Documentos

PERFIL ACTUAL Y REQUISITOS PARA UN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA EN EL NUEVO MILENIO EN CHILE

Mauricio Cuello F.¹, Enrique Oyarzún E.¹, Rodolfo Wild A.¹

¹Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile

RESUMEN

Los permanentes avances en Obstetricia y Ginecología hacen que los programas deban ser continuamente actualizados, reestructurados, con evaluaciones periódicas y objetivas del residente en sus diferentes etapas formativas. La dedicación debe ser exclusiva, remunerada, supervisada y con una actividad no inferior a 80 horas semanales, de acuerdo a los estándares de países desarrollados. En este documento se presenta un análisis de los programas de formación en Obstetricia y Ginecología de Universidades extranjeras de alto prestigio y el de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

PALABRAS CLAVE: **Residencia, educación médica**

SUMMARY

Permanent progress in Obstetrics and Gynecology make necessary the continuous updating and restructuring of programs, with periodical and objective evaluation of the resident in his different formative phases. Dedication must be exclusive, remunerated, supervised and activity according to developed countries standards, not lower than 80 hours weekly. This document shows an analysis of Obstetrics and Gynecology educational programs of prestigious foreign universities and of Pontificia Universidad Católica de Chile.

KEY WORDS: **Residence, medical education**

INTRODUCCIÓN

Resulta natural que las Escuelas de Medicina promuevan y desarrollen cambios al interior de la malla curricular de un programa de postgrado. Dichos cambios surgen de una serie de factores que incluyen la evaluación continua del programa, la necesidad de incluir nueva información y nuevas tecnologías, y las nuevas demandas y necesidades del entorno. Ello obliga a modificar tanto los objetivos de la educación y de aprendizaje como los instrumentos de enseñanza y evaluación.

En la actualidad el avance vertiginoso en el conocimiento científico y tecnológico que experimenta la especialidad, la promoción y desarrollo de reformas de salud que afectan los límites de la labor del especialista tanto en el marco público como privado, los cambios en el sistema de financiamiento de los programas de especialización, y los efectos de la legalidad vigente en el ejercicio profesional han hecho que la formación del especialista en obstetricia y ginecología deba ampliar significativamente el horizonte de su conocimiento y trabajo. Ante este escenario, resulta difícil imaginar un especialista cuya formación sea suficiente

como para cubrir todas las demandas que se le exigen (1).

El presente trabajo tiene por objeto revisar el perfil del ginecólogo obstetra para el nuevo milenio considerando las demandas que los avances científicos y la sociedad han hecho surgir, y los requisitos que un programa en la especialidad debe tener a fin de satisfacerlas.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN Y ESPECIALISTAS EN CHILE

En la actualidad el título de especialista en Obstetricia y Ginecología se alcanza a través de dos vías. Una, a través de los programas de postgrado impartidos por las universidades pertenecientes a la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) y que la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) reconoce y certifica. La otra vía es la certificación otorgada directamente por CONACEM luego de aprobar los requisitos que ésta exige y dentro de los cuales se incluyen un período de formación práctica (cinco años) en Servicios de Salud reconocidos, o haber cursado una especialización en el extranjero y la aprobación de un examen ante una comisión designada por la entidad.

Los programas impartidos por las Universidades contemplan un período de formación en la especialidad de tres años. La mayoría de ellos son de dedicación semi-exclusiva y financiados en su mayoría por fuentes provenientes de las Universidades mismas, por becas que otorga el programa de ciclo de destinación del Ministerio de Salud o por becas otorgadas por las Fuerzas Armadas. Otras fuentes de financiamiento externo, aunque minoritarias, las constituyen el autofinanciamiento del educando y las becas otorgadas por fundaciones o entidades privadas.

Los programas de formación universitaria, tal como su nombre lo indica, son programas estructurados, de aprendizaje progresivo y tutorial, que exigen del educando una dedicación mayor para con la formación (idealmente una dedicación exclusiva) a fin de alcanzar los objetivos deseados. Sus fines, además, son docentes y no asistenciales. Por lo tanto, el número de educandos, las actividades asignadas y las rotaciones por las distintas áreas de formación debieran ser asignadas respetando dichos principios. Los programas debieran ser periódicamente revisados a fin de que dicho objetivo se siga cumpliendo.

Las estadías de perfeccionamiento, en cambio, habitualmente carecen de estructura, no tienen un

programa establecido y el nivel de aprendizaje depende de la asistencialesidad y nivel de los especialistas con los cuales el educando se relaciona.

La estructura de un programa, la supervisión y evaluación periódica, constituyen las principales diferencias entre la formación universitaria y las estadías de perfeccionamiento realizadas en los Servicios de Salud. La evaluación periódica, tanto interna como externa, permite garantizar la idoneidad de la formación y la introducción de modificaciones oportunas al programa que lo mejoren y cambien acorde a las necesidades y progresos de la especialidad, así como a las demandas que surgen en la sociedad.

Durante los últimos años diversos factores han amenazado el buen funcionamiento del sistema de formación de especialistas. Dichos factores se pueden agrupar en: a) cambios en el sistema de atención médica (reformas a la salud), b) cambios en la organización y políticas promovidas tanto por el Ministerio de Salud como por las Universidades, y c) cambios en los enfoques y políticas económicas en el país (2). Los cambios mencionados se han traducido en un incremento en la demanda y una disminución en la oferta por especialización. Es cada vez más frecuente que las pacientes gineco-obstétricas busquen la "personalización" de la atención, lo que reduce las posibilidades de aprendizaje práctico. A lo anterior se agregan los problemas médico-legales, y las dificultades de financiamiento en la formación de especialistas. El aumento de las demandas por negligencias médicas, donde nuestra especialidad ocupa el primer lugar, ha favorecido, probablemente, que disminuya el interés por la especialidad, de los alumnos que egresan.

De acuerdo con los estándares de países desarrollados, una relación adecuada entre el especialista en Obstetricia y Ginecología y el número de mujeres asignadas, oscila en alrededor de dos especialistas por cada 10.000 mujeres (Mulhausen, JAMA, 1989). En Chile, dicha relación no supera un especialista por 10.000 mujeres. En la actualidad, además de la falencia en número, existe una inequidad evidente en la distribución de especialistas a lo largo del país haciendo que la falencia para ciertas regiones sea aún más grave. Tal como se observa en la Figura 1, de acuerdo a fuentes del CONACEM, aproximadamente el 77% de los especialistas se concentra en tres regiones: V, VIII y Metropolitana, siendo ésta última donde se encuentran más del 60% de los poco más de 700 especialistas reconocidos. Aún en la Región Metropolitana -donde se concentra el mayor nú-

Figura 1. Distribución en número y tasa de especialistas certificados en Obstetricia y Ginecología en regiones.

mero de especialistas- dicha relación no se cumple (en ella es aproximadamente 1,4 por 10.000 mujeres). Aún cuando existe una diferencia entre los especialistas en ejercicio y aquellos que han sido certificados por CONACEM, aún duplicando los números, la falencia de especialistas persiste. La línea trazada en la Figura 1 muestra la relación entre especialistas y mujeres asignadas estimada por regiones.

A la falencia de especialistas a nivel nacional, y a la mala distribución, se debe agregar la falta de permanencia de los especialistas en el SNSS. La mayoría de los egresados de los programas de especialización aunque cumple con el tiempo de destino acordado con el ciclo de destinación, en su mayoría consigue modificar el destino original y/o, rápidamente luego de cumplir con el tiempo exigido, orienta sus actividades al área privada. Ello no sólo se debe a mejores expectativas económicas en el sector privado, sino también a la falta de cargos de planta en el SNSS que den permanencia a los nuevos especialistas, una vez finalizado el período inicialmente convenido en el ciclo de destinación. Es esta situación la que ha llevado al SNSS a: 1) reformar el ciclo de destinación encargando tanto la asignación de los recursos como los lugares de formación del futuro especialista a los servicios de salud respectivos y, 2) modificar los concursos para cargos de planta. Dicha política en la formación de recursos humanos y de ocupación de los cargos busca cumplir con la demanda regional y favorecer la permanencia del especialista en el servicio donde se destinó. Sin embargo, dicha solución, desde el punto de vista formativo, conlleva el riesgo de generar un especialista menos que óptimo, cuyo aprendizaje no sea estructurado sino basado netamente en la asistencialidad. La diversidad en contenido y práctica clínica de los programas de formación ya

existentes avala lo expuesto (3). Bajo este principio, sólo servicios clínicos con volumen y variedad de patologías suficientes, y con especialistas bien entrenados pueden permitir la formación de nuevos especialistas con la experiencia mínima y diversa que se requiere. La situación actual no permite que lo anterior sea factible.

Enfrentados a esta realidad, es deber de las Universidades el aportar soluciones que permitan mejorar la calidad y cantidad de los especialistas que se formen a futuro.

PERFIL DEL OBSTETRA Y GINECÓLOGO EN EL NUEVO MILENIO

Los actuales residentes deben aprender más en menos tiempo y deben incluir áreas del conocimiento que previamente no eran consideradas. Por otra parte, y como ejemplo de lo anterior, es claro que el ginecólogo debe cumplir hoy un rol mayor en la salud de la mujer, vista ésta desde un punto de vista integral. Estudios norteamericanos muestran que el ejercicio profesional del ginecólogo obstetra ha ampliado su horizonte en la atención primaria de la mujer (4-7). De hecho, aproximadamente el 50% de los especialistas certificados proporciona atención primaria a más de la mitad de sus pacientes (8).

Dados los cambios demográficos que se han producido, y los que afectarán a nuestro país en las próximas décadas, con un envejecimiento progresivo de la población (aumento de expectativa de vida y descenso de la tasa de natalidad), es esperable que el especialista se enfrente, cada vez más frecuentemente, a patologías médicas y/o crónicas que usualmente se observan por sobre los 40 años de edad. Ello hace que la formación médica en dichos aspectos deba ser más sólida a fin de cumplir con el deber médico de pesquisa y derivación oportuna, medicina preventiva y enfrentamiento terapéutico inicial.

Por otra parte, los nuevos conocimientos hacen que actualmente no se conciba un programa en que al residente no se le instruya en las aplicaciones clínicas de la biología molecular (ejemplo: diagnóstico prenatal) (9), ultrasonografía, laparoscopia, atención primaria, medicina preventiva, medicina basada en la evidencia, ética y neonatología (1).

Preocupación existe a nivel mundial sobre la posibilidad de cumplir con estas nuevas demandas para la formación del especialista, basados en tres razones (10):

1) En la actualidad los médicos jóvenes parecen valorar más el estilo y calidad de vida que

otros factores al momento de escoger una especialidad (11). Ello ha hecho más frecuente la inclinación hacia la radiología, dermatología, oftalmología, psiquiatría, por nombrar algunas. Así, resulta relevante el manifestar preocupación por resaltar los aspectos positivos y de satisfacción profesional que nuestra especialidad entrega. Debe haber preocupación por buscar modelos de trabajo en grupo que mejoren la calidad de vida del futuro especialista. A ello se agrega un descontento progresivo de los alumnos de medicina al momento de rotar por la especialidad. Ello debe hacernos pensar sobre las técnicas de enseñanza y la atención prestada para con ellos. La enseñanza tutorial tiene un rol en evitar la despersonalización del alumno.

2) La malla curricular es cada vez más compleja y condensada (más conocimiento en los mismos tres años) haciendo imposible cubrir con la suficiente profundidad todas las áreas. La única solución posible es que los objetivos sufran una reorientación buscando un nuevo equilibrio entre las destrezas clínicas y quirúrgicas. Dicho equilibrio necesariamente significa un cambio en el perfil quirúrgico del nuevo especialista. No es esperable que el nuevo especialista pueda ser un excelente perinatólogo y cirujano pélvico al mismo tiempo.

Lo anterior genera la necesidad de contar con subespecialistas que cubran de mejor manera áreas que previamente fueron entregadas al obstetra-ginecólogo general (1). Así, ya han surgido las ramas de medicina materno fetal, oncología ginecológica, endocrinología de la reproducción, ginecología infanto-juvenil y, más recientemente, los programas que incorporan medicina familiar (12).

Una alternativa a la subespecialización, y de acuerdo a la necesidad urgente del país de contar con más especialistas, es el extender el programa en tiempo y hacer modificaciones sustanciales a los objetivos y la metodología actual a fin de generar especialistas que tal vez al término de su formación ya sean diferenciados hacia un área en particular.

3) La dificultad en mantener el interés de los residentes que egresan por optar hacia una vida académica. Dentro de las variables que determinan esta falta de interés están: la necesidad de producción económica que tienen los departamentos autofinanciados y gestionados, lo que desvía el quehacer del académico joven desde la docencia e investigación hacia la asistencialidad y administración; las dificultades de financiamiento al

momento de acceder a educación continua (asistencia a congresos, perfeccionamiento, etc.); las diferencias económicas y de estilo de vida entre los especialistas insertos en medicina académica y aquellos que ejercen en práctica privada; y, por último, el aumento de las demandas médicas, muchas de ellas derivadas de la propia labor docente al interior de los programas de residencia.

Es claro entonces, que los programas de formación de especialistas deben sufrir cambios a diferentes niveles (13, 14). Frente a tales necesidades no existe un mejor motor para impulsar el cambio que aquel que brota del seno universitario. Un primer paso probablemente sea el generar un perfil de especialista distinto con conocimiento más integral y con motivación hacia la vida académica. Ello permitirá cubrir las demandas de especialistas que el país requiere y a la vez generar nuevos focos de formación al interior de los Servicios de Salud, pero contando con programas más idóneos y de calidad más homogénea que los ya existentes.

REQUISITOS MÍNIMOS PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

A comienzos de la década de los noventa (15), la ASOFAMECH definió los criterios que se consideraran esenciales para la acreditación de un centro formador de especialistas:

1. presencia de personal docente calificado y estable,
2. existencia de implementación asistencial básica y asistencia médica de alta calidad,
3. respeto a los cupos señalados por la comisión nacional de acreditación.

En la actualidad pocos centros cumplen con estos criterios mínimos y es, probablemente, al interior de algunas Universidades donde ello todavía ocurre. Sin embargo, dichos requisitos son los básicos o esenciales. Al momento de considerar las metas que un buen programa de formación en Obstetricia y Ginecología debe promover y cumplir, los requisitos son muchos más. Así, además de lo descrito, un programa de formación en la especialidad debe:

- constituir una experiencia educativa estructurada y planificada en continuidad con la educación médica de pregrado. El programa debe ser estructurado a fin de proporcionar un ambiente de formación con: responsabilidad creciente, adecuada supervisión, instrucción formal, evaluación crítica, orientación y consejo al residente.

- proporcionar oportunidades suficientes para adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para el buen desempeño en la especialidad. El programa debe durar al menos tres años y ser de dedicación exclusiva a fin de optimizar el tiempo de estudio y de práctica supervisada.

- promover el desarrollo de competencias necesarias para la atención primaria de la salud de la mujer. El perfil profesional debe estar focalizado en la salud primaria y reproductiva de la mujer, incluyendo la promoción en salud, la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, así como la consulta y referencia oportunas.

Teniendo en consideración la experiencia educativa de los centros norteamericanos y europeos, a fin de cumplir con los criterios antes mencionados deben considerarse como requisitos mínimos de un programa de especialización en Obstetricia y Ginecología los siguientes:

- soporte por una Institución debidamente acreditada y responsable del programa
- número de residentes proporcional a los objetivos educacionales y no asistenciales
- proceso de selección de residentes riguroso y objetivo que evalúe y pondere variables cognitivas, psicológicas y de relación interpersonal (examen teórico, entrevistas, pruebas psicológicas)
- cuerpo docente calificado (coordinador de programa y docentes acreditados)
- programa educacional estructurado basado en objetivos y logros
- evaluación periódica del residente, del docente y del programa
- práctica de innovación y experimentación (investigación en docencia)
- certificación previo examen

A continuación detallamos cada uno de los requisitos antes mencionados (16):

1. Institución

En la actualidad existen dos grandes tipos de programas de acuerdo a la modalidad práctica en que se desarrollan, los independientes y los integrados, con o sin rotaciones extramurales. Los programas independientes transcurren en una sola institución donde existe un sólo encargado del programa (Ejemplo: los programas de especialización al interior de un Servicio de Salud a cargo del Jefe de Servicio respectivo).

Los programas integrados, en cambio, se desarrollan en varias instituciones participantes pero mantienen un sólo encargado del programa (ejem-

plo: modelo utilizado por la Universidad Católica donde los becados rotan en diferentes campus clínicos de la Universidad y en el Servicio de Salud Sur Oriente, en todos ellos a cargo del encargado del programa). En el modelo integrado existen rotaciones extramurales (< 6 meses) o en centros afiliados (> 6 meses).

Independientemente del tipo de programa, necesariamente debe haber una institución patrocinante responsable del programa. Dicha institución debe contar con acceso a todas las especialidades mayores y comprometer su debida participación para con el programa. Junto a la institución patrocinante pueden coexistir otras instituciones participantes (como en el modelo integrado). Las asignaciones a ellas deben ser basadas en motivos educacionales (previa acreditación del centro). El tiempo de rotación en ellas debe ser el necesario para asegurar la calidad de la experiencia educacional. No vale la pena incluir rotaciones que por duración y falta de objetivos claros no contribuyan a mejorar o complementar el programa. Toda institución participante debe comprometer por escrito su participación, así como el tiempo de duración, el docente a cargo, los supervisores, la metodología y herramientas de evaluación, los objetivos y la labor del residente.

Tanto la institución patrocinante como las participantes deben contar con:

- Policlínico: con acceso oportuno al registro médico y al laboratorio para permitir una educación efectiva en cuidado ambulatorio.
- Hospital: además del acceso al registro médico y al laboratorio adecuado, debe permitir el manejo de pacientes críticos y de aquellos que requieran de procedimientos quirúrgicos mayores tanto obstétricos como ginecológicos.

En ambos campos clínicos es crítico contar con un número suficiente de casos.

- Auditoría periódica: del registro médico incluyendo el número de procedimientos, consultas, tipo de patologías atendidas y complicaciones.

- Biblioteca médica: recurso indispensable en todo programa. Debe estar fácilmente accesible (idealmente las 24 horas del día, todos los días del año). Dicha disponibilidad puede ser en una planta física o a través de recursos on-line.

- Dependencias del residente: tal vez el recurso más importante y el más olvidado. Resulta imprescindible contar con un lugar físico para el adecuado descanso y esparcimiento durante las horas de trabajo; un lugar que además de satisfacer las necesidades básicas permita el estudio personal.

2. Cuerpo docente

2.a) *Encargado del programa*: Todo programa debe necesariamente contar con un encargado que represente a la institución patrocinante. Debe estar acreditado en la especialidad y contar con experiencia suficiente en educación (haber realizado un diplomado en docencia o similar) (17). Debe ser miembro de la planta académica ordinaria de la institución patrocinante. Debe tener dedicación al programa, estar a cargo de la supervisión del desarrollo del programa en todas las instituciones y del desempeño tanto de docentes como residentes. Para ello es esencial que realice visitas periódicas a cada campo clínico. Debe mostrar y tener preocupación por el residente tanto en el plano académico como personal.

2.b) *Docentes participantes*: El cuerpo docente debe ser calificado y acreditado, con cobertura suficiente para cumplir los objetivos del programa y en todas las áreas de la especialidad. En cada campus clínico debe haber docentes pertenecientes a la planta académica de la institución patrocinante y que cuenten con formación docente clínica (diplomado). Los docentes encargados en cada campo clínico participante deben tener interés en la docencia, la investigación y en su propia educación continua (18).

3. Residente o becado

3.a) *Número*: el número de becados que ingresa al programa debe ser proporcional a la infraestructura, volumen y calidad de pacientes, número y calidad de docentes, y financiamiento disponible. Debe ser independiente de las necesidades asistenciales que tenga la institución. A fin de garantizar el aprendizaje continuo y progresivo debe propenderse a la dedicación exclusiva. Para ello resulta vital el garantizar un ingreso digno, justo y ajustado a la realidad contingente del país, e individualizado a la situación particular de cada residente.

La selección de los becados debe ser independiente y no afectada por la formación de becados de subespecialidad (19).

3.b) *Selección*: debe ser rigurosa y debe evaluar variables cognitivas, vocacionales, psicológicas y sociales, además de antecedentes académicos. El proceso debe ser transparente, único, ecuánime y sujeto a modificaciones periódicas si se estima conveniente. Idealmente el proceso de selección debe ser común a todas las especialidades.

Durante el proceso de selección el comité a cargo (Comisión de Postgrado) debiera enfatizar en cuatro puntos la decisión:

1. Las credenciales académicas (nota de egreso o título, resultado de prueba de conocimientos incluida en la postulación y/o Examen Médico Nacional).

2. Los informes de las entrevistas al postulante (miembro de la Comisión, Jefe de Departamento y psicóloga).

3. La carta del postulante (carta vocacional) y las cartas de recomendación.

Debido al creciente número de las Escuelas de Medicina en nuestro país (en los próximos cinco años habrá egresados desde al menos veintiuna escuelas), el proceso de postulación y selección inevitablemente crecerá y se hará más complejo. Para ello resulta conveniente el considerar los modelos ya utilizados por centros europeos y norteamericanos.

Con anterioridad a la década de los noventa, para la mayoría de los estudiantes de Escuelas de Medicina norteamericanas el proceso de selección para una residencia resultaba estresante, costoso y distractivo del quehacer académico durante el último año de la carrera. Por otra parte, los encargados del proceso de selección encontraban que el proceso presentaba una serie de falencias y errores. Críticas abiertas se habían hecho tanto a las cartas de recomendación como a las formas utilizadas para la postulación que, aunque universales y estructuradas, eran impersonales, incompletas y difíciles de manejar. Ello llevó al Consejo Ejecutivo de Escuelas de Medicina de los Estados Unidos a investigar el desarrollo de un nuevo sistema de postulación vía computacional. Luego de una serie de evaluaciones a los instrumentos antes descritos se generó en 1992 un sistema de postulación conocido como ERAS (Electronic Residency Application Service), a través del cual las Escuelas de Medicina y los estudiantes conducen el proceso de selección en forma electrónica a lo largo de todo el país. En este sistema la postulación incluye: forma de postulación estandarizada, carta personal del postulante, carta del Decano, carta del Jefe del Departamento, notas y resultados del Examen Médico Nacional. El sistema descrito permitió agilizar el proceso de postulación y, a los encargados del proceso de selección, poder decidir más fácilmente a quienes escoger para una entrevista y hacer un ranking de selección entre los postulantes, no sólo a nivel local, sino nacional (programa nacional para parear programas de residencia con postulantes más indicados para ellos) (20).

El accionar conjunto de las distintas Universidades, bajo el alero de ASOFAMECH, deberá bus-

car los instrumentos para alcanzar un proceso único de selección similar al descrito.

4. Programa

El programa debe ser progresivo en dificultad técnica, complejidad cognoscitiva y responsabilidad. Debe necesariamente incluir el conocimiento mínimo necesario para la especialidad, suplemento de contenido contingente y el respeto a principios morales y religiosos.

Las áreas de competencia que deben ser incluidas en el programa educacional incluyen:

- Cuidado de pacientes
- Conocimiento médico
- Aprendizaje basado en práctica
- Habilidades comunicacionales (pacientes, familia, profesionales de la salud)
- Profesionalismo
- Práctica inserta en sistemas de salud

Las experiencias educativas tanto en Obstetricia como en Ginecología deben incluir todo el espectro médico y quirúrgico, a todas las edades, e incluyendo el manejo de pacientes críticas. En la actualidad, y basado en el perfil actual del obstetra y ginecólogo, resulta esencial el incluir rotaciones y enseñanza dirigida en atención primaria, medicina familiar y preventiva.

Junto con definir las rotaciones específicas para cada año del programa debe establecerse cuales serán las actividades formales que cada rotación incluirá para alcanzar los objetivos propuestos. Dichas actividades deben ser estructuradas y definidas por calendario. Idealmente deben incluir (21):

- visitas en sala (diariamente),
- reuniones clínicas,
- revisión de artículos (journal club) y reuniones bibliográficas,
- conferencias docentes (tópicos sobre todos los aspectos de la especialidad, incluyendo ciencias básicas), seminarios, cursos teóricos específicos,
- reuniones multidisciplinarias (interacción con otras especialidades o profesionales),
- actividades quirúrgicas: indicación, acto quirúrgico, manejo postoperatorio,
- actividades de policlínico (incluyendo subespecialidades y atención primaria).

Cabe destacar que tratándose de una especialidad médico quirúrgica no sólo basta con definir las actividades formales sino que debe ser establecido el número de procedimientos mínimos con los cuales se considera a un especialista prepara-

do y calificado. Ello supone el establecer registros por parte de los residentes sobre el número de procedimientos realizados y contar con medidas en el programa que permitan garantizar el cumplimiento de las metas propuestas. La Tabla I muestra las experiencias vividas por los residentes norteamericanos durante su beca (22). Probablemente nuestros programas debiesen ofrecer oportunidades similares en número y variedad.

El programa, sus rotaciones y actividades formales, deben ser objeto de revisión periódica y de modificaciones que permitan mejorar la calidad del programa e introducir los avances que la especialidad deba asimilar (por ejemplo: ultrasonografía, laparoscopia y biología molecular).

Además de las actividades formales ya descritas el programa debe promover el estudio a través del desarrollo de líneas de investigación clínica o básica, la publicación en revistas de la especialidad, el envío de contribuciones a congresos, la participación docente en reuniones, discusiones, revisiones e investigación. Así también, la participación en reuniones de sociedades científicas y en cursos de actualización.

Un elemento que debe quedar claramente establecido en el programa es: el horario de trabajo del residente. A este respecto:

- debe haber un adecuado balance entre la carga asistencial y académica,

Tabla I
EXPERIENCIAS QUIRÚRGICAS DE LOS
RESIDENTES AMERICANOS DURANTE EL
PROGRAMA DE FORMACIÓN

<i>Procedimiento</i>	<i>Mediana</i>
Obstetricia	
Parto espontáneo	360
Cesárea	188
Fórceps	37
Parto podálica	8
Parto embarazo múltiple	10
Amniocentesis genética	15
Ginecología	
Histerectomía abdominal	80
Histerectomía vaginal	30
Cirugía incontinencia urinaria	20
Cirugía por cáncer	29
Casos de quimioterapia	26
Cirugía por tumor anexial	51
Cirugía por embarazo ectópico	20
Laparoscopia (diagnóstica/terapéutica)	79
Cirugía por infertilidad/endocrinopatía	32

- todo quehacer debe ser supervisado (a toda hora),
- siempre debe tenerse presente la calidad de la atención, la educación, la seguridad del paciente y la responsabilidad del médico tratante (staff) para con sus pacientes,
- deben reconocerse oportunamente signos de fatiga y evitar sus consecuencias negativas,
- el horario no incluye horas de estudio individual.

Se consideran condiciones de trabajo razonables para la formación en la especialidad lo siguiente (22, 23):

- Horas trabajo: Máximo 80 horas/semana (incluye turnos).
- Tener un día libre semanal.
- 10 horas de descanso entre jornadas (considera el derecho a post-turno).
- Turnos: idealmente no más de tres por semana (cada tres noches).
- Vacaciones: Tres a cuatro semanas por año.
- Un máximo de seis horas adicionales sobre las horas de trabajo para actividades educativas, entregas de turno, garantizar continuidad de tratamiento de pacientes, policlínico.
- Llamadas: sin limitaciones, pero debe haber día libre. Se consideran horas de trabajo.

– Dedicación exclusiva. Debe velarse porque la remuneración que los becados reciban sea adecuada lo que permita mantener la dedicación exclusiva.

Del mismo modo que en Estados Unidos, Chile ha vivido un progresivo cambio en el perfil de postulantes a la especialidad. En la actualidad en EEUU, aunque algo más del 50% de los estudiantes de medicina son hombres, 75% de los residentes en obstetricia y ginecología son mujeres (7, 10). En nuestra Universidad parece seguirse la misma tendencia. Cuando en los ochenta lo habitual era contar con una mujer entre doce becarios, en la actualidad cinco de doce son mujeres. Lo anterior obliga a que los programas contemplen la variable embarazo. Estudios norteamericanos demuestran que casi 50% de las residentes casadas se embarazan durante la residencia. La tasa de complicaciones asociadas al embarazo parece ser mayor que la población general (43% versus 5%), y, en el 25% de embarazos que no son planificados, la residente experimenta conflictos entre su deseo de tener un niño y el temor de no alcanzar sus expectativas de desarrollo profesional (24-26). Se hace necesario, entonces, que los programas de residencia contemplen medidas para facilitar el desempeño y continuidad de las residentes mujeres, así como para fomentar, entre pares y docen-

tes, el respeto por los derechos de la mujer embarazada.

5. Evaluación

La excelencia y vigencia del programa sólo son garantizados si, además del residente, son formalmente evaluados el programa y su cuerpo docente.

5.a) *Evaluación del residente:* El programa debe incluir métodos adecuados de evaluación para todas las áreas de competencia. Debe ofrecer al becado un feedback periódico y oportuno. Debe haber evaluación semi-anual escrita. El programa debe contar con un registro de evaluación para cada residente (carpeta personal) que debe estar accesible a través del encargado del programa. Las fuentes de evaluación deben ser diversas e incluir a los pares, los docentes, los pacientes y otros profesionales de la salud con los cuales los becados interactúen. Independientemente de la excelencia del becado, siempre debe haber una evaluación final.

5.b) *Evaluación del cuerpo docente:* El cuerpo docente debe ser objeto de evaluación periódica. Debe velarse por la excelencia académica, la adecuada relación docente-becado, el perfeccionamiento (educación continua) y la disposición a la investigación docente, clínica y básica. Idealmente debe hacerse a la mitad de cada período de acreditación otorgado por ASOFAMECH. La evaluación debe incluir visitas en el lugar para evaluar que la infraestructura mantenga los estándares que una docencia de calidad exige. Por último, debe existir una evaluación confidencial por parte de los residentes.

5.c) *Evaluación del programa:* Debe ser sistemática y anual. La evaluación debe hacerse en base a objetivos del programa y logros. Deben formar parte de dicha evaluación (equipo evaluador): el encargado del programa, los docentes y al menos un residente. Se debe considerar en dicha evaluación el informe confidencial emitido por los residentes. Indispensable como resultado de dicha evaluación es la corrección oportuna de las deficiencias.

La evaluación del programa debe velar porque se mantenga viva en el programa la innovación y experimentación docente. Ello es esencial para mejorar la educación profesional. Lo anterior significa que debe favorecerse y/o facilitarse la realización de proyectos experimentales educativos, y la incorporación de nuevas técnicas de enseñanza y de recursos o equipamiento.

6. Certificación

La certificación de especialista requiere de una evaluación integral. Dicha evaluación debe incluir el informe final del encargado del programa para cada becado (basado en las calificaciones y evaluaciones obtenidas durante sus rotaciones), un examen teórico oral y escrito (cognoscitivo), e, idealmente, un examen de habilidades clínico-prácticas (ECOE) (27), más la participación en un proyecto de investigación y las publicaciones. El programa debe establecer claramente los límites para la aprobación y los mecanismos a utilizar en caso de reprobación, suspensión o retiro del programa.

FALENCIAS ACTUALES EN LOS PROGRAMAS

Durante los últimos años la ASOFAMECH a través de la comisión de acreditación de centros formadores ha establecido las principales falencias al interior de los programas existentes:

- Hospitales con programas de formación de más de una Universidad.
- Cupos de becados no ajustados a recursos humanos y materiales de cada centro.
- Cupos de becados creados para solucionar problemas asistenciales.
- Falta de profesores con evaluación académica adecuada. Docencia impartida por médicos asistenciales.
- Ausencia de voluntad para la profesionalización de la docencia.
- No disponibilidad de: subespecialidades, diagnóstico por imágenes, laboratorios de investigación, biblioteca.
- Ausencia de compromiso del centro universitario con hospitales afiliados.

Para alcanzar los estándares de excelencia, toda institución patrocinadora debiese corregir dichas falencias. A fin de garantizar la mantención de la excelencia y la calidad del programa, la acreditación de cada centro debiese ser periódica e incluir para su obtención el cumplimiento de los requisitos mínimos y la solución oportuna a las objeciones que previamente haya reportado la comisión de acreditación.

EXPERIENCIA EN LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS AL INTERIOR DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

El programa de formación en Obstetricia y Ginecología fue creado en 1961. Desde sus ini-

cios hasta ahora, el programa ha sido objeto de revisiones periódicas. A la fecha, el programa original ha sufrido al menos tres grandes modificaciones (en los años 1985, 1998 y 2000). Dichas modificaciones buscaron alcanzar una mayor interacción y coordinación entre las distintas instituciones participantes del programa e incorporar oportunamente los avances técnicos y clínicos surgidos en la especialidad (laparoscopia, ultrasonografía obstétrica y ginecológica, Doppler, laboratorio de subespecialidades, etc.).

Desde fines de los noventa un cambio generacional se ha ido produciendo en el cuerpo docente. La mayoría de los académicos jóvenes incorporados al programa son egresados de la institución patrocinadora y han recibido formación en el extranjero (EEUU, Francia, España, Inglaterra, Bélgica e Italia). Ha sido el fin último renovar y mantener la excelencia académica del programa.

A partir del año 2000, es costumbre revisar anualmente, junto al cuerpo docente y becados, los objetivos y logros alcanzados por el programa. Dicha política ha permitido introducir modificaciones -cuando se ha estimado necesario- en la malla curricular, la plana docente y el número de residentes.

El Programa actual de Obstetricia y Ginecología tiene una duración de tres años (36 meses) y se ofrece a médicos que posean el título de médico cirujano obtenido en una Universidad chilena o extranjera. El objetivo central es formar un especialista en Ginecología y Obstetricia. Para cumplir con ello, el educando realiza diferentes actividades teóricas y prácticas que son planificadas y supervisadas en los distintos campos clínicos pertenecientes a nuestra facultad. Particular papel tiene la motivación y estudio personal que consideramos lleva al alumno a adquirir en forma progresiva las herramientas necesarias para un futuro desempeño adecuado como especialista.

Sin embargo, y adicionalmente, no ha sido el fin el formar "cualquier" especialista en Ginecología y Obstetricia. Bajo el alero de la Pontificia Universidad Católica de Chile se ha querido formar individuos que sean capaces de alcanzar la mayor autonomía posible; autonomía intelectual que les permita comprender el mundo en su totalidad, y contribuir a la globalización de la cultura y de nuestro continente; y, autonomía espiritual, que les confiera el deseo de buscar siempre la verdad y el bien de los otros; formar individuos que desarrollen y mantengan la capacidad de "asombro", no en términos de "perplejidad" sino en términos de ser capaces de preguntarse sobre su queha-

cer, sobre el mundo, sobre la existencia. De este modo se pretende cumplir el mandato de S.S. Juan Pablo II, expresado en la Constitución Apostólica *Ex Corde Ecclesiae*, donde se afirma que la Universidad congrega "un conjunto de personas reunidas por el gozo de buscar la verdad, de descubrirla y de comunicarla en todos los campos del conocimiento"; y, en *Fides et ratio*, donde se nos exhorta a la renovación de la mirada contemplativa sobre el mundo en el sentido de transformar el saber en sabiduría y pasar del fenómeno al fundamento.

Los aspectos descritos son esenciales a la vocación universitaria, y representan fielmente aquello de lo que se pretende impregnar a nuestros especialistas, de modo que donde sea que fuesen, sean ellos reconocidos como exbecarios de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El programa se desarrolla en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile y en el Hospital Dr. Sótero del Río (dependiente del Servicio de Salud Sur Oriente del Área Metropolitana). La Tabla II muestra las características generales del programa que la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile ofrece. La Tabla III muestra un análisis comparativo de las rotaciones contempladas en el programa de la PUC y en universidades norteamericanas.

A la fecha han sido formados 120 especialistas, 17 de ellos extranjeros provenientes de diferentes

países latinoamericanos (Bolivia, Brasil, Colombia Ecuador, Honduras, Panamá, Perú, Venezuela). Con orgullo podemos señalar que aproximadamente el 50% de ellos se desempeña en instituciones docentes y centros formadores de especialistas tanto nacionales como extranjeros.

Durante los últimos años hemos visto con preocupación una tendencia creciente a los episodios de estrés, depresión, problemas conyugales, y, en situaciones extremas, la renuncia a la beca durante el programa (28). Ello nos ha llevado a reflexionar como Departamento y a nivel de Escuela (Simposium Educación Postítulo, organizado por la dirección de postgrado, Diciembre 2003) sobre las características del programa actual, su estructura y el estrés que éste pueda generar, nuestro rol como docentes, la relación que se establece entre docentes y becados, y las condiciones económicas, humanas, sociales y del entorno en las cuales nuestros becados deben desenvolverse.

Creemos que todo programa es susceptible de ser perfeccionado y para dicho proceso es central que se establezca una relación más estrecha (tal vez tutorial), humana y de confianza entre las partes, que haya una mayor dedicación a la docencia, una preocupación integral por el individuo y una revisión periódica y conjunta por las partes de cada una de las variables que determinan la calidad de un programa. Estas son las herramientas que permitirán evitar que los problemas detectados sigan ocurriendo o se repitan en el futuro.

Tabla II

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Creación: 1961
Duración: 36 meses
Institución patrocinadora: Escuela de Medicina, Universidad Católica
Institución participante afiliada: Hospital Sótero del Río
Número residentes: 4 a 6 por año

Cuerpo docente:

Encargado programa (profesor adjunto)
Coordinador programa (profesor auxiliar)
Coordinador Docencia Sótero del Río (profesor auxiliar)
Académicos ordinarios: 20 (18 PUC, 2 Sótero)
Académicos asociados: 24 (11 PUC, 13 Sótero)

Egresados y certificados:

120 especialistas, 17 de ellos extranjeros

FUTURO DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN CHILE: REFLEXIONES DESDE EL ÁMBITO UNIVERSITARIO

A fin de formar un especialista integral, con vocación docente, con el sello de la universidad y que sea más atractivo a la sociedad, nos parece necesario plantear modificaciones significativas a los programas actuales.

1. ¿Cómo mejorar los programas de formación ya existentes? (29)

a) Poniendo término a programas no oficiales de especialización. Estableciendo acuerdos entre las entidades a cargo: ASOFAMECH, Sociedades científicas, SNSS, MINSAL, etc.

b) Estableciendo programas cooperativos entre diferentes servicios y Facultades de Medicina.

c) Redefiniendo el ámbito propio de la especialidad.

Tabla III
DISTRIBUCIÓN DE LAS ROTACIONES EN DISTINTOS CENTROS FORMADORES AMERICANOS
Y EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

<i>Centro formador</i>	<i>Univ. Massachusetts Medical School 4 años</i>	<i>Universidad Michigan 4 años</i>	<i>Yale School Medicine 4 años</i>	<i>Pontificia Universidad Católica 3 años</i>
<i>Duración programa</i>				
<i>Rotación (meses)</i>				
Obstetricia	17	14,5	13	12
Medicina Familiar	2	1,5	1	
Endocrinología/Reproducción	5	3	1	2
Ginecología	7	9,5	9	13
Gin Ambulatoria	2	2,5	2	
Uroginecología	4,5	2	2	
Oncología	7	5,5	4	4
Neonatología	0,5			
Medicina Urgencia	1	0,5	1	
UCI		0,5	1	
Medicina Interna			1	
Ultrasonografía			1,5	1
Anestesia			0,5	
Turnos/llamadas		3	6	
Electivos/investigación		2	2	3
Planificación familiar				
Geriatría/menopausia				
Onco mama				1
Salud de la mujer				
Vacaciones	2	3,5	3	
Total	48	48	48	36

<i>Centro formador</i>	<i>Pennstate University 4 años</i>	<i>UCSF 4 años</i>	<i>Saint Joseph Mercy 4 años</i>	<i>Pontificia Universidad Católica 3 años</i>
<i>Duración programa</i>				
<i>Rotación (meses)</i>				
Obstetricia	15	13	16	12
Medicina Familiar	2	1	1	
Endocrinología/Reproducción	3		4	2
Ginecología	3	12	8	13
Gin Ambulatoria			3	
Uroginecología			1	
Oncología	6	45	4	4
Neonatología				
Medicina Urgencia		1	1	
UCI	1	1,5	1	
Medicina Interna		2	1	
Ultrasonografía		1,5		1
Anestesia				
Turnos/llamadas		4,5	3	
Electivos/investigación	6	1,5	1	3
Planificación familiar		1,5		
Geriatría/menopausia		1	1	
Onco mama				1
Salud de la mujer	9			
Vacaciones	3	3	3	
Total	48	48	48	36

d) Dimensionando el rol de la especialidad en el cuidado general de la mujer y en la educación de la comunidad.

e) Estableciendo y respetando los requisitos mínimos que deben cumplirse en programas de formación.

2. *¿Cómo debiese ser un nuevo programa?*

El crecimiento vertiginoso de las subespecialidades, los avances tecnológicos en ultrasonografía y laparoscopia –por citar algunos–, el rol preponderante que tiene el obstetra y ginecólogo en la atención primaria y la salud de la mujer hacen imposible que todos los contenidos requeridos puedan ser cubiertos adecuadamente en el período de tiempo destinado actualmente para formación.

3. *¿Qué es mejor? ¿Modificar los contenidos o extender el período de formación?*

Nos parece que probablemente es más eficiente el diseñar una nueva modalidad de programa en que inicialmente exista una malla curricular común que reúna los objetivos y conocimientos considerados esenciales y comunes para todo especialista. Posteriormente el programa se diferencia y deriva al educando a adquirir un mayor conocimiento y preparación en alguna de las grandes áreas de la especialidad. En este modelo, resulta indispensable prepararlos también para una potencial vida académica futura. La incorporación de cursos pertenecientes a los diplomados en docencia a la malla curricular común tal vez satisfaga dicha necesidad. En este contexto, proponemos pensar en una reestructuración mayor de los programas de residencia, programas tal vez de cuatro años, con los dos primeros años en un plan común, que incluya dentro de los objetivos y contenidos de formación a la docencia y la medicina familiar, seguido de dos años para obtener una subespecialización.

4. *¿Qué se requeriría para estos cambios?*

– Modificar los objetivos y logros del programa: listado de objetivos específicos a cumplir, tanto en la adquisición de conocimientos de la especialidad, como en la obtención de habilidades y destrezas. Todo esto, sin olvidar la formación general y la vocación de servicio.

– Introducir flexibilidad en los programas (mallas curriculares comunes y diferenciadas).

– Modificar las formas de evaluación.

– Contar con un cuerpo docente identificado, partidario del nuevo modelo.

– Que el modelo sea consecuente con las necesidades de la sociedad para que despierte el interés de los sistemas de salud por contar con ellos y consecuentemente despierte en los alumnos de medicina el deseo de formarse bajo este nuevo concepto de especialista.

– Nuevas fuentes de financiamiento.

– Mantener, proteger y perfeccionar el sistema de acreditación.

Como dijo Bernardo Houssay (1887-1971) Premio Nobel de Fisiología y Medicina (1947) en sus reflexiones sobre docencia en un ámbito universitario, todo programa de formación universitario y excelencia debiese velar porque:

– Sus profesores y docentes se consagren exclusivamente a la docencia y la investigación.

– Sus profesores realicen investigaciones originales y formen investigadores.

– La enseñanza esté basada en el espíritu científico, o sea en la investigación.

– Forme hombres superiores por su capacidad técnica, su cultura y su conducta.

– Se desarrolle la inteligencia, la iniciativa, la independencia de juicio y un patriotismo profundo racional e ilustrado.

– Se ayude intensamente a la formación y adelanto de los jóvenes mediante muchas becas de perfeccionamiento o de investigación.

– Exista mucho contacto directo y franco entre los profesores, sus colaboradores y los alumnos.

– El número de alumnos esté en relación con la capacidad docente.

– Posea una biblioteca moderna, completa y vital, dinámica y no estática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Willson JR. Scientific advances, societal trends, and the education and practice of obstetrician-gynecologists. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162(5): 1135-40.
2. Goic A. The training of medical specialists according to the needs of the country. *Rev Méd Chil* 1990; 118(6): 692-98.
3. Vial S, Rosselott E. [Certification of specialists and their training outside the university]. *Rev Méd Chil* 1992; 120(6): 689-96.
4. Gerbie AB. The obstetrician-gynecologist: specialist and primary care physician. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172(4, part 1): 1184-87.
5. Hale RW. The obstetrician and gynecologist: primary care physician or specialist? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172(4 part 1): 1181-83.

6. Dunn LJ. The obstetrician-gynecologist - generalist, specialist, subspecialist? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172(4 part 1): 1188-90.
 7. Jacoby I, Meyer GS, Haffner W, Cheng EY, Potter AL, Pearse WH. Modeling the future workforce of obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 1998; 92(3): 450-56.
 8. Seltzer VL, Fishburne JI, Jonas HS. Obstetrics and gynecology residencies: education in preventive and primary health care for women. *Obstet Gynecol* 1998; 91(2): 305-10.
 9. Grant JM. The whole duty of obstetricians. *British Journal Obstetrics Gynaecology* 1997; 104: 387-92.
 10. Gibbons JM, Jr. Springtime for obstetrics and gynecology: will the specialty continue to blossom? *Obstet Gynecol* 2003; 102(3): 443-45.
 11. Metheny WP, Blount H, Holzman GB. Considering obstetrics and gynecology as a specialty: current attractors and detractors. *Obstet Gynecol* 1991; 78(2): 308-12.
 12. Mann WJ, Jr., Bruder K, Frazier C, Evans P. A 5-year residency curriculum in obstetrics, gynecology, and family medicine. *Obstet Gynecol* 1999; 94(2): 317-20.
 13. Willson JR: Educating the obstetrician-gynecologist for the future. *Obstet Gynecol* 1989; 73(1): 125-29.
 14. Bissonnette JM, Gabbe SG, Hammond CB, MacDonald PC, Polan ML, Roberts JM. Restructuring residency training in obstetrics and gynecology. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180(3 Pt 1): 516-18.
 15. Vial S. [Accreditation of training centers for medical specialists]. *Rev Med Chil* 1992; 120(2): 188-96.
 16. ACGME. Program requirements for residency education in obstetrics and gynecology, 2003.
 17. Steinert Y. Faculty development in the new millennium: key challenges and future directions. *Medical Teacher* 2000; 22(1): 44-50.
 18. Gabbe SG, Mueller-Heubach E, Blechner JN, Pearse WH, Depp R, Creasy RK. A blueprint for academic obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 1998; 92(6): 1033-37.
 19. Metheny WP, Sherline DM. The effects of fellowships on residency training in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 1987; 69(5): 825-29.
 20. Taylor CA, Weinstein L, Mayhew HE. The process of resident selection: a view from the residency director's desk. *Obstet Gynecol* 1995; 85(2): 299-303.
 21. Eskew PN, Jr., Watt GW. Postgraduate medical education in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 1981; 58(5): 642-45.
 22. Metheny WP, Ling FW, Mitchum M. What to expect from a residency program: answers from a directory of residency programs in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 1998; 91(2): 311-14.
 23. Carey JC, Fishbone JI. A method to limit working hours and reduce sleep deprivation in an obstetrics and gynecology residency program. *Obstet Gynecol* 1989; 74(4): 668-72.
 24. Phelan ST. Pregnancy during residency: I. The decision "to be or not to be". *Obstet Gynecol* 1988; 72(3 Pt 1): 425-31.
 25. Phelan ST. Pregnancy during residency: II. Obstetric complications. *Obstet Gynecol* 1988; 72(3 Pt 1): 431-36.
 26. Gabbe SG, Morgan MA, Power ML, Schulkin J, Williams SB. Duty hours and pregnancy outcome among residents in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 2003; 102(5 Pt 1): 948-51.
 27. Goff BA, Lentz GM, Lee D, Houmard B, Mandel LS. Development of an objective structured assessment of technical skills for obstetric and gynecology residents. *Obstet Gynecol* 2000; 96(1): 146-50.
 28. Schneider KM, Monga M, Kerrigan AJ. Stress in residency: reality or myth? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5): 907-09.
 29. Vial S. [The experience of 15 years in the accreditation of training centers for medical specialists]. *Rev Méd Chil* 1995; 123(8): 1025-32.
-