y a la relación. El tutor no está presente para dar instrucciones o apoyo.

Estos cuatro estilos de liderazgo descritos pueden a su vez interrelacionarse con el grado de madurez del residente, teniendo en cuenta dos factores: ser competente (hacer bien la tarea) y la motivación (querer hacerla bien). Figura 8.

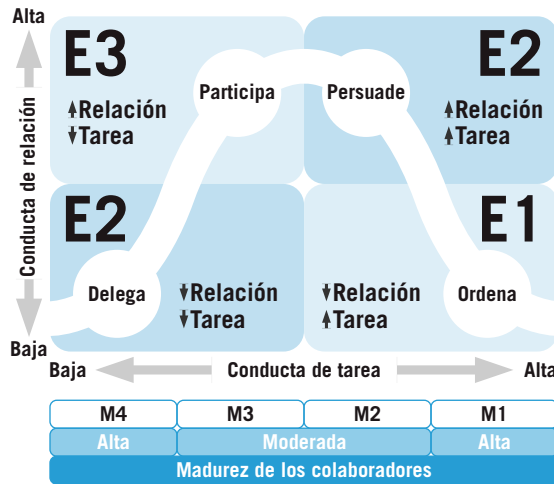
*El buen liderazgo consiste en orientar al residente que no realiza la tarea como se espera, calibrando su madurez y tratando de dirigirle al nivel 4 -residente competente y motivado-*

*El modelo de liderazgo situacional propone cuatro estilos: impositivo o directivo, persuasivo, de apoyo y soporte y de delegación*

*La adopción de uno u otro dependerá del grado de motivación y competencia del que aprende*

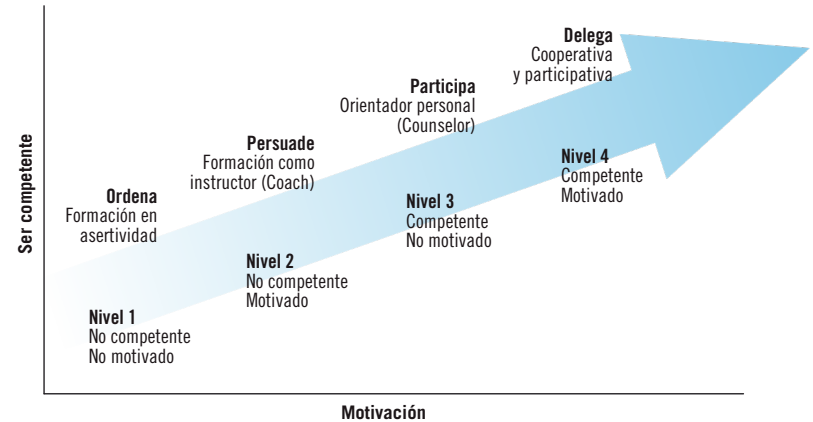
**Figura 8. Relación entre el tipo de liderazgo y el nivel de competencia y motivación del residente**

*Fuente: Hersey P, Blanchard KH. Management of Organizational Behavior. 3ª ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.*



**Figura 7. Estilos de liderazgo**

*Fuente: Elaboración propia (Rodríguez Arroyo LA).*



## 2. Diferencias entre el Aprendizaje superficial y el aprendizaje profundo<sup>15</sup>

Las estrategias de aprendizaje según Weinstein y Mayer son «secuencias integradas de procedimientos o actividades escogidas por el residente, al objeto de facilitar la adquisición, almacenamiento y recuerdo de la información».

Un residente puede orientar sus estrategias de aprendizaje a la comprensión global de la materia estudiada, mientras que otro puede centrar sus esfuerzos en recordar hechos puntuales con el único objeto de superar una evaluación prevista. Marton y Saljo mantendrían que el primero desarrolla técnicas de aprendizaje profundo -comprende la materia y construye su conocimiento sobre un nivel de conocimiento previo a través de un aprendizaje dinámico, potenciando el análisis crítico que le conduce a la toma de decisiones y a la resolución de problemas en contextos clínicos diferentes-, mientras que el segundo emplea técnicas de aprendizaje superficial -memorizando aspectos relevantes mediante un aprendizaje

*Una educación efectiva construye cada nivel sobre el nivel previo*



obsoleto, estático y sin conexión con experiencias previas o con el contexto general-. Es muy probable que el primero recuerde y emplee lo aprendido de por vida, mientras que el segundo posiblemente lo olvidará por el mismo tiempo.

Resumen de las principales características de ambos tipos de aprendizaje, Tabla 4. Características del aprendizaje superficial y profundo.

**Tabla 4. Características del aprendizaje superficial y profundo**

*Adaptada de: Fasce HE. Aprendizaje profundo y superficial. Rev Educ Cienc Salud. 2007; 4(1):7-8*

APRENDIZAJE PROFUNDO	APRENDIZAJE SUPERFICIAL
Enseñanza centrada en el que aprende	Enseñanza centrada en el docente
Evita la sobrecarga de información.	Sobrecarga de información
Tareas acordes a los objetivos del programa	Tareas convencionales, fuera de objetivos de programa
Enfocado a comprender la materia	Enfocado a memorizar datos
Construye conocimiento nuevo sobre conocimiento previo	No construye conocimiento, sólo memoriza
Vincula lo aprendido con otras áreas o materias	El objetivo es superar evaluaciones
Relaciona lo aprendido con diferentes contextos clínicos	Puede no existir relación entre lo aprendido y la práctica clínica habitual
Utiliza el análisis crítico	Acepta hechos y datos
Motivación intrínseca orientada a saber	Motivación extrínseca orientada a «aprobar»
Metodología participativa y grupal	Metodología individual
El feedback es esencial	Puede no haber feedback
Currículo integrado contextualizado en escenarios clínicos reales	Currículo orientado a las asignaturas
Evaluación formativa	Evaluación sumativa

***El aprendizaje profundo comprende la materia y genera conocimiento, el superficial memoriza datos y posteriormente los olvida.***

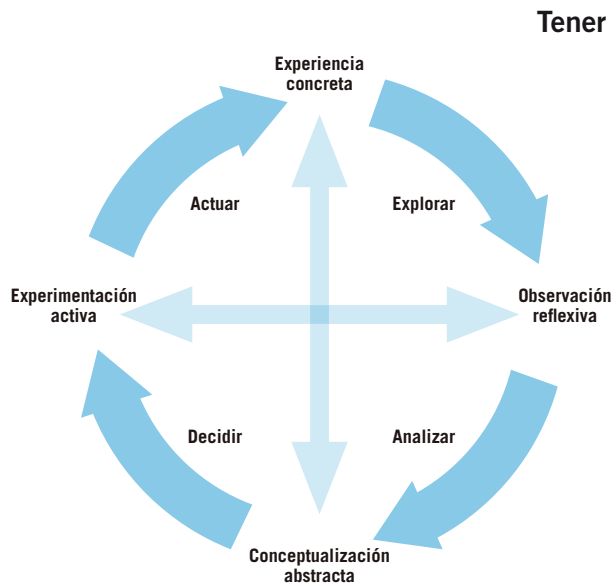
### 3. Aprendizaje profesional: aprender de la experiencia

*La experiencia no es lo que le sucede a la persona, sino lo que la persona hace con lo que le sucede (Aldous Huxley)*

*El aprendizaje experiencial no es espontáneo ni aleatorio, ha de producirse en un marco conceptual y operativo organizado y desarrollado.*

Tras abandonar el modelo puramente paternalista en el que el residente pasivamente se sentaba junto a su tutor «para verle hacer», se optó por un modelo en el que «se aprende haciendo»: El modelo experiencial (Dewey), definido por la *Simon Fraser University* como «la participación estratégica y activa del aprendiz en contextos en los que aprende haciendo y reflexionando, lo que le faculta para aplicar sus conocimientos teóricos a los proyectos prácticos en una multitud de configuraciones dentro y fuera del aula». Permite el empleo de la reflexión para la construcción del aprendizaje, lo que resulta extraordinariamente relevante pues la experiencia por sí sola no lo garantiza. El aprendizaje experiencial no tiene lugar de forma espontánea ni es aleatorio, sino que ha de producirse en un marco conceptual y operativo organizado y habitual, estructurando de forma sistemática las experiencias en función de los objetivos docentes y el perfil profesional que se pretende alcanzar.

David Kolb (1984) en su ciclo de aprendizaje experiencial -Figura 9- describió cuatro fases en las que sistematiza la secuencia estructurada del ciclo de aprendizaje:



**Tener una experiencia** (experiencia concreta).

**Reflexionar sobre ella** (observación reflexiva).

**Aprender de la experiencia** (conceptualización abstracta).

**Ensayar lo aprendido** (experimentación activa).

Las cuatro fases pueden representarse en una espiral, de modo que cada recorrido completo a la misma suponga un paso más en el aprendizaje experiencial del residente y el sustento necesario para el aprendizaje continuo, esencial para conseguir y mantener en el tiempo la excelencia profesional.

**Figura 9. Ciclo del aprendizaje experiencial de Kolb**

Fuente: Benítez Erice D, Valdés Pardo VG, Questier F, Pérez Luján D. La producción del conocimiento experiencial de los estudiantes en la educación superior. *Praxis & Saber*. 2016; 14(7):17-39.

#### 4 ¿La experiencia por sí sola garantiza el aprendizaje? El aprendizaje reflexivo

El aprendizaje reflexivo es el modelo más adecuado para el aprendizaje continuo en los contextos clínicos, sin embargo no es practicado con frecuencia por motivos diversos: falta de tiempo, no poseer habilidades para la reflexión, no encontrarse en situación mental reflexiva o resultar incómodo trabajar con las emociones del que aprende.

Donald Schön introdujo la teoría del profesional reflexivo, al considerar que para que se produzca aprendizaje la experiencia debe acompañarse necesariamente de reflexión. Esta última reevalúa la experiencia -«vuelve a pensar las cosas»- y la deconstruye para aprender de ella, generando comprensión sobre lo realizado, un conocimiento más profundo y un aprendizaje transformacional (Mezirow).

Schön observó que los profesionales sanitarios, en base a su experiencia clínica repetida, desarrollan modelos mentales rutinarios o automáticos, Figura 10. Así la reiteración de una misma situación clínica en distintos pacientes, genera en el profesional una respuesta asistencial similar, espontánea, intuitiva, tácita y sin reflexión consciente. A esto lo denominó «conocimiento en acción». Cuando la situación a afrontar se aleja de lo considerado habitual, mantiene que se ha producido una «sorpresa». Esta situación única genera una reflexión durante la acción, y una reflexión sobre la acción -tras abordarla-. Esta última puede generar un nuevo aprendizaje que optimiza la práctica futura, o permanecer como sorpresa si no ha sido resuelto.

La reflexión genera en el residente la posibilidad de revisar su experiencia profesional –procesos y resultados- identificando nuevos objetivos y planificando nuevas y mejores acciones, al tiempo que favorece el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del sujeto. El enorme potencial de la reflexión es aún mayor con la participación de otra persona.

*Aprendemos más de lo que no sabemos que de lo que sabemos.*

*La teoría del profesional reflexivo considera que para que se produzca aprendizaje la experiencia debe acompañarse necesariamente de reflexión.*

**Figura 10. Aprendizaje a partir de la práctica profesional según Donald Schön**

Fuente: Nolla Domenjó M. El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. Educ Med.2006; 9(1):11-6



## Módulo 1.3 ¿Qué tienen que aprender los residentes?

*Lo importante es aprender a pensar para aprender a saber*

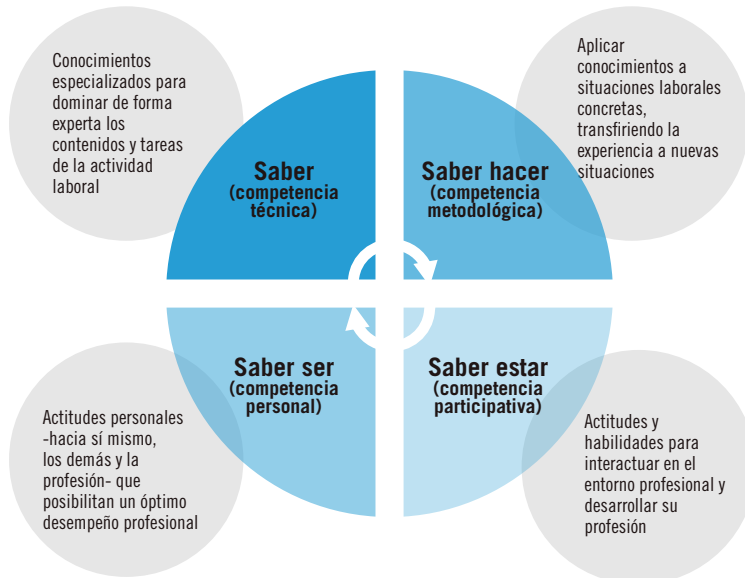
### 1. La Formación Basada en Competencias

La necesidad de formar profesionales que «posean un conocimiento profundo de su especialidad, sean corresponsables de su propia formación, con una conciencia social sobre sus acciones, desarrollen el pensamiento crítico, un trabajo cooperativo o que adquieran un manejo adecuado de la incertidumbre y las emociones» (Morán-Barrios) obliga a pensar en la formación basada en competencias (FBC), pues es el modelo de aprendizaje que mejor se adapta a las transiciones sociales, y la práctica educativa que mejor puede llegar a la integración de los cuatro saberes definidos por Martínez-Clares<sup>16</sup>: Saber, Saber hacer, Saber Ser y Saber Estar.

Figura 11. Los cuatro saberes definidos por Martínez Clarés

En palabras de la misma autora, la FBC se define como «un proceso de enseñanza-aprendizaje que facilita la transmisión de conocimientos y la generación de habilidades y destrezas; pero, además, al habilitar al participante para aplicar sus competencias en diferentes contextos y en la solución de contingencias, desarrolla en él la capacidad de aplicarlos y movilizarlos en situaciones reales de trabajo»<sup>17</sup>; la FBC se aparta del modelo de formación tradicional manteniendo una serie de características (Tabla 5):

*Los cuatro saberes de la competencia profesional son «saber», «saber hacer», «saber ser» y «saber estar».*



- a) Se centra en el residente y en su aprendizaje autónomo, profundo y reflexivo y no en la enseñanza (tutor).
- b) Es un modelo de aprendizaje comprensivo porque entiende el nuevo contexto social y las necesidades actuales propiciadas por las transiciones sociales y porque es: integrador, dinámico, analítico y contextualizado.

**Tabla 5. Características del modelo de aprendizaje FBC**

MODELO DE APRENDIZAJE	CARACTERÍSTICAS
<b>Integrador</b>	Frente a la mera transmisión de conocimiento de la formación tradicional, también genera conocimientos y habilidades -«saber» y «saber hacer»-, desarrollando la capacidad para aplicarlos mediante actitudes y comportamientos -el «saber ser» y el «saber estar»-. Así mismo permite la interrelación de los contenidos aprendidos además de conectar el programa de formación con la realidad.
<b>Dinámico</b>	Permite flexibilizar el desarrollo de los programas en función del ritmo de aprendizaje y se adapta a la realidad cambiante durante la trayectoria profesional y vital.
<b>Analítico</b>	Estimula el análisis y abordaje de situaciones complejas de las que el residente aprende mientras las resuelve, orientando el comportamiento futuro.
<b>Contextualizado</b>	Mantiene una estrecha relación con el entorno real en el que el profesional desarrolla su actividad.

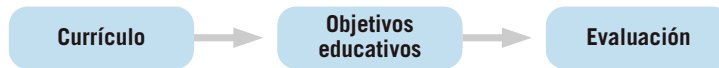
- c) Conoce la necesidad de potenciar las competencias no sólo específicas (clínicas), sino también las denominadas genéricas o transversales -comunicación, ética, gestión de la información, profesionalismo-; requiriendo la participación de todos los agentes docentes implicados en el aprendizaje.
- d) Reivindica los cambios necesarios en el rol del tutor -facilitador- y en el del residente -gestor de su aprendizaje-.

- e) Está orientada a los resultados y fines educativos que contribuyen a desarrollar profesionales, permitiendo abandonar el tradicional modelo de aprendizaje basado en objetivos pedagógicos (Figura 12).

**Figura 12. Modelo educativo tradicional frente a modelo educativo basado en competencias**

*Fuente: Morán-Barrios J. Perfil de competencias del médico del siglo XXI. En: Millán J, Palés J, Morán-Barrios J, editores. Principios de educación médica: desde el grado hasta el desarrollo profesional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.p.47-62.*

**Modelo educativo tradicional, basado en objetivos**



**Modelo educativo basado en competencias**

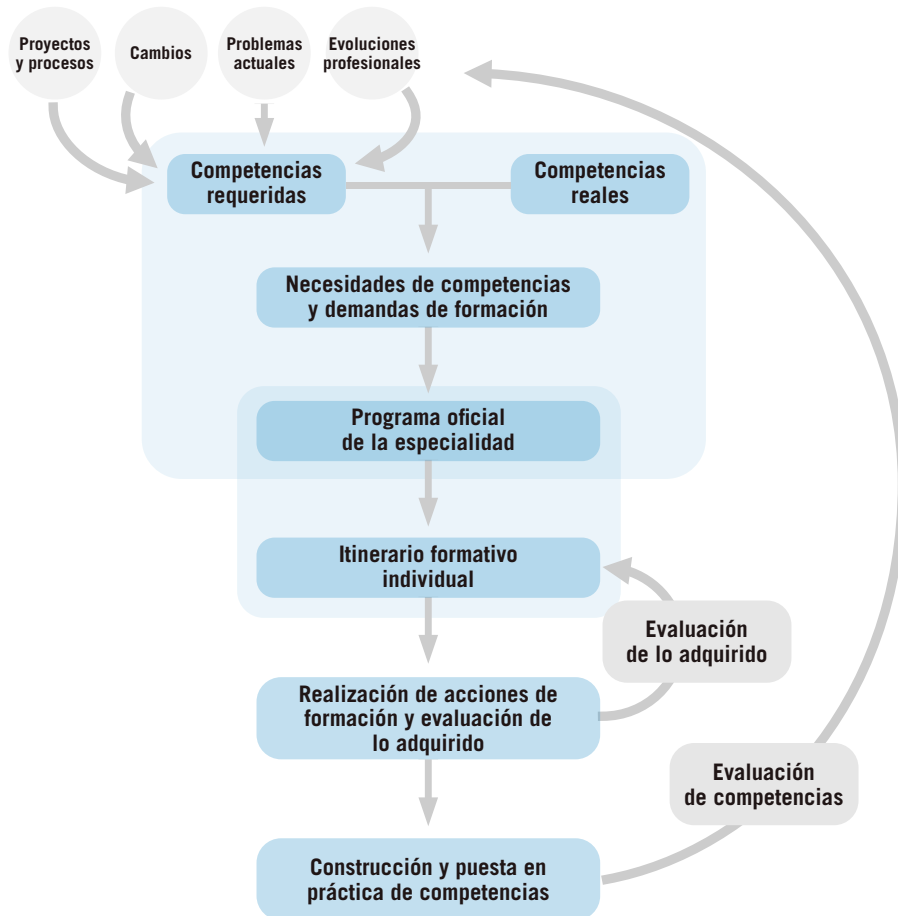


f) Propone metodologías docentes activas y participativas como las aconsejadas por Morán-Barrios y cols<sup>18</sup>.

**Tabla 6. Metodologías docentes**

METODOLOGÍA	DINÁMICA
<b>Aprendizaje basado en problemas</b>	Se desarrollan hipótesis explicativas ante un problema al objeto de comprenderlo mejor y aprender.
<b>Aprendizaje basado en el método de proyectos</b>	Se aborda la resolución de un problema mediante la planificación, diseño y realización de una serie de actividades (proyecto).
<b>Método del caso</b>	Análisis reflexivo de un suceso real al objeto de generar conocimiento integrado y profundo.
<b>Incidente crítico</b>	Generar comprensión y ofrecer posibles soluciones a sucesos de la práctica profesional que han generado sorpresa o inquietud por su falta de coherencia o resultados inesperados/atípicos.
<b>Memorias reflexivas (Libro del Residente)</b>	Registro cuantitativo de actividades acompañado de una reflexión estructurada y posibilidad de feedback.
<b>Interpretación o juego de role playing</b>	Análisis de situaciones mediante una técnica de dramatización dinámica en la que cada participante interpreta un personaje.
<b>Gamificación</b>	Introducción de elementos del diseño y experiencia del juego en el proceso de aprendizaje. El rendimiento en la tarea se mide según un sistema de reconocimiento de adquisición de una habilidad.
<b>Trabajo en grupos o aprendizaje cooperativo</b>	El trabajo colaborativo en grupo maximiza el aprendizaje.
<b>Actividades profesionales confiables</b>	Actividades complejas que se confían al residente al suponer que las asume con seguridad. Conecta las competencias con la práctica en tiempo y lugar real; y la formación con la evaluación.

g) Enfatiza la rendición de cuentas a través de la evaluación formativa. El residente conoce de antemano lo que tendrá que tratar de lograr y demostrar (Figura 13).



**Figura 13. Plan de formación basado en competencias**

Fuente: *Matínez-Clares P. Concepto de competencia y formación en ciencias de la salud basada en competencias. En: Millán J, Palés J, Morán-Barrios J, editores. Principios de educación médica: desde el grado hasta el desarrollo profesional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.p.35-45.*

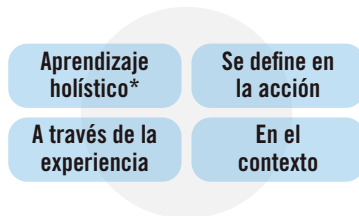
Se acompaña de feedback. Es preciso destacar que no es lo mismo «tener competencia» -saber lo que hay que hacer- que «ser competente» -hacerlo en circunstancias reales: desempeño-, pues poseer unas capacidades no significa necesariamente tener destreza para desarrollarlas -no es cuestión de tener recursos, sino de movilizarlos y gestionarlos-. Troncoso y Hawes definen competencia, el «ser competente», como «un modo de saber actuar de manera pertinente en situaciones y contextos en los que las personas se enfrentan a problemas con un claro criterio de calidad, para lo cual se articulan y movilizan recursos internos (conocimientos, habilidades, destrezas, valores, experiencias de contexto), estando en condiciones de dar razón de sus decisiones y actuaciones y de responsabilizarse de los efectos morales e impacto social de las mismas», y Jonnaert puntualiza que «ser competente no es simplemente aplicar un conjunto de conocimientos a una situación, es poder organizar su actividad para adaptarse a las características de la situación».



Aspectos que hacen la FBC el modelo de aprendizaje más adecuado en Formación Sanitaria Especializada<sup>4</sup>:

- a) Es el resultado (la demostración, la comprobación y la evaluación) de un aprendizaje holístico.
- b) Se define en la acción. El residente aprende resolviendo situaciones y tras la resolución puede decirse que ha tenido un desempeño competente. Primero es la acción y después la competencia, nunca al revés. Es lo que lo distingue de la pedagogía por objetivos y de los aprendizajes desconectados entre sí.
- c) Su ejercicio no puede desligarse del contexto, pues se define en función de una situación que demanda la movilización de recursos para ser resuelta exitosamente. Ruiz de Gauna, González Moro y Morán-Barrios consideran que competencias y situaciones son lo mismo, pues la competencia es un conocimiento situado.
- d) Se consigue a través de la experiencia. La competencia es un saber articulado e integrado de situaciones variadas de aprendizaje. Cuantas más situaciones resueltas -experiencia-, más posibilidades de éxito en el futuro.

***La formación basada en competencias (FBC) habilita al participante para aplicar sus competencias en diferentes contextos, solucionando contingencias en situaciones reales de trabajo***



**Figura 14. Aspectos del aprendizaje basado en competencias**

(\*) Aprendizaje holístico lo que se aprende requiere una demostración, una comprobación y una evaluación.

## 2. ¿Ser «experto» o ser «profesional»? La profesionalidad y el profesionalismo

El «saber ser» -poseer valores y ética profesional-, es uno de los cuatro saberes de la competencia profesional -junto al «saber», «saber hacer» y «saber estar»-. No es lo mismo ser un «experto» que un «profesional», ni «tener competencia» -poseer recursos internos- que «ser competente» -mostrar recursos en situación real para resolver problemas integrando los cuatro saberes-. La diferencia entre dichos conceptos radica en la posibilidad de que una de las competencias adquiridas durante la FSE sea el profesio-

***En situación de vulnerabilidad el paciente valora la competencia técnica del médico, pero agradece sobre todo la competencia humana***

nalismo. Así Victoria Camps considera escasamente lícito hablar de excelencia profesional si el conocimiento científico técnico -primer deber del profesional, pero no el único- no se acompaña de un carácter moral -compromiso ineludible en quien escoge una profesión de elevado contenido vocacional- y en ausencia de éste considera improbable mantener los objetivos marcados por la deontología sanitaria. Por ello habla de habla de «virtudes» –en lugar de «valores»-, pues mientras considera el valor como un principio abstracto que da cuenta de algo que no es real, la virtud es una actitud que el individuo debe adquirir con la práctica -al no ser innata-<sup>19</sup>.

**Figura 15. Características de los perfiles "Experto" y "Profesional"**



Durante mucho tiempo se ha considerado que la adquisición de valores y creencias -saber ser- era algo que se producía en el residente de manera espontánea, no planificada y dependiente del entorno educativo o clínico -currículo oculto-, sin embargo la responsabilidad social adquirida por los centros docentes obliga a incluir de forma explícita y consciente en los distintos programas las actividades regladas necesarias para garantizar el desarrollo de capacidad crítica y conciencia social. La metodología que se ha mostrado más eficaz para ello es el aprendizaje por presentación de modelo profesional o imitación (Albert Bandura, 1977). Es un aprendizaje inmediato e inconsciente y sin necesidad de práctica, en el que la información se transporta del observado -tutor- al observador -residente-. El tutor ha de tener presente que va a servir como modelo por lo que es preciso que -además de ser clínicamente competente- posea habilidades comunicativas, fomente el feedback y la reflexión, y muestre cualidades personales y virtudes como honestidad, justicia, integridad, compasión, prudencia y compromiso con la excelencia. Además resulta preciso definir conceptos como «profesionali-

dad», «profesionalismo» o «buen profesional», y establecer los compromisos específicos en los que se concretan los valores profesionales.

- Profesionalidad: expresión de la adherencia al ideario -virtudes y compromisos- que guía la actuación de los médicos y que se expresa en forma de conductas características (Rodríguez de Castro y Gual Sala).
- Profesionalismo: conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales sanitarios con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales y avalan la confianza que la población tiene depositada en los médicos (Organización Médica Colegial de España).
- Buen profesional: persona comprometida y moralmente responsable en el desempeño de la función que realiza y con la sociedad en general<sup>4</sup>.
- Compromisos del profesionalismo según *La profesión médica en el nuevo milenio (American Board of Internal Medicine, 2002)*:
  - Competencia profesional.
  - Honestidad con los pacientes.
  - Confidencialidad.
  - Relaciones adecuadas con los pacientes.
  - Mejora de la calidad de los cuidados.
  - Mejora de la accesibilidad a la atención sanitaria.
  - Distribución justa de los recursos económicos finitos.
  - Conocimientos científicos.
  - Veracidad en el manejo de los conflictos de intereses.
  - Responsabilidades profesionales.

*La actual FSE se basa en un aprendizaje centrado en el residente – aprender/adquirir competencias- y en el paciente –humanizar/ valores-*

*No es suficiente el conocimiento científico-técnico sin un compromiso moral*

*El aprendizaje del residente más que del tutor, de la estructura docente, o del Equipo o Servicio al que pertenece, dependerá de él mismo*

### 3 La autonomía profesional<sup>21</sup>

La FSE propone un aprendizaje secuencial basado en una asunción progresiva de responsabilidad, -en un ambiente docente reflexivo, autodirigido y supervisado-, para alcanzar un desarrollo profesional autónomo. Si por autonomía -del griego auto «uno mismo» y nomos «norma»- se entiende la «capacidad para darse reglas a uno mismo o tomar decisiones sin intervención ni influencia externa», resulta pertinente

considerarla como una competencia transversal imprescindible en el proceso de «aprender a aprender» y para el futuro desempeño profesional. Así tendremos un residente responsable de la organización de su trabajo y autónomo en la adquisición progresiva de competencias, al controlar personalmente la construcción de su conocimiento a partir de la recepción, análisis y aplicación de información a cada una de las situaciones problemáticas planteadas en su quehacer laboral diario.

La autonomía profesional en el aprendizaje exige, no obstante, conocer y aplicar las tres principales estrategias de adquisición de conocimiento (Figura 16), y desarrollar por parte del residente actitudes y aptitudes que le habiliten para ser autor de su propio desarrollo (Figura 17).

**Figura 16. Estrategias de adquisición de conocimiento**

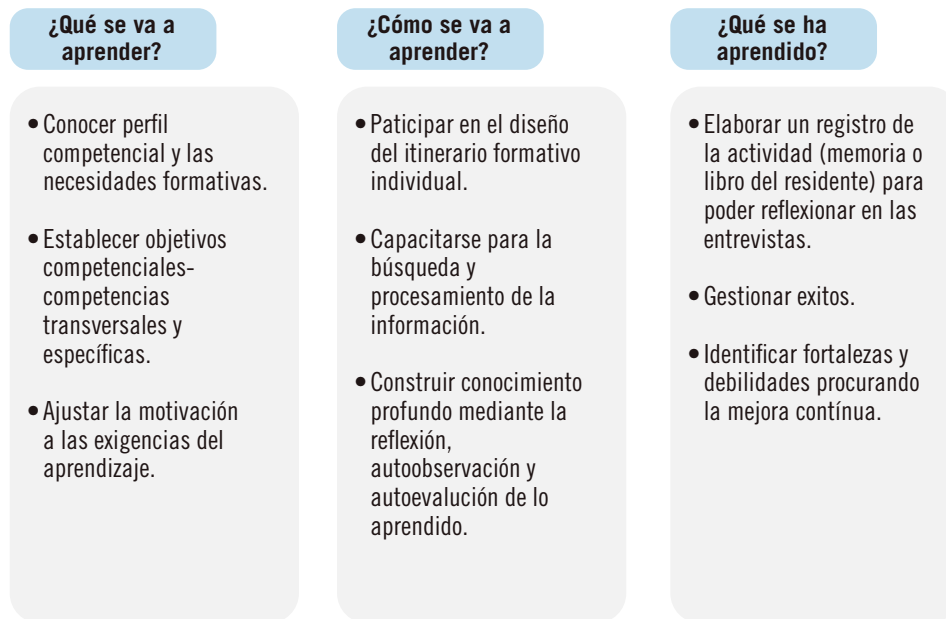
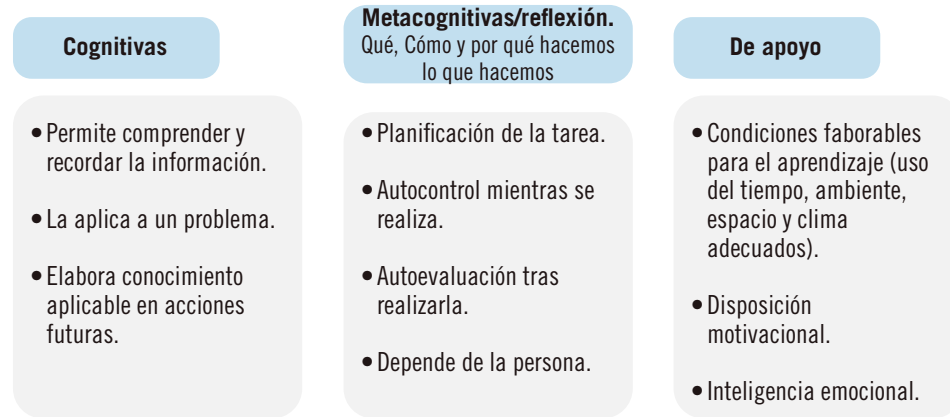


Figura 17. Tareas del residente



Favorecer la responsabilidad y la autonomía del residente hará más sencillo conseguir un futuro profesional comprometido con el aprendizaje continuo, la toma de decisiones, y la interacción interprofesional.

*La autonomía profesional es una competencia transversal imprescindible en el proceso de «aprender a aprender».*



# MÓDULO 2 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

**José Antonio López-Villalobos**

*Responsable de Calidad e Investigación en Docencia de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Palencia*

**Daniel Cerrato Murillo**

*Licenciado en Filosofía. Diplomado en Educación Social. Director de SEDA Educación y Desarrollo.*

**Eva Fernández Morán**

*Responsable de Calidad e Investigación en Docencia del Complejo Asistencial Universitario de León*

**Las habilidades de comunicación son esenciales para determinar la competencia de un profesional sanitario y son muy relevantes en la formación sanitaria especializada de los residentes. La evidencia científica demuestra que se puede formar en comunicación a nuestros residentes y los métodos experienciales son los más eficaces.**

**Este módulo aborda temas relevantes en la comunicación como su definición, dimensiones e influencia sobre la misma de nuestras emociones y pensamientos. Reflexionamos sobre las principales habilidades de comunicación, su influencia en la relación con el paciente y con el residente. Se aborda la comunicación en el contexto de la entrevista clínica con el paciente y en las entrevistas formativas tutor/residente. Finalmente dejamos constancia de los canales formales de comunicación en el contexto de la formación sanitaria especializada.**

## **Introducción**

La comunicación es un proceso inherente a la naturaleza humana y un elemento fundamental en la relación sanitaria entre profesionales de la salud y pacientes, así como en la interacción entre los diversos miembros del grupo humano que conviven en el contexto sanitario.

En el ámbito de la sanidad, de forma conjunta con el conocimiento y las habilidades de la práctica clínica, las habilidades de comunicación se consideran esenciales para determinar la competencia del sanitario<sup>22,23</sup>, contribuyendo de forma importante para conseguir resultados de salud en los pacientes<sup>24,25</sup>.

Paralelamente, la evidencia científica demuestra que se puede capacitar en comunicación clínica a los residentes en formación sanitaria especializada y los métodos de aprendizaje de tipo experiencial (pacientes simulados, consulta directa, incidentes críticos, etc.) son los más eficaces.<sup>20,21,26</sup> Esta capacitación puede y debe desarrollarse a lo largo del todo su trayecto formativo a través de las distintas rotaciones que conforman su itinerario formativo tipo.



## Módulo 2.1 Comunicación en el contexto sanitario

### 1. ¿Qué es la comunicación?

La comunicación hace referencia a la transmisión de información bidireccional, mediante un código común, entre un emisor y uno o varios receptores dentro de un contexto. El contexto en el que nos movemos en esta presentación es el sanitario.

Aspectos tan variados como la satisfacción del paciente, la percepción de competencia profesional, la frecuencia de problemas legales en relación con la mala práctica e incluso el pronóstico de la enfermedad o el estado general de la salud del paciente, están intensamente relacionados con las habilidades de comunicación y relación de los profesionales sanitarios.<sup>22,27</sup>

Establecer una adecuada comunicación es una habilidad inherente a todas las profesiones sanitarias y resulta una competencia esencial en la formación sanitaria especializada.

Parece claro que la comunicación y las habilidades de comunicación son relevantes en el contexto sanitario.

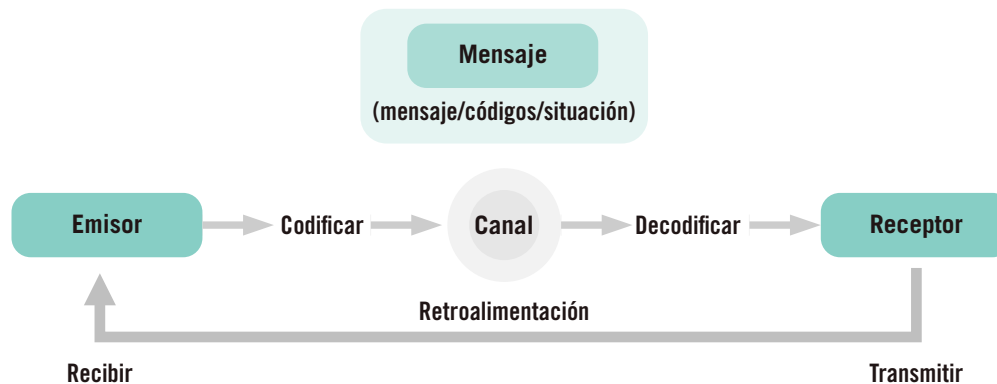
### 2. ¿Cuáles son las dimensiones relevantes de la comunicación?

Existen diferentes clasificaciones de la comunicación según su función (informativa, expresiva o apelativa), tipos de comunicación (verbal/no verbal), número de participantes, canales sensoriales implicados (visual, auditiva, táctil o gustativa), dimensiones organizativas (horizontal, vertical) u otras.

De forma general la comunicación incluye las siguientes dimensiones (Figura 18): EMISOR: es quien produce y emite el mensaje. RECEPTOR: La persona que recibe e interpreta el mensaje del emisor (el acto de comunicarse implica la interacción entre dos o más personas que adoptan e intercambian el rol de emisor y receptor). CANAL: el medio a través del cual se transmite el mensaje (verbal, no verbal, escrito). MENSAJE: la información que el emisor transmite (El mensaje desde su emisión a la recepción pasa por sucesivas transformaciones. Desde la idea que deseamos transmitir, con el filtro de lo que pensamos acerca de ella y las emociones que sentimos, pasando por el canal de comunicación oral, escrito o no verbal y el modo de recepción del oyente con su modo de procesar, pensar y emociones que suscita.) CONTEXTO: situación comunicativa que comprende a emisor y receptor.

En este contexto, como desarrollaremos con posterioridad es importante que el emisor/profesional de la salud posea habilidades de comunicación regulando su propia conducta, emociones y cogniciones. También es relevante que se considere al receptor como alguien capaz de tomar decisiones sobre su salud en el caso de los pacientes o participar en su formación como en el caso de los residentes, siempre considerando la importancia de la bidireccionalidad en la comunicación. El mensaje debe tener unas determinadas características cuando nos comunicamos con el enfermo con la finalidad de facilitar su comprensión y seguimiento de las prescripciones en materia de salud. Naturalmente el contexto sanitario hace que la comunicación deba ajustarse al mismo y que los códigos de comunicación deban desarrollarse con adecuación. La comunicación tiene un sentido especial, si se analiza y estudia dentro del «sistema» en el que tiene lugar.

**Figura 18. Proceso de comunicación.**



### 3. ¿Existen diferencias entre la Comunicación verbal y no Verbal?

Efectivamente pueden existir diferencias y concordancias.

La comunicación verbal hace referencia a lo que hablamos, las dimensiones paralingüísticas al tono, volumen o fluidez verbal y la comunicación no verbal a dimensiones como la mirada, gestos o posturas<sup>22</sup>.

Lo deseable en la comunicación sanitaria es su adecuación y concordancia entre mensajes verbales y no verbales<sup>22</sup>. Debemos saber que si no existe concordancia entre los mensajes verbales y no verbales las personas darán más credibilidad al mensaje no verbal. Si un paciente acude a nuestra consulta preguntando si podemos atenderle y le decimos que sí, pero nuestra comunicación no verbal indica lo contrario, interpretará que lo atendemos con desgana o no deseamos atenderle. Lógicamente esta misma circunstancia se produciría en la relación tutor/residente.

#### **4. ¿Las emociones son relevantes en la comunicación?**

Sí, son muy relevantes. Las emociones son un elemento importante de la comunicación y es aconsejable integrarlas como parte fundamental de nuestra gestión relacional con el paciente o los residentes. Es necesario conocer nuestros estados emocionales, comprender los ajenos (empatía) y gestionarlos (identificarlos, modularlos y comprender como surgen).

Todas las emociones (miedo, ira, asco, sorpresa, alegría o tristeza) tienen un valor adaptativo y son una información que aporta el organismo a la que debemos atender, poner un nombre y gestionar adecuadamente. Parece claro que no nos comunicamos de igual manera cuando estamos enfadados y/o con dolor. Si una persona está enfadada e intentamos comunicarnos con la misma, es probable que nos conteste de una manera más cortante de lo habitual; paralelamente si esa persona está sufriendo un episodio de dolor, su humor puede tender más a la ira/temor que a la alegría.

Como profesionales debemos conocer nuestras emociones y regularlas tanto en la interacción con los pacientes, como con los residentes. A su vez es un criterio humano y profesional tener en cuenta las emociones ajenas. Es relevante poder recibir formación e información sobre este aspecto como tutores/as. La formación de los residentes pudiera incluir estas dimensiones emocionales a través de la reflexión sobre las mismas en los diversos contextos sanitarios en los que tienen lugar (consultas, incidentes críticos, simulaciones).

En ocasiones, este paso del ámbito objetivo (centrado en los hechos) al subjetivo (centrado en las opiniones, interpretaciones, sentimientos, emociones, etc.), es la fuente de la mayor parte de los conflictos que tenemos las personas en nuestro día a día profesional. La comunicación ha de contar con todos los niveles, y el emocional es uno de los más importantes a gestionar, de ahí su importancia en nuestra labor como profesionales sanitarios y/o tutores de nuestros residentes.

## **5. ¿Nuestra forma de pensar influye en la comunicación?**

Si, nuestra forma de pensar influye en nuestra comunicación y esta dimensión es relevante en nuestra formación como sanitarios y como tutores de nuestros residentes.

Las cogniciones o pensamientos de las personas influyen de forma importante en cómo nos sentimos, actuamos o nos comunicamos. Así, dos profesionales pueden ver a un paciente enfadado y comunicarse de forma diversa, a pesar de encontrarse ante idéntica situación. Uno de ellos puede pensar que alguien con ese carácter no merece ser considerado, que no se puede aguantar a ese tipo de personas y entender que su mal humor es una cuestión personal. Ante esta circunstancia es posible que el profesional termine comunicándose de forma mal humorada y despachando al paciente con cajas destempladas. Otro profesional, puede pensar que estar enfadado quizás tenga que ver con su situación de enfermedad y centrarse en una actuación profesional con una respuesta del tipo ¿podemos ayudarle en algo?, después de haber regulado su propio estado emocional. La única diferencia entre ambos profesionales era su forma de pensar y el resultado sobre el estado del paciente puede ser muy diferente.

Esta reflexión es trasladable a la relación tutor/residente. Así cuando realizamos una entrevista formativa el tutor puede pensar que se trata de un trámite y que resulta una pérdida de tiempo o que esta entrevista contribuye a la formación del residente, a su evaluación formativa y a la adecuación individual de su itinerario formativo. La comunicación no será la misma en función de los diferentes modelos de pensamiento.

Al igual que es imposible no comunicarse (incluso el silencio comunica algo), también es imposible no pensar (nuestro dialogo interno es continuo) y resulta útil que utilicemos este recurso humano en beneficio de nuestro bienestar y actuaciones profesionales, considerando la forma de pensar del tutor como una forma de ver las cosas, no como una realidad absoluta. Este planteamiento contribuye no solo a una adecuada formación del residente que no será un mero receptor de la información que facilita su tutor, sino a dejar constancia de la importancia de su participación en la formación.

¿Podemos enseñar a pensar al residente? La respuesta es que podemos reflexionar con el residente y que sea el mismo quien saque sus propias conclusiones. Reflexionar sobre temas como la toma de decisiones o incidentes críticos en el contexto sanitario, valorando la respuesta a los mismos, así como emociones y cogniciones.

## 6. ¿La comunicación es un elemento clave en la formación del residente y en nuestra relación tutores/as-residentes?

Sin duda la comunicación es un elemento clave en la formación del residente y en la relación tutor residente. En el ámbito de la sanidad, de forma conjunta con el conocimiento y las habilidades de la práctica clínica, las habilidades de comunicación se consideran esenciales para determinar la competencia del sanitario<sup>20,21</sup>, contribuyendo de forma importante para conseguir resultados de salud en los pacientes<sup>23,25</sup>.

Paralelamente la comunicación es relevante en la relación con nuestros residentes cuando contribuimos a su formación mediante los modelos más adecuados en formación sanitaria, en nuestras relaciones personales fortaleciendo el vínculo de compañeros, en la entrevista formativa o en otras muchas dimensiones. En este contexto una comunicación adecuada puede ser útil para gestionar las expectativas, motivar, llegar a acuerdos, expresar necesidades o deseos, hacer propuestas, conocer las razones de la actitud de nuestros residentes, planificar, modelar la conducta profesional de los/as estudiantes, generar armonía en nuestros equipos o resolver conflictos. La comunicación es una herramienta clave, y mejorar nuestras habilidades en esta dimensión es relevante.

*La comunicación es un elemento clave en la formación de los profesionales sanitarios y los métodos de tipo experiencial (modelo del tutor, consulta modelada o real supervisada y reflexión sobre incidentes críticos) son los más eficaces.*

## Módulo 2.2 Habilidades de comunicación

### 1. Habilidades de recepción

- a. **Escucha activa:** habilidad de escuchar lo que la persona está expresando directamente, siendo sensible a los sentimientos e ideas que subyacen a lo que se está intentando expresar. En la escucha activa es importante la empatía, la validación emocional, la aceptación del otro y el feedback de que se está escuchando. Se trata de una escucha sin juzgar y comunicando a la otra persona que se le ha entendido. Interfiere una escucha activa el estar preparando la respuesta sin que haya terminado el mensaje, la necesidad urgente de decir lo que pensamos, estar ocupado en hacer varias cosas a la vez y prestar demasiada atención a nuestros procesos internos (pensamientos, emociones etc.). La escucha activa es esencial en la relación humana e imprescindible en la actividad sanitaria<sup>22</sup>, incluyendo la entrevista clínica y la relación con el residente.

- b. **Empatía:** La empatía es un constructo que incluye elementos cognitivos (identificar y comprender los sentimientos del otro), emocionales (experimentar y compartir sentimientos), morales (motivación interior a practicar la empatía) y relacionales (respuesta comunicativa de comprensión). Es la capacidad de una persona para ponerse en el lugar del otro. La empatía de los sanitarios se ha asociado a satisfacción del paciente, adherencia a las recomendaciones médicas, mejores resultados clínicos y menor conflictividad. A su vez el entrevistador empático es capaz de obtener mayor y mejor información del paciente. Para conseguir un buen nivel de empatía en los residentes es clave la manera en que se educa y se trabaja esta cualidad durante su periodo de formación (la entrevista centrada en el paciente ayuda en el desarrollo de la empatía).
  
- c. **Validación emocional:** Es un proceso de aprendizaje, entendimiento y expresión de la aceptación de la experiencia emocional de otro individuo o de uno mismo (autovalidación emocional). Es una muestra de empatía y aceptación hacia otra persona. La validación emocional mejora las relaciones interpersonales, ya que la otra persona se siente comprendida, reconocida y favorece el aumento de la verbalización de lo que el otro piensa y siente, al sentirse escuchado. Cuando una persona está triste y lo escuchamos con alguna referencia de aceptación estamos colaborando en la validación emocional y cuando le decimos que no hay motivo para sentirse así, no estamos validando sus emociones.

## 2. Habilidades comunicativas de emisión

En el ámbito sanitario y en particular en la entrevista clínica es relevante un lenguaje claro y concreto con una actitud amistosa y empática, hablando con seguridad, calma y mirando al interlocutor, incluyendo congruencia entre los mensajes verbales/no verbales y solicitando la participación del paciente (bidireccionalidad)<sup>22</sup>. En el contexto de la entrevista clínica suelen ser útiles las ejemplificaciones para explicar el diagnóstico e informar sobre la racionalidad de las prescripciones. Debemos recordar que la mejora de la salud del enfermo no solo depende de los avances sanitarios, sino también del comportamiento de las personas<sup>22</sup>. Poco podemos hacer con una medicina si el paciente no entiende nuestra información o no comprende las instrucciones y por ello no la consume o la desestima. Todas estas habilidades comunicativas son susceptibles de ser aprendidas por todos los profesionales de la salud y por supuesto por los residentes, a través de los modelos formativos que hemos referenciado previamente.

## 3. Habilidades asertivas

La asertividad es la habilidad personal que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás.

Los principios de la asertividad incluyen respeto por uno mismo y a los demás, lenguaje directo y apropiado, control emocional y validación de las emociones de los demás, empatía, escucha activa y congruencia entre mensajes verbales y no verbales apropiados a la situación.

En el ámbito sanitario, ser asertivo en la comunicación implica el desarrollo pleno y con seguridad de la propia profesión. Es asertivo el profesional que no pierde la calma ante un problema y sabe crear condiciones para solventarlo. Ser asertivo implica tanto dar una respuesta en un momento dado, como aplazar un tratamiento hasta conocer con seguridad un diagnóstico. No existiría asertividad en un profesional pasivo o con hostilidad hacia el paciente.

La falta de asertividad puede tener consecuencias inadecuadas en el contexto sanitario y dificulta las propias ideas que son vulnerables ante las de los pacientes no correctamente informados. A su vez el déficit de asertividad tiende a acortar las entrevistas para pasar el mal trago cuando el profesional se siente incómodo y no aporta seguridad en las prescripciones. Todo ello contribuiría a dificultades con el diagnóstico y seguimiento del tratamiento.

¿Se puede formar en asertividad a nuestros residentes? Indudablemente es posible a través de modelos profesionales asertivos, simulaciones de incidentes críticos y a través de la reflexión del tutor sobre la consulta diaria.

#### **4. Resolución de conflictos**

El conflicto es inevitable en cualquier relación y aprender a manejarlo es una manera sana y esencial para hacer que la relación y la comunicación funcionen adecuadamente. La habilidad de resolver conflictos requiere una actuación calmada, con escucha activa, empatía y respeto hacia el otro. Todo ello en un contexto de resolución de problemas (conceptualización de los problemas como parte de la vida, definición concreta del problema, generar alternativas de solución, toma de decisiones y verificación).

¿Se puede formar en resolución de conflictos a nuestros residentes? Indudablemente es posible a través de la formación en procedimientos de resolución de conflictos, modelado adecuado del tutor, reflexión sobre incidentes críticos y la utilización de procedimientos descritos en otro capítulo de este libro sobre aprender a enseñar.

## Módulo 2.3 ¿Es importante la comunicación en la relación sanitaria con el usuario?

La relación sanitaria entre profesionales de la salud y pacientes ha ido evolucionando desde un modelo paternalista donde se perseguía el bienestar del usuario de la salud y/o no hacer nada que pueda perjudicarlo, pero sin contar con su voluntad, hasta un modelo en el que se consideran las anteriores dimensiones incluyendo la capacidad del paciente de tomar decisiones después de haber sido correctamente informado. Este cambio subraya la importancia de la comunicación desde una perspectiva bidireccional<sup>22</sup>.

Como hemos referenciado previamente las habilidades de comunicación se consideran esenciales para determinar la competencia del sanitario, contribuyendo de forma importante para conseguir resultados de salud en los pacientes<sup>20-23</sup>. Paralelamente hemos observado que existen modelos formativos que permiten la formación de los residentes en estas competencias en el contexto de la consulta directa, mediante modelos de pacientes simulados y/o a través de la reflexión sobre incidentes críticos<sup>24</sup>.

A continuación, dejaremos constancia simplificada de las «dimensiones de comunicación» relevantes en el contexto de una entrevista clínica<sup>22</sup> (Tabla 7).



**Tabla 7. «Dimensiones de comunicación» relevantes en el contexto de una entrevista clínica**

Fuente: elaboración propia (López Villalobos JA)

**FASE DE RECEPCIÓN DE LA ENTREVISTA CLÍNICA**

- Saludo amable con el nombre del usuario (recibimos lo que damos).
- Presentación con nuestro nombre y profesión.
- Correcta utilización de la mirada hacia el paciente (evitando elementos distractores).
- Escucha activa (Feedback), sin juicios, con validación emocional (aceptación) y empatía (no consejos prematuros).
- Sintonía emocional, cuando es profesionalmente correcto.
- Adecuación en componentes paralingüísticos (tono, volumen y fluidez verbal) y congruencia entre mensajes verbales y no verbales.
- Adecuada posición ante el usuario.

**FASE DE DELIMITACIÓN DE LA DEMANDA**

- Comenzar la entrevista con una pregunta abierta (¿Cuál es el motivo de su consulta?) que favorezca la libre narración del problema y lo que piensa sobre el mismo (permite considerar las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, si fuera necesario).
- Modelo de entrevista centrado en el paciente.

**FASE DE INFORMACIÓN CLÍNICA DEL SANITARIO**

Tras delimitar el motivo de consulta, poseer suficiente información diagnóstica y realizar una exploración adecuada, pasaríamos a dar información al usuario.

- Explicar la naturaleza del problema consultando al usuario, si procede, las ideas sobre su enfermedad.
- Prescripción detallada, comprobando asimilación (sin comprender, no se genera el deseo de cooperar) y escribiendo instrucciones (si procede).
- Favorecer las condiciones que facilitan la comprensión, recuerdo y cumplimiento de los mensajes de salud (lenguaje claro y no técnico, ejemplificaciones si procede, simplificar la prescripción e informar sobre su racionalidad, actitud amistosa y empática, favorecer la participación del usuario).

**CIERRE DE LA ENTREVISTA**

- Consultar el grado de comprensión y acuerdo respecto a la prescripción.
- Toma de precauciones (Ej. «Si los síntomas no mejoran, venga a verme») y acuerdo final (Ej. «¿de acuerdo?»), permiten un cierre positivo de la entrevista.

*La entrevista clínica sanitaria es una encrucijada entre formación (conocimientos/habilidades) y la atención a la dimensión interpersonal de la misma. Debemos formar a los residentes en habilidades de práctica clínica, sin olvidar la comunicación y atención a las dimensiones cognitivas y emocionales (personales e interpersonales)*

## Módulo 2.4 ¿Cuál es el papel de la comunicación en la entrevista tutor residente?

La comunicación es un elemento clave en la entrevista tutor principal/residente, favoreciendo una buena relación docente y el aprendizaje.

Según el real Decreto 183/2008 en su artículo 17 y el Decreto 75/2009, a través del Plan de Gestión de Calidad Docente, las entrevistas periódicas de tutor y residente, deben tener un carácter estructurado y pactado y favorecer la autoevaluación/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.

Las entrevistas formativas por tanto no son un trámite, sino un instrumento que permite valorar la evolución en el cumplimiento de los objetivos formativos y favorece la autoevaluación y el aprendizaje. La entrevista ha demostrado ser una herramienta de tutorización potente que forma parte de la evaluación formativa (no de la sumativa) que debemos realizar a nuestros residentes. Se trata de una entrevista centrada en el que aprende.

La entrevista puede centrarse en observar el logro de los objetivos en cada una de las rotaciones que realiza el residente, desarrollo de las guardias, temas globales de formación, investigación y otras dimensiones que consideren relevantes tutor o residente. En todos los casos se formalizarán puntos fuertes del residente y propuestas de mejora.

En unas Jornadas de tutores de Formación Sanitaria Especializada de Castilla y León se realizó una ponencia sobre la percepción de tutores y residentes sobre la entrevista docente. Los resultados empíricos de esta investigación permiten concluir que tanto tutores como residentes entienden que el mejor modelo de entrevista debe estar centrado en el residente considerando puntos fuertes y áreas de mejora y que dicha entrevista debe estar adecuadamente planificada. La investigación también concluye que es muy valorable la disponibilidad, formación, empatía y capacidad docente del tutor; así como el interés por aprender, capacidad de trabajo y motivación del residente<sup>28</sup>.

En la Tabla 8 dejamos constancia de los pasos que pudiera tener una entrevista formativa tutor/residente.

**Tabla 8. Secuencia entrevista formativa tutor/residente**

Fuente: elaboración propia (López Villalobos JA)

1. Acuerdo previo tutor/residente sobre «temas concretos» a tratar (Secuencia de entrevista formativa trimestral. 1º comenzar por puntos fuertes, 2º áreas de mejora y 3º planes de mejora).
2. Buscar un ambiente y un momento adecuados.
3. El residente inicia la reflexión (¿Qué crees que hiciste bien? ¿Qué crees que necesitas mejorar?).
4. El tutor opina/describe: 1º aspectos positivos. 2º áreas de mejora. Se utiliza la pregunta como instrumento de aprendizaje.
5. Elaborar, entre tutor y residente, propuestas de mejora (que hacer, como hacer, recursos, plazos, cuando evaluar).
6. Cerrar la reunión, confirmando comprensión.

En el contexto de la entrevista formativa y en el ámbito de la comunicación resulta de interés considerar las siguientes dimensiones:

### **Durante toda la entrevista**

- Tener buena actitud, positividad, empatía y ver la entrevista como un instrumento de aprendizaje y oportunidad de mejora.
- Utilizar un estilo asertivo, sugestivo y colaborador/facilitador de aprendizaje.
- Realizar las correcciones necesarias, sin juzgar al residente.
- Utilizar la pregunta como herramienta docente.
- No mezclar lo personal con lo profesional, centrarnos en los hechos.

### **Previo a la entrevista**

- Preparar y acordar la fecha de la entrevista.

### **Durante la entrevista**

- Elegir el mejor lugar y evitar interrupciones.
- Generar un clima de confianza en la bienvenida: cómo estás, cómo te sientes, etc. (la persona es un todo, no solo su labor).

*El ejercicio de la sanidad tiene un objetivo fundamentalmente humano y la capacidad de comunicación es una dimensión relevante para determinar la competencia del profesional sanitario que, conjuntamente con el conocimiento y las habilidades de práctica clínica, contribuye a la mejora de la salud del paciente.*

- Mostrar interés sincero sobre lo que esa persona cuenta (escucha activa, feedback breve)
- Comenzar reconociendo a esa persona su labor y esfuerzo.
- Centrarnos en posibles dudas pendientes de la rotación por los servicios, docencia e investigación.
- Pedirle feedback al residente de su desempeño.
- Escuchar necesidades que presenta el residente y «devolverle» la responsabilidad cuando sea preciso.
- Ver acciones de mejora conjunta por ambas partes.

### Cierre

- Preguntar si le queda algo pendiente por decir, hacer o pedir.
- Agradecimiento e invitación a la toma de responsabilidad y proacción.
- despedida y programar la próxima entrevista.

## Módulo 2.5 ¿Cuáles son los canales formales de la comunicación en el contexto de la Formación sanitaria especializada?

Los canales formales de la comunicación están incluidos en el Plan de Gestión de Calidad Docente y en el manual de acogida al residente. A continuación, describimos los principales canales formales de comunicación:

- Correo electrónico corporativo: tanto residentes como tutores tienen una dirección de correo corporativo con el dominio @saludcastillayleon.es. La Comisión de Docencia utiliza de forma regular dicha dirección para remitir información, convocatorias, noticias etc. y en su defecto y de forma excepcional al correo personal que los profesionales han aportado en la incorporación al sistema sanitario.
- Comunicación presencial directa: a través de la secretaría de docencia, Jefe de Estudios o Responsable de Calidad e Investigación en Docencia, se puede solicitar cita presencial para desarrollar un tema concreto o resolver dudas relacionadas con la FSE.
- Vía telefónica: Contactar con los profesionales, tutores, comisiones de docencia, residentes a través de la extensión que figura en su ficha SACYL.

- Intranet: portal de comunicación del centro sanitario a través del cual se comparte información dirigida a todos los profesionales y en diferentes ámbitos, incluidos formación y docencia.
- Redes de internet que permiten la interacción entre los diferentes centros sanitarios.
- Correo interno: sobres postales de comunicación interna.
- Encuesta de satisfacción de profesionales, tutores y residentes: comunicación unidireccional escrita a modo de encuesta de opinión para establecer áreas de mejora. Periodicidad anual para especialistas en formación, bianual para tutores.
- Contacto con la Comisión de Docencia a través de los representantes correspondientes incluidos en dicha comisión.
- Tablón de anuncios.



# MÓDULO 3 FORMACIÓN DE TUTORES UNIDAD DOCENTE

**Rosa Ibán Ochoa**

*Jefe de estudios del Área Oeste de Valladolid*

## Módulo 3.1 ¿Que tiene que tener una unidad docente?

### 1. ¿Qué es una Unidad Docente (UD)?

#### *Unidad docente*

Es el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter, necesarios para impartir formación reglada de Formación Sanitaria Especializada (FSE), por sistema residencia, conforme a lo establecido en los programas oficiales de las especialidades.

#### *Unidad docente multiprofesional*

#### *Unidad docente pluridisciplinar*

Para ser Unidad Docente se debe estar acreditado por el ministerio con competencias en sanidad, según criterios establecidos de mínimos materiales, recursos humanos, estructura y medios de cada especialidad. Las unidades docentes se acreditarán por el Ministerio de Sanidad y según el procedimiento regulado en el artículo 26.3 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre<sup>31</sup>, con sujeción a los requisitos básicos de acreditación que, con carácter general, deben reunir los centros donde se ubiquen unidades docentes acreditadas, y a los requisitos específicos de acreditación aprobados con carácter general por el Ministerio con competencias en sanidad, para cada una de la/s especialidad/es que se formen en las mismas. En las resoluciones de acreditación de la unidad docente se hará constar el número de plazas acreditadas, la entidad titular, la gerencia u órgano de dirección coordinador de la infraestructura docente de que se trate y la sede de la comisión de docencia a la que se adscribe dicha unidad.

Las Unidades Docentes multiprofesionales son aquellas que forman a especialistas de diferentes titulaciones universitarias en diversas especialidades que tienen la particularidad de tener campos asistenciales afines. Habitualmente las se forman especialistas de enfermería y medicina como son las UDM de Pediatría, Atención Familiar y Comunitaria, Salud Laboral, Geriatria y Obstetricia y Ginecología. En la UDM de Salud Mental la constituyen residentes de enfermería, medicina y psicología clínica.

Las Unidades Docentes pluridisciplinares son aquellas en las que se forman en una única especialidad y el acceso a estas Unidades puede hacerse desde de diferentes titulaciones, por ejemplo, Análisis clínicos, Bioquímica Clínica, Inmunología, Microbiología y Parasitología, Radiofarmacia y Radiofísica Hospitalaria.



## Módulo 3.2 ¿Cuáles son las Figuras Docentes?

Las unidades docentes estarán formadas, con carácter general por:

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

**Tutor coordinador:** es un especialista en Ciencias de la Salud, en activo. Acreditado como tutor. Su función es coordinar y gestionar la formación de residentes de su especialidad y de aquellas que contemplan un periodo formativo en su Unidad o Dispositivo Docente.

**Tutor:** Carácter de tutor principal del residente respecto al resto de figuras docentes. Es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantendrá con este un contacto continuo y estructurado, cualquiera que sea el dispositivo de la unidad docente en el que se desarrolle el proceso formativo. Es el encargado de realizar las Entrevistas estructuradas, al menos cuatro cada año lectivo, con el residente al que tutoriza, además de revisar el Libro del Residente, como base de estas entrevistas.

Tiene que estar acreditado como tutor. Puede desarrollar otras figuras docentes: puede ser tutor Coordinador, tutor de apoyo y colaborador docente.

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.

Es el que debe completar el Informe anual del tutor para la evaluación anual del residente, informe en el que se basa el comité evaluador para la nota anual.

**Tutor de apoyo:** Es un especialista en servicio activo de la misma especialidad que los residentes que

forman. Su función es la de orientación, supervisión y control de actividades del residente durante la rotación formativa. Debe estar acreditado como tutor.

Puede compatibilizar otras figuras docentes: puede ser tutor Coordinador, tutor y colaborador docente.

**Colaborador docente:** Especialista en servicio activo con distinta especialidad e incluso categoría (Médico, enfermería, trabajador social, fisioterapeuta...) de la especialidad a la que forman.

Sus funciones son de Orientación, supervisión y control de actividades del residente durante la estancia formativa. Participa en la evaluación del residente en esa estancia formativa.

(Para ampliar el tema de funciones de las figuras docentes: consultar el Decreto 75/2009, 15 octubre, que regula Sistema FSE en CyL)<sup>32</sup>.

El nombramiento del tutor se efectuará, entre 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. Este nombramiento se propone por el tutor coordinador de la unidad Docente, y se aprueba en Comisión de Docencia. Se realiza acreditación y reacreditación de tutores cada 4 años.

### Módulo 3.3 Documentación para la Formación Sanitaria Especializada

La documentación que toda unidad Docente debe disponer para su funcionamiento, muchos de ellos son documentos básicos, necesarios para su primera acreditación.

- Guía itinerario formativo tipo (GIFT)
- Plan individual de formación de cada residente (PIF)
- Acogida e información fundamental al residente
- Registro de asignación de tutor
- Protocolo de Supervisión y responsabilidad progresiva del residente

- Seguimiento de Rotaciones internas y externas/capacidad docente
- Plan de Evaluación Sumativa y formativa (ver siguiente capítulo)
- Memoria docente anual
- Indicadores de calidad- Tablero de Indicadores- medida de lo que se pide al residente a nivel asistencial/ docente e investigador.
- Encuesta: de satisfacción de residentes y encuesta de satisfacción de estructura docente.

## 2. Guía Itinerario Formativo Tipo (GIFT)

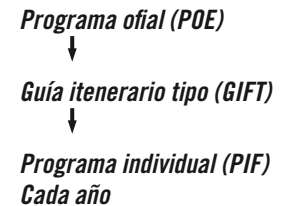
### a.¿Qué es la GIFT?

Es la adaptación del programa oficial de una especialidad (POE) a una unidad docente, siendo de aplicación a todos los residentes que se forman en la misma, sin perjuicio de su adaptación como plan individual a cada uno de ellos. Debe ser aprobado por la Comisión de Docencia y elaborado por el tutor o tutores de la especialidad.

Contenido mínimo de la Guía Itinerario Formativo tipo:

- Objetivos generales y específicos.
- Competencias a adquirir por año de residencia y rotación/estancia formativa, incluida su duración.
- Cronograma de rotaciones/estancias formativas
- Programa de formación teórica, si está establecido en el POE
- Programación de atención continuada/ guardias
- Programación de las sesiones clínicas y bibliográficas en las que participará el residente
- Oferta de actividades de investigación para los residentes

El itinerario tipo de cada especialidad/Unidad Docente debe ser aprobado por la Comisión de docencia( CD) a la que pertenezcan.



### **3. ¿Qué es el Programa Oficial de la especialidad (POE)?**

Es el documento publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) que contiene las características de cada especialidad: nombre de la especialidad, años de duración de la formación, objetivos generales, competencias a adquirir, rotaciones aconsejadas para alcanzar dichas competencias, aprendizaje práctico y teórico, competencias transversales, Atención continuada recomendada.

Lo que deben aprender los residentes, lo establece la Comisión Nacional de cada Especialidad. El programa formativo ha de ser ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, informado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Educación y Ciencia, y aprobado por el Ministerio de Sanidad.

Quienes garantizan el cumplimiento de los objetivos del programa, son las comisiones de docencia de los centros acreditados; además, deben organizar las actividades formativas y supervisar su integración en la actividad.

### **4. Plan individual de formación de cada residente (PIF)**

#### **¿Qué es el PIF?**

El plan individual de formación es una adaptación del itinerario formativo de la especialidad de forma personalizada para cada residente en cada año de la especialidad. Consiste en una planificación temporal de las actividades formativas teórico-prácticas que debe realizar el residente en ese año formativo.

Es elaborado por el tutor coordinador de la unidad docente de acuerdo a los objetivos concretos para el residente que le traslada el tutor y es entregado tanto al residente como al jefe de estudios antes del inicio del año formativo.

#### **¿Para qué sirve?**

Para adaptar cada año, el itinerario tipo a cada residente, según características de este y la evolución en su formación, tanto asistencial, como investigadora, docente y sus horas de atención continuada. Recuerda a cada residente según año, lo mínimo exigible de sus actividades asistenciales, Así como su cronograma con fechas, sus sesiones, cursos a realizar, guardias a programar, su programa de evaluación

y el protocolo de supervisión- responsabilidad aplicable.

### ¿Cómo se realiza el PIF?

Basado en el GIFT y según evolución del residente, seguirá el programa definido o adaptara rotaciones, cursos y demás actividades para reforzar debilidades si las hubiera o posibilidad de ampliar competencias si ya ha superado los mínimos necesarios. Se programa por el tutor coordinador junto con el tutor del residente, acorde con el resto de programación de los residentes de la Unidad, del centro o de otras unidades donde rota.

### ¿Qué tiene que tener? - no es solo el cronograma de rotaciones

Además de Cronograma ya definido y consensuado por todas las unidades por las que pasa, tiene que tener el resto de actividades que se espera realice en ese año y recordarle como es su evaluación al final de cada año formativo (evaluación anual y final).

POE	GIFT	PIF
Programa Oficial de la Especialidad	Guía Itinerario Formativo Tipo	Plan Individual de Formación
Publicado en el BOE	POE adaptado a cada unidad Docente	GIFT adaptado a cada residente

## 5. Indicadores de calidad

Tablero de indicadores: medida de lo que se pide al residente al nivel asistencial, docente e investigador.

Medida de las actividades asistenciales, docentes (sesiones) e investigadoras que realizan los residentes de esa especialidad según año de residencia. Muchas de ellas vienen indicadas en el Programa oficial o si no se asigna un valor mínimo y se miden cada año, para conocer lo que realizan los residentes y si es necesario hacer mejoras en algún área.

Estos indicadores son parte del Plan de Gestión de Calidad Docente. Por ejemplo: 4 sesiones dada por cada residente al año, se han marcado como mínimo 4 sesiones año, si una vez revisado todos las han hecho está bien, si alguno hace menos habrá que ver por qué o cómo se puede solucionar.

De la parte asistencial, los Programas oficiales suelen indicar número de técnicas o exploraciones mínimas a realizar, cada año se pueden medir alguna de ellas.

## **6. Encuestas de satisfacción de Estructura Docente ¿Qué son?**

Son encuestas a realizar por el residente al final de cada una de las rotaciones, tanto por su unidad o dispositivos asociados, como por todas por las que pase, tanto internas como externas. Ayuda a tener una visión más objetiva de la valoración de la docencia en FSE, al paso de los diferentes residentes. Al final de cada año se realiza informe global de estas valoraciones para hacer llegar a cada Unidad o dispositivo, con el resultado. Sirve como medida de cómo seguir o implantar mejoras si fueran necesarias.

En anexo final del capítulo hay una de las posibles a utilizar (ver anexo).

## **Módulo 3.4 Acogida e información**

### **1. Acogida e información fundamental al residente**

#### **a. ¿Qué es la Acogida en cada Unidad Docente?**

Información sobre el Servicio/Centro, dispositivos de la UD, que todos los residentes al incorporarse deben conocer, además de las normas de funcionamiento, protocolos y aquellas otras que se consideren de interés, para incorporarse de la mejor forma posible en su Unidad Docente. Se entrega en papel o de forma digital el día de su incorporación a la Unidad Docente tras la firma del contrato.

#### **b. ¿Qué tiene que tener al menos?**

- Organigrama o Directorio del Servicio/Centro.
- Información sobre la asignación de tutor.
- Normas de funcionamiento del Servicio/Centro.
- Recursos estructurales/materiales de la Unidad.

- Guardias.
- Listado de sesiones del Servicio/Centro.
- Protocolos del Servicio.
- Itinerario de la especialidad.
- Cronograma rotaciones.
- Programa de evaluación. Evaluación específica del Servicio/Centro
- Legislación aplicable.

## Módulo 3.5 Memoria Docente y Supervisión

### 1. ¿Qué es la Memoria docente?

El resumen anual de la actividad Docente que realiza cada Unidad en relación a la FSE y pregrado.

La memoria anual de la UD se completará, al menos, con:

- Introducción de la UD.
- Instituciones que colaboran con la unidad docente. Convenios.
- Actividades generales.
- Datos generales del personal de la unidad.
- Equipo de gestión.
- Responsables docentes-Figuras docentes.
- Colaboradores.
- Actividad clínica asistencial y quirúrgica.
- Realización de cursos y otras actividades docentes (pregrado, grado y postgrado).

- Trabajos de investigación.
- Datos de docencia: residentes propios, rotantes, estudiantes, estancias formativas...
- Programación de la actividad docente.
- Sesiones clínicas.
- Asistencia a cursos y otras actividades docentes.

## **2. Supervisión y responsabilidad progresiva del residente**

Son los documentos que recogen las políticas y procedimientos establecidos por la Comisión de Docencia para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas (Urgencias y otras). Estos protocolos deben ser conocidos por todos los profesionales implicados en la asistencia.

Contenido mínimo para cada especialidad:

- Niveles de supervisión, establecidos por la Comisión de Docencia y comunes a todas las especialidades del centro o unidad docente.
- La graduación de la supervisión de las actividades asistenciales especialmente significativas en las que participa el residente.
- Garantizar la supervisión de presencia física del residente de primer año
- En todos los casos el protocolo de supervisión incluirá la actuación en Urgencias.
- Deben identificarse si existen áreas especialmente significativas de cada especialidad para las que deban establecerse criterios específicos de supervisión.
- Garantizarán la supervisión de los residentes por los profesionales de plantilla.



Se establecen 3 Niveles diferentes de responsabilidad y necesidad de supervisión:

- **Nivel 1.** Responsabilidad mínima/Nivel III. Supervisión directa

El residente observa y asiste la actuación del tutor.

- El residente sólo tiene un conocimiento teórico de determinadas actuaciones, pero ninguna experiencia. Estas actividades (asistenciales, docentes o investigadoras) son realizadas por personal sanitario de plantilla y observadas/asistidas en su ejecución por el residente.

- **Nivel 2.** Responsabilidad media/Nivel II. Supervisión directa

- El residente tiene suficiente conocimiento, pero no alcanza la suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. Estas actividades deben realizarse bajo supervisión directa del personal sanitario de plantilla.

- **Nivel 3.** Responsabilidad máxima/Nivel I. Supervisión indirecta

- Las habilidades adquiridas permiten al residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa. Solicita supervisión si lo considera necesario.

*Supervisión del R1 directa  
de presencia física  
RD 183/2008 D75/2009*

De modo general:

El grado de autonomía durante el primer año formativo será tal que el residente desarrollará sus competencias bajo la tutela directa- presencia física de los profesionales y, al final del mismo, realizará las competencias con supervisión decreciente, a medida que se constate que ha adquirido la autonomía suficiente para hacerlo. En cada caso, deben ser los tutores/colaboradores de la rotación, los que determinen qué grado de autonomía ha alcanzado el Residente respecto a la actividad concreta a realizar.

Durante los siguientes años formativos, desarrollará progresivamente la mayoría de las competencias con autonomía, de manera que al final del mismo, haya adquirido unas habilidades que le permitan actuar independientemente, de manera segura y eficiente, con un grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo. Cada Unidad docente, siguiendo el POE, establecerá estos niveles de Responsabilidad- supervisión. Estos deben ser conocidos por todo el personal y el residente. Entregado en la acogida del residente y recordándose en el Plan Individual de formación cada año.

### Módulo 3.6 Esquema general de las actividades a realizar en las UD

Está planificado con la entrada habitual de residentes en mayo, ahora mismo han entrado en los últimos años en septiembre y julio, lo que complica algo más realizar un único esquema; cada comienzo de año lectivo, con incorporación o cambio de año de formación conlleva las mismas actividades en diferentes fechas.


**Tabla 9. Cronograma general de actividades de las UD's**

FECHA APROXIMADA	TAREAS UNIDAD DOCENTE Y COMISIÓN DE DOCENCIA
<b>Diciembre-Enero</b>	PAG (plan Anual de Gestión) – final de informes Memoria Anual Unidad- CD
<b>Febrero</b>	
<b>Marzo</b>	Planificación de las rotaciones de residentes de la unidad Confirmación de las Rotaciones de los Residentes (PIF) -
<b>Abril</b>	Jornada informativa nuevos residentes Propuesta docente próximo año Capacidad docente pregrado
<b>Mayo</b>	Evaluación- Comités evaluadores-(R2-R3 y R4) Despedida y Acogida de Residentes
<b>Junio</b>	Asignación de tutores- informar
<b>Julio</b>	Evaluación de residentes incorporados en 2021
<b>Agosto</b>	
<b>Septiembre</b>	Evaluación- Comités Evaluadores R1- (incorporados 2020)
<b>Octubre</b>	Programa Auditorias (todo el año) Acreditación Unidades Docentes (plazo de ampliación o acreditación de nuevas UUD)
<b>Noviembre</b>	Memoria de la Unidad. Tablero de indicadores
<b>Diciembre</b>	PAG – final de informes Memoria Anual CD

## Módulo 3.7 Normativa

- 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.
- Orden SCO/581/2008, 22 febrero, por el que se regula la Comisiones de Docencia y Jefe de Estudios.
- Decreto 75/2009, 15 octubre, regula Sistema FSE en Castilla y León<sup>35</sup>.
- Orden SAN/496/2011, 8 abril, regula Procedimiento acreditación y reacreditación tutores FSE en Castilla y León<sup>36</sup>.

## Anexo: la valoración de la estructura docente por el residente

<b>EVALUACIÓN ESTRUCTURA DOCENTE DE LOS SERVICIOS POR EL RESIDENTE</b>		
Fecha: 12/09/2016	Ed: 2	Pág 1 de 1

NOMBRE RESIDENTE:.....

SERVICIO QUE EVALUA: .....

TUTOR/ Colaborador Docente: .....

PERIODO DE ROTACION: ..... AÑO DE RESIDENCIA: .....

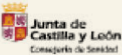
**Puntúa en una escala continua de 0 a 10 los siguientes apartados acerca de tu rotación:**

Cómo te has sentido tutorizado-motivado (en la docencia y las tareas realizadas)	
Relaciones con el equipo de trabajo	
Calidad científico-técnica del trabajo habitual del Servicio	
Organización de las actividades asistenciales del Servicio	
Organización de las actividades docentes del Servicio	
Tu participación en las actividades docentes y asistenciales del servicio	
Interés de la rotación para la formación en tu especialidad	
Cumplimiento global de los objetivos docentes ( conocimientos, habilidades, toma de decisiones, nivel de responsabilidad,	
Calidad científico-técnica de la docencia recibida	
Valoración global de la rotación	

Teniendo en cuenta el tiempo global de tu periodo de formación, y el programa de la especialidad ¿Cómo consideras el tiempo dedicado a esta rotación?	Insuficiente
	Adecuado
	Excesivo

OBSERVACIONES:

Fdo: El especialista en formación



FO-019

# MÓDULO 4 HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

**Lourdes Vázquez López**

*Jefe de Estudios Atención Especializada del Complejo Asistencial  
Universitario de Salamanca*



## Módulo 4.1 ¿Que documentos debe conocer un tutor de residentes para realizar la evaluación?

La evaluación tiene como objetivo mejorar y facilitar el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes del residente, debe entenderse como un proceso continuado a lo largo de todo el período de formación. Es por tanto un proceso complejo que requiere el conocimiento de unos documentos previos:

1. Programa oficial de la especialidad del Ministerio donde se define el perfil profesional, las competencias a adquirir y los estándares aceptables de actuación en la práctica, para definir qué es lo que se quiere evaluar.
2. Guía itinerario formativo tipo (GIFT) de la especialidad correspondiente en cada Centro/Unidad docente.
3. Cronograma Formativo de los residentes a evaluar.
4. Programa Individualizado de Formación (PIF).

Estos documentos ayudaran a valorar los objetivos que deben alcanzar los residentes y con qué nivel de responsabilidad para poder llevar a cabo la evaluación.

La normativa que regula la evaluación de los residentes es el Real Decreto 183/2008, ocupándose de los aspectos pormenorizados de los instrumentos de evaluación a utilizar para constatar el alcance de los objetivos y competencias profesionales que el residente debe adquirir durante el período de formación. En dicha norma se establece que el responsable del proceso de evaluación del residente es el tutor. El tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo tanto, responsable de la evaluación formativa del especialista en formación<sup>31</sup>.

La relación tutor-residente constituye el eje central de la evaluación del especialista en formación.

La evaluación de los residentes establece dos tipos de evaluación: formativa y sumativa (anual y final).

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.

Su finalidad es, por tanto, detectar deficiencias durante el proceso de aprendizaje, haciendo reflexionar al residente y permitiendo realizar modificaciones en el proceso de formación. La evaluación sumativa puede ser anual o final y se basa en diferentes instrumentos de evaluación para poder llevarla a cabo.

## **Módulo 4.2 ¿Cuáles son los diferentes instrumentos de evaluación que dispone el tutor de Formación Sanitaria Especializada?**

Los instrumentos de evaluación con los que cuenta el tutor de FSE son:

- Entrevista estructurada tutor/residente.
- Libro/memoria anual del residente.
- Informes de evaluación de las rotaciones.
- Informe anual del tutor.
- Informes de actividades complementarias.
- Informe del Comité de Evaluación.
- Informe del tutor sobre el periodo de recuperación.
- Informe de evaluación del periodo de recuperación y evaluación global anual por el comité de evaluación.
- Informe de evaluación final del periodo de residencia por el comité de evaluación.
- Tabla de equivalencias de puntuaciones.

En la Tabla 10 se definen las características de todos ellos.



Tabla 10. Características de los instrumentos de evaluación del residente

<p><b>ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS PERIÓDICAS DE TUTOR Y RESIDENTE</b></p> <p>¿Cuántas entrevistas deben tener los residentes y cuando debo hacerlas?</p> <p>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 de evaluación formativa.</p> <p><i>Anexo I</i></p>	<p>De carácter estructurado y pactado, que favorezcan la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación. Una entrevista es un proceso de comunicación que se realiza normalmente entre dos personas en la que el entrevistador obtiene información del entrevistado de forma directa. La entrevista estructurada tutor-residente es el principal instrumento para realizar el seguimiento del proceso de aprendizaje del especialista en formación. Permite valorar el progreso en el aprendizaje, medir la competencia adquirida en relación con los objetivos establecidos en el programa de formación, identificando las áreas y competencias susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para corregirlas.</p> <p>La entrevista no se considera una conversación normal, sino una conversación formal, con una intencionalidad, que lleva implícitos unos objetivos. Se denomina estructurada porque están planificadas previamente las preguntas mediante un guion preestablecido, secuenciado y dirigido para que no queden sin tratar ningún punto relevante.</p> <p>Los Objetivos de la Entrevista estructurada son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la progresión en la formación del residente</li> <li>• Revisar cumplimiento objetivos formativos en cada rotación</li> <li>• Revisar la adquisición de cada una de las competencias profesionales no sólo conocimientos o técnicas durante la rotación.</li> <li>• Reforzar logros aprendizaje</li> <li>• Detectar problemas</li> <li>• Corregir déficits</li> <li>• Orientar</li> <li>• Programar y pactar futuros objetivos</li> <li>• Motivar</li> </ul>
<p><b>LIBRO/MEMORIA ANUAL DEL RESIDENTE</b></p>	<p>Como soporte operativo de la evaluación formativa del residente. El libro/memoria del residente es el instrumento en el que se registran las actividades que realiza cada residente durante su período formativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su carácter obligatorio.</li> <li>• 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.</li> <li>• Registrar las rotaciones realizadas, tanto las previstas en el programa formativo como las externas autorizadas.</li> <li>• 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.</li> <li>• Ser un recurso de referencia en las evaluaciones junto con otros instrumentos de valoración del progreso competencial del residente.</li> </ul> <p>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.</p> <p>El modelo de libro de residente/memoria se adoptará el de la especialidad a nivel nacional en el caso de que estuviera disponible. En caso contrario se adoptará el que la Comisión de docencia tenga establecido.</p>
<p><b>INFORME DE EVALUACIÓN DE LAS ROTACIONES</b></p> <p><i>Anexo II</i></p>	<p>Debidamente cumplimentados</p>
<p><b>INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR</b></p> <p><i>Anexo III</i></p>	<p>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.</p> <p>El Comité de evaluación decide la calificación anual del residente basándose en el Informe Anual del Tutor. Se <b>calificará de 1 a 10</b></p>

<p><b>INFORME DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS</b></p>	<p>Puede estar incluido en el libro /memoria del residente) o registrarlo de forma individual según se decida en las comisiones de docencia</p> <p>Valoración de las actividades complementarias:</p> <p>1.Publicaciones y comunicaciones</p> <table border="1" data-bbox="847 361 1487 451"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Publicaciones</th> <th>Comunicación Oral</th> <th>Poster</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Internacional</td> <td>0,3</td> <td>0,2</td> <td>0,1</td> </tr> <tr> <td>Nacional</td> <td>0,2</td> <td>0,1</td> <td>0,05</td> </tr> <tr> <td>Autonómica</td> <td>0,1</td> <td>0,05</td> <td>0,02</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. Actividad docente e investigadora</p> <table border="1" data-bbox="847 532 1487 668"> <thead> <tr> <th>Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)</th> <th>Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)</th> <th>Ponente en Sesiones</th> <th>Participación en proyectos de investigación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,02- 0,1 (valorar duración y complejidad)</td> <td>Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)</td> <td>*En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias: hasta 0,02</td> <td>0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto)</td> </tr> </tbody> </table>	Nivel	Publicaciones	Comunicación Oral	Poster	Internacional	0,3	0,2	0,1	Nacional	0,2	0,1	0,05	Autonómica	0,1	0,05	0,02	Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)	Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)	Ponente en Sesiones	Participación en proyectos de investigación	0,02- 0,1 (valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)	*En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias: hasta 0,02	0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto)
Nivel	Publicaciones	Comunicación Oral	Poster																						
Internacional	0,3	0,2	0,1																						
Nacional	0,2	0,1	0,05																						
Autonómica	0,1	0,05	0,02																						
Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)	Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)	Ponente en Sesiones	Participación en proyectos de investigación																						
0,02- 0,1 (valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)	*En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias: hasta 0,02	0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto)																						
<p><b>INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN</b> Anexo IV</p>	<p>Se elaborará en el comité de evaluación.</p>																								
<p><b>INFORME DE EVALUACIÓN DEL TUTOR SOBRE EL PERIODO DE RECUPERACIÓN</b> Anexo V</p>	<p>Se realizará en el caso de evaluación negativa y será el correspondiente a evaluación del periodo de recuperación</p>																								
<p><b>INFORME DE EVALUACIÓN DEL PERIODO DE RECUPERACIÓN Y EVALUACIÓN GLOBAL ANUAL POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN</b> Anexo VI</p>	<p>Se realizará en el caso de evaluación negativa y será el correspondiente a evaluación del periodo de recuperación cuando se trata de un residente que se encuentra al final de su periodo formativo.</p>																								
<p><b>INFORME DE EVALUACIÓN FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN</b> Anexo VII</p>	<p>Se realizará cuando los residentes finalicen su periodo formativo.</p>																								
<p><b>TABLA DE EQUIVALENCIAS DE PUNTUACIONES</b> Anexo VII</p>	<p>Se utilizara esta tabla en el caso de que el residente aporte un informe de evaluacion de una rotacion externa con una puntuacion distinta a la admitida en nuestro programa de formacion sanitaria especializada.</p>																								

El comité, tras ser convocado por el jefe de estudios, se constituirá y levantará acta de su constitución y realizará la evaluación sumativa anual y en su caso la evaluación final. El comité levantará acta del resultado de la evaluación y trasladará sus resultados a la Comisión de docencia.

Las decisiones de los Comités serán confidenciales hasta EL ANUNCIO DE LA PUBLICACION DE LA RESOLUCION. PUDIENDOSE CONSULTAR LOS DATOS PERSONALES EN Comisión de Docencia.

La Comisión de Docencia participará en las evaluaciones según recoge la normativa ministerial, mediante la constitución de los Comités de Evaluación, difusión y publicación de resultados, revisión de estos y emisión de informes.

### Módulo 4.3 ¿Cómo se realizará la evaluación anual?

La evaluación anual se llevará a cabo por el correspondiente COMITÉ DE EVALUACIÓN en los 15 días anteriores a aquel en que concluya el correspondiente año formativo y 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:

**Positiva:** Requerirá que la Calificación Global Anual del Residente sea mayor o igual de 5.

**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, bien porque la Calificación Global Anual del Residente sea menor de 5 o por otras causas administrativas (deberá especificarse la causa):

<p><b>NEGATIVA</b> por insuficiente aprendizaje susceptible de recuperación</p>	<p>Cuando haya una o más rotaciones evaluadas negativamente, el Comité de Evaluación establecerá una recuperación específica y programada, que el especialista en formación deberá realizar dentro de los tres primeros meses del siguiente año formativo. En las evaluaciones anuales negativas de último año, el período de recuperación implicará la prórroga del contrato por la duración del periodo de recuperación. En las especialidades de enfermería el periodo de recuperación será de dos meses. El contenido de la recuperación específica se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.</p>
<p><b>NEGATIVA</b> recuperable por imposibilidad de prestación de servicios superior al 25% de la jornada anual (suspensión de contrato u otras causas legales)</p>	<p>El Comité de Evaluación establecerá el periodo de prórroga, que necesariamente no podrá ser inferior a la duración total de los periodos de suspensión, alcanzando incluso la repetición de todo el año. La repetición completa del año requerirá que el periodo de suspensión de contrato sea mayor de 6 meses.</p>
<p><b>NEGATIVA</b> no susceptible de recuperación</p>	<p>Por insuficiente aprendizaje/notoria falta de aprovechamiento . Por reiteradas faltas de asistencia NO JUSTIFICADAS. El Comité de Evaluación propondrá la extinción del contrato notificando lo al residente y al gerente de la Institución, que se llevará a efecto, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.</p>

## Módulo 4.4 ¿Cómo evaluó al residente que finaliza el periodo formativo de su especialidad?

La evaluación final tiene como objeto verificar que el nivel de competencias adquirido por el residente al finalizar la especialidad<sup>38</sup>.

<b>POSITIVA</b>	La media de las calificaciones del residente
<b>POSITIVA DESTACADO</b>	La media de las calificaciones del residente es mayor de 7,5.
<b>NEGATIVA</b>	La media de las calificaciones del residente es menor de 5. No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del periodo de residencia. Cuando la evaluación final sea negativa, el residente podrá solicitar su revisión ante la Comisión Nacional de la especialidad para realizar la prueba ordinaria o en su caso, extraordinaria si procede

**Acta y publicación del resultado de la evaluación durante 10 días**

**Notificación de notas al Ministerio de Sanidad.** Remisión de la evaluación al Registro Nacional de Especialistas.

Emisión de Certificado fin de especialidad.

## Módulo 4.5 ¿Qué competencias tiene la Secretaría de Comisión de Docencia en el proceso de evaluación?

- Emitir el modelo de INFORME DE EVALUACIÓN DE ROTACIÓN (ANEXO II)
- Recoger y archivar dichos informes una vez cumplimentadas.
- Incorporar a la base de datos las valoraciones de la hoja de evaluación de las rotaciones.
- Aportar dichos informes en los comités de evaluación.
- Emitirá los listados de evaluación, actas y resultados definitivos.
- Archivará durante 5 años el material de cada residente

## Anexos

## ANEXO I. Modelo entrevista estructurada tutor residente

Anexo I.- Modelo entrevista estructurada tutor residente

Residente: \_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha de rotación: \_\_\_\_\_ Objetivos de rotación: \_\_\_\_\_

1. Valoración del cumplimiento de los **objetivos de la rotación** (que deben ser previamente conocidos por el residente según protocolo docente y guía de rotación si la hubiere)
2. Valoración del residente de los puntos débiles de la rotación y competencias que faltan por alcanzar.
3. Valoración por parte del facultativo responsable de la rotación de las competencias que considera alcanzadas por el residente y las que considera faltan por alcanzar.
4. Plan de mejora.
5. Revisión de pactos previos ¿se han llevado a término los planes de aprendizaje propuestos en entrevistas previas?
6. **“Incidentes críticos” experimentados**, tanto positivos como negativos, valoración y consecuencias (relato de **situaciones clínicas** que hayan creado al residente un problema que no ha sabido resolver o un incidente positivo que ha supuesto un aprendizaje significativo; pueden ser tanto situaciones negativas como positivas)
  - **Problemas y/o incidentes organizativos** relacionados con la actividad asistencial y docente del residente: guardias, libranzas...
  - Organización de las rotaciones: integración en el servicio, compromisos de tutores y resto de profesionales, equilibrio o desproporción entre labores asistenciales y docentes o de investigación, cumplimiento y calidad del calendario docente (cursos, sesiones clínicas...)
  - Nivel de autonomía y responsabilidad progresiva en la tarea asistencial,
  - Nivel de supervisión real, etc.
7. El residente puede incluir en su Memoria Anual la valoración de su proceso formativo y sus propuestas constructivas (apartado “Observaciones” de la Memoria Anual)
8. **Archivar este documento**

Fecha para la siguiente entrevista

Firma Residente

Firma Tutor

## ANEXO III Informe de evaluación de rotación e instrucciones de cumplimentación

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>		<b>DNI/PASAPORTE:</b>	
<b>CENTRO DOCENTE:</b>			
<b>TITULACIÓN:</b>	<b>ESPECIALIDAD:</b>	<b>AÑO RESIDENCIA:</b>	
<b>TUTOR:</b>			

**ROTACIÓN**

<b>UNIDAD:</b>	<b>CENTRO:</b>
<b>COLABORADOR DOCENTE/TUTOR:</b>	<b>DURACIÓN:</b>
Fecha Inicio Rotación	Fecha fin Rotación:
<b>OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN</b>	<b>GRADO DE CUMPLIMIENTO</b> Total/Parcial/No conseguido

<b>A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS	
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA	
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	
HABILIDADES	
USO RACIONAL DE RECURSOS	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	<b>MEDIA (A)</b>

<b>B.- ACTITUDES</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>
MOTIVACIÓN	
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA	
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA	
TRABAJO EN EQUIPO	
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES	
	<b>MEDIA (B)</b>

<b>CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN</b> <b>(70%A + 30% B)</b>	
--	--

**Observaciones/Áreas de mejora:**

En \_\_\_\_\_, fecha:  
**EL COLABORADOR DOCENTE DE LA ROTACIÓN/TUTOR**

**Vº Bº. EL RESPONSABLE**  
**DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN**

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

En la evaluación de estas competencias se tendrá en cuenta los resultados de las pruebas objetivas aplicadas, que se adjuntarán a este informe (exámenes escritos, audit, observación estructurada, 360º, portafolio)<sup>1</sup>.

Una evaluación negativa de los ítems del apartado A del Informe de evaluación de rotación, conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa por insuficiente aprendizaje (recuperable o no). La evaluación negativa de los ítems del apartado B del Informe de evaluación de rotación puede recuperarse en las rotaciones consecutivas del año de formación que corresponda o pueden dar lugar a una propuesta de evaluación negativa (recuperable o no).

<b>CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS</b> Demuestra que ha integrado los conceptos teóricos necesarios para el cumplimiento de los objetivos en virtud de un estudio y comprensión previo. Ejemplo, para las especialidades médicas: conocimientos de la anatomía, fisiología, historia natural de una enfermedad /proceso o de los principios y los mecanismos de acción de un tratamiento
<b>RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA</b> Integra la información disponible para alcanzar una valoración del problema de salud o de la situación asistencial. Ejemplo, para las especialidades médicas: Información de la situación clínica, obtenida a través de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias, para un correcto diagnóstico diferencial o para la resolución de un problema o situación clínica.
<b>CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES</b> Selecciona un plan de actuación, plan de cuidados o tratamiento adecuado, en base a su conocimiento y comprensión del problema, el análisis del contexto en el que se produce y la valoración de las diferentes alternativas disponibles y sus consecuencias. Maneja con prudencia la incertidumbre inherente a la práctica clínica, conoce sus limitaciones y pide ayuda cuando la situación lo requiere.
<b>HABILIDADES ADQUIRIDAS</b> Demuestra destreza en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para su año de formación.
<b>USO RACIONAL DE RECURSOS</b> Realiza un uso adecuado de los medicamentos y productos sanitarios, así como de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.
<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> Contribuye a garantizar la seguridad del paciente y aplica las guías de práctica clínica.
<b>MOTIVACIÓN</b> Demuestra interés por su trabajo y por alcanzar los objetivos formativos. Se implica en la actividad del servicio/unidad. Es proactivo en la búsqueda de información y estudio de un problema y reflexiona sobre su práctica profesional modificando su comportamiento en consecuencia (autoaprendizaje).
<b>PUNTUALIDAD/ASISTENCIA</b> Es puntual y cumple con la jornada laboral. No hay faltas de asistencia sin justificar.
<b>COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA</b> Demuestra habilidades de relación interpersonal y de comunicación necesarias para un eficaz intercambio de información, oral o escrita, para la toma de decisiones compartidas con los pacientes, sus familiares o representantes legales, relativa a cualquier aspecto del proceso asistencial.
<b>TRABAJO EN EQUIPO</b> Se integra en las actividades del Servicio/Unidad y participa con el resto de profesionales en la resolución de problemas y toma de decisiones.
<b>VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES</b> Tiene como principal objetivo el cuidado y bienestar del paciente. Respeto los valores y derechos de los pacientes, así como su autonomía en la toma de decisiones. Respeto la confidencialidad y el secreto profesional. Identifica los problemas/conflictos éticos y propone soluciones razonadas. Pide ayuda en situaciones complejas o relevantes. Cumple el Reglamento de la Institución Sanitaria.

**ESCALA DE CALIFICACIÓN**

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
1-2	<b>Muy insuficiente.</b> Lejos de alcanzar los objetivos de la rotación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
3-4	<b>Insuficiente.</b> No alcanza todos los objetivos de la rotación pero se acerca. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
5	<b>Suficiente.</b> Alcanza los objetivos de la rotación.
6-7	<b>Bueno.</b> Alcanza los objetivos de la rotación, demostrando un nivel superior en algunos de ellos.
8-9	<b>Muy bueno.</b> Domina todos los objetivos de la rotación.
10	<b>Excelente.</b> Muy alto nivel de desempeño, respecto a los objetivos de la rotación. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del colaborador docente con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.
NA	No se aplica de acuerdo con los objetivos planteados.

<sup>1</sup> Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias, en el Informe de Evaluación Anual del Tutor.

<sup>2</sup> La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

<sup>3</sup> Los resultados de las pruebas objetivas de evaluación se incluirán en el expediente del residente y serán custodiadas por la Comisión de Docencia del Centro.



**ANEXO III. Informe de evaluación anual del tutor e instrucciones**

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:	
CENTRO DOCENTE:			
TITULACIÓN:	ESPECIALIDAD:	AÑO RESIDENCIA:	
TUTOR:			
VACACIONES REGLAMENTARIAS:			
PERIODOS DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO:			

**A. ROTACIONES (incluidas rotaciones externas autorizadas por la Comunidad Autónoma):**

CONTENIDO	UNIDAD	CENTRO	DURACIÓN	CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN	PONDERACIÓN
CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ROTACIONES					

**B. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:**

TIPO	NIVEL	DENOMINACIÓN/REFERENCIA	DURACIÓN	CALIFICACIÓN (0,01 a 0,3)
CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS				

**C. CALIFICACIÓN ANUAL DEL TUTOR**

COMENTARIOS:	
CALIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL TUTOR	
CALIFICACIÓN GLOBAL ANUAL DEL RESIDENTE: [(A X 65) + (C X 25)]/90 + B (máx. 1 punto)	
Fecha y firma del TUTOR	

La Calificación Global Anual del Residente incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo anual (entrevistas trimestrales y libro del residente) y, excepcionalmente, de informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.

**A. ROTACIONES<sup>4, 5</sup>:**

La calificación obtenida en cada rotación se ponderará de acuerdo a su duración mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{DURACIÓN (en meses)} \times \text{CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN}}{11 \text{ MESES}}$$

**B. SUMATORIO ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS con los siguientes criterios de puntuación**

Nivel	Publicaciones	Comunicación Oral	Poster
Internacional	0,3	0,2	0,1
Nacional	0,2	0,1	0,05
Autonómica	0,1	0,05	0,02

Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)	Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)	Ponente en Sesiones	Participación en proyectos de investigación
0,02- 0,1 (valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)	*En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias: hasta 0,02	0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto)

**C. CALIFICACIÓN DEL TUTOR:**

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
1-2	<b>Muy insuficiente.</b> Lejos de alcanzar los objetivos anuales. Deben proponerse áreas de mejora.
3-4	<b>Insuficiente.</b> No alcanza todos los objetivos anuales, pero podrían alcanzarse con un período complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente sugerir la duración del periodo complementario.
5	<b>Suficiente.</b> Alcanza los objetivos anuales.
6-7	<b>Bueno.</b> Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos
8-9	<b>Muy bueno.</b> Domina todos los objetivos anuales.
10	<b>Excelente.</b> Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con experiencia del tutor con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores residentes, calificados como muy bueno.

Cuando la suma de los periodos de suspensión de contrato sea mayor del 25% de la jornada anual, el tutor deberá proponer al Comité de Evaluación una **EVALUACIÓN ANUAL NEGATIVA RECUPERABLE** o, si el periodo de suspensión es superior a 6 meses podrá proponer la repetición del año de formación<sup>6</sup>.

## ANEXO IV – Evaluación anual del Comité de Evaluación e instrucciones de cumplimentación

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:	
CENTRO DOCENTE:			
TITULACIÓN:	ESPECIALIDAD:	AÑO RESIDENCIA:	
TUTOR:			
CALIFICACIÓN DEL INFORME ANUAL DEL TUTOR (1-10):			
CALIFICACIÓN EVALUACIÓN ANUAL DEL COMITÉ (1-10)			
CUANTITATIVA			
CUALITATIVA			
CAUSA DE EVALUACIÓN NEGATIVA (<5) Neg			
OBSERVACIONES:			
Lugar y Fecha:			
Sello de la Institución:	EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN:		
Fdo.:			

El Comité de evaluación decide la calificación anual del residente basándose en el Informe Anual del Tutor<sup>7</sup>. Se calificará de 1 a 10 según el siguiente cuadro. **Una evaluación negativa de los ítems del apartado A de un informe de rotación, conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa recuperable por insuficiente aprendizaje.**

	Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
NEGATIVA	<3	<b>Muy insuficiente.</b> Lejos de alcanzar los objetivos anuales.
	Entre 3 y <5	<b>Insuficiente.</b> No alcanza todos los objetivos anuales pero podría alcanzarlos con un periodo complementario de formación.
	Entre 5 y <6	<b>Suficiente.</b> Alcanza los objetivos anuales.
POSITIVA	Entre 6 y <8	<b>Bueno.</b> Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos
	Entre 8 y <9.5	<b>Muy bueno.</b> Domina todos los objetivos anuales.
	Entre 9.5-10	<b>Excelente.</b> Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del Comité, con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.

La calificación tendrá los siguientes efectos:

**POSITIVA:** cuando el residente haya alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate. Requerirá que la Calificación Global Anual del Residente sea mayor o igual de 5.

**NEGATIVA:** cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del programa formativo en el año de que se trate, bien porque la Calificación Global Anual del Residente sea menor de 5 o por otras causas administrativas. Deberá especificarse la causa:

**A: NEGATIVA POR INSUFICIENTE APRENDIZAJE SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN.** Cuando haya una o más rotaciones evaluadas negativamente, el Comité de Evaluación establecerá una recuperación específica y 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 periodo. En las especialidades de enfermería el periodo de recuperación será de dos meses. El contenido de la recuperación específica se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La prórroga anual del contrato por los restantes nueve meses del año formativo queda supeditada a la evaluación positiva del periodo de recuperación.

En las evaluaciones anuales negativas de último año, el periodo de recuperación implicará la prórroga del contrato por la duración del periodo 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<sup>8</sup> y su resultado fuera positivo.

**B: NEGATIVA RECUPERABLE POR IMPOSIBILIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR AL 25% DE LA JORNADA ANUAL (suspensión de contrato u otras causas legales).** El Comité de Evaluación establecerá el periodo de prórroga, que necesariamente no podrá ser inferior a la duración total de los periodos de suspensión, alcanzando incluso la repetición de todo el año. Una vez completado el periodo de recuperación se procederá a su evaluación<sup>9</sup>. El periodo de prórroga propuesto se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La repetición completa del año requerirá que el periodo de suspensión de contrato sea mayor de 6 meses y que se emita una Resolución por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo informe de la Comisión de Docencia.

En aquellos supuestos en los que la **suspensión del contrato sea inferior al 25%** de la jornada anual y el Comité de Evaluación consideré que el residente no ha podido alcanzar los objetivos y competencias del año formativo, podrá, excepcionalmente, evaluarle negativamente, acordando la realización de un periodo de recuperación, que no podrá ser superior al periodo de suspensión de contrato.

La evaluación negativa del periodo de recuperación o repetición de curso no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación<sup>8</sup> y su resultado fuera positivo.

**C: NEGATIVA, NO SUSCEPTIBLE DE RECUPERACIÓN**

- POR INSUFICIENTE APRENDIZAJE/NOTORIA FALTA DE APROVECHAMIENTO
- POR REITERADAS FALTAS DE ASISTENCIA NO JUSTIFICADAS

El Comité de Evaluación propondrá la extinción del contrato notificándolo al residente y al gerente de la Institución, que se llevará a efecto, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

<sup>7</sup> No se realizará la calificación anual cuando se haya producido durante el periodo anual una IMPOSIBILIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR AL 25% DE LA JORNADA ANUAL (suspensión de contrato u otras causas legales), que da lugar a una EVALUACIÓN NEGATIVA RECUPERABLE (ver apartado B), hasta que se haya realizado el periodo de recuperación.

<sup>8</sup> Artículo 24 del Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero.

<sup>9</sup> Para evaluación anual tras haber superado el periodo de prórroga se utilizarán los documentos "Informe de evaluación anual del Tutor".



**ANEXO V. Informe de evaluación del tutor sobre el periodo de recuperación e instrucciones de cumplimentación**

(Aplicable en caso de Evaluación Negativa Recuperable por insuficiencias de aprendizaje susceptibles de recuperación o por imposibilidad de prestación de servicios, que no requiera la repetición de curso)

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:	
CENTRO DOCENTE:			
TITULACIÓN:	ESPECIALIDAD:	AÑO RESIDENCIA:	
TUTOR:			

**A. ROTACIONES:**

CONTENIDO	UNIDAD	CENTRO	DURACIÓN	CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN	PONDERACIÓN
CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ROTACIONES					

**B. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS, si se han establecido por el Comité de evaluación:**

TIPO	NIVEL	DENOMINACIÓN/REFERENCIA	DURACIÓN	CALIFICACIÓN (0,01 a 0,3)
CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS				

**C. CALIFICACIÓN DEL TUTOR DEL PERIODO DE RECUPERACIÓN**

COMENTARIOS:

CALIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL TUTOR	
-------------------------------------	--

CALIFICACIÓN GLOBAL DEL PERIODO DE RECUPERACIÓN:  $[(A \times 70) + (C \times 20)]/90 + B$  (máx. 1 punto)

Fecha y firma del TUTOR	
-------------------------	--

La Calificación del Periodo de Recuperación incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo (entrevista/s y libro del residente) y, excepcionalmente, de informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.

**A. ROTACIONES:**

La calificación obtenida en cada rotación se ponderará de acuerdo a su duración mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{DURACIÓN (en meses)} \times \text{CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN}}{\text{PERIODO DE RECUPERACIÓN (meses)}}$$

**B. SUMATORIO ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS con los siguientes criterios de puntuación, si se han establecido por el Comité de Evaluación.**

Nivel	Publicaciones	Comunicación Oral	Poster
Internacional	0,3	0,2	0,1
Nacional	0,2	0,1	0,05
Autonómica	0,1	0,05	0,02

Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)	Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)	Ponente en Sesiones	Participación en proyectos investigación
0,02- 0,1 (valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)	*En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias: hasta 0,02	0,05-0,2 (valorar implicación y tipo proyecto)

**C. CALIFICACIÓN DEL TUTOR:**

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
<5	<b>Insuficiente.</b> No ha alcanzado los objetivos del periodo de recuperación. El residente no puede continuar su formación en la especialidad porque no cuenta con las competencias requeridas para continuar progresando en su formación como especialista.
≥5	<b>Suficiente.</b> Ha alcanzado los objetivos del periodo de recuperación. El residente puede continuar con su formación. El Tutor puede proponer áreas de mejora/recomendaciones que deberán ser objeto de seguimiento el caso de que la evaluación del periodo de recuperación por el Comité de Evaluación sea positiva y ratifique las medidas propuestas.

Si la evaluación del periodo de recuperación es POSITIVA se procederá a realizar una calificación global del tutor del año formativo conforme a los siguientes criterios:

- Si fue una Evaluación Negativa por Insuficiente aprendizaje, la calificación global del tutor del año de residencia será de 5 (suficiente).
- Si fue una Evaluación Negativa por Imposibilidad de prestación de servicios, se cumplimentará un "Informe de Evaluación Anual del Tutor", con todas las rotaciones y actividades complementarias realizadas, incluyendo las del periodo de recuperación, lo que dará lugar a la calificación global del tutor del año de residencia.

## ANEXO VI. Evaluación del periodo de recuperación y evaluación global anual por el Comité de Evaluación e instrucciones de cumplimentación

(Aplicable en caso de Evaluación Negativa Recuperable por insuficiencias de aprendizaje susceptibles de recuperación o por imposibilidad de prestación de servicios, que no requiera la repetición de curso)

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI/PASAPORTE:	
CENTRO DOCENTE:			
TITULACIÓN:	ESPECIALIDAD:	AÑO RESIDENCIA:	
TUTOR:			

<b>CALIFICACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL TUTOR SOBRE PERIODO DE RECUPERACIÓN (1-10):</b>
---

<b>CALIFICACIÓN DEL PERIODO DE RECUPERACIÓN POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN</b>	
CUANTITATIVA (1-10)	
CUALITATIVA	

<b>CALIFICACIÓN GLOBAL DEL AÑO DE RESIDENCIA POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN (sólo se cumplimentará en caso de evaluación positiva del periodo de recuperación)</b>	
CUANTITATIVA	
CUALITATIVA	

Lugar y Fecha:	
Sello de la Institución	EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN:
Fdo.:	

El Comité de evaluación decide la calificación del residente basándose en el Informe de recuperación del Tutor. Se calificará de 1 a 10 según el siguiente cuadro:

	Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
NEGATIVA	<5	<b>Insuficiente.</b> No ha alcanzado los objetivos del periodo de recuperación. El residente no puede continuar su formación en la especialidad porque no cuenta con las competencias requeridas para continuar progresando en su formación como especialista.
POSITIVA	≥5	<b>Suficiente.</b> Ha alcanzado los objetivos del periodo de recuperación. El Comité de Evaluación puede establecer áreas de mejora/recomendaciones que deberán ser objeto de seguimiento por el Tutor.

La calificación tendrá los siguientes efectos:

**POSITIVA:** cuando el residente haya alcanzado el nivel exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del periodo de recuperación. La Calificación Global Anual del Residente debe ser mayor o igual de 5. Requerirá que el Tutor presente un nuevo informe anual, incluyendo la calificación del periodo de recuperación y excluyendo las rotaciones o evaluaciones negativas que dieron lugar al mismo. El Comité de Evaluación realizará una nueva Evaluación anual de acuerdo con lo indicado anteriormente.

**NEGATIVA:** cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para considerar que se han cumplido los objetivos del periodo de recuperación. La Calificación Global Anual del Residente debe ser menor de 5. Supone que el residente no puede continuar con su formación y, por consecuencia se extingue el contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación del periodo de recuperación y su resultado fuera positivo.

Si el periodo de recuperación se evalúa de forma POSITIVA:

- En caso de que la Evaluación Negativa haya sido por Insuficiente aprendizaje, la calificación global del año de residencia por el Comité de Evaluación será de 5 (suficiente).
- Si la Evaluación Negativa fue por Imposibilidad de prestación de servicios, se valorará el "Informe de Evaluación Anual del Tutor", con todas las rotaciones y actividades complementarias realizadas, incluyendo las del periodo de recuperación, para calificar globalmente el año de residencia, conforme a las instrucciones de "Evaluación Anual Comité de Evaluación", que necesariamente será positiva.

	Cuantitativa (5-10)	Cualitativa
POSITIVA	Entre 5 y <6	<b>Suficiente.</b> Alcanza los objetivos anuales.
	Entre 6 y <8	<b>Buena.</b> Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos
	Entre 8 y <9.5	<b>Muy buena.</b> Domina todos los objetivos anuales.
	Entre 9.5-10	<b>Excelente.</b> Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del Comité, con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.

**ANEXO VII. Evaluación final del periodo de residencia por el Comité de Evaluación e instrucciones de cumplimentación**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>		<b>DNI/PASAPORTE:</b>	
<b>CENTRO DOCENTE:</b>			
<b>TITULACIÓN:</b>		<b>ESPECIALIDAD:</b>	<b>AÑO RESIDENCIA:</b>
<b>TUTOR:</b>			

Duración de la especialidad	Año de formación	Nota Anual	Ponderación de la evaluación anual
2 años	R1		
	R2		
3 años	R1		
	R2		
	R3		
4 años	R1		
	R2		
	R3		
	R4		
5 años	R1		
	R2		
	R3		
	R4		
	R5		
<b>MEDIA PONDERADA DE LAS EVALUACIONES ANUALES</b>			

<b>CALIFICACIÓN FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN</b>	
CUANTITATIVA	
CUALITATIVA	

**OBSERVACIONES:**

<b>Sello del centro docente</b>	<b>EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN:</b>
	<b>Fdo.:</b>
	<b>Lugar y Fecha</b>

El Comité de evaluación decide la calificación final del residente basándose en los resultados de las Evaluaciones Anuales.

Se ponderarán las evaluaciones anuales para el cálculo de la evaluación final de acuerdo a la progresiva asunción de las responsabilidades inherentes al ejercicio profesional de la especialidad que el residente asume a medida que progresa en su formación. Para calcular la media ponderada se utilizarán los siguientes criterios:

Duración de la especialidad	Año de formación	Ponderación de la evaluación anual
2 años	R1	40%
	R2	60%
3 años	R1	20%
	R2	30%
	R3	50%
4 años	R1	10%
	R2	20%
	R3	30%
	R4	40%
5 años	R1	8%
	R2	12%
	R3	20%
	R4	25%
	R5	35%

La calificación de la evaluación final del Comité de Evaluación será:

**POSITIVA:** cuando el residente ha adquirido el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad, lo que le permite acceder al título de especialista. La media de las calificaciones del residente está entre 5 y 7,5.

**POSITIVA DESTACADO:** cuando el residente domina el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad y ha destacado por encima de la media de los residentes de su especialidad, de su promoción o de promociones anteriores. La media de las calificaciones del residente es mayor de 7,5.

**NEGATIVA:** cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para que pueda obtener el título de especialista. No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del periodo de residencia. La media de las calificaciones del residente es menor de 5. En los documentos de evaluación del residente que sea evaluado negativamente debe estar acreditada la falta de aprovechamiento y las medidas que el tutor haya puesto en marcha para solventarlas y su carencia de resultado.

**Anexo VIII. Tabla de equivalencias entre las calificaciones obtenidas al amparo de las directrices aprobadas en esta resolución, según lo previsto en el Art. 28 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero y las obtenidas en aplicación de lo previsto en la Orden de 22 de junio de 1995**

<b>EVALUACIÓN ANUAL</b>			
<b>RD 183/2008, de 8 de febrero</b>		<b>Orden 22 junio 1995</b>	
<b>Cualitativa</b>	<b>Cuantitativa (1-10)</b>	<b>Cuantitativa (0-3)</b>	<b>Cuantitativa</b>
NEGATIVA	<3	<0,5	No apto
	Entre 3 y <5	Entre 0,5 y <1	
POSITIVA	Entre 5 y <6	Entre 1 y <2	Suficiente
	Entre 6 y <8	Entre 2 y <3	Destacado
	Entre 8 y <9.5		
	Entre 9.5-10	≥3	Excelente

<b>EVALUACIÓN FINAL</b>			
<b>RD 183/2008, de 8 de febrero</b>		<b>Orden 22 junio 1995</b>	
<b>Cualitativa</b>	<b>Cuantitativa (1-10)</b>	<b>Cuantitativa (0-3)</b>	<b>Cuantitativa</b>
NEGATIVA	<5	<1	No apto
POSITIVA	Entre 5 y 7,5	Entre 1 y <2	Suficiente
POSITIVA DESTACADO	>7,5 y <9,5	Entre 2 y <3	Destacado
	≥ 9,5	≥3	Excelente

# MÓDULO 5 PLAN DE GESTION DE CALIDAD DOCENTE (PGCD)

**José Antonio López-Villalobos**

*Responsable de Calidad e Investigación en Docencia  
de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Palencia*

**El Plan de Gestión de Calidad Docente (PGCD) planifica, gestiona, supervisa y evalúa de todo el proceso de la formación sanitaria especializada (FSE) y está orientado a que los especialistas en formación adquieran conocimientos, habilidades y actitudes para el desarrollo de su especialidad. En el PGCD se incluyen la respuesta a muchas de las preguntas de los tutores de FSE.**

**En este módulo se incluyen dimensiones relevantes como su definición, contenido, procesos (estratégicos, operativos y de soporte) o como realizar el seguimiento y evaluación del PGCD. Se reflexiona sobre cómo realizar un plan de mejora de cualquier proceso o implementar una auditoría interna. Se incluyen los procedimientos sobre cómo se realizan las actividades incluidas en el PGCD y los formatos o documentos de registro. Si queremos una formación de calidad, todos debemos conocer y colaborar con el PGCD de nuestro centro sanitario.**

## **Módulo 5.1 ¿Qué es el plan de Gestión de Calidad Docente (PGCD)?**

### **1. Plan de Gestión de Calidad Docente (PGCD)**

El PGCD es el documento que describe los elementos estructurales y las actuaciones dirigidas a la mejora continua de la calidad de la formación sanitaria especializada (FSE).

El PGCD planifica, gestiona, supervisa y evalúa de todo el proceso de la FSE y está orientado a que los especialistas en formación adquieran conocimientos, habilidades y actitudes para el desarrollo de su especialidad (incluyendo actividades asistenciales, docentes e investigadoras).

### **2. ¿Quién elabora el PGCD?**

El PGCD, liderado por el órgano de dirección del centro, será elaborado por la Comisión de Docencia, con el impulso del Jefe de Estudios de formación sanitaria especializada, la participación de Tutores y el apoyo del Responsable de Calidad e Investigación en Docencia.

### **¿Cuál es el contenido del PGCD?**

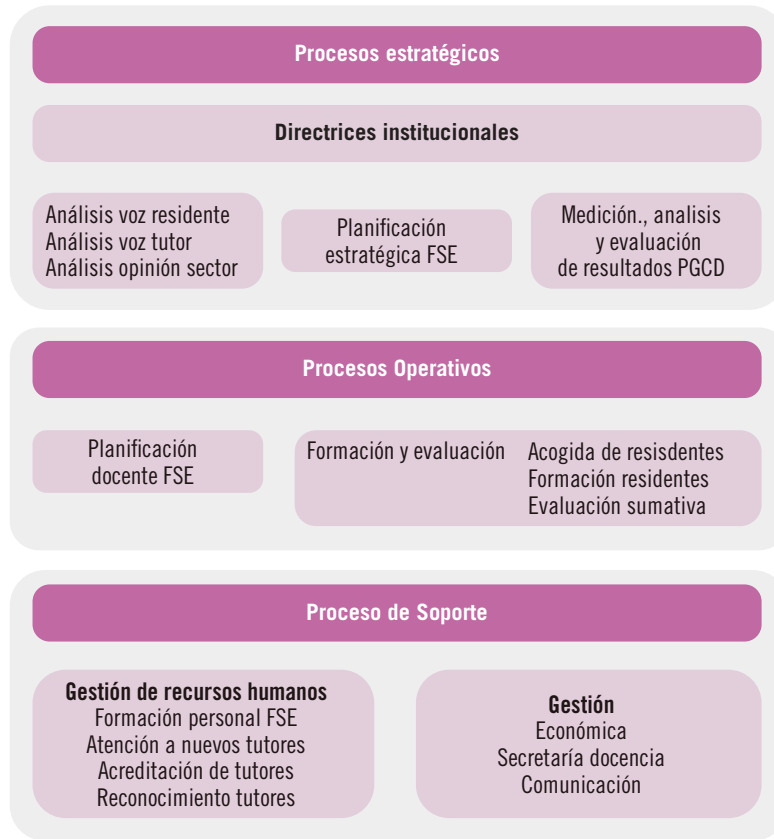
El PGCD, realizado con un enfoque basado en procesos, incluye la gestión de las actividades formativas y los recursos de la organización, orientándose hacia los objetivos docentes, que serán medidos a través de indicadores.

## Módulo 5.2 ¿El PGCD tiene un enfoque basado en procesos?

Si, el PGCD se realiza con un enfoque basado en procesos. Un proceso es aquella actividad o conjunto de actividades que, utilizando los recursos necesarios transforma los elementos de entrada en resultados. Un ejemplo común de proceso sería el procedimiento por el cual la madera (elemento de entrada), a través de un conjunto de actividades industriales es transformada en un mueble (resultados). Un ejemplo en el contexto del PGCD sería el «proceso de formación del residente» que pasa por la incorporación del mismo a la formación (elemento de entrada) y mediante un conjunto de actividades docentes, asistenciales e investigadoras, tiene como resultado un residente formado en una especialidad determinada.

Los procesos del PGCD son los siguientes:

1. Procesos estratégicos: Son líneas estratégicas de actuación de la organización e incluyen las directrices de la institución, la consideración de la opinión de tutores y residentes, la planificación estratégica de la FSE y la medición, análisis/evaluación de resultados del PGCD.
2. Procesos operativos: son actividades de la organización para dar un servicio de calidad a los residentes e incluyen la planificación docente de la formación sanitaria especializada y la formación/evaluación de residentes (acogida residente, formación del residente y evaluación del residente).
3. Procesos de soporte: proporcionan recursos a procesos estratégicos y de soporte e incluyen la formación del personal implicado en la FSE, la atención al personal de nueva incorporación a la estructura docente, la acreditación de tutores, el reconocimiento documental en docencia, la gestión económica, la gestión de la comunicación en docencia y la gestión de la secretaría de docencia.



**Figura 19. Mapa de procesos del Plan de Gestión de Calidad Docente.**

FSE: Formación Sanitaria Especializada/  
PGCD: Plan de Gestión de la Calidad Docente

### Módulo 5.3 ¿Ponemos un ejemplo de proceso del PGCD?

Tomemos el ejemplo del proceso operativo de la «formación de residentes» cuya misión es garantizar que los especialistas en formación adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes para el desarrollo de su especialidad. En este proceso, la entrada sería el residente en formación y mediante un conjunto



de actividades docentes, asistenciales e investigadoras presentaría la salida o resultado de un residente formado. La formación de este residente sería comprobada a través de su evaluación mediante indicadores que acreditan su formación. Los recursos para este proceso serían todos los necesarios en su proceso formativo (personales, materiales y de infraestructura) y los indicadores de resultados del proceso pudieran ser la existencia de un plan individual de formación, la realización de entrevistas formativas, las rotaciones con informes, las publicaciones o comunicaciones, el seguimiento de los cursos del plan transversal común, la actividad asistencial o las sesiones clínicas realizadas.

#### Módulo 5.4 ¿Los procesos del PGCD tienen indicadores?

Los indicadores de calidad son instrumentos de medición que se emplean para evaluar la calidad de los procesos y determinan el nivel de cumplimiento de los objetivos para los cuales se han desplegado una serie de actividades concretas.

De la misma manera que en el proceso de transformación de la madera a un mueble existen indicadores de calidad como un adecuado podado, descortezado, secado, cepillado y un mueble correctamente terminado, en el PGCD existen indicadores de la calidad del proceso.

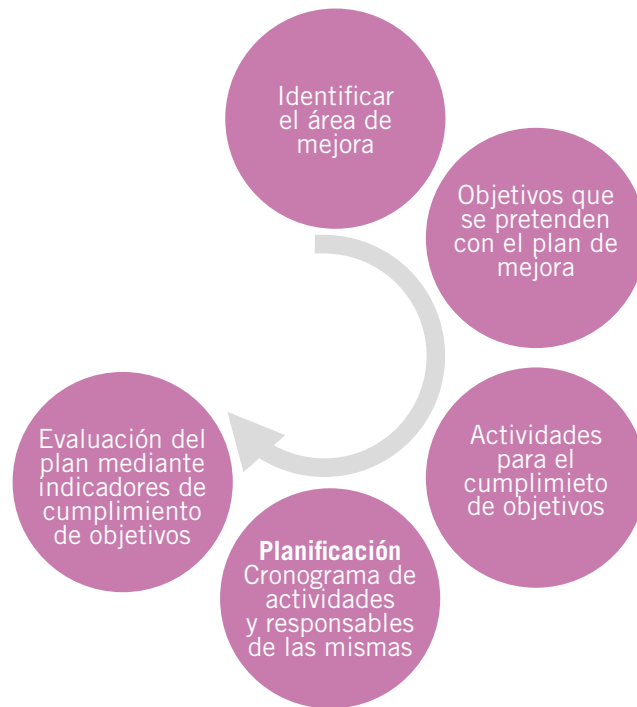
A modo de ejemplo un indicador del proceso estratégico de la consideración de la opinión del tutor serían los resultados de una encuesta de satisfacción adecuadamente diseñada; un ejemplo del proceso operativo de acogida del residente sería un adecuado protocolo de acogida del residente que es correctamente difundido y un ejemplo del proceso de soporte de la formación del personal implicado en la FSE, sería la existencia de actividades formativas de calidad para los tutores que son implementadas por los mismos.

Si los resultados de estos indicadores no son favorables, o conformes al PGCD, son susceptibles de planes de mejora.

## Módulo 5.5 ¿El PGCD permite la realización de planes de mejora?

El PGCD siempre está abierto a planes de mejora sobre cualquiera de sus procesos y se realiza en función de si la revisión, seguimiento o evaluación del PGCD lo hacen aconsejable. Un plan de mejora resulta adecuado cuando existen incumplimientos del PGCD en sus procesos estratégicos, operativos o de soporte.

**Figura 20. Diseño de un plan de mejora**  
 Fuente: elaboración propia (López-Villalobos JA)



El diseño de un plan de mejora incluye una justificación para su realización, objetivos operativos, actividades necesarias para el cumplimiento de objetivos, métodos de evaluación del plan de mejora propuesto e indicadores sobre la consecución de los objetivos. La implantación del plan de mejora incluye un cronograma para la realización de actividades, figuras responsables de su realización y fecha prevista para su cumplimiento. Lógicamente un plan de mejora debe tener adecuada difusión a los agentes implicados, seguimiento y evaluación de los resultados a través de indicadores objetivos.

Veamos un ejemplo de un plan de mejora. Imaginemos que mediante una auditoría observamos que no existe un correcto cumplimiento de al menos cuatro entrevistas docentes anuales por residente. Se observaría un incumplimiento del proceso operativo de formación del residente que es básico en nuestro PGCD. Este último apartado pudiera ser la justificación del plan de mejora. El objetivo operativo del plan sería la realización de al menos cuatro entrevistas docentes anuales de calidad. Las actividades para su cumplimiento pudieran ser el contacto con los tutores con información sobre esta necesidad (reunión programada/correo electrónico) y la formación mediante talleres sobre el tema de la entrevista formativa. Los indicadores de

cumplimiento del plan de mejora pudieran ser la existencia la actividad formativa, el número de tutores que asisten a la actividad, una respuesta favorable sobre la existencia de cuatro entrevistas formativas en la próxima encuesta de satisfacción del residente en el 100% de los tutores y una auditoría que compruebe la realización de las entrevistas formativas en el 100% de los tutores y la calidad de las mismas. Lógicamente este plan de mejora debiera estar asentado en un cronograma que incluyese un plazo determinado para la realización de las actividades, la fecha final de cumplimiento del plan de mejora y la asignación de responsable en cada una de las actividades (ej. el jefe de estudios puede encargarse de la reunión programada con los tutores, la secretaría de docencia se encargaría del tema del correo electrónico, un docente se encargaría de impartir los talleres y el responsable de calidad e investigación en docencia se encargaría de la recogida de resultados a través de los indicadores previstos).

### Módulo 5.6 ¿Cómo se realiza la revisión/seguimiento/evaluación del PGCD?

Mediante autoevaluaciones anuales de los objetivos en docencia, observación de indicadores de procesos estratégicos, operativos o de soporte, revisión de las encuestas de satisfacción de residentes y tutores, atención a sugerencias o reclamaciones, adecuación anual del PGCD a las directrices institucionales, seguimiento de planes de mejora y realización de auditorías internas.

### Módulo 5.7 ¿El PGCD incluye auditorías internas?

El PGCD incluye auditorías internas. Estas auditorías internas pueden estar centradas sobre los procesos estratégicos, operativos o de soporte del PGCD y son realizadas por el equipo de auditores y el responsable de calidad e investigación en docencia del centro.

Todos los años se programan auditorías internas que incluyen el área a auditar (Ej. una unidad docente), el alcance de la auditoría (Ej. procesos estratégicos, operativos o de soporte), el equipo auditor y la fecha prevista de realización de la auditoría. La auditoría deberá ser aprobada por la Comisión de Docencia y deberá contar con la conformidad de la Gerencia de Centro.

Se pueden programar auditorías internas extraordinarias cuando existan modificaciones significativas en el PGCD, se sospeche pérdida relevante de la calidad del centro con una posible no conformidad con los requisitos básicos del PGCD (normas establecidas de manera obligatoria por el PGCD como pudiera ser la ausencia de cumplimiento de los criterios que una unidad docente tuvo para su acreditación), se deba revisar acciones correctivas o preventivas del PGCD (acciones programadas para corregir una no conformidad detectada o prevenir su aparición) o se considere necesario por otros motivos considerados por la Comisión de Docencia.

**Tabla 11. Características de una Auditoría Interna**

*Fuente: elaboración propia (López-Villalobos JA)*

#### **DIMENSIONES Y ESTRUCTURA DE UNA AUDITORIA INTERNA**

- Área a auditar
  - Ej. Una Unidad Docente
- Alcance de la Auditoría
  - Ej. Procesos estratégicos, operativos o de soporte del PGCD
- Datos del equipo auditor
- Fecha de la Auditoría
- Especificación de procesos a auditar
  - Ej. si se auditan los procesos operativos se incluyen los procesos de planificación docente, acogida del residente, formación del residente y evaluación del residente del PGCD.
- Descripción de no conformidades con el PGCD (si existieran)
- Observaciones
- Resumen de la auditoría en cada uno de los procesos auditados
- Recomendaciones de la auditoría con acciones correctivas o preventivas.

## Módulo 5.8 ¿Cuáles son los recursos del PGCD?

Recursos humanos (tutor, tutor coordinador, jefe de estudios, secretaria de docencia, responsable de calidad e investigación en docencia, dirección), materiales y de infraestructura (requisitos necesarios para la acreditación de la unidad docente).

## Módulo 5.9 ¿Participa el tutor en el desarrollo del PGCD?

El tutor participa en el proceso de mejora de calidad docente incluido en el PGCD. Son ejemplos de su participación su influencia a través de la Comisión de docencia, sugerencias o reclamaciones al PGCD realizadas por el tutor, encuestas de satisfacción del tutor o su participación en auditorias docentes.

## Módulo 5.10 ¿Un PGCD incluye procedimientos sobre cómo se realizan las actividades, cuándo y por quién?

Si y se encuentran en el apartado «procedimientos». El PGCD incluye procedimientos para elaboración de documentos, realización de auditorías internas, procedimientos para presentar reclamaciones, procedimientos de evaluación de residentes, procedimientos sobre cómo realizar un itinerario formativo tipo o como elaborar un plan individual de formación, procedimientos de comunicación, procedimientos de entrevista docente, procedimientos de elaboración de manual de acogida, procedimientos de acogida a nuevos tutores, procedimientos de plan de mejora, procedimiento de encuesta de opinión de tutores o residentes, procedimientos de acreditación de tutores u otros.

### **Módulo 5.11 ¿El PGCD incluye documentos o sistemas de registro de las actividades incluidas en el mismo?**

El PGCD incluye documentos o sistemas de registro sobre diversas actividades incluidas en dicho plan. Estos documentos se encuentran en el apartado «formatos» del PGCD. Se trata de documentos con una estructura básica que pueden ser completados por diversas figuras docentes.

Entre los formatos podemos encontrarnos con documentos para implementar el programa de objetivos, tableros de indicadores del PGCD, documento de requisitos de capacidad de unidad docente, documento de programas de auditorías, documentos de no conformidad con dimensiones del PGCD, documentos de informes de acciones correctivas o preventivas, documento para hacer certificados de docencia, documento de informes de evaluación de residentes, documento de formato de entrevista formativa, documento del libro del residentes u otros.

Nota. La comprensión íntegra de este resumen informativo requiere la lectura del PGCD de su centro.

# MÓDULO 6 HERRAMIENTAS PARA LA INVESTIGACIÓN

**Pilar Díaz Ruíz**

*Técnico del servicio de formación y de evaluación de especialidades sanitarias de la Gerencia Regional de Salud*

**Ángel Carlos Matía Cubillo**

*Médico de Familia Coordinador Centro de Salud Ignacio López Sáiz de la Gerencia de Atención Primaria de Burgos*

**Luis Alberto Flores Pérez**

*Técnico del servicio de formación y de evaluación de especialidades sanitarias de la Gerencia Regional de Salud*

## Módulo 6.1 ¿Para qué sirve la investigación en el ámbito sanitario? Introducción

La investigación sanitaria permite generar conocimiento que mejora el sistema sanitario, así como aprender a utilizar las mejores evidencias científicas disponibles en la toma de decisiones clínicas. Integra los conocimientos «saber», la experiencia «saber hacer» y las habilidades «hacer». La investigación elabora un modelo científico explicativo frente a la incertidumbre, favorece el espíritu crítico y el dominio de las competencias profesionales incrementando la calidad de la asistencia sanitaria.

## Módulo 6.2 ¿Cómo puedo adquirir competencia investigadora?

Es necesario un marco teórico con un Plan Transversal Común durante el periodo de la formación con un Plan formativo y de desarrollo profesional, y un marco práctico que incluya, talleres de habilidades en el proceso de investigación aplicada a la clínica, coaching, equipos multidisciplinares con experiencia en investigación, estancias formativas en centros, unidades o equipos líderes en investigación clínica. Son necesarias las tutorías por un investigador experimentado, e incentivar la participación en proyectos de investigación FIS.

## Módulo 6.3 ¿Qué fuentes/recursos debo conocer para investigar?

### 1. Tesoros/descriptores/palabras claves

Un tesoro es un vocabulario controlado, esto es, en contraposición al lenguaje natural (libre) se trata de un conjunto de términos relacionados entre sí jerárquicamente y que representan conceptos. Según esa lista de términos, previamente establecida, los profesionales de la información encargados del mantenimiento de las bases de datos, cada vez que clasifican un nuevo documento, asignan los términos de esa lista que mejor definen el concepto del documento de forma unívoca.

De esta forma, lo que se pretende es asignar términos que relacionen de forma unívoca el concepto del



artículo con la búsqueda solicitada. La ventaja del lenguaje estructurado, a priori, es que permite evitar los problemas de equivalencia, sinonimia, homonimia, etc.

En la práctica, los tesauros, nos permiten recuperar la información a partir de una serie de términos, llamados descriptores. El único inconveniente de los tesauros es el coste económico de su creación y mantenimiento. Por ello, solo las principales bases de datos en ciencias de la salud disponen de un tesoro propio.

Destacamos los siguientes tesauros:

- Medical Subject Headings (MeSH) producido por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (NLM), es el tesoro que utiliza PubMed.
- Emtree, tesoro de la base de datos EMBASE.
- Cinahl Headings, o encabezamientos de materia de la base de datos CINAHL. Tesoro específico para enfermería.

## 2. Recursos desde la Biblioteca sanitaria on line de Castilla y León (BSOCYL)

La biblioteca sanitaria online pone a disposición de los profesionales una selección de recursos electrónicos (revistas, libros, bases de datos) para ayudar en la formación, docencia e investigación. Los recursos están en continua actualización y mejora por lo que es aconsejable entrar en la web de nuevo, siempre que se vaya a realizar una consulta. <https://www.saludcastillayleon.es/biblioteca>

En 2022 se ofrece el acceso a:

- Revistas de las editoriales Elsevier, Springer, Nature, Wiley, Lippincott, British Medical Journal (BMJ), American Medical Association (AMA), SAGE, entre otras. En total cerca de 3000 revistas en formato electrónico.
- Libros en la plataforma de ClinicalKey , Harrison online de Medicina Interna.
- Bases de datos: PubMed, UpToDate, NNNConsult, biblioteca Cochrane, Cinahl, Cuiden, JBI, Scopus, Embase.

- Otros servicios como Buscador integrado (Ovid), préstamo de artículos, búsquedas bibliográficas.

La BSOCYL dispone de un buscador que integra los recursos de suscripción y otros de acceso abierto y permite obtener resultados o enlazar a los servicios de préstamo cuando no se encuentra disponible el texto solicitado.

Para poder acceder a los textos completos es necesario autenticarse en el portal de salud como miembro de la institución SACYL haciendo clic en el botón con el icono del candado de la parte superior de la página principal de la biblioteca e introduciendo su nombre de usuario y contraseña

**Figura 21. Proceso de autenticación en el Portal de Salud de CyL**



La BSOCYL dispone de un contenido dedicado a los recursos para la investigación con información actualizada sobre la materia en <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/recursos-investigacion>

## Módulo 6.3 ¿Cómo realizar un trabajo de investigación?

El residente debe ser capaz de adquirir unos conocimientos básicos para realizar un trabajo de investigación.

### 1. Cómo elaborar una pregunta de investigación estructurada, objetiva y concreta.

Una adecuada pregunta de investigación es el elemento central para responder a la incertidumbre, e indispensable como punto de partida para el proceso de investigación. Esta debe ser novedosa, pertinente, factible y relevante.

Para tratar de resolver una pregunta concreta sobre la práctica clínica o de investigación, se puede utilizar el sistema «PICO»:

- P (Paciente): características que deben cumplir los pacientes para ser incluidos en la revisión.
- I (Intervención): características que deben darse en el estudio para ser incluido en la revisión.
- C (Comparación): exploración, prueba diagnóstica o tratamiento estándar de referencia.
- O (Outcome o Resultado): los que serán considerados en la revisión, como medida se incluyen las variables clínicamente relevantes.

En los estudios de investigación cualitativa se puede utilizar el sistema «PS»:

- P (Población): características que deben cumplir los pacientes para ser incluidos en la revisión.
- S (Situación): circunstancias, condiciones o experiencias que nos interesan.

### 2. Cómo realizar una búsqueda bibliográfica de forma sistematizada.

Debe adquirir la competencia mediante:

## **2.1. Manejo de bases de datos**

Se adquiere con la revisión de tutoriales que ofrecen generalmente las propias bases de datos en sus plataformas. Suelen disponer de una opción de «ayuda» con información básica para su manejo. Estos manuales permiten con actualizaciones continuas, estar al día en las novedades que se vayan incorporando a la base de datos.

## **2.2. Análisis estadístico. Principales programas**

En el ámbito de la investigación médica, que se extiende desde las revisiones sistemáticas, los metaanálisis y los ensayos clínicos, la exactitud y la precisión son primordiales. Existe un amplio universo de herramientas estadísticas se encargan de los procesos integrales de recogida, organización, análisis e interpretación de datos como STATA, SAS, EXCEL (MICROSOFT), programa estadístico R (gratuito), o SPSS (IBM).

SPSS dispone de un *software* de gran capacidad con una función de interfaz gráfica de usuario fácil de usar. Requiere conocimientos básicos de estadística, especialmente de elementos de medición de datos, la identificación de tipos de datos, la asignación y codificación de variables y la selección de casos. Es compatible con archivos de Excel (.xls, .xlsx), archivos de texto (.csv, .txt, .dat), SAS (.sas7bdat) y Stata (.dta).

## **2.3. Directrices de los principales tipos de estudios: revisiones sistemáticas, estudios observacionales, ensayos clínicos controlados, Guías de Práctica Clínica GPC**

Fuentes primarias:

Búsqueda de información mediante palabras clave o descriptores MeSH o DeCS.

- Ensayos clínicos aleatorizados: mejor evidencia de causalidad.
- Estudios de cohortes: tasas de incidencia y riesgo relativo.
- Estudios de casos y controles: enfermedades poco frecuentes.
- Estudios transversales: prevalencia.
- Estudios de series de casos: problema relevante raro.

Fuentes secundarias:

Búsqueda de información resultado del análisis estructurado de las fuentes primarias.

- Metaanálisis: técnica estadística que permite estimar cuantitativamente el beneficio de todos los estudios originales de calidad sobre la variable de estudio.
- Revisiones sistemáticas: revisión estructurada de todos los estudios originales de calidad sobre la variable de estudio que sintetiza la evidencia disponible.
- Guías de Práctica Clínica: recomendaciones basadas en la búsqueda sistematizada de las mejores evidencias científicas disponibles orientadas a la práctica clínica.

## Módulo 6.4 Cómo realizar una lectura crítica de artículos científicos

La lectura crítica requiere diseñar una estrategia eficiente de lectura que siga esta secuencia lógica:



Existen instrumentos diseñados para ayudar a realizar una «valoración crítica». De manera general, pueden adoptar tres formas básicas: listados de revisión (check-list), puntuaciones (scores) o guías de lectura. Saber hacer lectura crítica te permitirá: tomar decisiones basadas en la evidencia, organizar sesiones basadas en la evidencia, plantear y diseñar un estudio, sintetizar la evidencia, hacer resúmenes, contribuir a la realización de sumarios de evidencia.

Los instrumentos de lectura pueden clasificarse en «generales» y «diseño-específicos». Los primeros se orientan a la lectura de cualquier tipo de diseño o estudio con preguntas sobre la calidad de la escritura que pueden ser de utilidad para propósitos generales; por ejemplo, para la evaluación de proyectos para financiación, para algunas revisiones sistemáticas especiales que precisan combinar diferentes tipos de estudios, o para su uso en grupos de pacientes o ciudadanos. Los segundos, de «diseño-específicos», se

orientan a la validez del estudio para la investigación y la práctica basada en la evidencia, el interés se centra en la validez de los resultados, como paso previo a decidir sobre su aplicabilidad.

## Módulo 6.5 Cómo elaborar un trabajo de investigación: marco teórico, metodología y diseño de investigación

Para escribir un artículo científico lo primero es necesario planificar el tema(s) sobre lo que va a tratar el texto. Establecer una estructura que incluya título, resumen, introducción, metodología, resultados, conclusiones y agradecimientos. Redactar de forma clara y concisa. Incluir bibliografía actualizada. Enviar a publicar teniendo en cuenta las normas del editor de la publicación elegida.

### 1. Autoría, perfiles, CVN

La firma de un trabajo afecta a la recuperación de la producción científica, por ello, es muy conveniente tener una firma personal normalizada que, además, permita al investigador diferenciarse de otros con nombre parecido. Se recomienda elegir una forma de firma reconocida que nos identifique claramente, distinguiéndonos de los demás investigadores. Es recomendable adoptar un Nombre bibliográfico único, y firmar todos los trabajos siempre de la misma forma. Una firma normalizada facilita el reconocimiento de la autoría, evitando confusiones de nombres en publicaciones, bases de datos y plataformas de investigación y académicas.

La Gerencia Regional de Salud ha publicado una Instrucción de 16 de noviembre de 2020, por la que se establecen criterios comunes para la firma de publicaciones científicas. El objetivo es fomentar fórmulas de firma normalizada en nombres personales e institucionales, que faciliten búsquedas, y permitan evaluar y dar visibilidad a la actividad investigadora. <https://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/institucion/images?idMmedia=1747844>.

Los perfiles de autor pretenden evitar la ambigüedad de nombres y errores al asociarlos a las publicaciones. Es un identificador en donde aparece asociado el nombre del investigador un número que lo identifica de forma unívoca. La información del autor se completa añadiendo datos biográficos, palabras clave de su área de investigación, instituciones para las que investigan, listado de publicaciones y proyectos

de investigación. Hay perfiles que son completamente públicos y otros permiten que el autor decida la información que será pública y cuál de consulta privada. Entre los perfiles de autor encontramos:

- **ORCID** (*Open Researcher & Contributor ID*). <https://orcid.org/> proporciona un identificador digital único y persistente para autores del ámbito científico y académico. Este identificador consiste en un código de 16 dígitos. Puede conectarse a otros sistemas de identificación de autores, como ResearchID, Author-ID de Scopus o IraLIS.
- **PUBLONS** <https://publons.com/in/researcher/>. Plataforma que ofrece un identificador de autor (*ResearcherID*) donde gestionar y visibilizar a través de un perfil personal las revisiones científicas, conectar con revistas como revisor o descargar un informe que resume nuestro impacto académico como autor, editor y revisor de pares.
- **SCOPUS** <https://www.scopus.com/search/form.uri?display=basic#basic> asigna un identificador a cada persona que tiene publicados artículos en las revistas incluidas en su plataforma. Pueden unificarse las distintas variantes y puede vincularse con ORCID.
- **GOOGLE SCHOLAR CITATION** <https://scholar.google.com/citations?> proporciona una forma sencilla para que los autores realicen un seguimiento de las citas de sus artículos: comprobar quién está citando sus publicaciones, gráfico con la evolución de las citas en el tiempo y varios indicadores de citación. Permite hacer público el perfil de cada investigador, que aparecerá junto a los resultados de Google Scholar cuando alguien haga una búsqueda por el nombre de ese autor. Google Scholar Citations incluye tres indicadores para el conjunto de la producción del investigador y para los últimos 5 años: Citas (total de citas recibidas) Índice h (un autor tiene x de índice h cuando tiene x publicaciones que se han citado al menos x veces) Índice i10 (indica el número de trabajos académicos que un autor ha escrito y que recibieron al menos diez citas).

**El Currículum Vitae Normalizado (CVN)** es un formato normalizado de currículum en soporte digital que genera un archivo en formato XML permitiendo la transferencia electrónica a otras bases de datos. Se facilita así el intercambio de información de forma segura y la tramitación de los expedientes a través de la administración electrónica. La Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) garantiza que las instituciones cumplen los estándares de la norma CVN mediante un proceso de homologación y certificación. El Editor CVN de FECYT es una aplicación online que posibilita a los investigadores crear un currículum en formato *Currículum Vitae* Normalizado (CVN) desde cero o modificar el existente. <https://cvn.fecyt.es/servicios-cvn/editor-cvn>

## 2. Estilo de citas

Entre las numerosas funciones que se les atribuyen a las citas o referencias, cabe destacar las siguientes:

- Reconocimiento de la obra citada.
- Validación de la teoría expuesta.
- Refutación/negación de una teoría.
- Proporcionar lectura ampliada de un tema.

Los criterios principales que deben cumplir todas las citas, independientemente del estilo utilizado, son:

- Identificación unívoca del material.
- Identificación del lugar de descarga y fecha de consulta (documentos en línea).
- Uniformidad de estilo en un mismo documento.

El uso de diferentes estilos a la hora de referenciar un documento proviene de la necesidad de uniformar/estandarizar los distintos formatos y así garantizar la calidad de estas evitando el fraude o plagio.

El uso de distintos estilos ha obedecido a los intentos de las distintas disciplinas por unificar el sistema de representación de las referencias en su área de conocimiento. Se pueden citar algunos ejemplos: química (ACS), ingeniería (IEEE), humanidades (Chicago, Turabian), lenguaje (MLA), sociología (ASA), ciencias de la salud (NLM, JAMA, APA).

Los estilos utilizados principalmente en Ciencias de la Salud son:

- Vancouver (publicaciones de todas las disciplinas): Guía de recomendaciones actualizada a diciembre de 2019. <http://www.icmje.org/recommendations/>
- APA (publicaciones de psicología): No existe la Guía APA 7 ed. en español. Disponible guía rápida: <https://normas-apa.org/wp-content/uploads/Guia-Normas-APA-7ma-edicion.pdf>

Lo dicho anteriormente sobre los estilos, siempre, estará supeditado a las normas de las revistas o editoriales que publiquen nuestro trabajo.



### 3. Gestores de referencias bibliográficas

La práctica clínica diaria, la docencia, la investigación y la gestión requieren, siempre que se desee trabajar con la mejor evidencia, los datos más actualizados y con el mejor soporte científico, del uso de una gran cantidad de información que se nos ofrece en múltiples formatos. Metodológicamente, plantea una tarea compleja y tediosa: el manejo de un elevado número de referencias procedentes de distintas fuentes (bases de datos), en múltiples formatos y en distintos estilos.

Para facilitar las tareas de documentación, compilación, organización y elaboración de las bibliografías, se crearon los programas de gestión de referencias bibliográficas que facilitan la labor tanto a investigadores y profesionales, como a gestores de información.

La evolución de estos programas ha sido muy rápida en los últimos 10 años. Existen numerosas soluciones multiplataforma (Windows, Mac, Linux) con sus versiones web y de escritorio. A continuación, se detallan los principales, en función del tipo de programa (Alonso, 2021):

- *Software* propietario (EndNote, Reference Manager, Procite, RefWorks, Papers).
- *Freeware* (Mendeley, CiteUlike, 2collab).
- *Software* libre (Zotero, Bibsonomy, Bibus, Docear, JabRef, KBibTeX, Pybliographer, Referencer, Wikindx).

Recientemente, se está produciendo un cambio hacia los gestores de referencias sociales que, además de las funciones básicas de recopilación, ordenación y creación de bibliografías en formato estandarizado (Vancouver, APA, MLA, etc.), ofrecen el valor añadido del trabajo colaborativo. Estas últimas versiones permiten el etiquetado de los documentos, el trabajo compartido en áreas de investigación, la integración con los editores de texto principales del mercado y la captura en la web de referencias a través de sus plugins.

La elección del gestor de referencias debe realizarse en función de las necesidades y el uso de la comunidad científica en la que desarrolla su actividad, aunque todos pueden importar referencias entre sí.

La siguiente tabla ilustra las características principales:

		Mendeley	Zotero	CiteSpace	Jahref	EndNote	RefWorks	Papers
<b>Search</b>	PubMed	X	X		X	X	X	X
	Scopus		X		X	X	X	X
	Web of Science		X		X	X	X	X
	Bookmarklet	X	X	X	X	X	X	X
<b>Store</b>	Windows	X	X	X	X	X	X	X
	Mac	X	X	X	X	X	X	X
	Linux	X	X	X	X	X	X	X
	Mobile	X	X	X	X	X	X	X
<b>Share</b>	WWW	X	X	X		X	X	X
	PDF files	X	X	X		X	X	X
	Public folders	X	X	X		X	X	X
	API	X	X	X	X	X	X	X
<b>Read</b>	Extract metadata	X	X		X	X	X	X
	Full-text search	X	X	X		X	X	X
	PDF viewer	X	X			X	X	X
	File organizer	X	X					X
<b>Write</b>	Microsoft Word	X	X	X	X	X	X	X
	Open Office	X	X	X	X	X	X	X
	LaTex	X	X	X	X	X	X	X
	Edit styles	X	X	X	X	X	X	X



Fuente: Martin Fenner, Kaja Scheliga & Sönke Bartling, 2014

En la actualidad, debido a la gran cantidad de información que se genera y los múltiples formatos en los que se presenta, es imprescindible recomendar a los profesionales el uso de este tipo de herramientas.

## Módulo 6.6 Conocer los aspectos básicos de la ética y buenas prácticas clínicas en investigación

Los cuatro principios éticos básicos de toda investigación en la que participen seres humanos son el respeto por las personas o principio de autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

El procedimiento de solicitud de informes de proyectos de investigación es al Comité de Ética de la Investigación.

La normativa ética y legal de la investigación sanitaria:

- Normas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en colaboración con la OMS.
- Protección de los animales utilizados para fines científicos: Directiva 2010/63/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de septiembre de 2010; Real Decreto 53/2013, de 1 de febrero, BOE nº 34.
- Directrices éticas sobre la creación y uso de registros con fines de investigación biomédica: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Investigación clínica con medicamentos: Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos.

## Módulo 6.7 Publicación de los resultados de investigación

### 1. ¿Dónde publicar el trabajo?

Para difundir el trabajo de investigación es necesario conocer las revistas de la especialidad, el factor de impacto, conocimientos básicos de ética y buenas prácticas clínicas. Informarse sobre el tiempo medio que tarda la revista en publicar un artículo, valorar la posibilidad de publicar en una revista de acceso abierto (Open Access OA), estudiar las condiciones de cesión de los derechos de autor, comprobar si una revista es fiable (revistas depredadoras). Hay herramientas que facilitan una selección de títulos de revistas susceptibles, por su temática y contenido, de ser las más adecuadas para publicar como:

- MIAR. <http://miar.ub.edu/> Base de datos de la Universidad de Barcelona que incluye más de 40.000 publicaciones, para cada una de las cuales se analiza su presencia en bases de datos (indización) y

repertorios multidisciplinares y como resultado se obtiene su ICDS (Índice Compuesto de Difusión Secundaria).

- COFACTOR/JOURNAL SELECTOR. <http://cofactorscience.com/journal-selector>. Esta herramienta permite buscar la revista adecuada para publicar según opciones como la rapidez de publicación o revisión por pares, el tipo de revisión por pares que utiliza, si permite acceso abierto y qué las tasas de publicación (APCs) cobra en este caso.
- Listado de revistas con Sello de Calidad FECYT. <https://calidadrevistas.fecyt.es/revistas-excelentes>. FECYT Ofrece a las revistas científicas españolas una serie de herramientas para mejorar su calidad y visibilidad apoyando su profesionalización e internacionalización.

## 2. Índices de calidad, factor de impacto (WoS)/SCOPUS/GOOGLE SCHOLAR/DIMENSIONS

Una revista se dice que tiene índice de impacto o que es de impacto, no solo por ser una revista de prestigio, sino porque está indizada en las bases de datos como Web of Science (WoS) o Scopus. Con las citas recibidas y el número de trabajos publicados, se elabora el factor de impacto, que será publicado anualmente.

A continuación se detallan algunos de los índices:

- Journal Impact Factor. JCR. <https://www.recursoscientificos.fecyt.es/servicios/indices-de-impacto>. Mide el impacto de una revista en función de las citas recibidas por sus artículos indexados en la Web of Science (WoS). El índice permite, además comparar revistas, observar la posición de una revista dentro de un mismo campo científico. Es el indicador más utilizado como criterio de mérito por las agencias de evaluación y acreditación de la actividad investigadora, particularmente en las áreas científico-técnicas.
- CiteScore. <https://www.scopus.com/sources.uri?zone=TopNavBar&origin=sbrowse>. Es un indicador del impacto de las publicaciones elaborado por Scopus, a partir de sus propios datos. Calcula el número medio de citas recibidas entre todos los documentos publicados en los tres años anteriores a la métrica. Se actualiza anualmente y, además del indicador, se presentan los percentiles.
- Índice H. <https://guiasbus.us.es/indice-h/introduccion> Siguiendo a la guía de la Universidad de Sevilla, el Índice H permite medir la calidad (en función del número de citas recibidas) y la cantidad

de la producción científica. Tiende a valorar un esfuerzo científico prolongado a lo largo de toda la vida académica. Recursos que ofrecen el índice h, Web of Science, Scopus, Google Scholar

- SJR (SCImago Journal Rank) <https://www.scimagojr.com/> Indicador elaborado a partir de las revistas incluidas en la base de datos Scopus (de Elsevier) que incorpora un criterio de ponderación a partir del número de citas registradas allí, que tiene en cuenta la transferencia de prestigio de unas revistas a otras. Se reconoce como indicador de mérito en ciertas disciplinas en las convocatorias de agencias evaluadoras
- Dimensions <https://www.dimensions.ai/>. Es una nueva plataforma de descubrimiento de investigación de Digital Science, un nuevo producto que incluye una base de datos de citas, un conjunto de análisis de investigación y una moderna funcionalidad de acceso y descubrimiento de artículos. Pretende ser una alternativa a WOS y Scopus.

### 3. Métricas alternativas

- Las almétricas o métricas alternativas son indicadores que miden el impacto que tiene un artículo determinado en la web social. Están basadas en el número de «*tweets*», número de descargas, menciones en los blogs, inclusión en marcadores sociales, presencia en gestores bibliográficos, los «me gusta», las adhesiones, etc. Complementan los resultados que ofrecen las herramientas que miden el impacto de una publicación teniendo en cuenta el número de citas. La ventaja es que ofrecen resultados de forma inmediata, la desventaja es que se pueden falsear fácilmente.
- Algunas herramientas que ofrecen estos datos son: Twitter; Mendeley, CiteUlike (gestores de referencias); Facebook, ReserchGate (redes sociales); PlumX Metrics, Impact Story.
- Altmetric <https://www.altmetric.com/audience/researchers/> Proveedor de esas otras métricas que miden el impacto social de la investigación a través del número de interacciones que han suscitado (citas en Twitter, Facebook o Google; menciones en blogs, etc.), Combina herramientas de pago y gratuitas.
- PlumX Metrics. mide el impacto de las publicaciones ateniéndose a una serie de indicadores que se recogen en 5 categorías: Usage (descargas, visionados, reproducciones de vídeo), Captures (marcadores, exportaciones, seguidores...). Mentions (comentarios, blogs, wikis... Social media), likes, (comentarios y otras interacciones en las principales redes sociales facebook, Tittwer, Google Plus...) Citations (citas en CrossRef, PubMed, Scielo, Scopus...)

## Módulo 6.8 Acceso abierto (Open Access, OA)

Ofrece la disponibilidad para un determinado contenido aparecer de forma gratuita y pública en internet, con la única condición de mantener la integridad de los textos y el reconocimiento de su autoría. Se materializa a través de dos grandes vías la Ruta dorada (que consiste en que el editor de una revista publica los trabajos en acceso abierto de manera inmediata y perpetua en el tiempo, bajo una licencia en la que el autor mantiene el copyright) y la Ruta verde mediante el depósito de los documentos en repositorios institucionales o temáticos. A estas se unen otras dos variantes, la Ruta bronce (hace referencia a artículos que son de libre lectura en las páginas de los editores, pero sin una licencia abierta explícita que permita su distribución y reutilización). La Ruta diamante o platino se refiere a las revistas que publican en acceso abierto, y que no cobran a los autores por publicar ni a los lectores por leer. Son revistas que generalmente están financiadas por instituciones académicas o gubernamentales, o por sociedades científicas.

Existe gran cantidad de documentación a favor del acceso abierto como BOAI, *Budapest Open Access Initiative* (2002) o las *Declaraciones de Berlín* (2003), *Bethesda* (2003), la *Alhambra* (2010) y *Declaración de La Haya sobre Descubrimiento de Conocimiento en la era Digital* (2015), que se concretan en forma de mandatos que establecen la obligatoriedad de publicar en abierto. En este sentido también se recoge en la *Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación o el Programa Horizonte 2020* de la Unión Europea. El Open Access mejora la visibilidad e impacto de los resultados de investigación y el reconocimiento del autor como tal al ser difundido y citado su documento.

## Módulo 6.8 Repositorios

Los datos pueden ser almacenados en repositorios y/o en las plataformas editoriales, ambas opciones deben garantizar tanto la recuperación y acceso a los datos, como su preservación a largo plazo. A la hora de seleccionar el repositorio debemos tener en cuenta, si la agencia financiadora obliga a depositar en un repositorio concreto, el área temática, la capacidad de almacenamiento, facilidad para la recuperación de datos, la asignación de un identificador único (DOI o URN), posibilidad de establecer un periodo de embargo para los datos, tipo de licencia.

- Repositorios generales: PMC (PubMed Central), Europe PMC, DOAJ (Directory of Open Access Journals), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Dialnet o DIGITAL.CSIC.
- Recolectores de repositorios, como Recolecta de FECYT, es una plataforma que agrupa a todos los repositorios científicos nacionales en acceso abierto. <https://recolecta.fecyt.es/>
- Repositorios de Universidades públicas de Castilla y León. Universidad de Burgos (RIubu) <https://riubu.ubu.es/>, Universidad de León (BULERIA). <https://buleria.unileon.es> Universidad de Salamanca (GREDOS) <http://gredos.usal.es/>. Universidad de Valladolid (UVaDOC) <https://uvadoc.uva.es/>

## Módulo 6.8 Propiedad intelectual y derechos de autor

Numerosas editoriales orientan y ayudan a obtener permiso del editor o de los autores para poder reutilizar información ya publicada: textos, gráficos, tablas, imágenes, etc.

- Portal de autorizaciones de CEDRO <https://www.cedro.org/usuarios/licencias-de-derechos-de-autor>
- Dispone de información sobre las autorizaciones que los autores y editores conceden a organizaciones y usuarios para que puedan reutilizar sus obras en sus actividades o en las de su organización. Información para autores, editores y usuarios, así como de la gestión de la Ley de Propiedad Intelectual ya que según los artículos 17 y 32.1, se establece que, con carácter general, para reproducir y compartir las copias de libros, artículos de prensa y otras publicaciones se debe obtener la autorización expresa de sus titulares de derechos.
- SHERPA/RoMEO <http://www.sherpa.ac.uk/romeo/index.php?la=es>. Recurso en línea que agrega y analiza las políticas de acceso abierto de editores de todo el mundo y proporciona resúmenes de permisos de autoarchivo y condiciones de derechos otorgados a los autores como parte del acuerdo de transferencia de copyright de cada editorial.
- DULCINEA <https://www.accesoabierto.net/dulcinea/>. Permite conocer las políticas editoriales de las revistas españolas respecto al acceso a sus archivos, los derechos de explotación y licencias de publicación, y cómo estos pueden afectar a su posterior auto-archivo en repositorios institucionales o temáticos.

- Licencias *Creative Commons* [https://creativecommons.org/licenses/?lang=es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/?lang=es_ES). Información sobre las diferentes licencias de derechos de autor *Creative Commons* y sus herramientas.

## Módulo 6.9 ¿Qué habilidades se deben trabajar para la presentación de resultados?

Es fundamental adquirir competencias realizando:

- Cursos específicos de formación: entre otros de Teams, Gestores de referencias (Mendeley, Zotero, Endnote), Cómo elaborar el CVN (*Curriculum Vitae* Normalizado), perfiles de autor (firma científica).
- Sesiones formativas de investigación: a modo de píldoras formativas (videos de corta duración) sobre Creatividad/Innovación, Metodología básica de investigación (en base a necesidades específicas), Elaboración de un artículo, Estructura de una tesis, Actualización en herramientas de apoyo a la investigación, Metodología revisiones bibliográficas, Metodología revisiones sistemáticas.
- Organización de seminarios.
- Seminarios Interdisciplinares como foro de discusión e intercambio de ideas en las líneas de investigación definidas. Seminarios Interdisciplinares como foro de presentación de comunicaciones o ponencias de resultados de investigación.
- Integración del residente en el servicio.

El tutor de residentes debe Identificar las necesidades de formación y los objetivos de aprendizaje en investigación del residente. Elaborar el plan individual de formación de cada residente en investigación, en coordinación con los responsables de la Unidad Docente. Orientar al residente durante todo el periodo formativo, en el área de investigación, estableciendo un sistema de seguimiento periódico continuado y estructurado. Favorecer la responsabilidad progresiva en la función investigadora del residente. Supervisar la colaboración con otros profesionales, Unidades o Servicios implicados en el proceso formativo, en el área de investigación, sirviendo de conexión con ellos. Realizar los correspondientes informes de evaluación formativa, en el área de investigación, que valore el progreso del residente dentro de la evaluación anual y final.



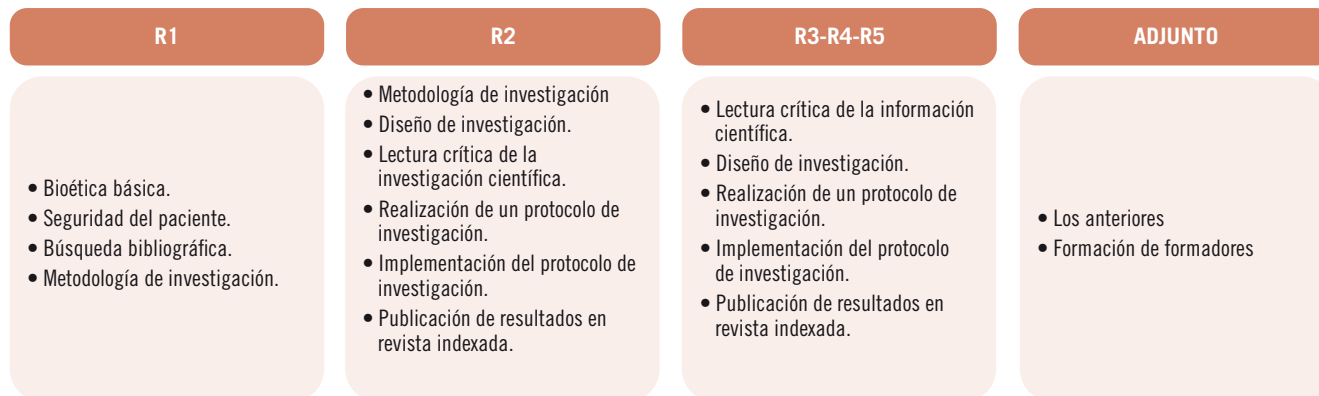
## Módulo 6.10 ¿Cómo se evalúa la actividad investigadora? Proceso de acreditación

Requisitos para poder acreditar la actividad investigadora:

- Protocolo de investigación en formato normalizado presentado al CEI (Comité Ético de Investigación) de su Área de Salud con evaluación favorable o autorización por la Agencia Española del Medicamento.
- Solicitud de autorización para su realización a la Gerencia/s donde se desarrolle la investigación.
- Hasta que no esté operativo el Sistema de acreditación de la actividad investigadora de las profesiones sanitarias en Castilla y León, se solicitará certificación de la actividad investigadora a la Gerencia en la que se desarrolle el desempeño profesional siempre que se hubiera solicitado autorización a esta o bien a la entidad responsable pública o privada.
- Normas/Criterios de acreditación.

## Módulo 6.11 ¿Cómo debería ser el itinerario formativo del residente en investigación sanitaria?

En el siguiente gráfico se muestran aquellas competencias a adquirir según el año de residencia en relación con la investigación sanitaria:





# MÓDULO 7

## RELACIÓN DEL TUTOR CON LOS SERVICIOS CENTRALES DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD

**Paloma Burgos Díez**

*Jefe de servicio de formación y de evaluación de especialidades  
sanitarias de la Gerencia Regional de Salud*

**María José Aragón Cabeza**

*Técnico del Servicio de Formación y de evaluación de especialidades  
sanitarias de la Gerencia Regional de Salud*

## Módulo 7.1 Acreditación de unidades docentes

*La acreditación es el proceso sistemático, independiente y documentado de los centros y servicios para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud*

### 1. ¿Qué es la acreditación docente?

La acreditación es el proceso sistemático, independiente y documentado, por el que se reconoce la cualificación de un centro o servicio como Centro Docente o Unidad Docente para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, de acuerdo a unos requisitos o estándares que incluyen, entre otros, unos mínimos relativos a recursos humanos y físicos, actividad asistencial, actividad docente e investigadora y calidad.

### 2. ¿Quién acredita las Unidades Docentes?

El Ministerio de Sanidad se encarga de acreditar las Unidades Docentes por medio de una Resolución. El documento de acreditación es requisito imprescindible para poder ofertar las plazas de dicha Unidad Docente en la convocatoria de formación sanitaria especializada.

### 3. ¿Cómo se inicia al procedimiento de acreditación?

Las solicitudes de acreditación de unidades docentes se presentan a instancia de la entidad titular del centro, previos informes de la comisión de docencia de éste y de la consejería competente en materia sanitaria de la comunidad autónoma.

### 4. ¿Cuándo se realiza la acreditación de las Unidades Docentes?

2016	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2017	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2018	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2019	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2020	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2021	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2022	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre

El plazo de presentación de las solicitudes de acreditación lo determina el Ministerio de Sanidad. Habitualmente se comunica a través de la página Web del Ministerio.

En los últimos años ha variado el periodo de presentación de la documentación. En el siguiente esquema se señalan los meses en los que se ha realizado desde 2016.

## 5. ¿Quién determina los requisitos de acreditación de las unidades docentes?

El ministerio con competencias en Sanidad y el Ministerio con competencias en Educación, a propuesta de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, establece unos requisitos de acreditación que, con carácter general, deberán cumplir los centros o unidades para la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud por el Sistema de residencia y de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las especialidades en Ciencias de la Salud.

## 6. ¿Dónde están disponibles los requisitos de acreditación?

Los requisitos están disponibles en la página web del Ministerio, en la siguiente dirección:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/AcreDocCntUniForSanEsp.htm>

Se organizan en cuatro bloques atendiendo a las especialidades que las forman que son por orden alfabético:

A-E

F-N

O-U

UDM

En el bloque de las UDM se recogen las Unidades Docentes Multiprofesionales.

## 7. ¿Cómo se garantiza el funcionamiento de las Unidades de Formación Sanitaria Especializada?

El Ministerio con competencias en Sanidad coordina auditorias en los centros y unidades acreditadas para evaluar el funcionamiento y la calidad del sistema formativo.

## 8. ¿Cómo se tramita la documentación?

Las acreditaciones se solicitan a través de la aplicación del Ministerio denominada AcreFSE.

Para acceder a dicha aplicación es necesario autenticarse por alguno de los dos procedimientos:

- Con los certificados digitales admitidos por el Ministerio de Sanidad. En la página web de la sede electrónica del Ministerio se detallan los requisitos técnicos, los certificados digitales con firma admitidos y su instalación:

<https://sede.mscbs.gob.es/registroElectronico/requisitosTecnicos.htm>

- Con la plataforma Cl@ve que permite una identificación basada en las claves concertadas y certificados electrónicos (incluido el DNle). El registro en este sistema tiene que realizarse en la página siguiente:

[https://clave.gob.es/clave\\_Home/clave/queEs0.html](https://clave.gob.es/clave_Home/clave/queEs0.html)

*La acreditación de FSE se realizan a través de la aplicación del ministerio con competencias en Sanidad llamada AcreFSE*

## 9. ¿Qué tipos de trámites se pueden realizar?

Se pueden realizar cinco tipos de trámites:

- Acreditación de **centro docente hospitalario**: se tramita en el caso de hospitales que nunca han tenido residentes a su cargo o cuando se realizan otros tipos de cambios como son traslado, fusión u otros cambios relevantes.
- Acreditación de una **nueva unidad docente**: cuando se acredita por primera vez una unidad docente
- Acreditación de **dispositivo asociado** a una unidad docente: cuando se incorporan a la Unidad Docente previamente acreditada dispositivos docentes por los cuales rotan los residentes.
- Incremento **capacidad docente** de una unidad docente: cuando se aumentan el número de plazas de formación.
- **Desacreditación** de centro docente, unidad docente o dispositivo docente: se precisa informar de la situación que ocasiona dicha desacreditación.

## 10. ¿Quién elabora el expediente de acreditación?

Los expedientes de acreditación se elaboran en tres escalones:

**1) Tutores de la Unidad Docente:** los profesionales interesados en dar formación de cada centro elaboran la documentación necesaria para solicitar el procedimiento de acreditación que se precise (nueva unidad docente, incremento de capacidad, dispositivo asociado, etc). Requiere que estén dados de alta en la aplicación AcreFSE, conozcan el programa de la especialidad, los requisitos docentes y la aplicación AcreFSE. Por ejemplo, en una acreditación inicial es necesario:

- a) **Formulario Específico de la Unidad Docente:** recoge la actividad asistencial y estructura de la Unidad Docente.
- b) **Guía o Itinerario Formativo de la especialidad:** Adaptación del programa oficial de una especialidad a una unidad docente, siendo de aplicación a todos los residentes que se forman en la misma, sin perjuicio de su adaptación como plan individual a cada uno de ellos. Debe ser aprobado por la Comisión de Docencia y elaborado por el tutor o tutores de la especialidad.
- c) **Protocolo de supervisión de los residentes:** son los documentos que recogen los procedimientos establecidos por la Comisión de Docencia para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas. El protocolo es único para cada especialidad. Deberán estar ratificados por la Entidad Titular del centro o UD. Estos protocolos deben ser conocidos por todos los profesionales implicados en la asistencia.
- d) **Programa de evaluación de los residentes:** son los relativos al seguimiento y valoración del proceso de adquisición de competencias del especialista en formación.

**2) Comisión de Docencia:** revisa la documentación aportada por los tutores de la Unidad Docente y adjunta la siguiente:

- a) **Informe de la entidad titular:** documento que firma el Gerente de la unidad docente y el jefe de estudios en el que se declara que los datos de la solicitud son ciertos, las condiciones asistenciales, organizativas, docentes e investigaciones son las adecuadas a los programas formativos.
- b) **Acta de la Comisión de Docencia** en la que se aprueba dicha solicitud
- c) **Plan de Gestión de la Calidad Docente:** es el documento que describe y desarrolla los requisitos

*Los expedientes de acreditación se elaboran siguiendo tres escalones:*  
*-Tutores de UD*  
*-Comisión Docencia*  
*-Servicios centrales de la GRS*

para gestionar y asegurar el control de la calidad de la formación postgrado en el Hospital-Centro Docente. Asimismo, refleja la organización del centro para la docencia.

**3)Servicios Centrales de la Gerencia Regional de Salud:** revisa toda la documentación a lo largo del proceso, pudiendo solicitar aclaraciones de la misma. Elabora el Informe de la Comunidad Autónoma y lo envía al Ministerio de Sanidad.

## 11. Resolución por el Ministerio

Los técnicos del Ministerio revisan que se ha entregado la documentación requerida para el tipo de solicitud remitida. En caso de faltar algún documento comunican la subsanación a la comunidad solicitante junto con el plazo para su respuesta.

Posteriormente el expediente se remite a la Comisión Nacional de la especialidad a acreditar para que lo informe. Con el informe de la Comisión que puede ser favorable, desfavorable o con subsanaciones, el Ministerio finaliza el procedimiento por medio de una Resolución.

*La acreditación de los tutores de FSE pone de manifiesto los conocimientos, habilidades y actitudes para la acción tutorial*

## Módulo 7.2 Acreditación de Tutores de FSE

### 1. ¿Qué es la acreditación del tutor?

El tutor tiene la misión de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación del residente. Es el responsable del aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes por parte del residente. Debe tener conocimientos técnicos y científicos actualizados, pero también transmitir los valores de la profesión y buenas actitudes.

Para garantizar estas funciones es necesario establecer un proceso como es el de acreditación en el que se pongan de manifiesto estas habilidades y actitudes para la acción tutorial.

### 2. ¿Por qué ha de acreditarse un tutor?

**1)Por requisito normativo:** 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 y 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 y recoge las diferentes figuras docentes, establecen el requisito de la acreditación y reacreditación para el ejercicio de la tutoría.

**2) Como criterio de calidad:** Uno de los objetivos fijados en formación sanitaria especializada es la mejora de la calidad del sistema formativo. Al destacar los tutores como figuras relevantes en el proceso formativo de especialistas, es necesario garantizar la cualificación de estos profesionales para el desempeño de la tutorización de residentes, contribuyendo con ello a la óptima competencia de estos profesionales docentes.

### 3. ¿Cuál es la regulación normativa?

Para materializar uno de los objetivos fijados en formación especializada, como es la mejora de la calidad del sistema formativo, además de destacar la importancia de la labor realizada por el tutor, se ha regulado el proceso de acreditación a través de la **Orden SAN/496/2011, de 8 de abril**. Dicha Orden ha sido dos veces modificada: mediante **Orden SAN/1438/2011, de 17 de noviembre**, con el objeto de ampliar su ámbito de aplicación a los profesionales de la enfermería que todavía no han accedido a alguna de las especialidades contempladas en el **Real Decreto 450/2005, de 22 de abril**, sobre especialidades de enfermería. Y una segunda modificación mediante la **Orden SAN/952/2018, de 4 de septiembre**, con el fin de dar cobertura a las necesidades surgidas en el período que transcurre entre varias convocatorias, o en supuestos en los que en un determinado centro o unidad docente se precisa de más tutores de los que en esos momentos están nombrados.

*El proceso de acreditación actual permite dar cobertura a las necesidades puntuales de tutores*

### 4. ¿Cuándo acreditarse?

Un profesional especialista sanitario, se debe acreditar como tutor, cuando quiera ejercer las funciones de tutoría de residentes como Tutor principal, Tutor Coordinador o Tutor de Apoyo en las unidades docentes acreditadas.

La acreditación tiene un periodo de vigencia de **cuatro años**, al cabo de los cuales el profesional ha de someterse a un procedimiento de reacreditación por otros cuatro años.

## 5. ¿Cómo acreditarse?

La acreditación o reacreditación de tutores se podrá llevar a cabo participando en las convocatorias periódicas que se publiquen en BocyL y se cumplan los requisitos que en ellas se determinen.

En dichas convocatorias se especifica el procedimiento de acreditación como tutor de una especialidad de formación sanitaria especializada.

## 6. ¿Qué necesito para solicitar la acreditación?

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, reúnan los siguientes requisitos:

- 1) Encontrarse en **servicio activo en el Servicio Público de Salud de Castilla y León** y que, a la fecha de publicación de la convocatoria, hayan prestado servicios durante, al menos un año, en su especialidad.
- 2) Tener una formación previa adquirida por medio de actividades de formación acreditadas, referentes al baremo que se publica en la convocatoria.

Dependiendo de la situación del profesional, se presentará una propuesta de **Proyecto Docente** para los cuatro años siguientes, que incluirá los siguientes apartados: i) Objetivos. ii) Actividades de seguimiento de la formación. iii) Evaluación formativa y una **autoevaluación de méritos curriculares**, estructurada en las siguientes áreas de competencias: i) Formación. ii) Docencia. iii) Investigación. iv) Gestión clínica.

*Para acreditarse como tutor se deberá realizar una autoevaluación de méritos y presentar un proyecto docente*

## Módulo 7.3 Oferta docente

### 1. ¿Qué es la Oferta docente de Formación Sanitaria Especializada?

El Boletín Oficial del Estado publica anualmente, mediante Orden del Ministerio con competencias en sanidad la aprobación de la oferta de plazas y la convocatoria a las pruebas selectivas para cubrir las plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería, Psicología, Química, Biología y Física.

La oferta de plazas que se incluyen en cada convocatoria de pruebas selectivas para iniciar la formación sanitaria especializada se fija por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el artículo 22.5 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, atendiendo a las propuestas realizadas por las comunidades autónomas y previo informe de la Comisión Delegada de Enfermería, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y del Ministerio de Universidades.

### 2. ¿Cómo se planifica la oferta docente?

Las plazas para Formación Sanitaria Especializada que se ofertan en la cada convocatoria se eligen entre las plazas acreditadas en Castilla y León y varían cada año en función de las necesidades de especialistas a nivel autonómico y nacional, además de los criterios que se determinen anualmente desde el Ministerio de Sanidad y desde la Consejería de Sanidad.

### 3. ¿Cuántas unidades docentes acreditadas existen en Castilla y León?

Castilla y León cuenta con 234 Unidades Docentes (UD) acreditadas para la formación de 52 Especialidades Sanitarias, distribuidas de la siguiente manera (datos noviembre 2022):

- 203 UD Hospitalarias.
- 1 UD Medicina Familiar y Comunitaria.
- 3 UD de Enfermería.
- 27 UD Multiprofesionales.

*La oferta anual se propone garantizando la calidad de la formación y su adecuación a las necesidades finales de especialistas*

#### **4. ¿Cómo se lleva a cabo la propuesta en nuestra comunidad?**

Las plazas propuestas por la comunidad de Castilla y León obedecen al análisis exhaustivo de una serie de parámetros que van a permitir adecuar las plazas ofertadas a las necesidades asistenciales futuras.

Se analizan las variables objetivas y las fuentes de información consideradas más relevantes para conocer las necesidades anuales de formación sanitaria especializada y son las siguientes:

- Datos del Instituto Nacional de Empleo.
- Bolsas de empleo de la Comunidad.
- Efectivos en el año en curso.
- Jubilaciones a medio y largo plazo.
- Censo de residentes.
- Egresados.
- Plazas acreditadas por especialidades.
- Oferta de convocatoria de años anteriores.
- Ratio de reposición de médicos /especialidades.
- Especialidades deficitarias y demanda asistencial.
- Propuesta de las Gerencias.

En base a estas variables finalmente se analiza la oferta docente anual entre los responsables de la Consejería de Sanidad y los centros docentes de la Gerencia Regional de Salud y se concretan y priorizan las plazas basadas en el impacto final orientado a los objetivos propuestos, garantizando la calidad de la formación y su adecuación a las necesidades finales de especialistas.

#### **5. ¿Quién tiene la competencia en materia de oferta docente en Formación Sanitaria Especializada?**

La planificación integral de la oferta anual es competencia en cada comunidad, de la Consejería de Sanidad; en la comunidad de Castilla y León es la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional

de la Gerencia Regional de Salud y perteneciente a ella, el Servicio de Formación y Evaluación de las Especialidades Sanitarias el que canaliza los mecanismos de análisis y propuesta final de plazas.

## Módulo 7.4 Auditorías docentes

### 1. ¿Qué es el plan de auditorías docentes?

El plan de auditorías docentes apoya los procesos de acreditación de Centros y Unidades Docentes para la Formación Sanitaria Especializada. Este plan es elaborado por el Ministerio con competencias en materia de sanidad encargado de dictar las condiciones básicas y los requisitos comunes que han de establecerse para que las Comunidades Autónomas desarrollen las labores de auditar a las unidades docentes pudiendo, asimismo, diseñar procesos y ofrecer instrumentos metodológicos útiles para el desempeño de estas funciones.

*Las auditorías docentes contribuyen a fomentar la calidad de los centros, servicios y unidades docentes*

La Excelencia Clínica constituye una de las estrategias establecidas en el Ministerio de Sanidad y en su estructura se integra el proceso de investigar, acreditar y auditar periódicamente los centros, servicios y unidades asistenciales lo que va a contribuir a fomentar la calidad de los mismos.

Por lo tanto el plan de auditorías docentes tiene como principales objetivos:

- Establecer los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que deben ser cumplidas para la apertura y funcionamiento de Centros Sanitarios a nivel del Sistema Nacional de Salud.
- Garantizar la calidad de los Centros, servicios y procedimientos de referencia del Sistema Nacional de Salud publicando la norma básica y estableciendo un modelo de acreditación.
- Fortalecer el proceso de auditoría docente de los centros acreditados para la formación de postgrado.

## 2. ¿Por qué se hacen auditorías en los centros?

En cumplimiento del Artículo 29. sobre evaluación y control de la calidad de la estructura docente 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, se establece que:

- I. Las unidades docentes y centros acreditados para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud se someterán a medidas de control de calidad y evaluación, con la finalidad de comprobar su adecuación a los requisitos generales de acreditación que prevé el artículo 26 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, en relación con el artículo 5 de este real decreto, la correcta impartición de los programas formativos y el cumplimiento de las previsiones contenidas en las distintas normas que regulan la formación sanitaria especializada.
- II. La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud coordinará las auditorías, informes y propuestas necesarias para acreditar las unidades docentes y para evaluar, en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y del Plan Anual de Auditorías Docentes, el funcionamiento y la calidad del sistema de formación, para lo cual podrá recabar la colaboración de las agencias de calidad de las comunidades autónomas, de sus servicios de inspección y de los profesionales que con autorización de la correspondiente comunidad autónoma estén acreditados como auditores por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud para realizar dichas funciones. Asimismo, dicha colaboración podrá llevarse a cabo por las entidades previstas en el artículo 62.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

*Las auditorías docentes son un requerimiento normativo*

## 3. ¿Por qué es necesario auditar los centros y unidades docentes?

Porque según lo establecido en el R.D. 183/2008, mediante las auditorías, se lleva a cabo el seguimiento y evaluación de los requisitos indicados en el mismo y asimismo, se comprueba la implantación de los Planes de mejora establecidos como consecuencia de anteriores evaluaciones realizadas.

## 4. ¿Cómo se lleva a cabo este proceso?

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y las comunidades autónomas van a colaborar en

este proceso facilitándose mutuamente la información necesaria para llevar a cabo la evaluación de los centros y unidades docentes.

Las auditorías se llevan a cabo en coordinación con los representantes designados en cada caso según los centros y unidades correspondientes.

El Ministerio pondrá a disposición de los interesados los manuales y protocolos aplicables y solicitará a los centros docentes la documentación necesaria para ser evaluados en la unidad de acreditación referentes a:

- El Centro Docente.
- La Comisión de Docencia.
- Las Guías o Itinerarios Formativos tipo de las Unidades Docentes Acreditadas.
- La Supervisión de los residentes.
- La Evaluación de residentes.
- Las figuras del Jefe de Estudios y tutores.
- La Seguridad del paciente.
- El Plan de Gestión de la Calidad Docente.
- Los Registros.

*Las auditorías se llevan a cabo en colaboración con las CCAA y la Agencia de Calidad del SNS*

## **5. ¿Cuándo se realizan las auditorías?**

Las auditorías docentes se pueden programar:

- Periódicamente, según el tiempo de acreditación de los centros o unidades docentes.
- A solicitud de la Gerencia del Centro y/o Comisión de Docencia.
- A solicitud de las Administraciones Sanitarias Públicas.
- A solicitud de los Órganos Consultivos previstos por la legislación vigente.

## 6. ¿Qué consecuencias tiene una evaluación favorable o desfavorable de un centro o unidad docente?

La Resolución de las auditorias puede informar sobre:

Evaluación favorable de la acreditación para 1, 2 ó 3 años.

Evaluación desfavorable, lo que 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 R.D. 183/2008.

## Módulo 7.5 Aplicación de formación sanitaria especializada: SIREF

### 1. ¿Qué es el SIREF?

Es la aplicación del Registro Nacional de Especialistas en Formación del Ministerio de Sanidad que se utiliza para hacer un seguimiento de la trayectoria de los residentes durante su formación sanitaria especializada. Las siglas SIREF significan Sistema de Información del Registro de Especialistas en Formación.



### 2. ¿Qué utilidades tiene el SIREF?

Se registran los datos personales de los residentes, la plaza de adjudicación, la incorporación de los residentes, las evaluaciones anuales y las evaluaciones finales y descarga de diploma fin de formación.

### 3. ¿Quién puede acceder a los datos de la aplicación?

Los profesionales que acceden a esta aplicación son los propios residentes, secretaría de Docencia, responsables de calidad en docencia, jefes de estudio y técnicos de Servicios Centrales de la Gerencia Regional de Salud.



#### **4. ¿Por dónde se accede?**

La dirección de la página de acceso a la aplicación es la siguiente: <https://siref.mscbs.es/siref/inicio.do>

#### **5. ¿Quiénes son los responsables de comprobar la veracidad de los datos de los residentes?**

Los residentes y las Unidades Docentes son responsables de comprobar la veracidad de los datos que figuran en SIREF y de comunicar cualquier corrección al Registro Nacional de Especialistas en Formación.

Los cambios o errores en los datos identificativos del residente deben ser comunicados a la Comisión de Docencia y ésta lo notificará mediante la presentación de la documentación justificativa y del formulario de comunicación de incidencias al Registro Nacional de Especialistas en Formación por correo electrónico ([registro.residentes@mscbs.es](mailto:registro.residentes@mscbs.es)).

Los residentes podrán acceder, con certificado digital o Cl@ve, a su área personal en la aplicación SIREF, en la que podrán consultar la situación de su expediente formativo y modificar sus datos de contacto.

*Los residentes y las UD son responsables de comprobar la veracidad de los datos que se incluyen en el SIREF*

#### **6. ¿Cómo se registra la incorporación de los residentes que firman contrato tras su adjudicación?**

Las Comisiones de Docencia son las encargadas de registrar a los residentes incorporados y no incorporados a las Unidades Docentes en los plazos fijados en la normativa vigente. En ocasiones los residentes no pueden incorporarse en el plazo establecido y piden una prórroga de incorporación dentro de los plazos establecidos por la norma.

#### **7. ¿Cuáles son las causas que generan una prórroga de incorporación?**

Las causas que generan una prórroga de incorporación pueden ser por aspectos relacionados con la situación legal para la firma del contrato laboral: permiso de residencia, colegiación, etc. Y los casos de fuerza mayor justificada: incapacidad laboral transitoria, enfermedad, accidente, permisos de nacimiento, cuidado de hijos, etc.

#### **8. ¿Si en el momento de hacer la evaluación un residente está en suspensión temporal del contrato puede evaluarse?**

No se puede evaluar a un residente con suspensión temporal de contrato. Las causas de la suspensión

pueden ser incapacidad laboral transitoria, permiso por nacimiento, cuidado de hijos, etc. En estos casos se considera no evaluable y se registra en la aplicación SIREF. El residente será evaluado el día siguiente a su reincorporación, y la Unidad Docente lo comunicará al Registro Nacional de Especialistas en Formación.

## 9. ¿Cómo se genera el diploma fin de formación?

En cuanto la Comisión de Docencia registre la calificación de los residentes en SIREF y se comunique al Registro Nacional de Especialista en Formación se puede generar el diploma fin de formación. A partir de 2018 las Comisiones de Docencia pueden descargar estos diplomas y entregarlos o enviarlos por correo electrónico a los especialistas que han finalizado su formación.

## 10. ¿Cómo se garantiza la identidad del que accede a la aplicación?

El acceso a la aplicación se puede hacer a través de dos sistemas de autenticación:

- Con los certificados digitales admitidos por el Ministerio de Sanidad. En la página web de la sede electrónica del Ministerio se detallan los requisitos técnicos, los certificados digitales con firma admitidos y su instalación: <https://sede.mscbs.gob.es/registroElectronico/requisitosTecnicos.htm>
- Con la plataforma CI@ve que permite una identificación basada en las claves concertadas y certificados electrónicos (incluido el DNIe). El registro en este sistema tiene que realizarse en la página siguiente: [https://clave.gob.es/clave\\_Home/clave/queEs.html](https://clave.gob.es/clave_Home/clave/queEs.html)

La página de bienvenida del SIREF es la siguiente:



El acceso a esta aplicación supone admitir las condiciones de uso porque únicamente pueden entrar en ella los usuarios autorizados.



## Módulo 7.6 Plan transversal comun (PTC)

### 1. ¿Qué es el plan trasversal común?

El plan transversal común tiene como finalidad establecer las competencias comunes, principalmente actitudinales, necesarias para el ejercicio profesional de las personas especialistas en Ciencias de la Salud, que deberán adquirirse durante su periodo de formación sanitaria especializada en centros acreditados.

### 2. ¿Qué caracteriza el plan transversal común?

El plan formativo transversal común reúne las siguientes características:

- Es una formación **común** a todos los residentes.
- Es una formación **complementaria y compatible** con los programas oficiales las especialidades.
- Es una formación de mínimos, sin perjuicio de que los centros y unidades docentes pretendan alcanzar objetivos de formación más ambiciosos.
- Es una formación **flexible**, favorecedora de la autonomía de los centros y unidades docentes que podrán programar las actividades formativas, dentro del respeto a los principios y criterios generales establecidos en garantía de la homogeneidad formativa y calidad del mismo, y acomodable a las condiciones de cada residente en formación.
- Es una formación **coordinada** que permite organizar actividades conjuntas para los residentes de diferentes niveles y áreas asistenciales facilitando la interrelación y homogeneidad.

*El PTC es una formación común de mínimos, flexible, coordinada y en permanente adaptación para todos los especialistas en formación*

- Es una formación en **permanente adaptación** de su contenido a los cambios en los programas formativos, a las nuevas necesidades y demandas del sistema sanitario.
- Es una formación que incorpora las **tecnologías de la información** y nuevas formas de gestión del conocimiento.

### 3. ¿Cómo se estructura el plan transversal común?

El plan transversal común se estructura en tres áreas competenciales. A partir de 2023 las competencias comunes de esta formación se elaborarán por la Comisión Permanente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y se incorporará a los programas formativos oficiales de las especialidades en Ciencias de la Salud, formando parte de los objetivos cualitativos y cuantitativos y 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.

- Área de competencias de **planificación y gestión**
  - Organización y planificación de la atención sanitaria.
  - Gestión de la atención: gestión clínica y calidad asistencial.
- Área de competencias **asistenciales**
  - Formación asistencial de carácter esencial sobre la comunicación con los usuarios, la bioética y el uso de los medicamentos.
  - Formación de urgencias y emergencias: reanimación cardiopulmonar, patologías que requieren tratamiento de urgencias y pruebas complementarias.
  - Formación de seguridad: seguridad del paciente, prevención de riesgos laborales y protección radiológica.
- Área de competencias en **investigación y docencia**
  - Metodología y diseño de la investigación.
  - Metodología de búsqueda y lectura de la información científica.
  - Metodología docente.

#### 4. ¿Cuál es el contenido del plan transversal común?

ÁREAS COMPETENCIALES	HORAS	METODOLOGÍA	R1	R2	R3	R4	R5
<b>A) Área de competencias de planificación y gestión</b>							
<b>A1) Organización y planificación de la atención sanitaria</b>							
A1.1.- Organización y planificación de la atención en España y en Castilla y León	10	no presencial		X*	X	X	X
A1.2.- Acogida del residente	2	presencial	X				
<b>A2) Gestión de la atención: gestión clínica y gestión de la calidad</b>							
A2.1.- Herramientas de gestión clínica asistencial	10	no presencial		X*	X	X	X
A2.2.- Procesos y proyectos de mejora	10	no presencial		X*	X	X	X
A2.3.- Funcionalidades y manejo de las aplicaciones informáticas	3	presencial	X				
<b>B) Área de competencias asistencial</b>							
<b>B1) De características transversales-esenciales</b>							
B1.1.- Entrevista clínica	12	presencial	X				
B1.2.- Bioética básica	6	no presencial	X				
B1.3.- Uso adecuado de medicamentos	4	no presencial	X				
<b>B2) De carácter clínico: atención a la urgencia y emergencia</b>							
B2.1.- RCP Básica	10	presencial	X				
B2.2.- Urgencias	20	presencial	X				
B2.3.- Pruebas complementarias	7	presencial	X				
<b>B3) De seguridad</b>							
B3.1.- Seguridad del paciente	6	no presencial	X				
B3.2.- Introducción a la prevención de riesgos laborales	4	presencial	X				
B3.3.- Protección radiológica (según normativa)	6	presencial	X				
<b>C) Área de competencias en investigación y docencia</b>							
<b>C1) Metodología y diseño de la investigación</b>							
C1.1.- Metodología de la investigación	10	no presencial	X				
C1.2.- Diseño de investigación	10	presencial		X*	X	X	X
<b>C2) Metodología de búsqueda y lectura crítica de la información científica</b>							
C2.1.- Búsqueda de información sanitaria en internet	5	no presencial	X				
C2.2.- Lectura crítica de la información científica	5	presencial		X*	X	X	X
<b>C3) Metodología docente</b>							
C3.1.- Sesiones clínicas y bibliográficas	3	presencial	X				

\* Según año de residencia

## 5. ¿Cómo se estructura el plan transversal común?

La formación se realiza durante el periodo de la residencia. Se pueden agrupar las actividades en dos momentos de acuerdo al momento propuesto para su desarrollo.

Para residentes de primer año de su formación:

- Acogida del residente.
- Funcionalidades y manejo de los aplicativos informáticos.
- Entrevista clínica.
- Bioética básica.
- Uso adecuado de los medicamentos.
- Reanimación Cardiopulmonar (RCP) básica.
- Urgencias.
- Pruebas complementarias.
- Seguridad del paciente.
- Introducción a prevención de riesgos laborales.
- Protección radiológica.
- Metodología de la investigación.
- Búsqueda de la información sanitaria en internet.
- Sesiones clínicas y bibliográficas.

Para residentes de los últimos años de su formación (residentes de segundo año para especialidades de enfermería y residentes de tercero, cuarto o quinto año para el resto):

- Organización y planificación de la atención en España y en Castilla y León.
- Funcionalidades y manejos de los aplicativos informáticos.
- Diseño de la investigación.
- Lectura crítica de la información científica.

## 6. ¿Cómo se planifican las actividades del plan transversal común?

Las actividades que son eminentemente prácticas se desarrollan de forma presencial en los centros de destino: acogida del residente, funcionalidades y manejo de aplicativos informáticos, entrevista clínica,

RCP básica, urgencias, pruebas complementarias, diseño de la investigación, lectura crítica y metodología docente.

El resto de formación como la referida a organización y planificación de la atención, herramientas de gestión, procesos y proyectos de mejora, bioética básica, uso adecuado de los medicamentos, seguridad del paciente, metodología de la investigación y búsqueda de la información en internet se desarrollan con una metodología no presencial en el Campus Virtual.

### **7. ¿Cada cuánto se actualiza el plan Transversal Común?**

La estructura del plan transversal común se lleva desarrollando en Castilla y León desde el año 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).

*El PTC se regula en la  
ORDEN SAN/163/2019,  
de 14 de febrero*

Transcurridos más de ocho años desde la entrada en vigor de la citada Orden y de la efectiva implementación del plan formativo transversal común, éste se ha mostrado como un programa de formación consolidado, que ha supuesto una mejora en la calidad de la formación de los especialistas en Ciencias de la Salud y por tanto del sistema sanitario de nuestra Comunidad Autónoma. Teniendo en cuenta la experiencia acumulada junto con las distintas aportaciones de las gerencias, de las unidades y centros docentes, de tutores y residentes, se consideró apropiado actualizar la Orden, para lograr una renovación y mejora del sistema de formación sanitaria, a través de la ORDEN SAN/163/2019, de 14 de febrero.

### **8. ¿Pueden convalidarse las formaciones?**

La comisión de docencia de cada centro, a la vista de la certificación de las actividades que hayan realizado los residentes con anterioridad a la residencia que cursan, pueden convalidar actividades formativas previstas en su plan transversal común.

### **9. ¿En caso de suspender algún curso, lo debo repetir?**

Si, las actividades formativas tienen que realizarse durante el periodo de la residencia.

## 10. ¿Los cursos del Plan Transversal Común están acreditados?

No. Durante el periodo de formación sanitaria especializada no puede emitirse diplomas acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias.

### Módulo 7.7 Plan anual de gestion (PAG)

#### 1. ¿Qué es el Plan anual de Gestión?

*La formación del PTC no es acreditable por la comisión de formación continuada*

El Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León establece que ésta elaborará y desarrollará un Plan Anual de Gestión (PAG) cuyo fin es la optimización de los recursos disponibles y la mejora continua de la calidad.

Desde que se produjeron las transferencias en materia sanitaria a nuestra Comunidad, la Gerencia Regional de Salud ha desarrollado planes de gestión que han ido evolucionando y transformándose en una herramienta sencilla adaptada al contexto social de cada momento.

#### 2. ¿Por qué?

El fin fundamental del PAG es evaluar el alcance de las metas e indicadores de gestión y resultados relacionados con la producción y mejora de la calidad, eficiencia en la prestación de servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos. Todo ello, para conseguir mantener y mejorar el estado de salud de nuestros ciudadanos a través de la educación, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la rehabilitación de los procesos, promoviendo simultáneamente la humanización del servicio y la seguridad del paciente como pilares del proceso de atención de los mismos.

Se pretende que los centros de Castilla y León sean referentes de formación y entrenamiento para los profesionales del sistema, participando además en el desarrollo de actividades de investigación en salud, con el fin de mejorar permanentemente los estándares de calidad.

Así, el Plan Anual de Gestión tiene como **misión hacer efectivos los compromisos que se establecen en cada legislatura en materia de atención sanitaria**, estableciendo unos objetivos internos clasificados



según el área principal de actuación (Atención Primaria, Atención Hospitalaria o Área de Salud), que, a través de sus indicadores necesarios permitirán realizar el seguimiento del grado de consecución de los mismos.

Los centros, a su vez, deberán establecer «Pactos de Objetivos» con las diferentes unidades asistenciales, de acuerdo con su organización respectiva. En estos pactos se determinarán los objetivos que se deben de cumplir y van a depender tanto del ámbito de gestión como de las características propias de cada servicio, unidad o equipo. Se definirán los estándares a alcanzar, la sistemática de evaluación y verificación, así como la determinación del grado de cumplimiento de los objetivos propuestos.

*El PAG evalúa la formación y entrenamiento de los profesionales en formación con el fin de mejorar los estándares de calidad*

### 3. ¿Cómo?

El objetivo e indicadores propuestos para valorar en el PAG respecto a la formación sanitaria especializada reflejan actuaciones que están ya definidas en el Plan de gestión de calidad docente de cada centro y que reconocen tanto los jefes de estudio, tutores como residentes y que a modo de ejemplo para el 2022 serán los siguientes:

Objetivo: Mejorar la calidad de la formación de especialistas en Ciencias de la Salud en los centros sanitarios de la Gerencia Regional de Salud.

Indicadores:

Indicador I1: Encuesta del residente. Grado de participación y medidas correctivas y/o preventivas.

Indicador I2: PTC completo 100%.

Indicador I3: Fomento de la investigación de los residentes.

Indicador I4: Participación de los tutores en actividades de formación.

Indicador I5: Seguimiento de objetivos y acciones correctivas y/o preventivas.

Indicador I6: Gestión de la comunicación.

#### **4. ¿Cuándo?**

La evaluación es anual.

#### **5. Evaluación del plan ¿Qué consecuencias tiene?**

La Gerencia Regional de Salud procederá a la evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos contenidos en el plan en las fechas señaladas, y para ello, tendrá en cuenta la fuente y la forma de cálculo establecido en cada uno de los indicadores de los objetivos.

La evaluación del plan anual de gestión permitirá conocer el grado de cumplimiento de los objetivos fijados. Asimismo, va a permitir consolidar los logros alcanzados, detectar las posibles áreas de mejora, poner en marcha las acciones correctoras precisas y abrir nuevas líneas de trabajo y de mejora continua de la organización, de la salud y de la calidad de vida de los ciudadanos de Castilla y León.

# MÓDULO 8

## NORMATIVA DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

**M. Nieves González Natal**

*Técnico del servicio de formación y de evaluación de especialidades sanitarias de la Gerencia Regional de Salud*

**Jesús Heredia Aguilar**

*Técnico del servicio de formación y de evaluación de especialidades sanitarias de la Gerencia Regional de Salud*

## Módulo 8.1 Comisiones Nacionales de la especialidad

### 1. ¿Qué objetivos tiene hacer la residencia?

El objetivo principal de hacer la residencia es obtener un título oficial de especialista en unidades docentes de acuerdo con un programa docente definido por la Comisión Nacional de la especialidad. La adaptación teórica de los programas de la especialidad a los centros de las Unidades Docentes es el itinerario formativo tipo. Los tutores elaboran una adaptación del itinerario formativo para sus residentes que es el plan individual de formación. Los residentes llevan a cabo este plan de forma práctica bajo la supervisión de los tutores, es su itinerario para ir adquiriendo competencias profesionales: conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades. Paulatinamente van desarrollando un ejercicio de su especialidad cada vez más autónomo.

### 2. ¿Qué son las comisiones nacionales de la especialidad?

Por cada especialidad, como órgano asesor del ministerio de los ministerios de educación y sanidad, se constituye una Comisión Nacional designada por el Ministerio de Sanidad. Cada Comisión tiene la siguiente composición:

- Dos vocales propuestos por el Ministerio de Educación, uno, al menos, de los cuales debe ostentar la condición de tutor de la formación en la correspondiente especialidad.
- Cuatro vocales de entre los especialistas de reconocido prestigio que proponga la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
- Dos vocales en representación de las entidades y sociedades científicas de ámbito estatal legalmente constituidas en el ámbito de la especialidad.
- Dos vocales en representación de los especialistas en formación, elegidos por éstos en la forma que se determine reglamentariamente.
- Un vocal en representación de la organización colegial correspondiente. Si la especialidad puede ser cursada por distintos titulados, la designación del representante se efectúa de común acuerdo por las corporaciones correspondientes.

Figura 22. Composición de las Comisiones Nacionales de Especialidades



### 3. ¿Cuáles son las funciones de las Comisiones Nacionales de la especialidad?

Las funciones de las Comisiones Nacionales de la especialidad son:

- Elaborar el programa formativo de la especialidad.
- Establecer criterios de evaluación de los especialistas en formación y de las unidades docentes
- Proponer la creación de áreas de capacitación específica.
- Informar de la oferta anual de plazas en formación de la especialidad y titulación que en cada caso corresponda.
- Revisar las evaluaciones finales de los residentes que así lo soliciten.
- Colaborar con el Ministerio de competencias en sanidad en el análisis de las solicitudes de acreditación y, en su caso, desacreditación de cada una de ellas.

#### 4. ¿Qué es el Consejo Nacional de especialidades en ciencias de la salud?

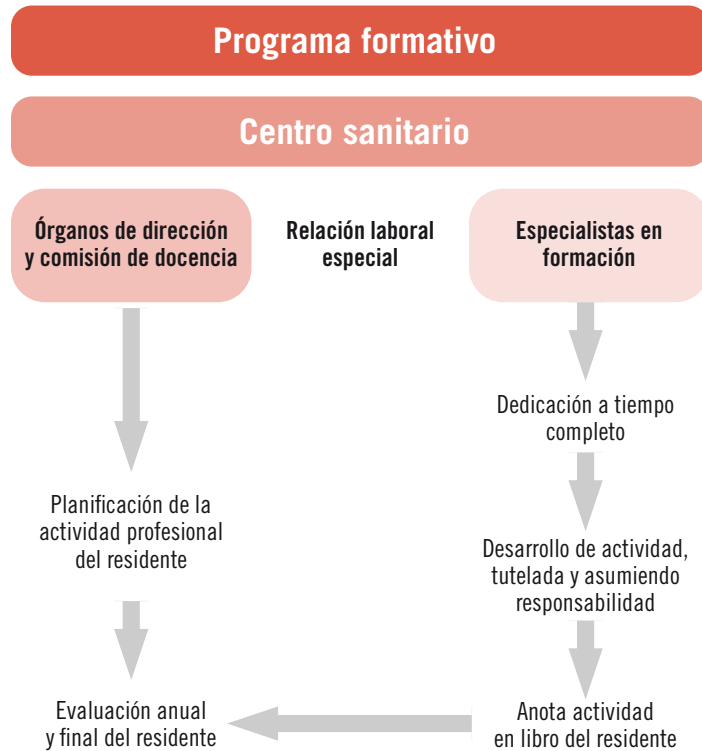
El Consejo Nacional de especialidades en Ciencias de la Salud coordina la actuación de las comisiones nacionales de las especialidades, la promoción de la investigación y de las innovaciones técnicas y metodológicas en la especialización sanitaria, así como la asistencia y asesoramiento al Ministerio de Sanidad.

#### 5. ¿Cuáles son los criterios que definen la formación sanitaria especializada de los residentes?

La formación mediante residencia se atenderá a los siguientes criterios:

- Los residentes realizan el programa formativo con dedicación a tiempo completo. La formación sanitaria especializada es incompatible con cualquier otra actividad profesional o formativa, con excepción de los estudios de doctorado.
- La duración de la residencia está fijada en el programa formativo. Los programas formativos están disponibles en la página Web del ministerio de sanidad: URL: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formación/consejoEspecialidades.htm>
- La actividad que desarrollan los residentes está **planificada** por el órgano de dirección del centro conjuntamente con las Comisiones de Docencia de dichos centros.
- Los residentes desarrollan el programa formativo de forma programada y tutelada. Asumen la responsabilidad de forma progresiva, según avance en su formación, las actividades y responsabilidad del ejercicio autónomo de la especialidad.
- Las actividades de los residentes que desarrollan deben figurar en el **libro oficial del residente**. Dichas actividades son objeto de evaluación.
- Durante la residencia se establecerá una **relación laboral especial** entre el servicio de salud o el centro y el especialista en formación.

Figura 23. Criterios a los que atiende la formación mediante residencia



## 6. ¿Qué entidades intervienen en la planificación de la formación sanitaria especializada?

La formación requiere la colaboración permanente entre los órganos de las administraciones públicas competentes en materia de Educación, Sanidad, Trabajo, Asuntos Sociales, las distintas universidades, las sociedades científicas y las organizaciones profesionales y sindicales.

**Figura 24. Instrumentos necesarios para la planificación de la formación.**



Toda la estructura sanitaria del sistema sanitario está a disposición de la formación para ser utilizada en la docencia pregrado, postgraduada y continuidad de los profesionales.

La formación sanitaria especializada tiene como objeto el dotar a los residentes de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción de la responsabilidad que conlleva el ejercicio del autónomo de su trabajo.

## **7. ¿Cuándo se obtiene el título de una especialidad?**

Para obtener el título de especialista se requiere haber desarrollado íntegramente el programa formativo de la especialidad, superar las evaluaciones que se determinen y depositar los derechos de expedición del título.



Figura 25. Requisitos para la obtención de título de especialista



## 8. ¿Cómo es la tramitación del título de una especialidad, en la actualidad?

Los residentes cuando hayan superado las evaluaciones anuales y finales de la residencia pueden solicitar su título de especialista vía telemática. A partir del 1 de enero de 2022, se expedirán por el Ministerio de Sanidad, facilitando un certificado sustitutorio a todos los interesados que lo soliciten, en tanto se establece el procedimiento definitivo para dicha expedición. Se puede solicitar dicho certificado provisional sustitutorio a la siguiente dirección de correo electrónico: [registro.residentes@mscbs.es](mailto:registro.residentes@mscbs.es), adjuntando copia de su documento de identidad.

## Módulo 8.2 Órganos colegiados de la formación sanitaria especializada

### 1. ¿Qué es un órgano colegiado y cómo funciona?

- Un órgano colegiado administrativo debe ser creado formalmente y debe estar integrado en la Administración o en alguno de sus organismos públicos. Se le atribuyen funciones administrativas y deben estar formados por tres o más personas/miembros.
- Requisitos para su constitución: establecer como mínimo sus fines y objetivos, su adscripción administrativa, su composición y sus funciones.
- Atribución de competencias administrativas: de estudio, de asesoramiento, de control, etc.
- Composición: Son miembros del órgano colegiado, el presidente, el secretario y los vocales.
- Presidente: Representa al órgano colegiado, lo convoca, preside las sesiones, dirime con su voto los empates, visa las actas y los certificados de los acuerdos del órgano y ejerce los derechos que tiene como vocal.

- Vocales: Deben recibir, con una antelación mínima de cuarenta y ocho horas, la convocatoria conteniendo el orden del día de las reuniones. La información sobre los temas que figuren en el orden del día estará a disposición de los miembros en igual plazo. Pueden participar en los debates de las sesiones, ejercer su derecho al voto y formular ruegos y preguntas.
- Secretario: Asiste a las reuniones con voz y voto si es miembro del órgano, y con voz pero sin voto si no lo es. Efectúa la convocatoria de las sesiones del órgano por orden de su Presidente, así como las citaciones a los miembros del mismo. Recibe los actos de comunicación de los miembros con el órgano y otros de los que deba tener conocimiento.
- Acta. En el acta de cada sesión que celebre el órgano colegiado figurará el acuerdo o acuerdos adoptados. Los miembros que discrepen del acuerdo mayoritario podrán formular voto particular por escrito en el plazo de cuarenta y ocho horas, que se incorporará al texto aprobado. Las actas se aprobarán en la misma o en la siguiente sesión.
- Los órganos colegiados pueden constituirse, convocar y celebrar sus sesiones, adoptar acuerdos y remitir actas tanto de forma presencial como a distancia, salvo que su reglamento interno recoja expresa y excepcionalmente lo contrario.

El régimen de actuación de los órganos colegiados de la Administración de Castilla y León se establece en las normas contenidas en los artículos del 15 a 22 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y en los artículos del 52 a 58 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

## **2. ¿Cuáles son los órganos colegiados en formación sanitaria especializada?**

Los órganos colegiados en formación sanitaria especializada son tres:

- Las comisiones de docencia.
- Las subcomisiones de docencia.
- El comité de evaluación.

Con carácter general, las comisiones de docencia extenderán su ámbito de actuación a un centro sanitario docente que agrupará las unidades docentes de las distintas especialidades en ciencias de la salud

que se formen en su ámbito. No obstante, podrán crearse comisiones de docencia cuyo ámbito de actuación sea una unidad docente, en aquellos supuestos en los que resulte aconsejable por la especial naturaleza de la misma.

Las comisiones de docencia con más de una unidad docente son las que se constituyen en los hospitales o los complejos hospitalarios. Las comisiones de docencia con una sola unidad docente, son las que se constituyen en las gerencias de atención primaria.

Las comisiones de docencia están compuestas por un presidente, vicepresidente, en su caso, un secretario y un máximo de veinte vocales, estos vocales han de garantizar una representación mayoritaria del conjunto de tutores y residentes, a cuyos efectos se tendrán en cuenta el número de titulaciones y naturaleza de las especialidades, el número de residentes que se forman en cada una de ellas, así como las características del correspondiente centro o unidad. Las vocalías existentes son las siguientes:

- Vocalía de representante de tutores.
- Vocalía de representante de los residentes, han de existir el mismo número de vocalías de representantes de tutores de residentes.
- Vocalía de representante de la Gerencia Regional de Salud
- Vocalía de la persona designada por el órgano de dirección coordinador de la infraestructura asistencial que se trate.
- Vocalía de la persona que asuma la responsabilidad en calidad e investigación en docencia.
- Vocalía del Jefe de Estudios de Formación Especializada que represente el otro nivel asistencial. Los niveles asistenciales son dos: Atención Primaria, integrada por las dependencias de la Gerencia de Atención Primaria (Centros de Salud, Servicios de Urgencia de Atención Primaria, entre otros), y Atención Especializada, integrada por las dependencias de las Gerencias de los Hospitales o Complejos Hospitalarios (Hospitales, Centros de Especialidades, entre otros).

En las comisiones de docencia de centro y en las de unidad en las que se formen enfermeros especialistas se constituirá una subcomisión específica de especialidades de enfermería con la misión de coordinar la formación de dichos especialistas. El Presidente de esta subcomisión, que agrupará a los tutores de dichas especialidades, será vocal nato de la comisión de docencia.

### **3. ¿Cuáles son las funciones de las comisiones de docencia?**

Las funciones de las comisiones de docencia son las establecidas en el apartado I de la Orden SCO/581/2008 de 22 de febrero y en 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.

#### **Orden SCO/581/2008 de 22 de febrero**

- Aprobar, a propuesta de los correspondientes tutores, una guía o itinerario formativo tipo de cada una de las especialidades que se formen en su ámbito. Esta guía, garantiza el cumplimiento de los objetivos y contenidos de los programas oficiales.
- Garantizar que los residentes cuenten con un plan individual de formación, verificando en colaboración con los tutores, su adecuación a la guía formativa o itinerario tipo.
- Aprobar el plan de gestión de calidad docente del Centro o Unidad Docente, supervisando su cumplimiento.
- Elaborar el protocolo de supervisión de residentes en los términos establecidos en la legislación vigente.
- Facilitar la adecuada coordinación docente entre niveles asistenciales.
- Proponer a los órganos competentes en la materia la realización de auditorías docentes.
- Aprobar y fomentar la participación de los residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas, relacionados con el programa, previo informe de la unidad de apoyo a la formación/investigación que en cada caso corresponda, oído el tutor y el responsable de la unidad asistencial de que se trate.
- Facilitar la formación continuada de los tutores en metodologías docentes y otros aspectos relacionados con los programas formativos.
- Participar en la acreditación y reacreditación de tutores.
- Informar, al menos anualmente, a los correspondientes órganos de dirección sobre la capacidad docente del Centro o Unidad.

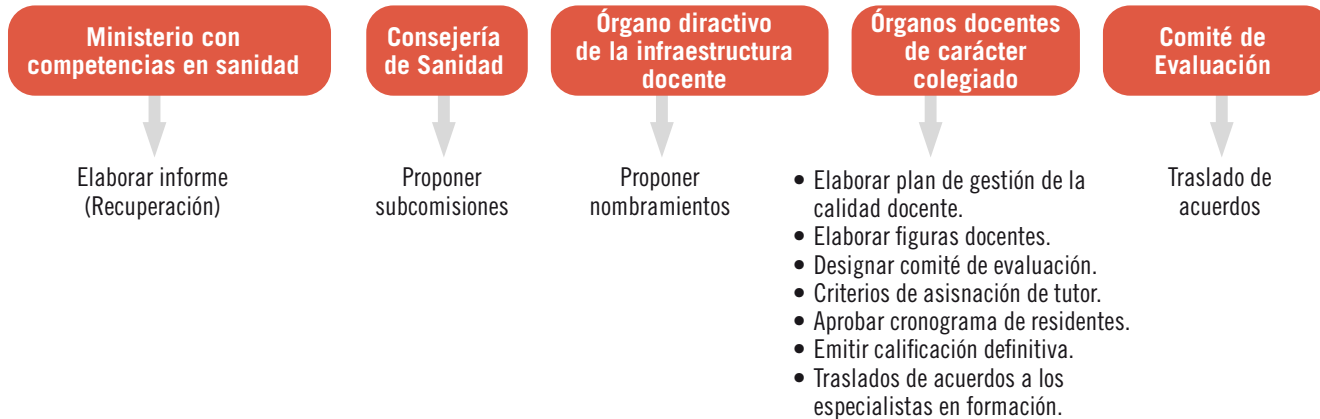
- Remitir al Registro Nacional de Especialistas en Formación, a través de su presidente, las evaluaciones finales y anuales, así como los resultados de sus revisiones y los períodos de recuperación que en su caso correspondan. Asimismo, notificarán al Registro Nacional de Especialistas en Formación las excedencias y demás situaciones que repercutan en la duración período formativo.
- Comunicar por escrito a los residentes el lugar donde se ubicará el tablón oficial de anuncios de la Comisión de Docencia en el que se insertarán los Avisos y Resoluciones de la misma. Pudiendo además utilizar otros medios telemáticos que faciliten la divulgación de los citados avisos y resoluciones.
- Procurar que en los dispositivos del Centro o Unidad se den las condiciones necesarias para impartir una adecuada formación a los residentes, así como para llevar a cabo la evaluación formativa de las actividades de los mismos, procediendo a la revisión de las evaluaciones anuales.
- Procurar que en los dispositivos de carácter universitario que se integren en el Centro o Unidad Docente, exista una adecuada coordinación entre las enseñanzas universitarias de grado y posgrado y la Formación Especializada en Ciencias de la Salud.
- Proponer a los correspondientes órganos de dirección que adopten las medidas necesarias para que se dote a las Comisiones de Docencia y a los tutores de los medios materiales y personales que sean necesarios para la adecuada realización de sus funciones.
- Cuantas funciones les asignen las Comunidades Autónomas, en la Comunidad de Castilla y León se han incorporado nueve funciones más que vienen definidas en el Artículo 8 del Decreto 75/2009, de 15 de octubre.

**El Decreto 75/2009, de 15 de octubre, a las anteriores, añade:**

- Elaborar el Plan de Gestión de Calidad Docente del centro o Unidad Docente.
- Aprobar los cronogramas de rotaciones de los programas de las diferentes especialidades y expresar la conformidad a las propuestas de rotaciones externas.
- Proponer, cuando proceda, la creación de Subcomisiones de Docencia.
- 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.

- Efectuar la evaluación anual del jefe de Estudios de Formación Especializada, tutores y responsable de calidad e investigación en docencia.
- Establecer los criterios generales de asignación, a los especialistas en formación, de los tutores, tutores de apoyo y colaboradores docentes del Centro o Unidad.
- 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.
- Elaborar informes y trasladarlos al Ministerio con competencias en Sanidad, en caso de períodos de recuperación por la repetición completa del año.
- Trasladar los acuerdos de la Comisión de Docencia al residente y al Comité de evaluación correspondiente sobre revisiones de evaluación anual.
- Emitir la calificación definitiva en caso de evaluación anual negativa no recuperable.

**Figura 26. Funciones de la docencia exclusivas del Decreto 75/2009, de 15 de octubre**



#### 4. ¿Cuáles son las funciones de las subcomisiones de docencia?

De acuerdo con el artículo 18 de la Orden SAN/585/2019, de 11 de junio, por la que se establecen los requisitos mínimos para la constitución y funcionamiento de las Subcomisiones de Docencia de especialidades de enfermería, corresponde a las Subcomisiones de Docencia de especialidades de enfermería, sin perjuicio de lo que establezcan en su propia norma organizativa, coordinar a los enfermeros residentes de especialidades de enfermería. Esta labor la realizará, participando en las funciones de la Comisión de Docencia de la que dependan en cada caso.

En desarrollo de la anterior y en atención a su finalidad destacamos las siguientes funciones:

##### A) Funciones relativas a la función asistencial de tutores y residentes

- Participar en la elaboración **de las guías o los itinerarios formativos**, cronogramas de rotaciones, planes individuales de formación y criterios de evaluación de los enfermeros en formación, de acuerdo con los correspondientes programas oficiales de la especialidad, a través de propuestas presentadas a la comisión de docencia.
- Garantizar que los residentes de las especialidades de enfermería cuenten con el correspondiente **plan individual de formación**, verificando, en colaboración con los tutores, su adecuación a la guía formativa o itinerario tipo.
- Proponer a la comisión de docencia la elaboración de los **protocolos de supervisión** de los enfermeros especialistas en áreas asistenciales significativas o cualesquiera otras que se consideren de interés.
- Realizar, junto a los tutores coordinadores, la **asignación específica de tutores** a los enfermeros especialistas en formación de acuerdo con los criterios generales establecidos por la comisión de docencia, así como la propuesta de nueva asignación de tutor a los enfermeros especialistas en formación en los supuestos debidamente justificados.
- Coordinar la **actividad asistencial de los enfermeros especialistas en formación** de su ámbito de actuación, junto con los responsables de enseñanzas universitarias de grado y posgrado de enfermería.
- Coordinar, junto a los tutores coordinadores y la dirección de enfermería, de acuerdo con el programa formativo, las **guardias** de los enfermeros especialistas en formación de su ámbito de actuación.
- Promover la **coordinación docente** entre enfermeros residentes de los distintos niveles asistenciales.

- Proponer y coordinar junto con la comisión de docencia, las **rotaciones externas** de los enfermeros especialistas en formación de su ámbito de actuación.
- Coordinar y elaborar los **informes**, oídos los tutores de los enfermeros especialistas y responsables asistenciales de enfermería que correspondan, para la **participación** de los enfermeros residentes en cursos, congresos, seminarios y reuniones científicas, relacionados con el correspondiente programa de las especialidades de enfermería de su ámbito de actuación.

#### **B) Funciones relativas a la gestión de la subcomisión de docencia**

- Colaborar en la elaboración del **plan de gestión de calidad docente** del centro o unidad docente, supervisando su cumplimiento y colaborar con los órganos de dirección y gestión en el establecimiento de estrategias de mejora cuando los resultados de las evaluaciones sobre calidad docente lo indiquen.
- Planificar conjuntamente con la dirección de enfermería y trasladar anualmente a la comisión de docencia, la **propuesta de capacidad docente** de los enfermeros especialistas en formación de las unidades docentes de su ámbito de aplicación.
- Proponer a la comisión de docencia la **formación continuada** de los tutores de los enfermeros especialistas en formación en metodologías docentes y otros aspectos relacionados con los programas formativos.
- Fomentar la **investigación** de tutores y residentes de especialidades de enfermería en materias contempladas en su programa de actividad.

### **Módulo 8.3 Otras figuras docentes de la formación sanitaria especializada**

#### **1. ¿Cuáles son las otras figuras docentes en formación sanitaria especializada?**

Las figuras de docentes en formación sanitaria especializada son:



- Tutor coordinador.
- Tutor de apoyo.
- Colaborador docente.

**El tutor coordinador** 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.

**El tutor de apoyo** es el profesional especialista en servicio activo, que estando acreditado como tal y siendo de la misma especialidad que el residente, asume la orientación, supervisión y control de las actividades realizadas por los residentes durante el periodo de rotación que están a su cargo.

**El colaborador docente** es el profesional en servicio activo en las diferentes unidades asistenciales o dispositivos por los que rotan los residentes, con diferente especialidad o incluso categoría a la que se forman, que colabora 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 rotación.

## 2. ¿Qué funciones tiene un tutor coordinador?

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.

El tutor coordinador colabora activamente con jefes de estudio, tutores, tutores de apoyo, colaboradores docentes y residentes en formación.

Sus funciones son las siguientes:

- **Coordinar** la elaboración de la **guía o itinerario formativo tipo de la especialidad**, adaptando el programa de la especialidad a las características del centro o unidad, en conjunto con el resto de tutores, y trasladarla a la comisión de docencia para su aprobación.
- **Elaborar** la planificación anual de los **itinerarios formativos de los residentes** de la unidad docente, definidos entre los tutores, estableciendo los cronogramas de rotación, para su traslado a la comisión de docencia.
- **Recibir** las propuestas de **rotaciones externas** elevadas por los tutores y darlas traslado a la comisión de docencia para su aprobación.
- Realizar memoria anual de las actividades docentes de la unidad con registro de las mismas.
- **Realizar la asignación del tutor, tutor de apoyo o colaborador docente** a los especialistas en formación de acuerdo con los criterios establecidos por la comisión de docencia.
- **Reasignación del tutor** a residente en los casos excepcionales debidamente justificados.
- **Facilitar** a los profesionales de su unidad que ejerzan como colaboradores docentes, la información relativa a los **objetivos y competencias** que deben adquirir los residentes de otras especialidades que rotan por su unidad.
- Participar activamente en la **elaboración y seguimiento del plan de gestión de calidad docente**.
- **Participar** en el proceso de **acogida a los residentes**, tanto de su especialidad como de otra.
- **Coordinarse** con los órganos directivos de la unidad o dispositivo docente en el establecimiento de las guardias de los residentes.
- **Realizar la coordinación de las rotaciones** de residentes externos por la unidad docente, estableciendo cronogramas y asignando los colaboradores docentes.
- **Promover** y facilitar la participación de los residentes de su unidad en las **actividades formativas** del plan transversal común (**PTC**).
- **Realizar informes para la evaluación y el reconocimiento** del ejercicio de la tutoría a tutores, tutores de apoyo o colaboradores que han participado en la formación de especialistas de su unidad.
- **Apoyar la investigación** desde su unidad, facilitando los mecanismos y ayudas existentes para el desarrollo de la misma.

- **Promover**, junto con los tutores, la **elaboración de protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de la responsabilidad progresiva** de los residentes en áreas asistenciales significativas de su unidad y promover, asimismo, la realización de planes de mejora de la calidad en el ámbito de su unidad.

### 3. ¿Qué funciones tiene un tutor de apoyo?

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.

Su nombramiento se efectuará por el órgano directivo del centro, a propuesta de la comisión de docencia, oídos el tutor coordinador de unidad o dispositivo docente y el jefe de servicio o coordinador de equipo de atención primaria correspondiente, así como los propios profesionales.

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 al que, asimismo, trasladará los informes de rotación y las sugerencias que considere necesarias para la adecuada formación del residente en las facetas que le incumben. Estos profesionales pueden ser a la vez tutores de otros residentes de la unidad docente o colaboradores docentes de otras especialidades.

En aquellos períodos en los que el tutor de apoyo ejerza funciones efectivas de tutoría, se adoptarán las medidas necesarias para asegurar que pueda disponer de un tiempo de dedicación adecuado para el ejercicio de estas funciones, y su posible concurrencia con el desempeño de otra figura docente, que estará incluido dentro de su plan de trabajo, contemplado dentro del plan de trabajo del servicio o equipo correspondiente, sin que, por ello, se pueda suplir o ver mermada su actividad asistencial.

### 4. ¿Qué funciones tiene un colaborador docente?

Los colaboradores docentes son profesionales en servicio activo de las diferentes unidades asistenciales o dispositivos por los que rotan los residentes, de 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.

Su nombramiento se efectuará por el órgano directivo del centro, a propuesta de la comisión de docencia de la unidad o dispositivo docente correspondiente, oídos el tutor coordinador de unidad o dispositivo docente y el jefe de servicio o coordinador de equipo de atención primaria correspondiente.

El colaborador docente participará en la **evaluación continuada del residente** durante el período de rotación de que se trate. Dicha actividad se llevará a cabo en coordinación con el tutor del residente al que, asimismo, trasladará los informes de rotación y las sugerencias que considere necesarias para la adecuada formación del residente en las facetas que le incumben.

En aquellos periodos en los que el colaborador docente ejerza funciones efectivas de colaboración docente, se adoptarán las medidas necesarias para asegurar que pueda disponer de un tiempo de dedicación adecuado para el ejercicio de estas funciones, y su posible concurrencia con el desempeño de otra figura docente, que estará incluido dentro de su plan de trabajo, contemplado dentro del plan de trabajo del servicio o equipo correspondiente, sin que, por ello, se pueda suplir o ver mermada su actividad asistencial.

## Módulo 8.4 Evaluaciones anuales negativas: procedimiento de revisión

### 1. ¿Cuáles son las causas de las evaluaciones negativas?

Las evaluaciones negativas recuperables pueden ser de dos tipos:

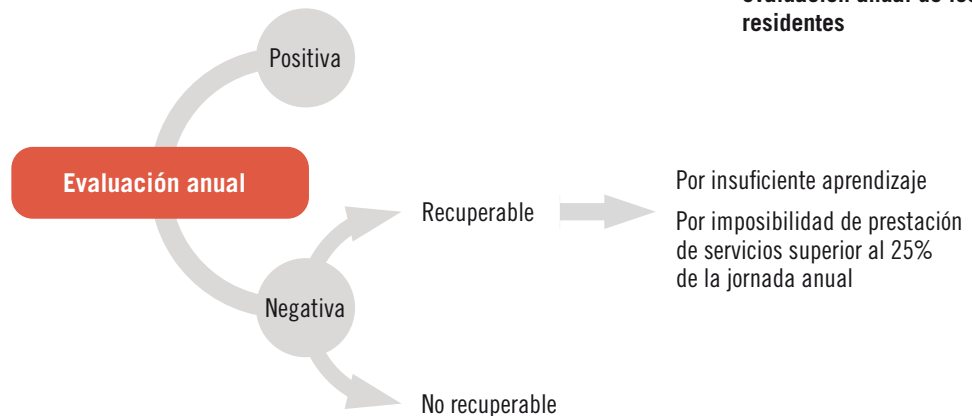
- a) **Por aprendizaje insuficiente, susceptible de recuperación.** Cuando haya una o más rotaciones evaluadas negativamente, en cualquiera de los años de formación, el comité de evaluación establecerá una recuperación específica y programada con una duración máxima de 3 meses, quedando supeditada la prórroga anual del contrato del siguiente curso de formación a la evaluación positiva del mencionado período de recuperación. El contenido de la recuperación específica se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES. 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 y su resultado fuera positivo.

- b) **Por imposibilidad de prestación de servicios superior al 25% de la jornada anual** (suspensión de contrato u otras causas legales). El Comité de Evaluación establecerá el periodo de prórroga, que no podrá ser inferior a la duración total de los periodos de suspensión, alcanzando incluso la repetición de todo el año. Una vez completado el periodo de recuperación se procederá a su evaluación. El periodo de prórroga propuesto se hará constar en el apartado de OBSERVACIONES.

La repetición completa del año requerirá que el periodo de suspensión de contrato sea mayor de 6 meses y que se emita una resolución por el Ministerio de Sanidad, previo informe de la Comisión de Docencia.

En aquellos supuestos en los que la suspensión del contrato sea inferior al 25% de la jornada anual y el Comité de Evaluación considere que el residente no ha podido alcanzar los objetivos y competencias del año formativo, podrá, excepcionalmente, evaluarle negativamente, acordando la realización de un periodo de recuperación, que no podrá ser superior al periodo de suspensión de contrato.

La evaluación negativa del periodo de recuperación o repetición de curso no tendrá carácter recuperable y supondrá la extinción del contrato, salvo que el residente solicite la revisión de la evaluación y su resultado fuera positivo.



**Figura 27. Resultados de la evaluación anual de los residentes**

## 2. ¿Cómo se evalúa el periodo de recuperación?

Se aplica en las evaluaciones negativas recuperables por insuficiencias de aprendizaje susceptibles de recuperación o por imposibilidad de prestación de servicios, que no requiera la repetición del curso.

La calificación del informe de evaluación del tutor sobre periodo de recuperación se califica del 1 al 10, de acuerdo con el cuadro siguiente:

	CUANTITATIVA (1-10)	CUALITATIVA
<b>NEGATIVA</b>	>5	<b>Insuficiente.</b> No ha alcanzado los objetivos del periodo de recuperación. El residente no puede continuar su formación en la especialidad porque no cuenta con las competencias requeridas para continuar progresando en su formación como especialista
<b>POSITIVA</b>	≥5	<b>Suficiente.</b> Ha alcanzado los objetivos del periodo de recuperación. El comité de evaluación puede establecer áreas de mejora/recomendaciones que deberán ser objeto de seguimiento por el tutor.

Finalizado el periodo de recuperación el Comité de Evaluación reevaluará al residente.

Para los residentes la convocatoria del curso 2018/2019 y posteriores se ha cumplimentar el informe de evaluación del tutor sobre el periodo de recuperación. Dicho informe tiene los mismos apartados que la evaluación anual, se modifica la ponderación de estos apartados. Cuando el Comité de Evaluación no haya establecido las actividades complementarias la ponderación como objetivo de evaluación, tiene la siguiente fórmula:

**CALIFICACIÓN GLOBAL DEL PERIODO DE RECUPERACIÓN:  $[(A \times 70) + (C \times 20)]/90 + B$  (máx. 1 punto)**

Las rotaciones tienen un peso de 70/90 de la nota global del periodo de recuperación.

La calificación del tutor del periodo de recuperación tiene un peso de 20/90 de la nota global del periodo de recuperación.

Las actividades complementarias, si se han establecido por el Comité de evaluación tienen un valor máximo de un punto que se suma a las dos anteriores. Las valoraciones de estas actividades son las siguiente:

NIVEL	PUBLICACIONES	COMUNICACIÓN ORAL	POSTER
INTERNACIONAL	0,3	0,2	0,1
NACIONAL	0,2	0,1	0,05
AUTONÓMICA	0,1	0,05	0,02
<b>Asistencia curso/taller (Mínimo 10 horas)</b>	<b>Potente curso/taller (Mínimo 2 horas)</b>	<b>Ponente en sesiones</b>	<b>Participación en proyectos de investigación</b>
0,02-0,1 (Valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (Valorar duración y complejidad)	En el servicio/unidad: hasta 0,01 Generales/Hospitalarias: hasta 0,02	0,05-0,2 (Valorar implicación y tipo de proyecto)

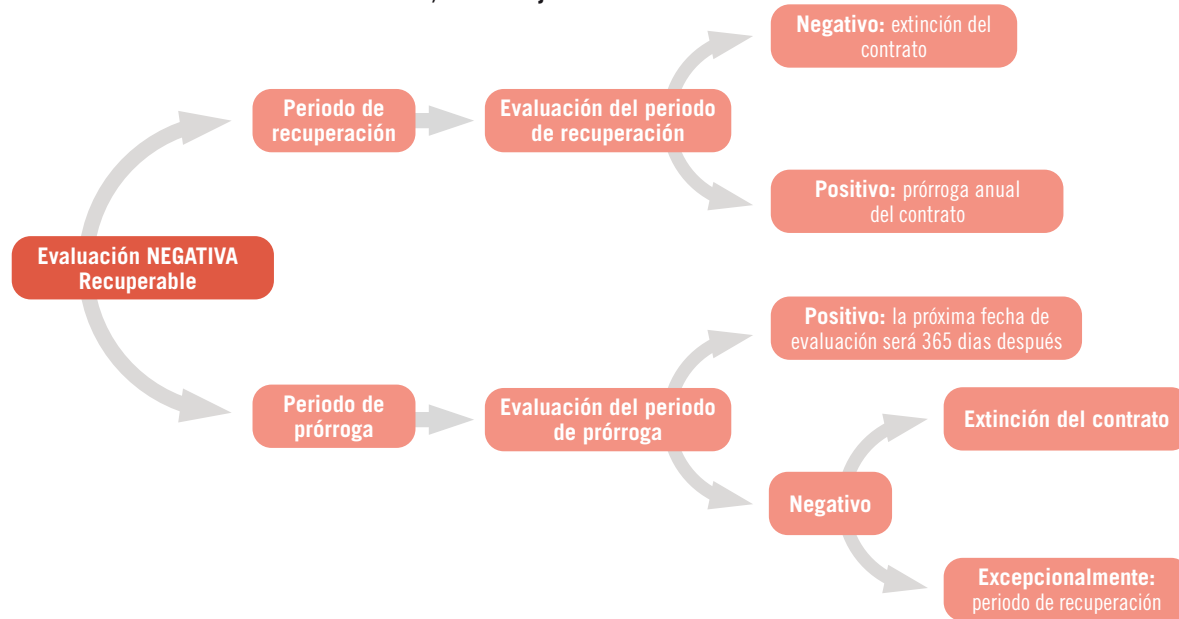
El aparatado de calificación del tutor del periodo de recuperación tiene dos posibilidades:

- **<5 Insuficiente.** No ha alcanzado los objetivos del periodo de recuperación. El residente no puede continuar su formación en la especialidad porque no cuenta con las competencias requeridas para progresar en su formación como especialista.
- **≥5 Suficiente.** Ha alcanzado los objetivos del periodo de recuperación. El residente puede continuar con su formación. El tutor puede proponer áreas de mejora/recomendaciones que deberán ser objeto de seguimiento en el caso de que la evaluación del periodo de recuperación por el comité de evaluación sea positiva y ratifique las medidas propuestas.

Si la calificación global del periodo de recuperación es POSITIVA (≥5) se procederá a realizar el Informe de evaluación anual del tutor, con los siguientes criterios:

- Si fue una Evaluación Negativa por Insuficiente Aprendizaje, la calificación global del tutor del año de residencia será de 5 (suficiente).
- Si fue una Evaluación Negativa por Imposibilidad de prestación de servicios, se cumplimentará un informe de evaluación anual del tutor, con todas las rotaciones y actividades complementarias realizadas, incluyendo las del periodo de recuperación, lo que dará lugar a la calificación global del tutor del año de residencia.
- La fecha de evaluación de los siguientes años formativos se modifica respecto a la de la convocatoria correspondiente y se realizará transcurridos 365 días de la última evaluación positiva anual.
- Para los residentes de convocatorias previas al curso 2018/2019 no se ha definido un formato de informe específico.

**Figura 28. Evaluación de los periodos de recuperación de acuerdo con el Real Decreto 589/2022, de 19 de julio**





La evaluación cualitativa del Comité de evaluación se ajusta al siguiente baremo:

- Entre 5 y <6 es suficiente. Alcanza los objetivos anuales.
- Entre 6 y <8 es bueno. Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos.
- Entre 8 y <9.5 es muy bueno. Domina todos los objetivos anuales.
- Entre 9.5-10 es excelente. Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del Comité, con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.

Si la calificación global del periodo de recuperación es NEGATIVA (<5) se procederá a la extinción del contrato de trabajo, a no ser que el residente solicite la revisión de la evaluación ante la Comisión de Docencia en el plazo de 10 días desde la publicación o notificación de la evaluación, el residente podrá solicitar por escrito a la Comisión de Docencia la revisión de la misma. La Comisión de Docencia se reunirá en los 15 días posteriores a la recepción de la solicitud y citará al residente, que podrá acudir acompañado de su tutor. Los miembros de la Comisión de Docencia podrán formular las preguntas que consideren pertinentes y la calificación se decidirá por mayoría absoluta.

Los acuerdos de la Comisión de Docencia resolviendo la revisión de las evaluaciones anuales, excepto las del último año de formación, tendrán carácter definitivo y deberán estar motivadas.

Si la revisión de la evaluación es **negativa**, la Comisión de Docencia notificará el resultado al residente y al gerente de la institución, el cual comunicará al interesado la extinción de su relación laboral con el centro como consecuencia de dicha evaluación negativa (se recomienda que se utilice un método de comunicación en el que conste expresamente el acuse de recibo por parte del residente, por ejemplo, mediante burofax o correo certificado).

Si el resultado de la revisión de la evaluación es **positivo** se hará público en el plazo de 5 días.

Los acuerdos de la Comisión de Docencia resolviendo la revisión de las **evaluaciones anuales de último año** se trasladarán, cualquiera que sea su signo, al correspondiente comité de evaluación, con carácter inmediato, para que dicho comité lleve a cabo la evaluación final.

### **3. ¿Qué tipo de evaluaciones anuales no son susceptibles de recuperación?**

**Las evaluaciones anuales no susceptibles de recuperación** pueden ser de dos tipos:

- Por insuficiente aprendizaje/notoria falta de aprovechamiento.
- Por reiteradas faltas de asistencia no justificadas.

El comité de evaluación trasladarán las evaluaciones finales a la comisión de docencia que publicará en su tablón de anuncios una reseña, firmada por la persona que ostente la presidencia, para que en el plazo de ocho días hábiles puedan consultarse en la secretaría de la comisión, en el horario que se indique, las calificaciones obtenidas en las evaluaciones finales. La publicación en el tablón de anuncios de dicha reseña incluirá la inserción en la misma de una diligencia específica de la persona que ostente la presidencia de la comisión de docencia para hacer constar la fecha exacta de su publicación. Además de la vía oficial de comunicación (tablón de anuncios) puede remitirse por las herramientas habituales de comunicación (correo electrónico, intranet) el resultado de las evaluaciones a los residentes. Deberá quedar constancia de dicha comunicación en el archivo de la Comisión de Docencia, ya que la fecha de publicación de las evaluaciones inicia los plazos oficiales para el proceso de revisión de éstas.

La Comisión de Docencia ha de documentar de forma detallada, en el expediente del residente, todas las circunstancias que justifiquen una evaluación negativa, falta de aprovechamiento, ausencias no justificadas, falta de interés y cualquier circunstancia irregular, así como comunicar en plazo al residente (con acuse de recibo, burofax, correo certificado o publicación en el tablón del Centro) cualquier aspecto relacionado con su evaluación, especialmente en el caso de evaluaciones negativas y revisión de la evaluación.

El plazo para que un residente pueda solicitar por escrito su revisión ante la Comisión de Docencia es de 10 días tras la publicación o notificación a éste de la evaluación anual negativa no recuperable. Este plazo no se puede ver modificado.

### **4. ¿Cómo es el procedimiento de revisión de la evaluación anual y de la final negativa?**

Cuando la evaluación anual o la evaluación final sean negativas y el Comité de Evaluación considere que no procede recuperación y, por lo tanto, sólo cabe la extinción de contrato, los afectados pueden solicitar

su revisión. También se puede solicitar la revisión de la evaluación final si es positiva, pero se considera que la calificación obtenida es desfavorable.

Para la revisión anual negativa no recuperable el interesado tiene que solicitarlo a la Comisión de Docencia en el plazo de 10 días siguientes a su publicación (la vía oficial de conocimiento de su nota es el Tablón de Anuncios del Centro o Unidad). Al acto de la revisión, que se celebrará en los 15 días siguientes a la recepción de la solicitud, el residente puede acudir acompañado por su tutor. Los miembros de la Comisión formularán las preguntas que consideren convenientes y la calificación, que resultará definitiva, se decidirá por mayoría absoluta de sus miembros. Pueden resultar dos circunstancias:

- Que la evaluación anual sea positiva (cabría incluir la evaluación negativa recuperable, aunque no la menciona la norma) se procederá a su publicación en el plazo de 5 días desde la revisión.
- Que la evaluación anual sea negativa (se entiende que es no recuperable en los mismos términos que se dio inicialmente) en el plazo de 5 días, la Comisión se lo notificará al residente mediante Resolución motivada y al Gerente del Centro para que proceda a la extinción del contrato.

Para la **revisión final negativa, no recuperable**, en el plazo de 10 días desde su publicación, el interesado puede solicitar su revisión ante la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente. Recibida la solicitud la Comisión fijará una fecha para la realización de una prueba dentro de los 30 días posteriores de la recepción de la solicitud, tras la cual decidirá la calificación por mayoría absoluta de sus miembros.

Si se mantiene la evaluación final negativa (se entiende en los mismos términos que la otorgada previamente), el interesado tiene derecho a realizar una prueba extraordinaria ante la misma Comisión, entre los 6 meses y el año como máximo a contar desde la prueba anterior. La Comisión está obligada a notificar al interesado la fecha de la prueba con un mes de antelación. La calificación se decidirá también por mayoría absoluta y será definitiva.

**Revisión de la calificación de la evaluación final positiva**, si el residente considera que la calificación le es desfavorable, tendrá derecho a realizar una prueba ante la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente, con la finalidad de mejorar la calificación inicial. El procedimiento será el mismo que para una prueba de revisión final negativa. La decisión de la Comisión será definitiva, sin posibilidad de prueba extraordinaria.

## Módulo 8.4 Deberes y derechos de los residentes

### 1. ¿Qué deberes tienen los residentes?

Los derechos de los médicos internos residentes que hacen referencia a su formación son:

- A conocer el programa de formación de la especialidad a cuyo título aspira, así como, en su caso, las adaptaciones individuales.
- A la designación de un tutor que le asiste durante el desarrollo de las actividades previstas en el programa de formación.
- 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.
- 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.
- A participar en actividades docentes, investigadoras, asistenciales y de gestión clínica en las que intervenga la unidad acreditada.
- Al registro de sus actividades en el libro del residente.
- A que la evaluación continuada, anual y final de su aprendizaje se realice con la máxima objetividad.

### 2. ¿Qué derechos tienen los residentes?

Los deberes de los médicos internos residentes que hacen referencia a su formación son:

- Realizar todo el programa de formación con dedicación a tiempo completo, sin compatibilizarlo con cualquier otra actividad en los términos establecidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (artículo 20.3.a de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre).
- Formarse siguiendo las instrucciones de su tutor y del personal sanitario y de los órganos uniperso-

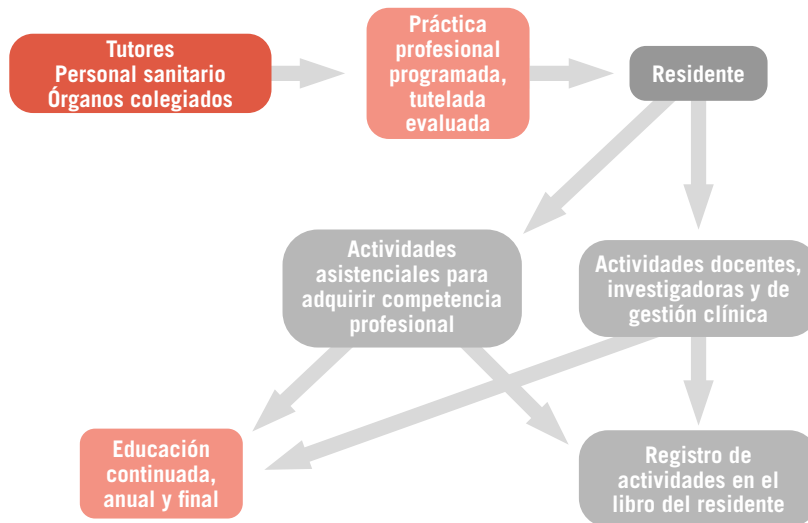
nales y colegiados de dirección y docentes que, coordinadamente, se encargan del buen funcionamiento del centro y del desarrollo del programa de formación de la especialidad correspondiente.

- 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 especialidad y también contribuir a los fines propios de la institución sanitaria.

**Figura 29. Derechos y deberes de los médicos internos residentes relacionados con su formación**

(Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre)

Elaboración propia



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 médicos internos residentes de forma que la ordenación del tiempo de trabajo no perjudique su formación.

Dado el carácter esencialmente formativo de esta relación laboral y los rápidos avances de las Ciencias de la Salud, si el tiempo de la suspensión del contrato resultara superior a dos años, el residente se incorporará en la parte del programa de formación que acuerde la Comisión de Docencia de la especialidad, aunque ello suponga la repetición de algún período evaluado ya positivamente.

### **3. ¿Cuándo concluye el contrato de un residente?**

El contrato se extinguirá por las siguientes causas:

- Por haber obtenido una evaluación anual positiva en el último año de formación y por lo tanto, finalizar el programa de la especialidad correspondiente, sin que proceda indemnización por fin de contrato.
- Por haber obtenido una evaluación anual negativa, sin que proceda indemnización por fin de contrato.
- Por haber obtenido una evaluación final negativa, con independencia de que el residente solicite su revisión, sin que proceda indemnización por fin de contrato.
- Por renuncia voluntaria del residente, de forma explícita o tácita, entendiéndose así cuando se haya autorizado la repetición completa del período formativo y el residente no se incorporara a su inicio o cuando no se incorporara al plan específico de recuperación acordado por el Comité de evaluación, sin causa justificada en ambos casos.
- Porque la autoridad competente retire a la Unidad Docente la acreditación para la formación de especialistas o por las causas previstas en el Estatuto de los Trabajadores.
- Por superación de un periodo de seis meses de suspensión del contrato motivada por fuerza mayor temporal o causas económicas, técnicas organizativas o de producción.
- Por despido disciplinario debido a faltas graves.
- Por jubilación del trabajador.
- Por muerte, gran invalidez o invalidez permanente total o absoluta del residente.
- Por decisión de la trabajadora que se vea obligada a abandonar definitivamente su puesto de trabajo como consecuencia de ser víctima de violencia de género.

## Módulo 8.5 Régimen disciplinario en formación sanitaria especializada

### 1. ¿Qué faltas se pueden aplicarse en formación sanitaria especializada?

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, establece en sus artículos 12 a 16 el régimen disciplinario del residente y dispone que la tipificación de las faltas será la establecida para el personal estatutario sanitario en el artículo 72.2, 3, 4 y 5 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, salvo que los convenios colectivos determinen otra cosa. A esta tipificación hay que añadir la establecida en el artículo 94 de la Ley 2/2007, del Estatuto Jurídico del personal Estatutario de Salud de Castilla y León, así destacamos como **faltas graves**, atendiendo al bien o interés protegido:

- El incumplimiento del deber de respeto a la Constitución o al respectivo Estatuto de Autonomía en el ejercicio de sus funciones.
- Toda actuación que suponga **discriminación por razones ideológicas, morales, políticas, sindicales, de raza, lengua, género, religión o circunstancias económicas**, personales o sociales, tanto del personal como de los usuarios, o por la condición en virtud de la cual éstos accedan a los servicios de las instituciones o centros sanitarios.
- El quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución o a la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso y estancia en las instituciones o centros sanitarios.
- El **abandono** del servicio.
- La **desobediencia notoria y manifiesta** a las órdenes o instrucciones de un superior directo, mediato o inmediato, emitidas por éste en el ejercicio de sus funciones, salvo que constituyan una infracción manifiesta y clara y terminante de un precepto de una ley o de otra disposición de carácter general.
- La **notoria falta de rendimiento** que comporte inhibición en el cumplimiento de sus funciones.
- La **negativa a participar activamente en las medidas especiales** adoptadas por las Administraciones públicas o servicios de salud cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.
- El **incumplimiento de la obligación de atender los servicios esenciales** establecidos en caso de huelga.

- La realización de **actuaciones manifiestamente ilegales** en el desempeño de sus funciones, cuando causen perjuicio grave a la Administración, a las instituciones y centros sanitarios o a los ciudadanos.
- El incumplimiento de las normas sobre **incompatibilidades**, cuando suponga el mantenimiento de una situación de incompatibilidad.
- Los actos dirigidos a **impedir o coartar** el libre ejercicio de los derechos fundamentales, las libertades públicas y los derechos sindicales.
- La **grave agresión a cualquier persona** con la que se relacionen en el ejercicio de sus funciones.
- El **acoso sexual**, cuando suponga agresión o chantaje.
- La exigencia de cualquier tipo de **compensación** por los servicios prestados a los usuarios de los servicios de salud.
- La **negativa expresa a hacer uso de los medios de protección disponibles** y seguir las recomendaciones establecidas para la prevención de riesgos laborales, así como la negligencia en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.

Del mismo modo, una enumeración de **faltas graves** es la siguiente:

- La falta de **obediencia** debida a los superiores.
- El **abuso de autoridad** en el ejercicio de sus funciones.
- La grave **desconsideración** con los superiores, compañeros, subordinados o usuarios.
- El **acoso sexual**, cuando el sujeto activo del acoso cree con su conducta un entorno laboral intimidatorio, hostil o humillante para la persona que es objeto del mismo.
- La **falta de rendimiento** que afecte al normal funcionamiento de los servicios y no constituya falta muy grave.
- El **incumplimiento injustificado de la jornada** de trabajo que, acumulado, suponga más de 20 horas al mes.
- La falta injustificada de asistencia durante más de tres días continuados, o la acumulación de cinco faltas en dos meses, computados desde la primera falta, cuando no constituyan falta muy grave.



- La aceptación de cualquier tipo de contraprestación por los servicios prestados a los usuarios de los servicios de salud.
- La negligencia en la utilización de los medios disponibles y en el seguimiento de las normas para la prevención de riesgos laborales, cuando haya información y formación adecuadas y los medios técnicos indicados, así como el descuido en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien no tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.
- El encubrimiento, consentimiento o cooperación con cualquier acto a la comisión de faltas muy graves, así como la inducción directa, a otro u otros, a la comisión de una falta grave y la cooperación con un acto sin el cual una falta grave no se habría cometido.

A las anteriores la ley 2/2007 de 7 de marzo, añade:

- **La consignación de datos falsos en documentos** establecidos por la Administración sanitaria, en especial en aquellos que se refieran a la participación de los profesionales en procedimientos de concurrencia competitiva o de reconocimiento de derechos a su favor.
- La **utilización indebida de recetas** por el personal licenciado sanitario y licenciado con título de especialista en Ciencias de la Salud del Servicio de Salud de Castilla y León.
- Las **conductas** que, habiendo dado lugar a una condena penal firme por delito doloso, causen **perjuicios al servicio público sanitario, o un daño a la administración**, a los usuarios o a los compañeros.
- La realización de actos y el mantenimiento de comportamientos frecuentes que, de forma reiterada y sistemática, busquen premeditadamente **socavar la dignidad** de la persona y perjudicarla moralmente, sometiéndola a un entorno de trabajo discriminatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo.
- El **incumplimiento de la programación funcional** del centro o institución sanitaria que comporte perjuicio para los usuarios por causa imputable al empleado.
- La presentación de **informaciones infundadas** respecto de actuaciones que hayan sido realizadas, en el ejercicio de sus cargos o funciones, por altos cargos o personal de la Administración General e Institucional de la Comunidad de Castilla y León, de las que pudiera derivarse un posible delito contra la Administración Pública, de los regulados en el título XIX del Código Penal, cuando de las

actuaciones llevadas a cabo en la información reservada que se inicie como consecuencia de la información, se derive de forma manifiesta su falta de fundamento.

Tendrán consideración de **faltas leves**:

- El incumplimiento injustificado del **horario o jornada de trabajo**, cuando no constituya falta grave.
- La falta de **asistencia injustificada** cuando no constituya falta grave o muy grave.
- La **incorrección con los superiores**, compañeros, subordinados o usuarios.
- El descuido o negligencia en el **cumplimiento de sus funciones** cuando no afecte a los servicios de salud, Administración o usuarios.
- El descuido en el cumplimiento de las **disposiciones expresas sobre seguridad y salud**.
- El incumplimiento de sus **deberes u obligaciones**, cuando no constituya falta grave o muy grave.
- El **encubrimiento, consentimiento o cooperación** con cualquier acto a la comisión de faltas graves.

## 2. ¿Qué sanciones conllevan las faltas?

Salvo que los convenios colectivos establezcan otra cosa, las sanciones correspondientes a las faltas disciplinarias cometidas serán las siguientes:

- Por faltas leves: apercibimiento.
- Por faltas graves: suspensión de empleo y sueldo hasta un máximo de dos meses.
- Por faltas muy graves: despido.

## 3. ¿Cómo se aplican las sanciones disciplinarias?

El procedimiento disciplinario por el cual se establecen las sanciones disciplinarias tiene las siguientes características:

La competencia para la imposición de sanciones disciplinarias corresponde al órgano competente de la institución sanitaria de la que dependa la unidad de docencia.

Con carácter previo a la imposición de la sanción, el responsable de la gestión de personal del centro comunicará por escrito al residente la fecha y los hechos que se consideran incluidos en alguno de los supuestos de incumplimiento previstos en las normas de aplicación y su posible calificación, para que en el plazo de diez días alegue lo que a su defensa convenga.

Cuando se trate de faltas graves o muy graves dará también traslado de este escrito a la comisión de docencia, para que, en el plazo de diez días, manifieste su criterio.

Recibidas las alegaciones o transcurrido el plazo sin que éstas se produzcan, el órgano competente notificará por escrito al interesado la sanción, la fecha y hechos que la motivaron y su calificación o, en su caso, el sobreseimiento con que ha concluido el procedimiento.

El comité de empresa será informado de las sanciones impuestas a los residentes por faltas muy graves.

#### **4. ¿Cuándo prescriben las faltas para los residentes?**

Las faltas leves prescribirán a los diez días; las graves a los veinte días y las muy graves a los sesenta días a partir de la fecha en que el centro tuvo conocimiento de su comisión y, en todo caso, a los seis meses de haberse cometido.

La prescripción se interrumpirá con las notificaciones previstas en el apartado anterior, reanudándose el cómputo pasado el período de diez días establecido para hacer alegaciones.

## Módulo 8.6 ¿Dónde localizo la normativa de la formación sanitaria especializada?

Se indica en el siguiente cuadro las normas, procedimientos y documentos relevantes que pueden ser necesarios para desarrollar la formación sanitaria especializada en Castilla y León:

NOMBRE	LINK DE ACCESO
Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.	<a href="https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340">https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340</a>
Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.	<a href="https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101">https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101</a>
Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.	<a href="https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715">https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715</a>
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.	<a href="https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-17498">https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-17498</a>
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.	<a href="https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176&amp;tn=2">https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176&amp;tn=2</a>
Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan 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.	<a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-4321">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-4321</a>
Programas en vigor para aquellos Residentes que iniciaron su formación con anterioridad a la aprobación del Programa Formativo de la especialidad correspondiente	<a href="https://www.msccbs.gob.es/profesionales/formacion/programasVigor.htm">https://www.msccbs.gob.es/profesionales/formacion/programasVigor.htm</a>
Programas formativos de las especialidades y Reglamento interno de organización y funcionamiento del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS)	<a href="https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/consejoEspecialidades.htm">https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/consejoEspecialidades.htm</a>
Acreditación de Unidades Docentes para la Formación Sanitaria Especializada	<a href="https://www.msccbs.gob.es/profesionales/formacion/AcreDocCntUniForSanEsp.htm">https://www.msccbs.gob.es/profesionales/formacion/AcreDocCntUniForSanEsp.htm</a>
Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.	<a href="https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10565">https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10565</a>
Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.	<a href="https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10566">https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10566</a>
Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación.	<a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-5385">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-5385</a>

NOMBRE	LINK DE ACCESO
Resolución de 3 de julio de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se corrigen errores en la de 21 de marzo de 2018, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación.	<a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10643">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10643</a>
Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la propuesta de un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud o diploma de área de capacitación específica, y la revisión de los establecidos, y el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica; y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación en especialidades en Ciencias de la Salud.	<a href="https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-12015">https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-12015</a>
Registro Electrónico General de la Administración General de Estado (AGE)	<a href="https://sede.administracion.gob.es/PAG_Sede/ServiciosElectronicos/RegistroElectronicoComun.html">https://sede.administracion.gob.es/PAG_Sede/ServiciosElectronicos/RegistroElectronicoComun.html</a>
Estancias formativas de extranjeros	<a href="https://www.mschs.gob.es/profesionales/formacion/estanciasFormativasEx/home.htm">https://www.mschs.gob.es/profesionales/formacion/estanciasFormativasEx/home.htm</a>
Elecciones residentes	<a href="https://www.mschs.gob.es/profesionales/formacion/eleccionesResidentes.htm">https://www.mschs.gob.es/profesionales/formacion/eleccionesResidentes.htm</a>
Información para las unidades docentes	<a href="https://www.mschs.gob.es/profesionales/formacion/registroEspecialistas/uniDocentes/home.htm">https://www.mschs.gob.es/profesionales/formacion/registroEspecialistas/uniDocentes/home.htm</a>
Libro del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria	<a href="https://www.mschs.gob.es/profesionales/formacion/docs/libroResidenteMedFamiliar.pdf">https://www.mschs.gob.es/profesionales/formacion/docs/libroResidenteMedFamiliar.pdf</a>
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	<a href="https://bocyl.jcyl.es/html/2009/10/21/html/BOCYL-D-21102009-1.do">https://bocyl.jcyl.es/html/2009/10/21/html/BOCYL-D-21102009-1.do</a>
Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.	<a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-14243">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-14243</a>
Ley 55/2003, de 6 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud	<a href="https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101">https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101</a>
Ley 2/2007, de 7 marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León	<a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-7033">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-7033</a>

NOMBRE	LINK DE ACCESO
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	<a href="https://bocyl.jcyl.es/html/2010/05/04/html/BOCYL-D-04052010-1.do">https://bocyl.jcyl.es/html/2010/05/04/html/BOCYL-D-04052010-1.do</a>
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.	<a href="https://bocyl.jcyl.es/html/2010/07/01/html/BOCYL-D-01072010-1.do">https://bocyl.jcyl.es/html/2010/07/01/html/BOCYL-D-01072010-1.do</a>
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	<a href="https://bocyl.jcyl.es/html/2010/06/02/html/BOCYL-D-02062010-4.do">https://bocyl.jcyl.es/html/2010/06/02/html/BOCYL-D-02062010-4.do</a>
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.	<a href="https://www.saludcastillayleon.es/formacion/es/formacion-sanitaria-especializada/normativa">https://www.saludcastillayleon.es/formacion/es/formacion-sanitaria-especializada/normativa</a>
Orden SAN/438/2011, de 17 de noviembre, con el objeto de ampliar su ámbito de aplicación a los profesionales de la enfermería	<a href="https://www.saludcastillayleon.es/formacion/es/formacion-sanitaria-especializada/normativa">https://www.saludcastillayleon.es/formacion/es/formacion-sanitaria-especializada/normativa</a>
ORDEN SAN/585/2019, de 11 de junio, por la que se establecen los requisitos mínimos para la constitución y funcionamiento de las Subcomisiones de Docencia de especialidades de enfermería	<a href="https://www.saludcastillayleon.es/formacion/es/formacion-sanitaria-especializada/normativa">https://www.saludcastillayleon.es/formacion/es/formacion-sanitaria-especializada/normativa</a>

# BIBLIOGRAFÍA CONJUNTA

1. Alonso Arévalo, J. Mendeley. El Facebook de los investigadores. Colombia: Ed. Libro Abierto; 2021.
2. Anzá Aguirrezabala I... et al. Metodología de la investigación y práctica clínica basada en la evidencia. Murcia: Consejería de Sanidad; 2013.
3. Arguedas-Arguedas O. La pregunta de investigación. Acta Médica Costarricense. 2009; 51(2): p. 89-90.
4. Cabello López, Juan B., Emparanza Knorr, Jose Ignacio. Lectura crítica para la práctica clínica basada en la evidencia clínica. En: Cabello López, JB. Lectura crítica en la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2002: p. 5-14.
5. Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. Educ Med. 2015; 16(1): p. 3-8. DOI: 10.1016/j.edumed.2015.04.001
6. 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. - N.º 202 Miércoles, 21 de octubre 2009. <https://bocyl.jcyl.es/boletines/2009/10/21/pdf/BOCYL-D-21102009-1.pdf>
7. Fasce H.E. Aprendizaje profundo y superficial. Rev. Educ. Cienc. Salud. 2007; 4(1): p. 7-8.
8. Fathalla MF, Fathalla MMF. Guía Práctica de Investigación en Salud. Publicación Científica y Técnica N° 620. Organización Panamericana de la Salud. 2004.
9. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, García P, Ke Y, Kelly P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming Education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010 Dec 4; 376(9756): p.1923-58
10. Gaitán Shiosaki M.E. La neurosis y el amor. Angels Fortune edition; 2019.



11. González Blasco P, Boso Vachi VH, Subtil de Paula P, De Antonio LJ, Godoy J. Promoviendo la educación médica centrada en el paciente para los estudiantes de medicina: una experiencia de dos décadas en Brasil. *Educ Med.* 2017; 18(4) p. 276-84. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.024>
12. González Anglada I. Guía del tutor de residentes. Madrid: Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 2018.
13. Grimes DA, Schulz KF. Bias and causal associations in observational research. *Lancet.* 2002; 359: p. 248-52.
14. Haynes RB. Forming research questions. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2006; 59(9): p. 881-6. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.06.006>
15. Hernández-Avila M, Garrido F, Salazar-Martínez E. Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México.* 2000; 42(5): p. 438-46.
16. Jovell Albert J. El futuro de la profesión médica. Barcelona: Fundación Biblioteca Josep Laporte, 2001.
17. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, «BOE» núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.
18. Lobato Fraile C. El aprendizaje autónomo. En *Principios de Educación Médica: Desde el grado hasta el desarrollo profesional.* Editorial Médica Panamericana, 2015; p. 240-243.
19. López-Villalobos JA. Relación Clínica Sanitario Usuario. Palencia: INSALUD; 1996.
20. López-Villalobos JA, Carriedo E, Carrera A. Entrevista clínica: Dimensión interpersonal. *Humana* 1997; 1(2): p. 58-59.

21. López-Villalobos JA, Andrés-De Llano JA, Sanguino R, Valle P, Baleriola R, Redondo MJ. Percepción de tutores y residentes sobre la entrevista docente. IV jornada de tutores de formación sanitaria especializada de Castilla y León. Valladolid: Gerencia Regional de Salud; 2013.
22. Los fines de la Medicina: El establecimiento de unas nuevas prioridades. Un proyecto internacional del Hasting Center. En: Cuadernos de la Fundación Grifols, nº 11. 2005
23. Martínez-Clares P. Concepto de competencia y formación en ciencias de la salud basada en competencias. En: Principios de Educación Médica: Desde el grado hasta el desarrollo profesional. Millán J, Palés J, Morán-Barrios J, editores. Editorial Médica Panamericana, 2015; p. 35-45.
24. Merayo A, Bravo E, Gordón F. La comunicación con el paciente: Habilidades emocionales para los profesionales de la salud. Barcelona: Elsevier ; 2014.
25. Millán Núñez-Cortés J, González Blasco P. Educación Médica centrada en el paciente. Madrid: Unión Editorial y Cátedra de Educación Médica FL-UCM, 2017.
26. Morán-Barrios J, Somme J, Basterretxea A, Bereziartua E, Iriberrri M, Martínez-Berriochoa A, et al. Formación especializada basada en competencias en el Hospital de Cruces: The Competency-Based Cruces Hospital Project 2008. Educ Med. 2011; 14: p. 97.
27. Morán-Barrios J, Ruiz de Gauna P, Ruiz Lázaro PM, Calvo R. Metodologías complementarias de aprendizaje para la adquisición de competencias en la formación de especialistas y actividades profesionales confiables. Educ Med. 2020; 21(5): p. 328-337. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.02.001>

28. Nolla Domenjó M. El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. *Educ Med.* 2006; 9(1): p. 11-6. DOI:10.4321/S1575-18132006000100004
29. Nolla M. Aprendizaje y prácticas clínicas. *Educ Med.* 2019; 20(2): p. 100-104.
30. Norma ISO-UNE 690:2013. Información y documentación. Directrices para la redacción de referencias bibliográficas y de citas de recursos de información.
31. 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 Miércoles, 2 de junio de 2010. <https://bocyl.jcyl.es/boletines/2010/06/02/pdf/BOCYL-D-02062010-4.pdf>
32. Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. *BOCyL.* Núm. 180 Lunes, 17 de septiembre de 2011 <https://bocyl.jcyl.es/boletines/2011/09/17/pdf/BOCYL-D-17092011-4.pdf>
33. Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan 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. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2008. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2008/02/22/sco581>
34. Palés Argullós JL. El desarrollo del personal docente. Los nuevos roles del profesor. Millán En: Principios de Educación Médica: Desde el grado hasta el desarrollo profesional. J, Palés J, Morán-Barrios J, editores. Editorial Médica Panamericana, 2015; p. 327-33.

35. Pérez Gómez B, Rodríguez Artalejo F, Villar Álvarez F, López-Abente G, Imaz Iglesia I, Damián J, et al. Método epidemiológico. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III; 2009.
36. Plan de gestión de la calidad docente de los centros acreditados para la formación sanitaria especializada. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección general de Ordenación Profesional.; 2008
37. Plan de Gestión de Calidad Docente. Palencia: Complejo Asistencial Universitario de Palencia; 2021.
38. Plan de Gestión de Calidad Docente. Valladolid: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; 2010.
39. Quevedo MP, Benavente MH. Contributions from Psychology to communication in the health sector. *Ciencias Psicológicas* 2019; 13(2) p. 317 – 332.
40. 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
41. Resolución de 3 de julio de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se corrigen errores en la de 21 de marzo de 2018, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación. «BOE» núm. 181, de 27 de julio de 2018
42. Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación. «BOE» núm. 95, de 19 de abril de 2018





ISBN 978-84-9718-724-4



Junta de  
Castilla y León